



Вестник

Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

ISSN 2309-7183



Приложение №5, 2016

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 №5, 2016 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор: 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 КОНФЕРЕНЦИИ
«СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ»,
ПОСВЯЩЕННОЙ
80-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ С КУРСАМИ
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ИДПО**

ОГЛАВЛЕНИЕ

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ С КУРСАМИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ИДПО	8
М.М. ГАФАРОВ, З.Р.ХИСМАТУЛЛИНА	
К 85-ЛЕТИЮ ОБЩЕСТВА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ БАШКОРТОСТАНА	14
ФАХРЕТДИНОВА Х.С.	
ПОДГОТОВКА КАДРОВ НА КУРСЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ В ИНСТИТУТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ БГМУ МЗ РФ	19
ФАХРЕТДИНОВА Х.С.	
УРОКИ СЕМЬЕВЕДЕНИЯ В ШКОЛЕ КАК ОДНА ИЗ НОВЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ.....	22
ГАТАУЛЛИНА И.Ф., ПЕРФИЛОВА Н.Ю., ТУХВАТУЛЛИНА Г.Ш., ТУХВАТУЛЛИНА Ф.З., ХАЙДАРОВ М.М.	
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА	26
ГАФАРОВ М.М., СУЛТАНОВА З.З., ТУХВАТУЛЛИНА Ф.З., МУСТАФИНА Г.Р.	
ВЗГЛЯД НА ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПОСЛЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА	30
ГАФАРОВ М.М., СУЛТАНОВА З.З., ТУХВАТУЛЛИНА Ф.З., ХАЙДАРОВ М.М.	
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИФИЛИСЕ	36
ГАФАРОВ М.М., СУЛТАНОВА З.З., ТУХВАТУЛЛИНА Ф.З., ЮЛАМАНОВ А.С., МУСТАФИНА Г.Р.	
СЛУЧАЙ РАННЕГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ СИФИЛИСОМ КОМОРБИДНОГО С ДЕМЕНЦИЕЙ	39
ГАФАРОВ М.М., ТУХВАТУЛЛИНА Ф.З., ДИНИСЛАМОВ Г.Г., ГАРЕЕВА Л.А., СУЛТАНОВА З.З.	
СУБКОРНЕАЛЬНЫЙ ПУСТУЛЁЗНЫЙ ДЕРМАТОЗ СНЕДДОНА-УИЛКИНСОНА – ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ ДЕРМАТОЗ.....	42
ГАФАРОВ М.М., ХАММАТОВА А.А., КУПРИНА Е.Р., ГАРЕЕВА Л.А.	
МОРФОГЕНЕЗ МИКРОСПОРИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	48
ГАФАРОВ Т.М., СУЛТАНОВА З.З.	

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА	55
ГАФАРОВ Т.М., СУЛТАНОВА З.З., ШАРИПОВА Л.М.....	
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН.....	58
ГАФАРОВ Т.М., СУЛТАНОВА З.З.	
ЗНАЧЕНИЕ МИКОТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ.....	61
ГИЛЬМУТДИНОВА И.В., ХИСМАТУЛЛИНА З.Р., ВЫГОВСКАЯ Т.Л.,ГУМЕННАЯ Э.Р., ШАЙМАРДАНОВА В.Н.	
АНТИФУНГАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ.....	63
ДАНИЛЕНКО Р.У.	
НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНЫХ ФОРМАХ ТРИХОФИТИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ.....	64
ДАНИЛЕНКО Р.У., ХИСМАТУЛЛИНА З.Р., ГРИГОРЬЕВА Р.Р.	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕОТИГАЗОНА У БОЛЬНОГО ИХТИОЗИФОРМНОЙ ЭРИТРОДЕРМИЕЙ БРОКА	66
КУЦ С.П., ЖУРАВЛЁВА О.В., КУКЛИНА О. А., РИВКИНА С.В., МУСЛИМОВА Г.М.	
СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТАМ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН.....	71
ЛАТЫПОВ Б.Г., ЗИЛЕЕВА С.А., ХАЙДАРОВ М.М.	
АУРИКУЛОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ.....	75
МАГАЗОВА Р.А., ЖУКОВА И.Ю., ТЕРЕГУЛОВА Г.А.	
КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ СТОП С ОНИХОМИКОЗОМ И ЕЁ ОСОБЕННОСТИ	78
РУСТАМХАНОВА Г.Р., ХИСМАТУЛЛИНА З.Р., ВЛАСОВА Н.А.	
ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОМ ДЕВИРС ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ГЕРПЕСЕ	80
САГИТОВА Л. И., ЦАРЕГОРОДЦЕВА Д.В., ЗАГИДУЛЛИНА Р. Р., ХАБИБУЛЛИН А.Ш.	
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОТРУБЕВИДНОМ ЛИШАЕ... 	85
СУЛТАНОВА З.З., ГАФАРОВ Т.М., ШАРИПОВА Л.М.	

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕМИКЕЙДА (ИНФЛИКСИМАБА) В ЛЕЧЕНИИ ПРИ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМАХ ПСОРИАЗА С НАЛИЧИЕМ КОЖНОГО И СУСТАВНОГО ПРОЦЕССА	89
СУЛТАНОВА З.З., ХАММАТОВА А.А., ЮЛАМАНОВ А.С., ХИСМАТУЛЛИНА З.Р.	
ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОЖИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ	94
СЫСОЕВА Т.В., СУЛТАНОВА З.З., ХАЙДАРОВ М.М.	
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СРЕДИ ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН.....	98
УРАЗЛИН Н.У., ЛАТЫПОВ Б.Г., ЗИЛЕЕВА С.А.	
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НАРУЖНОЙ НЕСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПСОРИАЗЕ	101
¹ФАХРЕТДИНОВА Х.С., ²ЮЛАМАНОВ А.С., ²БУРХАНОВА Н.Р., ²ГАЗИЗОВА Л.Р.	
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ГАУЗ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР № 1» В РАСШИРЕНИИ ОХВАТА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ ЗАРАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ.....	106
ХАЙДАРОВ М.М., СУЛТАНОВА З.З., ТУХВАТУЛЛИНА Ф.З.	
НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ФОРМАХ ТРИХОФИТИИ	108
ХИСМАТУЛЛИНА З.Р., ДАНИЛЕНКО Р.У., ШАФИКОВА Р.Г.	
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ	110
ХИСМАТУЛЛИНА З.Р., ПОПОВА Д.Р.	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЗКОПОЛОСНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УФ-ТЕРАПИИ С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 311 НМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПСОРИАЗОМ В Г.УФЕ.....	114
З.З.СУЛТАНОВА, Л.Р. ГАЗИЗОВА, Л.Р. БАДРИЕВА	
ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ МИКОЗОВ СТОП В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ЗА 2010 – 2014 Г.Г.	118
М.М. ГАФАРОВ, ХАММАТОВА А.А., САИТОВА Е.А.	
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИФИЛИСЕ	124
М.М. ГАФАРОВ, Г.Г. НУРИСЛАМОВ, З.Р. ТУХВАТУЛЛИНА	

ОРГАНИЗАЦИЯ И ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ЗА 2015Г	133
Н. У. УРАЗЛИН, И. Ю. ЖУКОВА, Г. А. ТЕРЕГУЛОВА, Е. Н. КОРЫТОВА	
АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОНОРЕЕЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РБ ЗА 2013-2015Г.Г	139
Е. Г. ВИНОГРАДОВА, Э. Р. ГУМЕННАЯ, К. В. НУРИЕВА	
РАЗНООБРАЗИЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ МИКОЗОВ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН	142
Г. А. ТЕРЕГУЛОВА, И. Ю. ЖУКОВА, Р. А. МАГАЗОВА, Н. В. ДЕМИНА, Т. С. ЛЕВЧЕНКО	
ГАНГРЕНОЗНАЯ ПИОДЕРМИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕРМАТОЛОГА	147
АБДРАХИМОВА Н. А., ЗАЦЕПИЛОВА Г. А., ГУМЕННАЯ Э. Р., УРАЗЛИН Н. У.	
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ	150
АБДРАХИМОВА Н. А., НАДЫРЧЕНКО Р. М., ХИСМАТУЛЛИНА З. Р., МУСТАФИНА Г. Р.	
ТРАДИЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ И ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ ПРИ НАРУШЕНИЯХ В ГУМОРАЛЬНОМ ЗВЕНЕ ИММУНИТЕТА	153
АБДРАХИМОВА Н. А., НАДЫРЧЕНКО Р. М., ХИСМАТУЛЛИНА З. Р., МУСТАФИНА Г. Р.	
ТРИГГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЕ ТЯЖЁЛОЕ ХРОНИЧЕСКОЕ ЧАСТО РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ	156
АБДРАХИМОВА Н. А., НАДЫРЧЕНКО Р. М., ХИСМАТУЛЛИНА З. Р., МУСТАФИНА Г. Р.	
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ ИММУНОМОДУЛЯТОРОМ «ИМУНОФАН»	159
АБДРАХИМОВА Н. А., НАДЫРЧЕНКО Р. М., ХИСМАТУЛЛИНА З. Р., МУСТАФИНА Г. Р.	
СЛУЧАЙ МЕЛАНОЗА РИЛЯ	163
М. М. ГАФАРОВ, А. А. ХАММАТОВА, А. С. ЮЛАМАНОВ	
ПРИМЕНЕНИЕ КРАСНОУСОЛЬСКИХ СУЛЬФИДНЫХ ВОД ПРИ АТОПИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ ...	167
ГИЛЬМУТДИНОВА Л. Т., ГИНИЯТОВА И. В., КИСЕЛЕВА А. В., ВЫГОВСКАЯ Т. Л.	
ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЗКОПОЛОСНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 311 НМ В ЛЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО	169
БАДРИЕВА Л. Р., СУЛТАНОВА З. З., ЮЛАМАНОВ А. С., МУХАМАДЕЕВА О. Р.	

РАЗВИТИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН.....	172
ФАХРЕТДИНОВА Х.С., КУРБАТОВ С.С., БУРХАНОВА Н.Р.	
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА	174
ФАХРЕТДИНОВА Х.С., БУРХАНОВА Н.Р., ЮЛАМАНОВ А.С., ГАЗИЗОВА Л.Р.	
ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УФО КРОВИ И ГИРУДОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕДИРУЮЩЕГО ПОДРЫВАЮЩЕГО ПЕРИФОЛЛИКУЛИТА ГОФФМАНА.....	179
ШАФИКОВА Р.Л., СУЛТАНОВА З.З., ЮЛАМАНОВ А.С., МУХАМАДЖЕЕВА О.Р.	
СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ.....	183

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ С КУРСАМИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ИДПО

М.М. ГАФАРОВ, З.Р.ХИСМАТУЛЛИНА

Башкирский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии является одной из старейших кафедр университета и у истоков её стояли выдающиеся ученые, имена которых связано с богатым профессиональным опытом как Московской, так и С-Петербургской школ дерматовенерологов.

В 2016 году кафедре дерматовенерологии исполнилось 80 лет со дня основания.

Мы с чувством гордости и уважения вспоминаем первых организаторов кафедры. Первым основателем кафедры является профессор Якубсон Арон Карлович (1936-1939). Якубсон А.К. – выпускник I Московского университета, участник гражданской войны, прошел сложный путь в качестве старшего врача полка.

С 1921 по 1922 г. он работал в клинике Ленинградского института усовершенствования врачей и ВМА под руководством профессора Т.П. Павлова. В 1931 г. был принят на должность научного руководителя Башкирского научно-исследовательского кожно-венерологического института. С 1936 по 1939 гг. он заведовал кафедрой дерматовенерологии Башкирского государственного медицинского института. Число сотрудников кафедры составляло 3 человека.

Тема его докторской диссертации «Поражение нервной системы и ликвородиагностика при нейросифилисе». Работа является архиважной при лечении сифилитической инфекции, имеет огромное значение и в настоящее время, т.к. нейросифилис довольно часто встречается и весьма трудно диагностируется от других парасифилитических заболеваний.

Он же является основоположником изучения эпидемиологии грибковых заболеваний в Башкортостане.

В 1939-1946 гг. заведующим кафедрой был профессор Картамышев Анатолий Иосифович. Он окончил Военно-медицинскую академию Санкт-Петербурга в 1918 году и поступил добровольцем в Красную Армию и работал врачом до 1919 года. Затем был назначен врачом 49-го стрелкового полка и участвовал в кампании на Ямбургском фронте. Весной 20-го года был переведен на польский фронт. До 1926 г. он работал врачом военно-санитарного управления РКК. Осенью 1920 г. при отступлении был интернирован в Литве в тюрьму. После освобождения из тюрьмы в 1921 г. уехал в Прагу и работал врачом-ассистентом кожно-венерологической клиники Пражского университета. В 1926-27 гг. после

восстановления гражданства России работал в кожной клинике Киевского медицинского института.

В 1931 году Картамышев А.И. по конкурсу был назначен зав. кафедрой кожно-венерологических болезней медицинского института в Узбекистане (г. Ташкент). С 1939 г. по 1946 г. он был избран заведующим кафедрой кожно-венерологических болезней БГМИ. За годы работы в Башкортостане стал известным, прекрасным клиницистом, выдающимся ученым, пользовался большим авторитетом среди студентов и коллег. В годы сталинских репрессий профессор Картамышев А.И. работал старшим врачом ординатором в Белебеевском районе под другой фамилией. В 1937 году был избран членом Президиума Всесоюзного общества дерматологов. В 1940 году организовал Уфимское дерматологическое общество, в котором был избран председателем. Он опубликовал более 76 работ. В числе его трудов, изданных в период работы в г. Уфе, представляет большой интерес его книга «Лечение кожных болезней внушением» (1942 г.), «Аргентофильное основное вещество кожи» (1945 г.), в котором прекрасно описал строение кожи и впервые открыл в составе эластических и коллагеновых волокон аргентофильные волокна. Особо ценным является изданный автором учебник «Кожно-венерические болезни», где прекрасно описана клиника основных дерматозов.

В последующие годы кафедрой заведовал профессор Кузнец Михаил Мифодьевич (1946–1953 г.). Выпускник Киевского медицинского института (1927 г.) окончил аспирантуру и работал ассистентом кафедры дерматовенерологии этого же института. В 1935 году получил ученое звание доцента. В 1939 г. защитил докторскую диссертацию, посвященную изучению псориаза. В 1939-42 гг. он работал преподавателем Куйбышевской военно-медицинской академии.

С 1942 по 1945 гг. профессор Кузнец М.М. в Великой Отечественной войне вначале был назначен начальником кожно-венерологического отделения Западного фронта, затем главным дерматовенерологом 3-го Белорусского фронта. После окончания войны он по конкурсу был назначен заведующим кафедрой дерматовенерологии БГМИ. Профессор М.М. Кузнец внес большой вклад в развитие и становление кафедры дерматовенерологии нашего института. Большой опыт работы главным дерматовенерологом фронта в годы войны он изложил в многотомном руководстве «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.». Его разносторонняя деятельность посвящена изучению дерматомикозов в Башкортостане, а также редких дерматозов, таких как «кератодермия», пеллагра. Он был членом редколлегии журнала «Советская медицина».

За большой вклад в развитие дерматовенерологии в военное и в мирное время профессор Кузнец был награжден орденом Отечественной войны II степени и Орденом Ленина.

Профессор Кузнец М.М. заложил основу изучения грибковых заболеваний (трихофитии) в Башкортостане. Под его руководством защитила кандидатскую диссертацию ассистент Кадысева Екатерина Амосовна, посвященную использованию витамина А для лечения экземы. А также Левков А.А., который в последующем работал заведующим кафедрой дерматовенерологии Тюменского медицинского института, Шишкин П.Н., который затем работал директором Башкирского НИИКВИ, Вебер Р.Э., который заведовал биохимической лабораторией РКВД.

В последующие годы кафедру БГМИ возглавил проф. Максимов Геннадий Семенович (1953-1967 гг.). Родился 22.01.1895 года, деревни Маядык Бирского уезда Уфимской губернии, ныне село Маядыково Бирского района РБ, умер 24.11.1968 в городе Уфе. Заслуженный деятель науки БАССР (1957). Участник Великой Отечественной Войны. В 1915 году окончил курс Уфимской духовной семинарии. Осень. 1915 года поступил на 1 курс Томского государственного медицинского университета, который окончил в 1920 году. Затем работал в Уфимском кожно-венерологическом диспансере, а с декабря 1921г. заведующий Байкинской сельской участковой больницей Бирского кантона БАССР, с 1925 года работал в городе Бирск, с 1928 заведующий кожно-венерологическим диспансером города Белорецк. С 1929 года в Башкирском научно-исследовательском кожно-венерологическом институте: с 1938 года зав. отделом. В 1940 году он защитил кандидатскую диссертацию, а в 1949 году - докторскую диссертацию. В 1941-1942 года начальник передвижного полевого госпиталя № 478 (Калининский фронт). Он был прекрасным лектором, высококвалифицированным диагностом, клиницистом. Его докторская диссертация посвящена фундаментальным исследованиям серологической диагностики сифилиса – этому сложнейшему разделу иммунологической диагностики сифилиса, особенно скрытых форм течения.

Комплекс осадочных серореакций, разработанный им для диагностики сифилиса, в частности, «Реакция Максимова со свежей каплей крови» явилась основой для усовершенствования и внедрения экспресс-серодиагностики сифилиса, в последствии предложенной Центральным кожно-венерологическим институтом, как реакция микропреципитации (МР).

Профессор Медведева Елена Александровна, выпускница БГМИ, который закончила в 1943 году, после чего была отправлена на фронт, где прослужила до 1946 года.

Заслуженный деятель науки РБ, руководила кафедрой в 1967-1988 гг. и создала школу микологов в республике. В эти годы укрепились материально-техническая база кафедры и клиники. Кроме Республиканского КВД дополнительно был открыт городской кожно-венерологический диспансер на 200 коек в г. Уфе, началось строительство нового Республиканского кожно-венерологического диспансера в Затоне. За годы ее работы под её руководством защищены 8 кандидатских и 2 докторские диссертации. Основные направления научных исследований посвящены изучению эпидемиологии и клиники дерматофитии, нагноительной трихофитии, микроспории и микозов стоп (М.М. Гафаров, Э.В. Чистякова, Х.С. Фахретдинова, Т.Л. Выговская и др.).

Профессор Медведева Е.А. является участницей Великой Отечественной войны, награждена 10 боевыми наградами и 2-мя медалями в мирное время. В течение 9 лет работала проректором по учебной работе нашего медицинского института. Она внесла большой вклад не только в развитие кафедры дерматовенерологии, а также способствовала внедрению современных методов оптимизации учебного процесса в нашем институте.

С 1989 по 1994 г. заведовал кафедрой доцент Гафаров М.М.. В данный период основные направления научно-практической деятельности кафедры были посвящены изучению клинко-эпидемиологических особенностей дерматофитии, а также изысканию резервов общественной и личной профилактики заболеваний, передающихся половым путем. Гафаровым М.М. защищена кандидатская диссертация в 1986 г., которая посвящена использованию лечебных факторов курорта Красноусольска для реабилитации больных хроническими дерматозами. В эти годы были открыты кожные отделения в детском и взрослом санатории Красноусольска, которые успешно используются и поныне для этапной реабилитации больных с дерматозами.

В течение 1994-1998 гг. кафедрой руководила профессор Чистякова Эльвира Васильевна. Тема ее докторской диссертации была посвящена эпидемиологическим особенностям и прогнозированию заболевания нагноительной трихофитии. Её внезапная смерть унесла ее от нас с еще нереализованными возможностями.

С 1998 по 2008 гг. кафедрой заведовал доктор медицинских наук, профессор Гафаров Мэлс Мухаметович. Его докторская диссертация посвящена изучению эпидемиологии и клиники микозов стоп и их зависимости от экологических факторов региона, т.е. в его научной работе содержатся эпидемиологическая характеристика и особенности формирования клиники микозов стоп в зависимости от экологических особенностей Башкирского региона и предложены новые подходы к терапии, с использованием эубиотиков в комплексе с антимикотиками.

В последние годы кафедра пополнилась новыми молодыми сотрудниками, которые успешно защитили диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук ассистенты Терегулова Г.А. и Хисматуллина З.Р. Ими разработаны новые методы лечения осложненных микозов стоп и нагноительной трихофитии.

С 2002 года на кафедре открыты курсы специализации и повышения квалификации врачей-дерматовенерологов, где ежегодно обучаются более 60 врачей, в том числе получают стажировку врачи из зарубежных стран (Турции, Йемена, Палестины).

Кафедра имеет высококвалифицированный профессорско-преподавательский состав из 7 человек; из них 3 – профессора, 2 – доцента, 4 – ассистента, 6 аспирантов. Под руководством заведующего кафедрой защищены 3 кандидатские диссертации, выполняются 2.

Одним из важнейших направлений научной деятельности кафедры является изучение клинико-серологических особенностей течения сифилиса в Башкирском регионе, а также изучение социально-гигиенических аспектов профилактики заболеваний, передающихся половым путем. Приоритетным направлением деятельности кафедры остается изучение клиники дерматофитии и изыскание новых методов лечения и профилактики дерматомикозов.

Кафедра располагает хорошей клиникой и располагается на базе Республиканского кожно-венерологического диспансера. Она оснащена современными серологическими, бактериологическими и иммунологическими лабораториями. В работе кафедры широко используются современные цифровые технологии.

С 2009 года кафедрой заведует доктор медицинских наук, профессор Хисматуллина З.Р. Ее докторская диссертация : «Зооантропонозная трихофития в РБ» была защищена в 2007 году.

Кафедра в своем составе имеет курсы повышения квалификации по дерматовенерологии и косметологии с 2012 года.

Хисматуллина З.Р является одновременно главным косметологом МЗ РБ и выполняет большую общественную работу по организации дерматовенерологической службы и подготовке высококвалифицированных специалистов.

На кафедре за последние 5 лет подготовлены и защищены 16 кандидатов медицинских наук, подготовлены 32 ординатора. Ежегодно проходят обучение по специальности дерматовенерология 25-30 интернов.

Кафедра оснащена современным оборудованием, компьютерной техникой. Клиническая база оснащена клиническими биохимическими, иммунологическими, бактериологическими лабораториями и современным оборудованием.

Сотрудники кафедры совместно с врачами клиники разрабатывают новые методы лечения дерматофитии, а так-же проводят мониторинг эпидемиологической структуры ИППП.

На клинической базе имеются специализированные отделения по лечению дерматозов, грибковых заболеваний и ИППП. Имеется отделение интенсивной терапии, где больным оказывается высококвалифицированная специализированная помощь. Освоены современные методы диагностики и лечения (галокамеры, внутривенные лазеры, ОКУФ, плазмолорез, ПУВА-терапия и т.п.) и другие методы реабилитации. Кафедра дерматовенерологии оснащена современной цифровой аппаратурой и преподает студентам 5 курса на 5 факультетах БГМУ.

Кафедра с самого основания работает в тесном содружестве с практическими врачами и администрацией кожно-венерологических служб республики. Историческим подтверждением тому является то, что первым директором Башкирского НИИ дерматовенерологии и Башкирского медицинского института был Тройнин Самуил Маркович.

Благодаря огромному вкладу известных ученых-основателей кафедры и корифеев практического здравоохранения, кафедра дерматовенерологии БГМУ сейчас находится на уровне, соответствующем современным требованиям и имеет широкие перспективы развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башкирский государственный медицинский университет. Страницы истории и современность / Под ред. В.М. Тимербулатова, А.Г. Хасанова, Е.К. Алехина. – Уфа, ГУП РБ «Уфимский полиграфкомбинат», 2007. - 304с.
2. История кафедры дерматовенерологии. / М.М. Гафаров, А.Д. Аленникова. – Уфа: Изд-во ГОУ ВПО «БГМУ РОСЗДРАВА». «2005г. – 47с.
3. Гафаров М.М., Хисматуллина З.Р. История становления и развития кафедры дерматовенерологии БГМУ. / Сборник материалов конференции, посвященной юбилею дерматовенерологической службы Республики Башкортостан, - Уфа: Издательство «Здравоохранение Башкортостана», 2015. – 94 с.
4. Башкирская энциклопедия (электронный ресурс). – Режим доступа: башкирская-энциклопедия.рф. – Дата обращения 14.11.16.

К 85-ЛЕТИЮ ОБЩЕСТВА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ БАШКОРТОСТАНА

ФАХРЕТДИНОВА Х.С.

*Башкортостанское региональное отделение общероссийской общественной организации
«Российское общество дерматовенерологов и косметологов» Уфа*

Общество дерматовенерологов в г. Уфа создано в 1930 г. Протоколы первых заседаний общества не сохранились. В 1939 г. председателем общества был избран заведующий кафедрой дерматовенерологии профессор Анатолий Иосифович Картамышев, секретарём – врач Павел Николаевич Шишкин. Членами общества были 18 врачей. Общество проводило свои заседания регулярно и в годы Великой Отечественной войны. До 1946 г. было заслушано 44 доклада и продемонстрированы 123 больных. Наиболее значительными были сообщения профессора А.И. Картамышева «Аргирофильная субстанция кожи» и профессора М.М. Райц «Анализ современного состояния вопроса борьбы с врождённым сифилисом».



Профессор Картамышев А.И.
Председатель общества в 1939–1945 гг.

Научные исследования профессора А.И. Картамышева в области строения кожи, изучения клиники и лечения многих дерматозов и изданное позже (1952 г.) руководство для врачей «Кожные и венерические болезни» широко известны в нашей стране и за рубежом. В работе общества принимали участие также профессор В.В. Ковальский (Украинская академия наук), доцент В.А. Рахманов (Москва), эвакуированные в годы войны в нашу республику, профессор В.А. Жухин (Уфа).



Профессор Кузнец М.М.
Председатель общества в 1946–1953 гг.

С января 1946 г. по 1953 г. научное общество дерматовенерологов возглавляет Михаил Мефодьевич Кузнец. Число членов общества увеличилось до 29-ти человек. В эти послевоенные годы основной задачей дерматовенерологов была ликвидация санитарных последствий Великой Отечественной войны (гонорея, пиодермиты, грибковые заболевания).

В этот период были описаны и доложены на заседаниях общества многие редкие дерматозы, и начато изучение системных дерматозов. В последующие годы вопросы грибковых заболеваний продолжили изучать его ученики – Е.А. Медведева, Е.Д. Тимофеева, Р.Г. Габитова.

В 1953 г. председателем общества дерматовенерологов г.Уфы избирается профессор Геннадий Семенович Максимов. На заседаниях общества разбирались важные вопросы для практической медицины: ранняя серологическая диагностика сифилиса.

Профессором Г.С. Максимовым была разработана «Новая экспресс-реакция на сифилис со свежей каплей крови», которая легла в основу применяемой в настоящее время экспресс серодиагностики сифилиса как реакция микропреципитации (МР). Другими членами общества были разработаны материалы по клинике, терапии, профилактике сифилиса и гонореи (Г.В. Галановой, Д.П. Лукьяновым, Г.Е.

Шинским., А.В. Жаровым). Выполнены серьезные исследования по инфекционным (пиодермиты, туберкулёз кожи, грибковые болезни) и неинфекционным патологиям кожи исследователями Хованским А.И., Шабыкиным Г.П., Кадысей Е.А., Телегиной К.А., Медведевой Е.А., Тимофеевой Е.Д., Габитовой Р.Г. и др.

С 1969 г. по 2004 г. председателем научного общества избирается профессор Елена Александровна Медведева. В связи с резким подъёмом среди населения заболеваемости сифилисом и некоторыми инфекциями, передаваемыми половым путём (ИППП), первоочередной задачей научного общества стала организация борьбы с венерическими заболеваниями в республике, исходя из этого изучались эпидемиология и социально-гигиенические факторы, влияющие на распространение этих инфекций, и разрабатывались меры профилактики. На основе полученных данных подготавливались директивные документы (приказы, инструкции) по организации борьбы с венерическими и другими ИППП в Башкирской АССР.



Профессор Медведева Е.А.
Председатель общества в 1953–1967 гг.

Был внесен серьёзный вклад в сифилидологию (диагностика, лечение, профилактика сифилиса), решались проблемы гонореи (Медведева Е.А., Гафаров Р.Х., Булатов Р.Г., Белявцева И.С., Степанов Н.П., Аленникова А.Д., Сыроежкина А.А. и др.), паравенерических заболеваний (Фельдман И.Е., Сандирович Г.М.), проводилась комплексная работа с врачами практического здравоохранения.



Профессор Фахретдинова Х.С.
Председатель Общества дерматовенерологов Башкортостана с 2004 г.

На заседаниях общества по итогам проведенных исследований заслушано 146 докладов о современных клинических особенностях и эпидемиологии кожных и венерических болезней, что позволило практическим врачам использовать эти материалы при проведении лечебно-профилактических мероприятий.

В работе общества широко практиковались совместные заседания научного общества дерматовенерологов с обществами других специальностей по наиболее актуальным вопросам дерматовенерологии. На совместных заседаниях научных обществ с акушер-гинекологами, педиатрами, урологами и врачами других специальностей разбирались ошибки диагностики сифилиса, допускаемые врачами общемедицинской сети, вопросы касающиеся гонореи и паравенерических

болезней, СПИДа. Принимались решения о совместной работе в организации борьбы с венерическими болезнями, определялись конкретные меры и сроки выполнения. Результатом совместной работы явилось снижение случаев диагностических ошибок, возрастание процента вассерманизации беременных и соматических больных, увеличилось число активно выявленных больных сифилисом.

Под руководством председателя общества и заведующей кафедрой Е.А. Медведевой и в соответствии с запросами практического здравоохранения республики в последние 25 лет проводились исследования по эпидемиологии, лечению и профилактике дерматофитий (как краевой патологии). В результате этого разработаны и апробированы практическим здравоохранением созданные организационные основы борьбы с зоонозными и антропофильными трихофитиями, микроспорией, что позволило практически ликвидировать заболеваемость фавусом, антропофильной микроспорией, сведена практически на нет заболеваемость антропофильной трихофитией, удалось значительно снизить заболеваемость зооантропонозной трихофитией и микроспорией (Медведева Е.А. Чистякова Э.В., Тимофеева Е.Д., Фахретдинова Х.С., Выговская Т.Л., Тергулова Г.А., Хисматуллина З.Р., Гафаров М.М. и др.). Была создана микологическая школа (по микологии защищены 3 докторских и 6 кандидатских диссертаций).

По проблеме профессиональной подготовки членов общества предусматривали демонстрацию на заседаниях общества редких и тяжёлых дерматозов, а также делались доклады по современным проблемам дерматологии и венерологии, сообщения о международных симпозиумах, всесоюзных съездах, конференциях. На заседаниях общества выступали приглашенные профессора и академики: Кашкин П.Н., Кашкин К. П., профессора Райц М.М., Рахманов В.В, Скрипкин Ю.К. и др. Были изданы 6 сборников научных работ, монография (в соавторстве) по микологии, учебное пособие для студентов и врачей.

В 1989 г. Министерством Здравоохранения РСФСР, БАССР, Уфимским научным обществом и БГМИ в г. Уфе впервые в истории общества Башкирии был проведен Пленум Правления научного центра МЗ РСФСР и Проблемной комиссии АМН СССР «Научные основы дерматологии и венерологии».

С апреля 2004 г. Председателем общества избрана за-служенный работник высшего образования РФ, доктор медицинских наук, профессор Х.С. Фахретдинова. Работа общества была продолжена в традициях прошлых лет. Основное внимание в работе общества уделяется профессиональной подготовке специалистов для дерматовенерологической службы республики. Так к моменту открытия курса ИПО в 26-и из 54-х ЦРБ работали дерматовенерологами совместители без специализации. Недостаток кадров ощутим был и в городах. В 2002 г. по инициативе профессора Х.С. Фахретдиновой был организован курс по повышению квалификации врачей-дерматовенерологов на базе кафедры. В 2003 г. курс дерматовенерологии был объединён с курсом инфекционных болезней и создана кафедра инфекционных болезней с курсом дерматовенерологии в Институте последипломного образования БГМУ, которая расформирована в 2013 г., а курс дерматовенерологии

вновь объединён с одноимённой кафедрой. В настоящее время все районы и поликлиники городов республики обеспечены прошедшими специализацию врачебными кадрами.

Основное внимание в работе уделяется профессиональной подготовке членов общества: на заседаниях заслушиваются научные доклады по итогам проведенных научных исследований членами общества, делаются сообщения о проведенных РОДВК съездах, симпозиумах, конференциях – докладывают члены общества делегаты-участники этих форумов (профессора кафедры и врачи-делегаты: Латыпов Б.Г., Шахмаметова С.Р., Султанова З.З., Зилеева С.А., Левченко Т.С, Жукова И.Ю., Курбатов С.С. и др.). Каждое заседание общества сопровождается демонстрацией больных, представляющих определенный интерес в плане диагностики, лечения, или больные с редкими дерматозами. На заседаниях общества выступают с докладами аспиранты, ординаторы, соискатели, докладывающие об итогах проведенных исследований. На заседаниях общества профессором Фахретдиновой Х.С. была приведена информация о результатах исследований, о материалах публикаций, о методических рекомендациях для курсантов ИДПО, врачей: «Распространенность псориаза в Республике Башкортостан. Современные подходы к лечению и профилактике псориаза», «Диагностика и лечение наиболее часто встречающихся неотложных состояний в дерматологии»; об учебных пособиях для курсантов ИПО, для врачей. Заведующая кафедрой дерматовенерологии с курсами ИДПО профессор З.Р. Хисматуллина оказывает необходимую помощь в работе общества. На заседаниях общества были доложены итоги проведенных ею и соавторами исследований и опубликованных работ: «Иммунологические аспекты зооантропонозной трихофитии у детей», «Зооантропонозная трихофития в РБ» и др. Основными темами исследований на кафедре остаются микотические инфекции и особенности их течения; диагностика и лечение сифилиса, вопросы профилактики серорезистентности, врожденного сифилиса. Базой для кафедры являются два КВД – ГАУЗ РКВД № 1 – головное специализированное учреждение в республике (главный врач – заслуженный врач РФ Борис Гатович Латыпов,) и ГАУЗ РКВД, обслуживающий население миллионного города (г. Уфа, главный врач – заслуженный врач РБ Наиль Узбекович Уразлин).

Таким образом, на основании преемственности в научных исследованиях и высокой профессиональной подготовки кадров в течение многих десятилетий на кафедре создана надёжная научно-педагогическая школа.

ПОДГОТОВКА КАДРОВ НА КУРСЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ В ИНСТИТУТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ БГМУ МЗ РФ

ФАХРЕТДИНОВА Х.С.

Башкирский государственный медицинский университет

Успешное решение стоящих сегодня перед здравоохранением задач в огромной степени зависит от компетентности медицинских работников, их профессионализма, которые, в свою очередь, немыслимы без повышения качества подготовки специалистов.

Курс специализации и усовершенствования врачей по дерматовенерологии был организован в январе 2002 г при кафедре дерматовенерологии БГМУ. Все преподаватели на курсе дерматовенерологии остепенены: работают два доктора и кандидат медицинских наук.

На курсе дерматовенерологии первичная специализация проводится в интернатуре и клинической ординатуре. Всего на курсе прошли годичную специализацию по дерматовенерологии в интернатуре, повысили профессиональное мастерство в ординатуре 91 человек. Наряду с подготовкой специалистов в интернатуре и ординатуре, проводится переподготовка по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки врачей по специальности «Дерматовенерология» (504 часа) врачей дерматовенерологов, имеющих перерыв в работе по специальности 5 и более лет. Прошли специализацию по этой программе, получили диплом и сертификат дерматовенеролога 131 человек. Многие из прошедших специализацию врачей работают дерматовенерологами, в том числе и в отдаленных районах республики, остальные – косметологами. Таким образом, и отдаленные районы республики обеспечиваются специалистами – дерматовенерологами. Пример: в 2001 г некоторые врачи-дерматовенерологи работали без прохождения обучения на курсах усовершенствования по 10 и более лет, а в 26 районах республики дерматовенерологами работали совместители без первичной специализации, с 2008 г – во всех районах работают врачи, прошедшие специализацию и усовершенствование.

Основная работа на курсе в настоящее время направлена на овладение слушателями полным объемом теоретических и практических навыков по всем разделам дисциплин программы, необходимых для самостоятельной работы в должности врача-дерматовенеролога. На лекциях преподавателей получают оперативное отражение новые методы диагностики, лечения, профилактики болезней кожи и слизистых оболочек. На практических занятиях, консультативных обходах профессора, проводимых во всех отделениях РКВД, закрепляются и совершенствуются полученные ранее знания, навыки и умения. Основная форма работы на практических занятиях – клинические разборы больных кожными и венерическими болезнями, которые проходят в форме активного собеседования

преподавателя с курсантами. На семинарских занятиях под руководством преподавателя курсанты обмениваются опытом современных методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний по теме занятий. Во время проведения циклов большое внимание уделяется вопросам медицинской деонтологии, этики врача; определенное время отводится на изучение задач и методов диспансеризации больных тяжелыми и хроническими заболеваниями, изучению законодательства по борьбе с заразными кожными и венерическими болезнями.

Преподаватели курса принимают активное участие в реализации национального проекта «Здоровье» по подготовке врачей первичного звена. За последние 7 лет (2008-2014 гг.) на курсе дерматовенерологии проведены 64 цикла усовершенствования (в том числе один выездной цикл), где прошли обучение 472 врача. Большинство обучавшихся имели значительный стаж работы (от 5 до 40 лет). Возраст курсантов составлял от 28 до 62 лет. Все курсанты, прошедшие обучение, получили или продлили срок действия сертификата. Большинство слушателей после обучения сдали экзамен на категории. До открытия курса квалификационные категории имели 48,4% дерматовенерологов РБ, в т.ч. первую и высшую – 37,7%, в 2014 категории имеют 68,7% врачей, из них первую и высшую – 49,1%.

В рамках национального проекта для кафедры приобретены компьютеры, проектор, ноутбук, экран и преподаватели теперь имеют возможность использовать мультимедийное сопровождение своих лекций. Лечебно-профилактическим учреждением (ГАУЗ РКВД №1), где располагается курс дерматовенерологии, в рамках национального проекта «Здоровье» приобретены современные оборудования для лабораторной диагностики профильных и сопутствующих заболеваний, новая аппаратура - в физиотерапевтическом отделении, к которым слушатели имеют доступ во время прохождения обучения. С приобретением новой аппаратуры открываются перспективы внедрения более совершенных способов повышения квалификации.

В учебный процесс внедряются прогрессивные программы и технологии последипломной подготовки врачей первичного звена: разработаны образовательно – профессиональные программы для подготовки врачей первичного звена в интернатуре и клинической ординатуре по специальности «Дерматовенерология», созданы инновационные учебно-методические комплексы для обучения слушателей по основным темам цикла общего усовершенствования - дерматология, сифилис, инфекции, передаваемые половым путем, заразные кожные заболевания. Учебные программы созданы в модульном формате, запланировано внедрение дистанционной формы образования.

Преподаватели курса прилагают все усилия для подготовки высококвалифицированных специалистов: ежегодно дополняются современными данными лекции, методические рекомендации, обновляются тесты, задачи, совершенствуется методика преподавания.

УРОКИ СЕМЬЕВЕДЕНИЯ В ШКОЛЕ КАК ОДНА ИЗ НОВЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ

ГАТАУЛЛИНА И.Ф., ПЕРФИЛОВА Н.Ю., ТУХВАТУЛЛИНА Г.Ш.

ТУХВАТУЛЛИНА Ф.З., ХАЙДАРОВ М.М.

МБОУ СОШ № 112,

ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», Уфа

Одним из главных звеньев профилактики венерических заболеваний является семья. Крепкая счастливая семья – залог создания здорового общества. Семья для человека – источник радости, спокойствия, наслаждения жизнью. Понятие «крепкая семья» предполагает семью, в которой происходит полноценное развитие личности, способной брать на себя ответственность за свои поступки, за будущее потомство, готовой почитать своих родителей, любить, оберегать, прощать. Семья способна дать нравственно-духовное воспитание, приобщить детей к национальным традициям и культуре, в том числе культуре семейных отношений. Вопрос сохранения семьи и брака становится острым в современном обществе. Семья – это установленная форма выживания людей на Земле. И если мы не сохраним её, человечество ждёт нравственное, а затем и физическое вымирание.

В 1959 году, благодаря настойчивым усилиям Международной демократической федерации женщин и других прогрессивных организаций, ООН приняла Декларацию прав ребёнка – первый документ подобного рода в истории международных отношений. В Декларации прав ребёнка было записано, что ребёнок принадлежит не только семье, не только одному народу, а его счастье, здоровье, будущее являются высшей заботой всего человечества – «человечество обязано давать ребёнку лучшее, чем оно имеет».

Чтобы вырасти полноценным членом общества с правильными ценностями и ориентирами, ребенок должен видеть, наблюдать и изучать классическую модель семьи, где мама является олицетворением заботы, нежности, тепла, а папа – это защита и опора.

В настоящее время проблема сохранения семьи и брака стала государственной проблемой. Решение задачи укрепления института семьи можно видеть в медико-социальной цензуре в СМИ, усилении пропаганды и поощрении здорового образа жизни во всех сферах общества.

Создание образовательного процесса в области семейных отношений и соответствующего учебного курса – это потребность времени и запрос общества. Уфимский филиал Российского государственного социального университета (РГСУ) совместно с Общественным движением поддержки и развития семьи «Семья» разработал

образовательную программу специального курса «Семьеведение» для школьников и организовал открытие городской сетевой экспериментальной площадки по обучению школьников основам психологии семейных отношений. Педагогический коллектив МБОУ СОШ № 112 принял решение об участии в указанном процессе обучения и воспитания. Целью данной экспериментальной площадки является привитие восприятия семьи как первичной ячейки современного общества, воспитание понимания ценностей семьи, роли семьи в обучении, воспитании, социализации подрастающего поколения как конституционных прав и обязанностей гражданина РФ. Таким образом, задачей такого дополнительного обучения в рамках деятельности общеобразовательной школы выступает формирование у учащихся понимания важности семьи, семейных устоев, понимания роли семьи в жизни каждого человека.

Городская сетевая экспериментальная площадка рассчитана на 3 года и стартовала в 2013 году. С 18 по 24 октября 2013 года в рамках курсов повышения квалификации на базе Уфимского филиала РГСУ проводилось обучение психологов и педагогов общеобразовательных учреждений, заинтересованных вести курс «Семьеведение». 13 ноября 2013 года состоялось заседание Экспертного Совета НИМЦ по защите экспериментальной программы дополнительного образования «Семьеведение».

По результатам этого заседания Экспертный Совет Научно-информационного методического центра (НИМЦ) принял к внедрению экспериментальный курс подготовки обучающихся 9-х классов к семейной жизни «Семьеведение». Таким образом, уже в с 2013 г. в 10-и школах города Уфа организовано обучение учащихся экспериментальных классов по предложенной программе. В рамках программы дополнительного образования «Семьеведение» в 9-х классах проводятся уроки семьеведения по 1 часу в неделю, на которых рассматриваются вопросы о семейных ценностях, сущности любви, роли мужчины и женщины, матери и отца, мотивах создания семьи, принципах строительства и сохранения семьи. Программа образовательного курса «Семьеведение» включает в себя тематические блоки, и мы считаем целесообразным привлекать при проведении занятий специалиста, врача-дерматовенеролога по темам: «Мужчина и женщина», «Культура семейных отношений». Тематический блок «Мужчина и женщина», рассчитанный на 6 часов, включает в себя следующие уроки: 1. Гендерные особенности мужчины и женщины; 2. Мужские и женские качества; 3. Роль мужчины в семье; 4. Роль женщины в семье. Тематический блок «Культура семейных отношений», рассчитанный на 12 часов включает уроки на следующие темы: 1. Психология семейных отношений; 2. Родовые отношения; 3. Сексуальные

отношения; 4. Этическая культура в семейных отношениях; 5. Бытовая культура в семейных взаимоотношениях; 6. Конфликты в семье и способы их разрешения.

Выступление дерматовенеролога перед школьниками на тему профилактики инфекций, передаваемых половым путём, можно организовать при любом из перечисленных уроков, т.к. проблема предупреждения венерических болезней охватывает моральные, социальные, генетические, гигиенические и другие аспекты воспитания.

Следует отметить, что в последние годы при заболевании сифилисом наблюдаются такие глубокие поражения нервной системы, внутренних органов, сетчатки глаз, которые на отмечались в клинической практике более 50 лет.

Имеется ещё одно обстоятельство, осложняющее сегодня положение дел в этой области. К числу «традиционных» венерических болезней добавились в последнее время так называемые болезни «нового поколения»: хламидиоз, уреаплазмоз, кандидоз ..., двадцать новых видов так называемых ЗППП – т. е. заболеваний, передаваемых половым путём, – зарегистрированных в последние годы Всемирной организацией здравоохранения.

Урок «Сексуальные отношения» наиболее близок к медицинским аспектам профилактики заболеваний и привитию здорового образа жизни. Необходимо отметить тот факт, что эта программа также охватывает работу с родителями, и в школе будут проводиться тематические родительские собрания для освещения некоторых тем, а также запланированы совместные занятия учащихся с родителями с привлечением специалистов (психологов, врачей- венерологов, юристов). До внедрения экспериментальных уроков проводилось анкетирование обучающихся девятиклассников и их родителей, по результатам опроса мы выяснили, что 87% респондентов не желают прожить свою семейную жизнь, так как прожили их родители, 94% опрошенных считают свою семью несчастливой. Ребёнок, который становится свидетелем несчастливых отношений своих родителей, не видит и не знает истинную ценность семьи и семейных отношений. Следствием является то, что со временем этот ребенок, став взрослым, будет проецировать семейную жизнь своих родителей на свою, так как другого наглядного примера не видел.

Таким образом, все сказанное подчеркивает, что школа на современном этапе должна продолжать работать над возрождением истинных семейных ценностей, что сплочённая, здоровая семья является важной частью в борьбе с венерическими заболеваниями. Бороться с венерическими болезнями должны не только медики, это задача всего общества в целом. Требуется поднимать экономический и культурный уровень жизни населения, информировать о венерических заболеваниях ещё в школе, чтобы люди были грамотны, и если они сделали неверный шаг, то могли бы вовремя его исправить. Если

семья будет дружной и крепкой, основанной на любви, доверии и взаимопонимании, то она непременно будет здоровой и счастливой.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА**ГАФАРОВ М.М., СУЛТАНОВА З.З., ТУХВАТУЛЛИНА Ф.З., МУСТАФИНА Г.Р.***Башкирский государственный медицинский университет,
ГАОУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», Уфа*

Помимо эволюции клинических проявлений основным критерием эффективности лечения сифилиса являются серологические реакции связывания комплемента (РСК) и микропреципитации (РМ). Под влиянием специфической терапии происходит эрадикация бледной трепонемы из организма больного, что приводит к клиническому выздоровлению и соответственно отрицательному антительному ответу, т. е. негативации комплекса серологических реакций (РСК+РМ). Однако независимо от используемых методов лечения сифилиса всегда остается определенная часть больных (5%), у которых полной негативации серологических реакций не происходит.

Почему у части больных, несмотря на проведенное полноценное лечение, не наступает полной негативации КСР? Являются ли они опасными в эпидемическом отношении? Насколько велика вероятность рецидива заболевания? Требуется ли проведение дополнительного лечения в этих случаях? Ответов на эти вопросы, к сожалению, до настоящего времени нет. Происходит это по многим причинам, но главная, по-видимому, заключается в том, что сам предмет обсуждения сформулирован недостаточно четко. Сохраняющаяся у больных серопозитивность после проведенного лечения сифилиса получила название серорезистентности. Серорезистентность – это сохраняющаяся у больных после проведенного лечения сифилиса серопозитивность (Метод. рек. М. 1999 г.). Серорезистентность истинная устанавливается в тех случаях, когда после проведенного специфического лечения у пациента в течении года отсутствует снижение титра реактивов в КСР в 4 раза или сохраняются положительные (или слабоположительные) реакции в течении 1,5 лет для взрослых и более 9 месяцев для детей. Серорезистентность не является самостоятельной болезнью (нозологией), она отражает состояние взаимоотношений возбудителя и конкретного организма больного, поэтому правильнее характеризовать это явление как серорезистентность после проведенного лечения. Научные исследования показали, что иногда по различным причинам (поздно начатое лечение, введение низких дозировок препаратов, прерванное лечение) полного уничтожения трепонем не происходит и часть из них превращается в своеобразные формы, так называемые цисты, или L-формы. Обладая устойчивостью к действию антибиотиков, они способны персистировать в организме больного в течение неопределенно длительного времени. Являясь слабым антигенным

раздражителем, видоизмененные формы трепонем способствуют формированию и поддержанию нестойких, колеблющихся положительных серологических реакций.

В последнее время интерес к данному вопросу вновь стал возрастать, что объясняется рядом обстоятельств. Во-первых, начинается анализ результатов лечения больных сифилисом дюрантными препаратами бензатин пенициллина, которые стали применяться в России с 1993 г. С другой стороны, за годы эпидемии сотни тысяч людей, переболевших сифилисом, стали сероположительными. Очень важно понимать, связаны ли положительные результаты серологических реакций с замедленной негативацией или с развитием устойчивой серопозитивности т. е. серорезистентности? Помимо психоэмоциональной травмы, связанной с необходимостью признания перенесенной инфекции, и постоянных объяснений причин положительных реакций, эти люди могут действительно нуждаться в проведении дополнительного или профилактического лечения.

Причинами сохранения высоких показателей сифилиса и развития резистентности к терапии являются:

1. Изменение социально-экономического уклада жизни общества (раннее начало половой жизни, частая смена партнеров, коммерциализация секса). Низкий экономический уровень жизни.
2. Появление возможности анонимного и самолечения и связанная с этим потеря эпидемиологических связей.
3. Изменение свойств возбудителя. Возрастание удельного веса L-форм, цист и зернистых форм. Результаты некомпетентного лечения.
4. Изменение типичной клинической картины вследствие наличия микст-инфекций и иммуносупрессивных состояний, вызванных соматическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией и другими экологическими факторами.

Особенностью современного клинического течения сифилиса является изменение клиники заболевания и наличие сероинверсионных форм, которые приводят к увеличению удельного веса скрытых (поздних) форм и случаев врожденного сифилиса. Угроза появления врожденного сифилиса сохраняется вследствие недостаточно активного выявления заболевания среди беременных (только МР) и в ряде случаев безответственного отношения женщин к постановке на учет в женской консультации. В настоящее время наряду с типичными формами заболевания регистрируются атипичные формы сифилиса, такие как злокачественная, манифестная, с галопирующим течением, висцеральные формы с ранним поражением нервной системы, бешанкрное течение и др.

Случаи неудач в лечении больных сифилисом обусловлены:

- широким внедрением в практическую венерологию амбулаторного и анонимного лечения больных;

- использованием препаратов пролонгированного действия – бензатин-бензилпенициллина (бициллина 1,3,5; экстенциллин, ретарпен), макролидов;

- нарушением больными режима лечения и сроков клинико-серологического контроля;

- внесением изменений в принятые схемы лечения с необоснованным завышением дозы препаратов;

наличием соматических заболеваний и других ИППП (хламидиозы, герповирусные инфекции, ЦМВ, ВПЧ, ХВГ В и С).

Неудачей терапии сифилиса является сохранение стойкоположительных серологических реакций по истечении 4–6 месяцев и продолжающиеся 1–1,5 года.

Своевременное проведение повторных курсов специфического лечения (водорастворимые соли пенициллина или цефтриаксон) дают положительные результаты при истинной серорезистентности.

Самым сложным является вопрос: СР истинная или ложная?

В РКВД проведен анализ 100 случаев серорезистентности за 2009. Выявлено преобладание лиц в возрасте от 20-и до 40 лет – 80%. Большинство пациентов принадлежат к социально неадаптированному контингенту (алкоголики, наркоманы и др.) – 69%. В 25% случаев выявлен хламидиоз, в 9% случаев – трихомониаз. У 12-и больных – хронический вирусный гепатит С, у 4-х больных – хронический вирусный гепатит В. 18% больных прерывали лечение.

Применяемая нами тактика лечения больных сифилисом такова.

Больные с поздними, скрытыми формами сифилиса, женщины детородного возраста, со смешанными инфекциями (ВИЧ, ЦМВ, ВГ) и иммуносупрессивными состояниями должны получать лечение стационарно: водорастворимый пенициллин соответственно диагнозу по схеме (120–140 млн. ЕД на курс).

Больные с висцеральными поражениями и поражением нервной системы должны получать полный курс лечения в стационаре.

С целью предотвращения серорезистентности в случаях с малоуспешной санацией (т. е. снижением титра антител) через месяц проводить больным с замедленной негативацией СР дополнительный курс специфической терапии, не ожидая 1,5–2-х лет.

Выводы:

1. Серорезистентность при существующих методиках лечения в настоящее время встречается в 2–3 раза чаще по сравнению со старыми (комбинированными методами лечения).

2. Причинами серорезистентности могут служить:

- как сопутствующие заболевания (интеркурентные), так и другие ИППП;
- применение дюранных препаратов пенициллина (бициллин 1,3,5, экстенциллин, ретарпент) при поздних и скрытых формах сифилиса;
- нарушение больными режима лечения и сроков КСК;
- изменение общепринятых схем лечения (уменьшение, завышение дозы).

Для установления причин истинной серорезистентности необходимо, помимо исследования серологических реакций КСР/МР, пользоваться специфическими СР (РИФ, РИБТ, ИФА суммарное (IgM, IgG). По возможности использовать ПЦР–диагностику в реальном времени и МРТ. Также требуется целенаправленная консультация невролога с исследованием СМЖ и других смежных специалистов (окулист, кардиолог и др.)

ВЗГЛЯД НА ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПОСЛЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА

ГАФАРОВ М.М., СУЛТАНОВА З.З., ТУХВАТУЛЛИНА Ф.З., ХАЙДАРОВ М.М.,

Башкирский государственный медицинский университет,

ГАОУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», Уфа

Серорезистентность – это сохраняющаяся у больных после проведенного лечения сифилиса серопозитивность (Метод. рек., М. 1999 г.). В международной практике эффективной терапия считается тогда, когда в течение года после окончания полноценного курса лечения титр антител по микрореакции (МР) снижается в 4 и более раза.

За последние годы, после эпидемии и лечения дюрантными препаратами, появились тысячи людей переболевших сифилисом, у которых остаются серо-положительными результаты анализов. Поэтому возникает ряд вопросов:

1) Что это, неудача терапии или истинная серорезистентность?

2) Если регистрируется серорезистентный сифилис, серорезистентность истинная или ложная?

3) Какова дальнейшая тактика врача: проводить специфическое лечение или нет?

Серорезистентность – сохранение стойкой позитивности КСР/МР после полноценного лечения по поводу ранних стадий сифилиса (КСР – комплекс серологических реакций). Серорезистентность устанавливается в тех случаях, когда в течение года после окончания терапии результаты РСК/МР трепонемным и кардиолипновым антигенами остаются стойко положительными (РСК – реакция связывания комплемента).

Серорезистентность после законченного лечения по поводу раннего сифилиса устанавливается в тех случаях, если в течение 1-го года после окончания терапии РСК трепонемным и кардиолипновым антигенам остаётся стойко положительной без тенденции к снижению титра реактивов. В этих случаях назначается дополнительное лечение.

Серорезистентность – это когда после полноценного лечения раннего сифилиса КСР сохраняется положительным по истечении полутора лет для взрослых и более 9-и месяцев для детей, без тенденции к снижению титров.

Понятие «серорезистентный сифилис» в большей степени является нозологическим и предполагает самостоятельное существование отдельной формы заболевания с постоянно положительными серологическими реакциями. Развивая это положение, следует далее признать существование особых штаммов бледных трепонем, устойчивых к терапии, персистенция которых и вызывает подобную серологическую форму заболевания. В таком случае такая же серорезистентность наблюдалась бы и у других половых партнеров, чего практически никогда не бывает.

Лабораторно подтвержденная серорезистентность – это неполная санация организма от *T. pallidum*, и, значит, заболевание сохраняется в неактивной форме, без клинических признаков (сохраняются цист- и L-формы).

На практике серорезистентность не представляется самостоятельной болезнью (нозологией), она отражает состояние взаимоотношений возбудителя и конкретного организма больного, поэтому правильнее характеризовать это явление **как «серорезистентность после проведенного лечения»**. Обладая устойчивостью к действию антибиотиков, бледные трепонемы способны персистировать в организме больного в течение неопределенно длительного времени. Являясь слабым антигенным раздражителем, видоизменённые формы трепонем способствуют формированию и поддержанию нестойких, колеблющихся положительных серологических реакций.

М.В. Милич предложил различать истинную, относительную псевдорезистентность. Относительная серорезистентность развивается у больных, получивших специфическое лечение, в организме которых бледные трепонемы продолжают сохраняться в виде авирулентных цист-форм или полимембранных фагосом. Чаще всего относительная серорезистентность развивается после лечения позднего скрытого, позднего врождённого вторичного рецидивного и раннего скрытого сифилиса (со сроком давности более 6 мес.), т. е. в тех случаях, когда бледная трепонема находится длительное время в организме больного без лечения. Назначение дополнительного лечения в этих случаях эффекта не даёт.

К настоящему времени установились две точки зрения на иммунную основу серорезистентности. Общепринятым является представление о том, что по различным причинам бледные трепонемы продолжают персистировать в организме больного после проведённого лечения. Это положение принципиальное, и сама форма существования трепонем значения не имеет (М.П. Фришман, 1984; Н.М. Овчинников и соавт., 1987; Е.В. Соколовский, 1995; Luger a.Petzoldt, 1979). По мнению других авторов, серорезистентность при сифилисе связана с формированием так называемых антиидиотипических антител, т. е. вторичных антител, образующихся в ответ на появление противотрепонемных (Т.М. Бахметьева и соавт., 1988; С.И. Данилов, 1996). При данном варианте серорезистентности возбудитель инфекции в организме отсутствует, следовательно, дополнительное лечение проводить не имеет смысла.

Позитивные серореакции после полноценного лечения сифилиса, сохраняющиеся более 2-х лет, серорезистентностью не считается и не требует дополнительного специфического лечения (Метод. леч. сиф. – Проф. И.И. Мавров, Г.И. Мавров. – Харьков, 2001).

Лечение серорезистентного сифилиса проводится двумя-тремя курсами с перерывом в 2–3 месяца по одной из методик лечения сифилиса со сроком позднего сифилиса и комбинируется неспецифическим (патогенетическим) лечением.

Дополнительное лечение проводится по методикам, обеспечивающим достаточно высокий уровень концентрации антибиотика в организме.

Методика № 1. Лечение проводится в стационаре водо-растворимым пенициллином в дозе 1 млн. ЕД 6 раз в сутки в течение 20-и дней.

Методика № 2. Лечение проводится амбулаторно прокаин-пенициллином по 1,2 млн. ЕД 1 раз в сутки в течение 20-и дней.

Методика № 3. В исключительных случаях лечение может быть проведено дюрантными препаратами пенициллина по методикам, рекомендованным для вторичного (раннего), раннего скрытого сифилиса.

Методика № 4. Лечение проводится цефтриаксоном по 1,0 в мышцу ежедневно 20 инъекций на курс:

- лицам с поздними формами;
- при наличии стигм со стороны нервной системы;
- при сочетании с клинически особо значимыми сопутствующими инфекционными заболеваниями (вирусные болезни, гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция и др.).

Согласно новым Клиническим рекомендациям Экспертного совета Российского общества дерматовенерологов и косметологов от марта 2012 г. (1) дополнительное лечение при сифилисе назначается в следующих случаях:

- если через год после полноценного лечения ранних форм сифилиса не произошло 4-кратного снижения титра РМП/РПР (РМП – реакция микропреципитации с плазмой и инактивированной сывороткой или её аналоги, РПР (RPR) – тест быстрых плазменных реагинов (Rapid Plasma Reagins) или экспресс-тест на реагины плазмы);
- если через 1,5 года после полноценного лечения ранних форм сифилиса нет тенденции к дальнейшему снижению титров/степени позитивности РМП/РПР;
- если через 2 года после полноценного лечения ранних форм сифилиса не произошло полной негативации РМП/РПР;
- если через 6 месяцев после полноценного лечения раннего врождённого сифилиса не произошло 4-кратного снижения титра РМП/РПР.

При выявлении указанных состояний до 2-х лет после основного лечения проводится 1 курс дополнительного лечения по схеме раннего скрытого сифилиса (кроме пролонгированных препаратов пенициллина); после 2-х лет – 2 курса по схеме позднего сифилиса.

Перед дополнительным лечением показано проведение повторного клинико-лабораторного обследования пациентов врачами специалистами (дерматовенеролог, офтальмолог, невролог, терапевт, оториноларинголог) и исследование СМЖ даже при отсутствии клинической неврологической симптоматики. В случае выявления специфической патологии нервной системы и внутренних органов устанавливается диагноз нейро- или висцерального сифилиса и проводится соответствующее лечение по методикам этих форм.

При отсутствии специфической патологии нервной системы и внутренних органов дополнительное лечение проводится, как правило, однократно/двукратно.

Предпочтительно применение:

- бензилпенициллина натриевой соли кристаллической по 2 млн. ЕД в/м каждые 4 ч. (6 р./сут.) ежедневно в течение 20-и дней;
- или бензилпенициллина натриевой соли кристаллической по 10 млн. ЕД в/в капельно 2 р./сут. ежедневно в течение 20-ти дней;
- цефтриаксона по 1,0 г в/м 2 р./сут. ежедневно № 20.

Дополнительное лечение детей проводится по методике лечения взрослых, исходя из возрастных доз антибиотиков.

Больные поздними формами сифилиса, у которых результаты нетрепонемных тестов после лечения нередко остаются положительными, должны находиться на КСК (клинико-серологический контроль) не менее 3-х лет. Решение о снятии с учёта или продлении контроля принимается индивидуально.

В целях предупреждения серорезистентности необходимо проводить лечение по поводу сопутствующих заболеваний и нужно учитывать алкогольную интоксикацию, наркоманию, профессиональные вредности, отсутствие определённого места жительства. При этом приемлемы следующие подходы:

- 1) назначение иммуномодуляторов, биостимуляторов, ноотропов (тимоген, левамизол, метилурацил, пираретам и др.);
- 2) назначение витаминов, ферментов, микроэлементов;
- 3) назначение гематотропных препаратов (гемодез, эссенциале, карсил, глицерам, вобензим);
- 4) облучение крови УФО, лазером, микроволновое прогревание надпочечников, магнитотерапия и др.

По результатам анализа случаев (1993 и 1999 гг.): из 212-и больных с серорезистентностью в возрасте 18- до 70-и лет, мужчин – 60, женщин – 152. Сифилис I серопозитивный обнаружен у 3 (1,4%), сифилис II свежий – у 11 (5,2%), сифилис III рецидивный – у 84 (39,6%), сифилис ранний латентный – у 114 (53,8%) больных. Сопутствующая патология зарегистрирована у 126 (59,4%) пациентов, при этом у 100 (47,2%) – различные другие инфекции, передаваемые половым путём (ИППП): трихомоноз – у 48 (22,6%), кандидоз урогенитальный – у 26 (12,4%), гарднереллёз – у 20 (9,4%), гонорея – у 6 (2,8%). Злоупотребление алкоголем отмечалось у 87 (41,0%), потребление наркотиков – 1 (0,49%) человека. Получали лечение натриевой солью пенициллина – 76 (35,8%) больных, натриевой солью бензилпенициллина – 57 (26,9%), экстенциллином и ретарпенон – 79 (37,3%). Случаев серорезистентности со снижением титра реактивов по реакции Вассермана (РВ) не менее чем в 4 раза наблюдали у 53 (25%) пациентов.

У части больных (из 159) наблюдалась медленная негитивация МР, и они были привлечены к дополнительному лечению через 1,5–2 года после лечения.

Серорезистентность чаще была зарегистрирована у женщин (71,7%), у пациентов до 30-и лет (63,2%), лечившихся по поводу вторичного рецидивного и раннего латентного сифилиса, получивших лечение препаратами бензатин бензил пенициллина (37,3%).

Зарегистрирована серорезистентность при сифилисе (1999–2001 гг.):

– у пациентов, лечившихся с диагнозом сифилиса вторичного свежего, в 3,2% случаев;

– с диагнозом вторичного рецидивного сифилиса – в 16,5% случаев;

– с диагнозом сифилиса латентного раннего – в 15,4% случаев.

Зависимость от используемых препаратов была от:

– пенициллина новокаиновой соли – в 10,2% случаев;

– экстенциллина – в 34,6% случаев;

– ретарпена – в 29,2% случаев.

После лечения препаратом Бициллин больных с вторичном рецидивном и ранним латентным сифилисом серорезистентность наблюдалась соответственно в 46,7 и 31,0% случаев. Таким образом, в возникновении серорезистентности, помимо сопутствующих болезней, значимыми являются используемые антибактериальные средства. В нашем наблюдении развитие серорезистентного сифилиса чаще отмечено у пациентов со вторичным рецидивным и ранним латентным сифилисом, получивших Бициллин.

При лечении больных сифилисом с давностью более 6-ти месяцев в целях предупреждения серорезистентности назначение препаратов бензатил пенициллина следует ограничить.

Если через год после полноценного лечения негитивация по РСК не наступила, но наблюдается снижение титра реактивов по меньшей мере в 4 раза (от резко положительной до слабоположительной), то эти случаи рассматриваются как замедленная негитивация серореакции, и наблюдение продолжается еще 6 месяцев. Если в указанные сроки не произошла негитивация, то проводится дополнительное лечение (Метод. указания ЦКВИ, 1999/88 гг.)

При сохранении положительный КСР после полноценного лечения поздних форм сифилиса диагноз серорезистентности не выставляется, и дополнительное специфическое лечение не проводится.

Проводить дополнительное лечение дюранными препаратами пенициллина не следует, т. к. это не дает положительного результата (Выбор методик лечения для больных различными формами сифилиса. Пособ. для врачей; М. 2003 г.).

Таким образом, дополнительное специфическое лечение больным с серорезистентностью проводится с учетом динамики КСР в сроки от 1 года до 1,5 лет после первичного обследования и лечения, как правило, с учетом заключения невропатолога /и ликвородиагностики/, и результатов исследований других смежных специалистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путём, и урогенитальными инфекциями. – Москва: Издательский дом «Деловой экспресс», 2013. – Издание Российского общества дерматовенерологов и косметологов. – 112 с.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИФИЛИСЕ

ГАФАРОВ М.М., СУЛТАНОВА З.З., ТУХВАТУЛЛИНА Ф.З., ЮЛАМАНОВ А.С.,
МУСТАФИНА Г.Р.

*Башкирский государственный медицинский университет,
ГАОУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», Уфа*

Рост заболеваемости сифилисом (СФ) в 90-е гг., доли латентных, поздних, серорезистентных форм, широкое использование антибиотиков, ухудшение условий жизни, алкоголизм, наркомания, СПИД, снижение иммунитета популяции привели к тому, что изменились клиническая картина и формы поражений нервной системы (НС). Возрос риск быстрого прогрессирования поражений НС. Поражение НС при СФ и его последствия являются актуальной проблемой, т. к. приводят к серьезным, иногда смертельным осложнениям. Есть и другие факторы, способствующие ускоренному поражению НС у больных СФ. Это – травмы головного мозга, полученные до и после заболевания СФ, психические травмы, повышенная повреждаемость сосудистых стенок при гипертонической болезни, атеросклерозе, недостаточное лечение СФ или его отсутствие.

Нами проанализирована заболеваемость НС при разных формах заразного СФ за предыдущий год. Среди 1068-и осмотренных больных СФ изменения НС были обнаружены у 313-и (29,3%), их средний возраст составил $39,3 \pm 2$ г.; женщин среди них – 179, мужчин – 134. Поражение НС признано специфичным для нейросифилиса (НСФ) в 306-и случаях, оно подразделено на ранние и поздние формы, из которых выявлены: ранний зрачковый моносиндром – у 165 (52,7%); зрачково-рефлекторный синдром – у 97 (30,9%); зрачково-анизорефлекторный – у 23 (7,34%); зрачково-вестибулярный – у 5 (1,6%); синдром поражения периферической НС – у 2 (0,6%); поздний зрачково-рефлекторный синдром выявлен у 8 (2,55%); другие синдромы – у 6 (1,9%) больных.

У 32-х больных активной формой СФ (10,2%) были отмечены мерцающие неврологические симптомы, преимущественно зрачковые, которые в первые недели лечения купировались; у 17-и больных (5,43%) зрачковые моносимптомы оставались стойкими, им было проведено лечение по одной из схем лечения НСФ. Спинномозговая пункция проведена 16-и больным, что помогло подтвердить специфическое поражение НС, обусловленное трепонемой.

Таких проявлений позднего НСФ, как спинная сухотка, претабес, хронический менингобазальный менингоневрит, поздний менингоэнцефалит, прогрессивный паралич, хронический сифилитический хориозпендиматит мы не наблюдали. Соотношение ранних и

поздних форм НСФ, по данным Прохоренкова В. И., Гринштейна А. Б. (1999), составляет 65% к 35%. В нашей клинике поздние формы диагностированы в 15-и случаях, что составляет 4,8% всех больных НСФ с учётом лиц с поздним зрачково-рефлекторным синдромом. В 7-и случаях были симптомы васкулярного СФ мозга (менингизм, головные боли, органическая симптоматика с парезами и параличами и т. д.). При наличии симптомов поражения НС у больных СФ лечение проводилось повышенными дозами пенициллина, превышающими обычные дозы в 1,2–2 раза, дополнительно назначались нейротропные и вазоактивные средства.

Представляем информацию о случае васкулярного НСФ, протекавшего на фоне большого количества неблагоприятных факторов и почти приведшего к инвалидности. Больной Б. 32 лет (и. б. № 674), поступил в венотделение ГУЗ РКВД 21.02.06 г., выписался 07.03.06 г. Не работает. Наблюдается у нарколога по поводу хронического алкоголизма. Имел беспорядочные половые связи. СФ выявлен в период лечения в терапевтическом отделении от алкогольной интоксикации (06.02.06 г. – 14.02.06 г.), а с 08.01.06 г. по 06.02.06 г. лечился по поводу инсульта, сопровождавшегося амнестической афазией и правосторонним гемипарезом. При поступлении у больного была диагностирована чесотка и анемия (эр. – 3,6 млн. в 1 мм³; гемогл. – 9,3 г/л). Диагноз «Скрытый ранний СФ» установлен на основании анамнеза, характерной лимфаденопатии, результатов серологических и иммунологических исследований: КСР–А1(2+), А2(2+), м/р(3+), РПГА (4+); РИФ(4+); ИФА – «Ig G+КП 6,4; Ig М отр.». В отделении у больного наблюдались эпилептические припадки (со слов больного впервые такой припадок случился в январе 2006 г.). В неврологическом статусе: прямая фотореакция зрачков резко снижена, сглажена правая носогубная складка, правосторонний гемипарез по центральному типу (сила мышц – 3 б.), правосторонняя гемигипестезия, снижение костной вибрационной чувствительности до 3–5'' (в норме – 16–20''). На люмбальную пункцию больной не согласился. Назначен 1 млн. ЕД бензилпенициллина натрия 4 раза в сутки, из-за его непереносимости с 4-го дня назначен антибиотик линдацин по 1,0 в мышцу 1 раз в день, с 4-го дня линдацин вводился в вену по 1,0 ежедневно в течение 6 дней на фоне преднизолона (30 мг). Параллельно проводилось лечение противосудорожными, вазоактивными препаратами, дегидратационными средствами. С 26.02.06 г. припадки не наблюдались, больной стал активным, самостоятельным. Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение дерматовенеролога с рекомендацией назначения второго курса лечения через месяц, под наблюдение невролога, нарколога и участкового терапевта по месту жительства. В данном случае позднее обращение, запоздалое

скрининговое обследование (КСР) помешали своевременному выявлению сифилиса и способствовали развитию васкулярного НСФ.

Таким образом, с изменением клиники НСФ возрастает необходимость совершенствования методов дифференциальной диагностики с целью его отличия от поражения нервной системы другой природы. Увеличение серорезистентных форм СФ в последние годы заставляет нас быть ещё более требовательными к диагностике и лечению больных с ранними и поздними поражениями НС, поскольку нередко это наблюдается на фоне нейротоксического действия алкоголя, наркотиков и других вредных факторов производственного характера. Кроме обязательного неврологического осмотра больных СФ и традиционной офтальмоскопии, следует шире использовать исследование спинномозговой жидкости, аудиометрию, РЭГ, МРТ.

СЛУЧАЙ РАННЕГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ СИФИЛИСОМ КОМОРБИДНОГО С ДЕМЕНЦИЕЙ

**ГАФАРОВ М.М., ТУХВАТУЛЛИНА Ф.З., ДИНИСЛАМОВ Г.Г., ГАРЕЕВА Л.А.,
СУЛТАНОВА З.З.**

ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», Уфа

В 2014 году, по сравнению с 2010 годом, в Республике Башкортостан отмечается уменьшение заболеваемости сифилисом на 25,6% (с ИП 47,3 до 21,7 на 100 тыс.). К началу 2015 года на диспансерном учёте по поводу сифилиса состояли 883 человека (жители городов – 60,1%, из них жители Уфы – 17,8%).

Однако удельный вес формы скрытого сифилиса имеет тенденцию к увеличению в общей структуре заболеваемости. Зачастую больные со скрытым сифилисом (поздним) сначала обращаются к невропатологам, окулистам и другим специалистам по поводу поражения соответствующих висцеральных органов. Также немаловажное значение в развитии специфического поражения нервной системы отводится паравенерическим заболеваниям: герповирусным инфекциям, хламидиозу, микоплазмозу и др. Для подтверждения диагноза специфичности нейросифилиса и для его дифференциальной диагностики от парасифилитических заболеваний требуется проведение дополнительных специальных исследований, таких как КТ, МРТ, люмбальная пункция и серологические исследования спинномозговой жидкости.

Один из подобных редких случаев раннего поражения нервной системы описан в данной работе.

Мы наблюдали больного М. 01.09.1960 г. р. С диагнозом: Ранний скрытый сифилис, нейросифилис в сочетании с предполагаемой болезнью Альцгеймера. Больной обратился с жалобами на головные боли, бессонницу, чувство удушья, шаткую походку, снижение памяти и другие нервные расстройства. Был госпитализирован в РКБ, где ему был выставлен диагноз: деменция, гиперкинетический синдром (постурально-кинетический тремор, более выраженный в правой руке) возможно специфической природы с выраженной социально-бытовой дезадаптацией. Результаты проведенного обследования: анализ крови на ВИЧ, HBS-AG – отр.; анализ крови на RW: MR 4+, 1:64, РПГА 4+, – рекомендовано обследование в ГАУЗ РКВД № 1.

Больной поступил на стационарное обследование и лечение в ГАУЗ РКВД №1 с жалобами на головные боли, бессонницу, чувство удушья, нарушение координации, ухудшение памяти. В анамнезе черепно-мозговая травма 3 года назад.

Status localis morbi: на момент осмотра манифестных проявлений сифилиса на коже и слизистых не обнаружено. Серологические реакции в динамике: 13.01.09 анализ крови на ВИЧ, HBS-AG – отр.

26.01.09 анализ крови на RW I – 4+ т(1:64) II – 4+ т(1:320) III – 4+ ИФА IgM+ 1,03; IgG+ 12,21 (оп. пл.); РПГА4+ (1:64)

Эпид. анамнез: жена больного получила стационарное лечение в ГКВД по поводу скрытого раннего сифилиса (анонимно восемь месяцев).

ЭЭГ от 27.01.09.: умеренно выраженные диффузные изменения биопотенциалов в виде ирритации коры полушарий без признаков межполушарной асимметрии ритмов и очаговых указаний на фоне низкоамплитудной ЭЭГ.

КТ головного мозга: желудочки мозга умеренно расширены, выраженное неравномерное расширение конвекситальных борозд большого мозга. Выраженные атрофические изменения коры больших полушарий.

Заключение психиатра: органическое заболевание головного мозга неуточнённой этиологии с астено-дисмнестическим синдромом и деменцией. Для исключения связи атрофического процесса головного мозга с сифилитической инфекцией (сифилис головного мозга, прогрессивный паралич) необходимо исследовать ликвор. Болезнь Альцгеймера?

Заключение невролога: Учитывая резко положительные серологические реакции КСР, высокий титр антител, специфические изменения неврологической симптоматики, надо думать о раннем нейросифилисе (возможно преобладание васкулярной формы) с астено-дисмнестическим синдромом и деменцией. Необходимо специфическое исследование ликвора путем люмбальной пункции. PS. Больной от люмбальной пункции категорически отказывается.

Заключение окулиста: глазное дно: Диски зрительных нервов ярко розовые, границы ясные, артериолы узковаты, венозные сосуды слегка инъецированы. Сетчатка прозрачна.

Учитывая эпидемиологический анамнез больного, наличие у полового партнера скрытого сифилиса, резкоположительные серологические реакции в динамике и заключения консультантов выставляется диагноз: Ранний скрытый сифилис, осложненный нейросифилисом с преобладанием васкулярной формы с астено-дисмнестическим синдромом и деменцией. Сопутствующее заболевание: болезнь Альцгеймера?

Назначено специфическое лечение: пенициллин по 1млн Ед 6 р/д на фоне преднизолонa, антигистаминных и ангиотропных препаратов. С четверного дня назначен цефтриаксон по 1,0 в день в/м, курсовая доза 22,0.

Во избежание побочных явлений больному назначены: преднизолон 50 мг в день в инъекциях в/м, растворы димедрола, аминазина, ангиотропные препараты.

В начале лечения была реакция обострения: аутизм, фобия, эмоциональная неустойчивость, явления озноба, дискомфорт; через неделю явления дискомфорта прошли.

После полноценного курса лечения наступило значительное улучшение социально-адаптивных функций, больной осознанно отвечал на вопросы, наблюдалось улучшение показателей координационных проб. Через месяц больному был проведён повторный курс специфического лечения. Второй курс специфического лечения цефтриаксоном в курсовой дозе 22,0 в комплексе с витаминами и нейротропными препаратами больной перенес хорошо, и в отдаленные сроки наблюдения наступила нормальная адаптация к окружающей среде. Больной выписан под наблюдение у дерматолога и невропатолога.

Таким образом, сочетание сифилиса с последствиями травмы головного мозга и предполагаемой болезнью Альцгеймера привели к раннему и системному поражению центральной нервной системы с явными нарушениями в социально адаптивной сфере.

ЛИТЕРАТУРА

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни / Ю.К. Скрипкин, В.Н.Мордовцева. – М.: Медицина, 2007.
2. Оголев В.А. Диагностика и лечение сифилиса. – М., 2007.
3. Яковлев Н.А. Диагностика и лечение нейросифилиса / Н.А. Яковлева, В.В. Дубенский. – Тверь, 2004.
4. Толпов, К.Г. Нейросифилис для практикующего врача. – С.-Пб., 2005

СУБКОРНЕАЛЬНЫЙ ПУСТУЛЁЗНЫЙ ДЕРМАТОЗ СНЕДДОНА-УИЛКИНСОНА – ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ ДЕРМАТОЗ

ГАФАРОВ М.М., ХАММАТОВА А.А., КУПРИНА Е.Р., ГАРЕЕВА Л.А.

*Башкирский государственный медицинский университет,
ГАОУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1»,
ГБУЗ РБ Поликлиника № 33 городского округа г. Уфа*

Резюме. Субкорнеальный пустулёз, довольно редко встречающийся дерматоз, является промежуточным между пустулёзным псориазом, дерматитом Дюринга и пузырьчаткой. Правильная постановка диагноза представляет значительные трудности, поэтому правильная постановка алгоритма: сбора анамнеза, лабораторных и иммунологических исследований, – и своевременная дифференциальная диагностика гарантируют успех в лечении.

Ключевые слова: субкорнеальный пустулёзный дерматоз, паранеопластический дерматоз, дерматоз Снеддона-Улкинсона.

Актуальность. Тема представляет теоретический и практический интерес, потому что данное заболевание по сегодняшний день не имеет однозначного ответа на вопрос, является ли данное заболевание самостоятельной нозологической формой дерматоза, или под его маской скрываются пустулёзный псориаз, герпетиформное импетиго Гебра, пустулёзная форма дерматита Дюринга и ряд других болезней кожи.

Кроме того, учение о паранеопластических заболеваниях в онкологии и дерматологии считается одной из наиболее актуальных проблем. К настоящему времени известно более 70-и заболеваний кожи и ее придатков, наблюдающихся у онкологических больных. В связи с ростом в последние годы заболеваемости злокачественными опухолями большое значение приобретает их диагностика на более ранних стадиях, чему может способствовать выявление паранеопластических дерматозов [1].

Материалы и методы: теоретический анализ литературных источников, анализ данных, исследование пациентки.

Дерматоз субкорнеальный пустулёзный Снеддона-Улкинсона (син. пустулёз субкорнеальный) – хроническое заболевание неизвестной этиологии. Заболевание впервые описали в 1956 г. английские дерматологи Sneddon и Wilkinson. Чаще болеют женщины 30–60 лет, болезнь может начаться и в детском возрасте. Буллёзные дерматозы (буллёзный пемфигоид Лёвера, герпетиформный дерматит Дюринга, субкорнеальный пустулёз

Снеддона-Уилкинсона, эритематозная и эксфолиативная пузырчатка) встречаются у 2–18% онкологических больных пожилого возраста [2].

Причины и патогенез субкорнеального пустулёза неизвестны.

Симптомы субкорнеального пустулёза. Начало заболевания иногда связано с гормональными нарушениями, сопровождающими тиреотоксикоз, беременность и роды, у некоторых больных – с психическими травмами. Поражается в основном кожа туловища и проксимальных отделов конечностей. В большинстве случаев высыпания располагаются на гиперемизованном, иногда несколько отёчном фоне и окружены узким ободком гиперемии. Пустулы быстро вскрываются, в результате чего в клинической картине преобладают полициклические эрозии, покрытые корочками с обрывками покрывок пустул по периферии. После заживления эрозий часто остаётся гиперпигментация, на месте которой могут вновь появляться фликтены. Заболевание имеет более доброкачественное течение по сравнению с другими формами генерализованных пустулёзов, состояние больных нарушается незначительно. Описано сочетание с гангренозной пиодермией [3].

Субкорнеальный пустулёз характеризуется образованием поверхностно расположенных пустул – фликтен, которые возникают на эритематозном основании, имеют склонность к группировке и герпетиформному расположению. Излюбленная локализация высыпаний – кожа туловища, конечностей, паховые и подмышечные складки. Покрывки пустул быстро лопаются, а содержимое их высыхает в желтоватые корки, по периферии которых имеются обрывки рогового слоя эпидермиса. После разрешения элементов остаются вначале розоватые, а затем слабо пигментированные пятна. В содержимом фликтен – акантолитические клетки. Симптом Никольского отрицательный. Появление сыпи и её дальнейшее развитие обычно не сопровождается субъективными ощущениями. Иногда возникает непостоянный и незначительный зуд кожи [4]. Пустулы в типичных случаях стерильны. Слизистые оболочки поражаются исключительно редко. Высыпания растут по периферии, образуя различной степени выраженности корки и чешуйки. Поражения других органов в большинстве случаев не наблюдается, но иногда встречается серонегативный ревматоидный артрит. Заболевание течёт длительно, с ремиссиями. Общее состояние больных удовлетворительное. Обострения чаще возникают летом, продолжаясь 2–3 недели, иногда дольше. Ремиссия неполная [5].

Лечение субкорнеального пустулёза. Эффективных методов лечения нет, однако течение заболевания можно контролировать. Это редкий дерматоз, поэтому убедительных сравнительных данных о лечении нет. Используют антибиотики, сульфоны, глюкокортикоиды, ретиноиды, фототерапию или сочетание фототерапии с ретиноидами.

Наружно назначают анилиновые красители и мази, содержащие кортикостероиды и антибиотики.

Имеются сообщения о блестящих результатах применения дапсона и этретината.

Исследование проводилось в ГАУЗ РКВД № 1, пациентка Х. 55 лет, которая находилась на стационарном лечении с 13.01.15 г. по 04.03.15 г. для уточнения диагноза и лечения. До этого больная получала лечение в Янаульском ЦРБ, эффекта от проводимой терапии не наблюдалось. Характер течения заболевания – рецидивирующий.

Это очередной эпизод заболевания, пациентка помнит количество эпизодов: за весь период лечения – 5 периодов обострения.

Жалобы при поступлении на высыпания на коже тела, верхних и нижних конечностях, затылочной области волосистой части головы, лица, на жжение. Со слов пациентки, болеет она около 2-х лет, лечение с временным успехом получала амбулаторно, последнее обострение – с 26.12.14. С 2007 г. наблюдалось поражение суставов, узловая мастопатия, узловой зоб с гипотериозом. После приёма сероводородных ванн по 30 минут в день начались высыпания на коже, так как больная удлинила экспозицию ванн. Процесс поражения носит генерализованный характер, и поражение занимает значительную часть кожного покрова. Кожа в области груди и межлопаточной области резко гиперемирована, инфильтрирована, отёчна, горячая на ощупь, отличается наличием большого количества микровезикул с прозрачным содержимым.

Результаты дополнительных обследований, проведённых в стационаре:

Общий анализ крови – миел. – 1, юн. – 2, остальные показатели в норме;

Общий анализ мочи – показатели в норме;

Биохимический анализ крови – общий белок – 65,7 г/л, остальные показатели в норме.

Микрофлора из везикул при неоднократном посеве не выделена.

Выделен *St. epidermidis* после 4-го исследования на микрофлору, чувствительный к цефазолину, цефтриаксону, линкомицину, гентамицину.

ЛЕ клетки в крови неоднократно не обнаружены.

Исследования антител к антигенам ядра клетки и ДНК от 26.02.15 г. – результат положительный.

Мазок из уретры от 10.02.15 г. – лейкоциты един. Гр+ кл; вагина: лейкоциты – 2–3 в поле зрения, смешанная флора, дрожжи – «+–».

В содержимом везикул РН клетки и эозинофилы не обнаружены при неоднократном исследовании.

Малярийные плазмии не обнаружены

Иммунограмма – лейкоциты $9,0 \cdot 10^9$ /л, лимфоциты 22%; Т-лимфоциты (СД₃) 62%, Т-хелперы (СД₄) 45%, Т-супрессоры (СД₈) 25%, ИРК (х/с) 1,8; иммуноглобулин М 0,85 г/л; иммуноглобулин А 4,5 г/л; иммуноглобулин G 0,85 г/л; циркулирующие иммунные комплексы 3% ПЭГ (полиэтиленгликоль) 0,039; 4% ПЭГ 0,072% от 22.01.15 г.

МРТ брюшной полости и забрюшинного пространства органов малого таза – признаки диффузного жирового гепатоза; немногочисленные кисты печени; деформации желчного пузыря; хронический панкреатит; инволютивные признаки изменений матки и яичников; признаки дистрофических изменений грудно-поясничного отдела позвоночника (остеохондроз).

На патоморфологическое исследование кожи больная не согласилась.

УЗИ щитовидной железы от 16.01.15 г. – без патологии, возрастные изменения.

ЭКГ от 24.02.15 г. – глубокие метаболические нарушения миокарда по типу ишемии, эктопические ритмы (поражены сосуда миокарда).

Рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции от 26.02.15 г. – органы грудной клетки без видимых патологических образований.

11.02.15 г. организован консилиум в составе профессора Гафарова М.М., зам. главврача по медицинской части Султановой З.З., зав. 4 отд. Юламановым А.С., зав. 3 отд. Хамматовой А.А. На основании жалоб, анамнеза, клинического течения, выставляется диагноз: «Пустулёз субкорнеальный, распространённая форма, прогрессирующая стадия, тяжёлое течение».

Рекомендовано обследование и лечение согласно клиническим рекомендациям Российского общества дерматовенерологов и косметологов 2010 г.

Заключения консультантов:

– ревматолог от 25.02.15 г.: «По имеющимся клинико-лабораторным данным, проявлений системного заболевания кожи у больной не установлено»;

– гинеколог от 22.01.05 г.: «Патологии органов малого таза не выявлено»;

– инфекционист неоднократно: «Данных за инфекционное заболевание нет»;

– Септический центр от 27.01.15 г.: «Данных за патологию септического генеза не выявлено»;

– ЛОР-врач от 24.02.15 г.: «ЛОР-патологии не выявлено»;

– маммолог от 25.02.15 г.: «Фиброзно-кистозная мастопатия правой грудной железы.

Рекомендуется дальнейшее наблюдение»;

– невролог: «Цереброваскулярное заболевание. Соматогенный психастенический синдром, резко выраженная эмоционально-вегетативная лабильность, диссомния резко выраженная», – рекомендована консультация психотерапевта по месту жительства;

– терапевт: 1) атеросклеротический кардиосклероз. Осл.: нарушение ритма: экстрасистолия; 2) диффузный узловой зоб, ст. субкомпенсации (принимает L-тироксин (свой) 50 мг в день, – рекомендовано диспансерное наблюдение у эндокринолога по месту жительства); 3) деформирующий полиартроз. НФС 2 ст.; 4) хронический некалькулёзный холецистит вне обострения.

Рекомендовано: «По совокупности соматической патологии показано лечение в стационаре соматического профиля».

Проводимое больной лечение:

Антигистаминная терапия: Димедрол 1% раствор 1,0 в/м № 10.

Тиосульфат натрия 30% – 10,0 в/в, № 10.

Витаминотерапия: Вит А 33000 ЕД по 1 × 3 раза в день.

Антибактериальная терапия: Линдацин 1,0; раствор в/в 2 раза в день № 10.

Глюкокортикоиды: ввиду отсутствия успешных результатов от проводимой терапии – дексаметазон 8 мг в/м 5 дней с последующим переходом на преднизолон 5 мг по 6 таб. в день 7 дней, 5 таб. 6–7 дней, по 4 таб. в день 6 дней, по 3 таб. 3 дня, по 2 таб. в день 7 дней.

Аспаркам по 1 таблетке 3 раза в день на весь период терапии кортикостероидами.

Дезинтоксикационная терапия: Дисоль – раствор 400 мл в/в № 13.

Наружное лечение: дезинфицирующие растворы (метиловый синий 2%), анестезиновый крем, димедроловая мазь 1%, димедроловая мазь 1%, адвантан и др.

В результате проводимого комплекса лечения наблюдалась значительная ремиссия. Вместе с тем были отмечены появления небольшого количества новых микровезикул.

Больная выписана со значительным улучшением кожного процесса, общесоматического статуса. Пациентке рекомендовано продолжить поддерживающую терапию по месту жительства под наблюдением дерматолога, невропатолога и онколога. Рекомендации даны.

Из всего вышеперечисленного мы можем сделать вывод, что течение субкорнеального пустулеза проходит с временными ремиссиями и последующими обострениями.

Течение субкорнеального пустулёза в начальной фазе может протекать под маской пустулёзного псориаза, герпетиформного дерматита или другого системного дерматоза.

Лечение больных имеет определенные сложности, что связано с особенностями этиопатогенеза заболевания, необходимостью тщательной дифференциальной диагностики, тяжестью течения и резистентностью болезни к терапии, частым обострением в ответ на назначение стандартной терапии классического псориаза, возможностью возникновения осложнений. Поэтому больные пустулёзным псориазом потребуют прежде всего тщательного обследования для выявления триггерных факторов, консультаций смежных специалистов и обязательного проведения адекватного лечения сопутствующей, а зачастую и триггерной, патологии, назначения комбинированной дерматологической терапии.

Лечение острого пустулёзного псориаза требует госпитализации больных и соблюдения ими постельного режима с последующим продлением терапии в амбулаторных условиях.

Заболевание субкорнеального пустулёза зачастую протекает на фоне паранеопластического процесса, следовательно, в дальнейшем необходимо наблюдаться не только у дерматолога, но и параллельно у онкологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурасулов Д.М. Паранеопластические синдромы. – Ташкент: Медицина, 1983. – 311 с.
2. Частная патоморфология кожи: В 2 Т. / Акимов В.Г., Альбанова В.И., Богатырева И.И. [и др.] // Патология кожи / Под ред. В.Н. Мордовцева и Г.М. Цветковой. – М., 1996. – Т. 2. – 375 с.
3. Блюминг, А. АПУДомы // Эндокринология/ Под ред. Н. Лавина. Пер с англ. – М.: Практика, 1999. – С. 877-890.
4. Бухарович А.М. Ошибки в диагностике паранеопластических заболеваний кожи // Вестн. дермат. и венерол. – 1992. – № 9. – С. 32-35.
5. Дуденко Л.И., Прядкии В.А., Винниченко В.В. О паранеопластических дерматозах / Л.И. Дуденко, В.А. Прядкии, В.В. Винниченко // Там же. – 1988. – № 12. – С. 52-55.

МОРФОГЕНЕЗ МИКРОСПОРИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**ГАФАРОВ Т.М., СУЛТАНОВА З.З.***ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», Уфа*

Микроспория – грибковое заболевание из группы дерматофитий, при котором поражаются кожа и волосы. Название этого микоза происходит от имени его возбудителя – гриба рода *Microsporum*, относящегося к дерматофитам. Заболевание известно также как «стригущий лишай», что обусловлено особенностями его клинической картины. Возбудителя микроспории впервые описал Gruby в 1843 г. Ученый обнаружил на поверхности пораженного волоса чехлик из мелких спор и дал грибу название *Microsporum audouinii* в честь покойного доктора Audouin. В России микроспория впервые была описана С.Л. Богровым в 1912 г.

В настоящее время известно более двадцати видов гриба *Microsporum*. Из них в качестве патогенов выделяют следующие:

- антропофильная группа – *M. ferrugineum*, *M. audouinii*, *M. distortum*, *M. rivalieri*, *M. Langeronii*;
- зоофильная группа – *M. canis*, *M. nanum*, *M. persicolor*;
- геофильная группа – *M. gypseum*, *M. cookeii*, *Keratynomyces ajelloii*.

Из перечисленных видов лишь *M. canis* (seu *lanosum*) в последние годы стал практически единственным возбудителем микроспории. Не случайно его называют грибом-космополитом. Попадая на кожу, возбудитель внедряется в нее и начинает размножаться. При расположении вблизи устьев волосяных фолликулов споры гриба прорастают, приводя к поражению волоса. Довольно быстро распространяясь по поверхности последнего, гифы мицелия разрушают кутикулу, между чешуйками которой скапливаются споры. Таким образом, гриб окружает волос, формируя чехол, и плотно заполняет фолликулярный аппарат.

Микроспория является самой распространенной микотической инфекцией среди дерматофитий, не считая микозов стоп. Заболевание встречается повсеместно. В России ежегодно регистрируется до 100 тыс. больных микроспорией. Микоз обладает высокой контагиозностью, чаще страдают дети. В последние два десятилетия отмечен рост заболеваемости микроспорией у новорожденных [1]. Взрослые же болеют редко – преимущественно молодые женщины. Редкость заболевания микроспорией взрослых, особенно с поражением волосистой части головы, и обычно наступающее спонтанное выздоровление при начале пубертатного периода объясняется наличием в волосах взрослых людей фунгистатических органических кислот (в частности, ундициленовой кислоты). Особую опасность в эпидемиологическом плане представляют больные с поражением

волосистой части головы. Это связано с тем, что данная форма микоза, во-первых, наиболее часто диагностируется несвоевременно, а, во-вторых, её терапия сопряжена с определенными сложностями. К сожалению, данные последних эпидемиологических исследований, проводимых в России, свидетельствуют об увеличении числа больных с поражением волос [2].

Как уже было указано, самым распространенным возбудителем микроспории является *Microsporum canis* – зоофильный гриб, который обнаруживается у 90–97% больных. Основным источником заболевания – кошки (обычно котят), реже – собаки. Заражение происходит при непосредственном контакте с больным животным или предметами, инфицированными шерстью или чешуйками. Почва является лишь фактором передачи инфекции и не служит ее природным резервуаром [3].

Клинические проявления у животных характеризуются участками облысения на морде, наружных поверхностях ушных раковин, а также на передних, реже задних, лапах. Под лампой Вуда определяется зелёное свечение. Зачастую клинически здоровые кошки могут быть миконосителями, и тогда выявить гриб помогает только люминесцентное исследование. Однако возможны ситуации, когда факт носительства не удастся подтвердить ни клиническим, ни люминесцентным обследованием. В подобных случаях, а они наблюдаются у 2–3% носителей, производят посев шерсти с различных участков [4].

Заболеваемость зоонозной микроспорией неодинакова в течение года. Сезонные колебания связаны с приплодами у кошек, а также более частым контактом детей с животными в летний период. Подъем заболеваемости начинается в конце лета, пик приходится на октябрь–ноябрь, снижение до минимума наступает в марте–апреле. Возникновение в ряде районов и городов эпизоотий микроспории кошек и котят влечет формирование эпидемических очагов среди детей.

Инкубационный период при зоонозной микроспории составляет 5–7 дней. Характер клинической картины заболевания обусловлен локализацией очагов поражения и глубиной проникновения возбудителя. Выделяют микроспорию гладкой кожи и микроспорию волосистой части головы.

В месте внедрения гриба появляется отёчное, возвышающееся эритематозное пятно с четкими границами. Постепенно пятно увеличивается в диаметре и инфильтрируется. По периферии формируется непрерывный возвышающийся валик, представленный мелкими узелками, пузырьками и корочками. В центральной части происходит разрешение воспалительных явлений, вследствие чего она приобретает бледно-розовую окраску с отрубевидным шелушением на поверхности. Таким образом, очаг имеет вид кольца. В

результате аутоинокуляции гриба в центральной части и повторного развития воспалительного процесса образуются причудливые очаги типа «кольцо в кольце». Подобные ирисоподобные фигуры чаще встречаются при антропонозной микроспории. В процесс нередко вовлекаются пушковые волосы, что затрудняет лечение заболевания. Количество очагов при микроспории гладкой кожи, как правило, невелико (1–3). Их диаметр колеблется от 0,5 до 3 см. Местами локализации сыпи могут быть как открытые, так и закрытые участки кожного покрова, поскольку больное животное нередко греют под одеждой, берут в постель. Однако наиболее часто очаги располагаются на коже лица, шеи, предплечий и плеч. Субъективных ощущений нет, или беспокоит умеренный зуд. В 1957 г. J. Esteves впервые описал паразитарную ахромю – редкий вариант микроспории, характеризующийся минимальной симптоматикой [5]. При паразитарной ахромии наряду с поражением волосистой части головы имеются многочисленные депигментированные пятна округлых очертаний со слабым шелушением на поверхности.

Папулезно-сквамозная форма встречается при локализации микроспории на себорейных участках кожи – на лице, груди и спине. Очаги поражения отличаются инфильтрацией и лихенификацией, сопровождаются значительным шелушением и зудом. Поскольку данная форма микроспории наблюдается обычно у лиц с признаками атопии (в частности, у больных атопическим дерматитом), микоз нередко маскируется проявлениями основного процесса и не всегда своевременно диагностируется. Локализация единичных очагов микроспории в нетипичных для нее местах может иногда приводить к затруднениям в диагностике заболевания. Т.И. Меерзон, в частности, описал изолированный очаг зоонозной микроспории на коже ствола полового члена у 18-летнего больного [6].

К редкой разновидности микроспории следует отнести поражение кожи ладоней, подошв и ногтевых пластинок. На ладонях, реже подошвах, наблюдаются дисгидротические и/или сквамозно-кератотические высыпания. Для микроспорийного онихомикоза характерно изолированное поражение ногтя, обычно его проксимальной части [7]. Вначале формируется тусклое пятно, приобретающее со временем белую окраску. Ноготь в области лейконихии становится более мягким и хрупким, а впоследствии может разрушиться по типу онихолизиса. При обследовании пораженного ногтя под лампой Вуда обнаруживается ярко-зеленое свечение. Не диагностированный вовремя микроспорийный онихомикоз может служить причиной реинфекции и дальнейшего распространения заболевания среди окружающих.

Поражение волосистой части головы встречается преимущественно у детей 5–12 лет. В последние 20 лет отмечается 20-кратный рост заболеваемости новорожденных этой формой микроспории [1]. Принято считать, что редкость этой формы у взрослых объясняется

наличием у них в волосах и водно-липидной мантии кожи фунгистатических органических кислот. Этот факт косвенно подтверждает спонтанное выздоровление детей в период полового созревания, когда происходит изменение состава кожного сала. Возможно, имеет значение различная толщина волос у детей и взрослых. Примечательно, что микроспория волосистой части головы практически не встречается у детей с рыжими волосами [8].

Очаги микроспории волосистой части головы располагаются главным образом на макушке, в теменной и височной областях. Обычно присутствуют 1–2 крупных очага величиной от 2- до 5-и см, с округлыми или овальными очертаниями и четкими границами. По периферии крупных очагов могут быть отсевы – мелкие очажки диаметром 0,5–1,5 см. В начале заболевания на месте заражения образуется участок шелушения. В первые дни грибок локализуется только в устье волосяного фолликула. При ближайшем рассмотрении можно заметить беловатую кольцевидную чешуйку, окружающую волос наподобие манжетки. На 6–7-й день процесс распространяется на сами волосы, которые становятся хрупкими, обламываются над уровнем окружающей кожи на 4–6 мм и выглядят как бы подстриженными (отсюда название «стригущий лишай»). Оставшиеся пеньки выглядят тусклыми, покрыты чешуйкой серовато-белого цвета, представляющим собой споры гриба. Если пеньки «погладить», они отклоняются в одном направлении и в отличие от интактных волос не восстанавливают свое первоначальное положение. Кожа в очаге поражения, как правило, слегка гиперемирована, отечна и умеренно инфильтрирована, поверхность ее покрыта серовато-белыми мелкими чешуйками.

При микроспории волосистой части головы, обусловленной антропофильными грибами, наблюдаются многочисленные мелкие очаги с минимальным воспалением и нечеткими границами. Характерной чертой антропофильной микроспории является ее локализация в краевой зоне роста волос, когда одна часть очага располагается на волосистой части головы, а другая – на гладкой коже.

К атипичным, редко встречающимся вариантам микроспории волосистой части головы относят инфильтративную, нагноительную (глубокую), экссудативную, трихофитоидную и себорейную формы. При инфильтративной форме микроспории очаг на волосистой части головы несколько возвышается над окружающей кожей, гиперемирован, волосы чаще обломаны на уровне 3–4 мм. При нагноительной форме на фоне значительного воспаления и инфильтрации формируются мягкие узлы синюшно-красного цвета, поверхность которых покрыта пустулами. При надавливании сквозь фолликулярные отверстия выделяется гной. Подобные клинические проявления соответствуют картине *kerion Celsi* (медовые соты Цельзия) – инфильтративно-нагноительной трихофитии.

Экссудативная микроспория волосистой части головы характеризуется выраженной гиперемией и отечностью с располагающимися на этом фоне мелкими пузырьками. Вследствие постоянного пропитывания чешуек серозным экссудатом и склеивания их между собой образуются плотные корки, при удалении которых обнажается влажная эрозированная поверхность очага. При трихофитоидной форме микроспории на волосистой части головы рассеяны многочисленные мелкие очаги со слабым отрубевидным шелушением. Границы очагов нечеткие, островоспалительные явления отсутствуют, волосы обломаны на уровне 1–2 мм над окружающей кожей. Наряду с обломанными встречаются здоровые волосы. При себорейной микроспории волосистой части головы отмечается главным образом разрежение волос. Очаги разрежения обильно покрыты желтоватыми чешуйками, при удалении которых можно обнаружить незначительное количество обломанных волос.

Для подтверждения клинического диагноза микроспории применяют люминесцентное, микроскопическое и культуральное исследования.

Метод люминесцентного исследования основан на выявлении ярко-зеленого свечения волос, пораженных грибами рода *Microsporum*, при обследовании под лампой Вуда. Люминесцентное исследование необходимо проводить в затемненной комнате.

Для подтверждения грибковой этиологии заболевания микроскопическому исследованию подвергают чешуйки из очагов при поражении гладкой кожи, а при вовлечении в процесс волосистой части головы – обломки волос. В чешуйках из очагов на гладкой коже обнаруживаются извитые нити септированного мицелия. При микроскопическом изучении пораженного волоса выявляется множество мелких спор (2–3 мкм) на его поверхности (поражение по типу *ectothrix*). В связи с этим границы волоса выглядят как бы размытыми. Споры, окружающие волос, располагаются хаотично, наподобие мозаики.

Проведение культуральной диагностики при положительных результатах люминесцентного и микроскопического исследований требуется для идентификации гриба-возбудителя. Метод позволяет определить род и вид возбудителя и, следовательно, проводить адекватную терапию и профилактику заболевания. Патологический материал (чешуйки, волосы) помещают на среду Сабуро. Рост колоний *Microsporum canis* (основного возбудителя микроспории) отмечается на 3-й день после посева. К 10-му дню колония достигает диаметра 4–5 см и представлена плоским диском, покрытым беловатым, нежным пушком, который лучиками стелется по стенкам пробирки. Обратная сторона колонии имеет желтую окраску.

При лечении микроспории гладкой кожи без поражения пушковых волос применяют наружные антимикотические препараты. На очаги микоза утром наносят 2–5% настойку йода,

а вечером смазывают противогрибковой мазью. Используют традиционные 10–20% серную, 10% серно-3% салициловую или 10% серно-дегтярную мази. Дважды в день применяются современные мази: клотримазол, циклопирокс, изоконазол, бифоназол и др. Хорошо себя зарекомендовал аллиламиновый препарат тербинафин (ламизил), выпускаемый в виде 1% крема и спрея.

Тербинафин обладает фунгицидным действием (т. е. приводит к гибели гриба) и является самым активным антимикотическим средством в отношении грибов-дерматофитов. Следует подчеркнуть, что, обладая кератофильной способностью, ламизил накапливается в роговом слое эпидермиса и длительно присутствует здесь в фунгицидных концентрациях. Указанное обстоятельство объясняет сохранение выраженного противогрибкового эффекта даже после отмены препарата. Удобная лекарственная форма тербинафин-спрей обеспечивает бесконтактное нанесение препарата на обширные участки пораженной кожи. Тербинафин крем и спрей быстро впитываются и не оставляют следов на одежде.

При поражении пушковых, а тем более длинных волос необходимо проведение системной антимикотической терапии микроспории.

При лечении микроспории волосистой части головы до сих пор препаратом выбора остается гризеофульвин – хлорсодержащий антибиотик, продуцируемый плесневым грибом *Penicillium nigricans*. Гризеофульвин, выпускаемый в виде таблеток по 125 мг, назначают из расчета 22 мг на 1 кг массы тела больного. Препарат принимают ежедневно в 3–4 приема во время еды с чайной ложкой растительного масла, которое необходимо для повышения растворимости гризеофульвина и увеличения длительности его действия (α-токоферол, содержащийся в маслах, задерживает метаболизм гризеофульвина в печени).

В последние годы достойной альтернативой гризеофульвину служит тербинафин (ламизил). При лечении микроспории волосистой части головы применяется тербинафин в виде таблеток, выпускаемых в дозах по 125 и 250 мг. Препарат обладает высоким профилем безопасности, что во многом связано с особенностями механизма его действия. Поскольку тербинафин липофилен, после перорального приема он быстро достигает дермального слоя кожи, преодолевает его и скапливается в липидах рогового слоя эпидермиса, волосяных фолликулах и волосах.

Профилактика микроспории заключается в своевременном выявлении, изоляции и лечении больных микроспорией. В детских учреждениях следует проводить периодические медицинские осмотры. Выявленного больного микроспорией ребенка необходимо изолировать от других детей и направить на лечение в специализированный микологический стационар. Вещи, принадлежащие больному микроспорией, подлежат дезинфекции.

Обязательно обследуются родственники и контактировавшие с больным лица. Особое внимание следует уделять домашним животным, поскольку именно они часто служат источником инфекции. Больные микроспорией животные либо уничтожаются, либо им проводится полноценное противогрибковое лечение. Важная роль в борьбе с микроспорией отводится органам санитарного просвещения, а также ветеринарного надзора за бродячими животными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мохаммад Юсуф. Клинико-эпидемиологические особенности микроспории в современных условиях и разработка лечения новыми медикаментозными средствами: автореф. дисс... канд наук. – М., 1996.
2. Фахретдинова, Х.С. Клинико-эпидемиологические особенности современной микроспории: автореф. дисс... докт. мед наук. – М., 1999.
3. Шеклаков, Н.Д., Некоторые экологические особенности *Microsporum canis* и заболеваемость зооантропонозной микроспорией / Н.Д. Шеклаков, С.Г. Андриасян // Вестн дерматол. – 1979. – № 2. – С. 18–23.
4. Степанова, Ж.В., О носительстве пушистого микроспорума клинически здоровыми животными/ Ж.В. Степанова, В.И. Давыдов // Вестн дерматол. – 1970. – № 3. – с. 42–46.
5. Esteves, J. Acromia parasitaria devida ao *M.Felineum* / J. Esteves // Trab. Soc. Derm. Vener. – 1957. – № 15. – Р. 43.
6. Меерзон, Т.И. Нетипичная локализация микроспории гладкой кожи, вызванной *Microsporum canis* / Т.И. Меерзон // Вестн дерматол. – 1985. – № 5. – с. 70.
7. Степанова, Ж.В., Онихомикоз, обусловленный пушистым микроспорумом / Ж.В. Степанова, И.Я. Климова, Ф.С. Шаповалова // Вестн дерматол. – 1997. – № 4. – С. 37–39.
8. Медицинская микология и грибковые заболевания/ Э. Фейер, Д. Олах, Ш. Сатмари и др. – Будапешт, 1966.
9. Потееаев, Н.С. Ламизил при микроспории / Н.С. Потееаев, М.И. Курдина, Н.Н. Потееаев // Вестн. дерматол. – 1997. – № 5. – С. 69–71

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА

ГАФАРОВ Т.М., СУЛТАНОВА З.З., ШАРИПОВА Л.М.

ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», Уфа

К сожалению, современные методы терапии не гарантируют полной санации организма от возбудителя, что объясняется биологическими превращениями бледной трепонемы, приобретающей цист- и L-формы. При реверсии сохранившихся L-форм в спиралевидную форму возникают клинические и серологические рецидивы, развиваются поздние формы сифилиса, причем для развития сифилиса достаточно всего 2-х микроорганизмов. Особо следует отметить, что главным L-трансформирующим агентом является пенициллин – основной в настоящее время препарат для лечения сифилиса. Из года в год возрастает число случаев непереносимости пенициллина, по последним данным частота повышенной чувствительности среди венерологических больных составляет 6,6–8%. Курсовые дозы пенициллина возросли с 2–5 млн. ЕД (в 50-е годы) до 60–80 млн. ЕД и более. Несмотря на это, даже своевременно начатое и адекватное лечение заразных форм сифилиса неудачно в 3–10% случаев, а некоторые авторы (Х.Н. Хидыров, Ю.С. Касько) приводят число неудач в 12,6–21,4% случаев. Все эти данные свидетельствуют о том, что пенициллин перестаёт быть достаточно эффективным средством терапии сифилиса. Рекомендуемая ВОЗ якобы «трепонемоцидная» концентрация пенициллина в сыворотке крови 0,03мкг/мл явно недостаточна для полной иммобилизации и лизиса бледных трепонем. Доказана возможность выращивания L-форм бледной трепонемы на средах с концентрацией пенициллина 2500 мкг/мл. Экспериментально показано (М.А. Розентул), что даже концентрация пенициллина *in vitro* 3000 мкг/мл недостаточна для иммобилизации всех без исключения бледных трепонем. Очевидно, механизм действия пенициллина связан не с прямым трепонемоцидным эффектом, который, как мы видим, явно недостаточен, а с активацией функции макрофагов и нейтрофилов, что приводит к переходу незавершенного фагоцитоза в завершённый.

Принимая всё это во внимание, следует признать, что излечение при сифилисе в большей степени зависит от состояния иммунобиологических защитных сил организма. Это подтверждается данными о наличии генетически обусловленной естественной невосприимчивости к сифилису. Так, в ряде работ (Т.В. Васильев, Л.В. Сазонова, 1972; И.И. Демин, 1973; Л.В. Сазонова, Н.Н. Савельева, 1977; Kederstedt В, 1968) показано, что у 20–25% здоровых людей в сыворотке крови найдены трепонемостатические и трепонемоцидные вещества, причем в повышенном количестве у лиц, имевших половой контакт с больными активной (заразной) формой сифилиса. Эти вещества вызывают иммобилизацию и лизис

бледных трепонем после 20-часовой их инкубации в такой сыворотке. Следует отметить, что данные вещества, в отличие от пенициллина, постоянно присутствуют в сыворотке крови, обуславливая лизис бледных трепонем, в том числе тех форм, которые недоступны действию антибиотиков. Это объясняет случаи, когда при явной и, казалось бы, бесспорной возможности заразиться от больного сифилисом партнер остаётся здоровым. Естественная невосприимчивость к сифилису обуславливает высокую частоту незаражения при половом контакте с больным заразной формой сифилиса, по данным разных авторов, – от 27,5 до 57%. Р.А. Капкаев и соавторы приводят результаты обследования половых контактов 281 супружеской пары, в которых незаражение одного из супругов при сифилисе первичном серопозитивном составило 82%, вторичном свежем – 63%, вторичном рецидивном – 40%, скрытом раннем – 17%, скрытом позднем – 65%. L. Klingbeil и E. Clark, наблюдавшие 226 женатых пар, констатировали незаражение сифилисом у 43%. Объяснение незаражения только с позиций входных ворот и количества возбудителя на этих примерах выглядит крайне неубедительно.

Но состояние иммунной системы определяет не только невосприимчивость, но и тяжесть течения сифилитической инфекции. В работах Beck, Saethre (1929), Giestland (1955), Rochwell (1964), Willcox (1964), Lesinski и др. показано, что у 30% больных сифилис после прохождения первичного и вторичного периодов самоизлечивается, у 30% остаются положительные серологические реакции без клинических проявлений, у 40% развиваются поздние формы сифилиса. Данные факты общепризнаны, но принято считать, что нет признаков, по которым можно было бы предсказать вариант развития сифилитического процесса, вследствие чего всем больным проводится активное специфическое лечение. Однако появились данные о том, что готовность организма противостоять возбудителю сифилиса генетически детерминирована, и значительную роль в этом играют гены комплекса HLA. Генетическими маркерами предрасположенности к заражению сифилисом являются антигены HLA A1, A19, B7, B8, B18, Cw4, DR2, группа крови A(2), Rh -, P+, а маркерами резистентности – антигены HLA A9, A11, B15, B17, группа крови Rh+, P-. В частности, с антигенами HLA B7 и DR2 связывают низкую Т-клеточную иммунореактивность. Имеются сведения по анализу типирования HLA у 148 проституток – китаянок, из которых 30 с антигенами A11, B15, имевших половые контакты на протяжении 5 лет с больными сифилисом, не заразились.

По клинико-иммунологическим показателям также можно выделить три группы больных сифилисом:

1) Характерны затяжные инкубационный и первичный периоды, множественные шанкры, обильные высыпания вторичных элементов, наличие широких кондилом, лейкодермы, алопеции, патология в ликворе, низкие показатели Т-звена иммунитета, снижение фагоцитирующей активности лейкоцитов и титра комплемента. Именно эта группа неблагоприятна в прогностическом отношении в плане развития третичного сифилиса.

2) Характерны частые очаги хронической пиококковой инфекции, обильные неосложнённые вторичные элементы, быстро регрессирующие в процессе лечения.

3) Характерны немногочисленные высыпания, нет патологии в ликворе, быстрая регрессия сыпи и негативация КСР. По-видимому, эта группа больных склонна к самоизлечению.

Выявление указанных групп служит основанием для разработки принципов дифференцированной терапии сифилиса.

Крайняя малочисленность имеющихся данных не позволяет делать безапелляционные выводы в отношении прогноза результата взаимодействия макроорганизма и бледной трепонемы, что только пробуждает интерес к этой увлекательной и загадочной теме.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ В РЕСПУБЛИКЕ

БАШКОРТОСТАН

ГАФАРОВ Т.М., СУЛТАНОВА З.З.

ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», Уфа

Социально-гигиеническая характеристика больных сифилисом проводилась путём анкетирования получающих лечение в ГАУЗ РКВД № 1 и в центральных районных больницах. Анонимность анкет позволила получить достоверные и полные сведения об образе жизни и особенностях полового поведения исследованных, что можно будет использовать при разработке мероприятий по профилактике сифилиса.

В группу обследованных вошли 1008 человек. Из числа респондентов 51,8% составили мужчины и 48,2% – женщины 43,2% – городские жители, 56,8% – сельские 61,2% находятся в возрасте до 30 лет, причём 15,5% – в возрасте до 20 лет. Подавляющее большинство обследованных составляют лица со средним специальным (42,1%), средним (36,8%) и неполным средним (17,4%) образованием. Лиц с высшим образованием было лишь 2,5%. Из числа обследованных 27,5% состоят в браке, 13,8% – в гражданском браке, 37,9% никогда не состояли в браке, 16,8% разведены, 4% – вдовцы. У 57,1% больных был выявлен вторичный сифилис, у 30,2% – ранний скрытый, у 9,8% – первичный. 33,4% больных сифилисом обратились к дерматовенерологу самостоятельно, у 23,5% сифилис был обнаружен при медосмотре, в 13,1% наблюдений – как последствие полового контакта, в 10% диагноз был поставлен другими врачами-специалистами, в 7,7% диагностирован при вассерманизации соматических больных, в 4% – при вассерманизации беременных, в 3,1% – был выявлен на донорском пункте.

Большую информацию об образе жизни обследованных дают сведения о вредных привычках. Так, 63,7% обследованных (85,7% мужчин и 40,3% женщин) курят, причём 23,7% из них выкуривают в день 20 и более сигарет. Алкоголь потребляют 80% опрошенных (91,5% мужчин и 67,8% женщин). Средний возраст начала употребления табачных изделий составил 16,6 года (16,2 лет – у мужчин, 17,6 – лет у женщин), алкоголя – 18,6 года (18,3 лет у мужчин, 18,9 лет у женщин).

Большой интерес представляют особенности полового поведения как важнейшего фактора риска заболевания. Выяснилось, что 37,4% из числа обследованных имеют постоянного полового партнера, а 34,4% редко меняют половых партнеров (только 9,7% меняют часто). 43,8% утверждают, что не вступают в половую связь с малознакомым партнером, 26,9% вступили в половую связь лишь один раз, случайно (только 18,5% легко

вступают в половые связи с малознакомыми партнерами). В качестве источника заражения 17,9% опрошенных назвали супруга, 34,7% – друга (подругу), 46,1% – случайное лицо, 1,1% – сослуживцев. При этом 30% женщин указали в качестве источника заражения супруга, 41,8% – друга, 26,3% – случайное лицо, 1,7% – сослуживцев. Среди мужчин же источником заражения 6,4% указали жену, 28,1% – подругу, 64,1% – случайное лицо. Было установлено, что 34,1% заразились в собственной квартире, 18,1% – в квартире партнёра, 24,3% – в чужой квартире, 8,8% – в автомашине, 7,1% – на улице, 2,5% – в парке, на пляже. Теперь сифилисом заражаются не в притонах и подворотнях. Вы рискуете познакомиться с сифилисом, не выходя за пределы собственного дома. В чужой квартире от него тоже не спрячешься. Даже автомобиль стал местом повышенного риска заражения сифилисом.

Изучение обстоятельств заражения выявило, что 56,5% (72% женщин) заразились сифилисом в обычных обстоятельствах, только 31,4% (43% мужчин) – в состоянии алкогольного опьянения, 2,2% – при изнасиловании, 1,6% – в состоянии депрессии. А всего каких-нибудь 10–15 лет назад, по данным различных авторов, около 50% пациентов заражались на улице, большей частью (70–75%) от случайных лиц, в 75–80% случаев – в состоянии алкогольного опьянения. 60–70% имели в период инфицирования множественные половые связи. Средний возраст начала половой жизни среди больных сифилисом составлял 15–16 лет. По данным нашего исследования, средний возраст начала половой жизни составляет 17,6 лет (17,3 года – у мужчин, 18 лет – у женщин), что сопоставимо со средним возрастом начала половой жизни всего населения в целом. Множественные половые связи имели в период инфицирования только 22,3% обследованных. Столь разительное изменение ситуации за столь короткий срок должно вызвать крайнюю настороженность у всех, кого хоть сколько-нибудь интересует данная проблема.

В свете полученных данных меняются представления о группе риска по заражению сифилисом. Если раньше сифилисом болели преимущественно лица с асоциальным образом жизни, вступающие в беспорядочные половые связи, то в настоящее время имеется риск заражения не только от хорошо знакомых людей, но даже от собственных супругов, а инфекционный процесс принимает характер эпидемии. Эпидемический характер процесса подтверждается тем фактом, что 95,5% исследованных болеют сифилисом впервые, 86,7% никакими венерическими и паравенерическими заболеваниями ранее не болели.

Вызывает беспокойство тот факт, что только 4,1% опрошенных всегда используют средства защиты для профилактики сифилиса, 44,9% используют их не всегда, 49,6% вообще не используют. На вопрос о причинах, по которым средства защиты не используются, 36,8% респондентов ответили, что не любят их использовать, 14,7% указали на отсутствие таких

средств, 15,8% – на невозможность их приобрести по материальным причинам, 7,7% заявили, что не знают о таких средствах.

К сожалению, даже в условиях фактически эпидемической ситуации у населения отсутствует настороженность в отношении заражения сифилисом. Так, 94,1% опрошенных не предполагали о возможности заражения сифилисом при контакте с партнером, а 76% респондентов до клинических проявлений сифилиса не обращались к врачу. У 46,7% пациентов до обращения к врачу имелись высыпания на коже и слизистых. На вопрос о причинах несвоевременного обращения за медицинской помощью 81,2% обследованных ответили, что не связывали появившиеся симптомы с возможностью заболевания сифилисом, 9,5% предполагали, что заболевание пройдет без лечения.

Полученные результаты говорят о том, что прогнозировать улучшение обстановки по заболеваемости сифилисом трудно. При подобном отношении к опасности заразиться, можно встретить случаи разрастания эпидемического процесса. Таким образом, на настоящий момент остаётся угрожающая обстановка, которая чревата выходом заболеваемости сифилисом из-под контроля врачей. Это, на наш взгляд, требует совершенствования новых направлений в комплексе профилактических мероприятий по снижению заболеваемости сифилисом.

ЗНАЧЕНИЕ МИКОТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ

ГИЛЬМУТДИНОВА И.В., ХИСМАТУЛЛИНА З.Р., ВЫГОВСКАЯ Т.Л.,

ГУМЕННАЯ Э.Р., ШАЙМАРДАНОВА В.Н.

Башкирский государственный медицинский университет,

ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», Уфа

В научной литературе за последние 10 лет отмечается значительный рост грибковых заболеваний, обусловленных условно-патогенной флорой, в том числе кандидозом. Кандидоз – это прежде всего эндогенная инфекция. Грибы рода кандиды могут заселять как внутренние органы, так и кожу и слизистые оболочки. В современных монографиях достаточно полно представлены сведения об урогенитальном кандидозе у женщин. Показано, что эндогенными факторами развития этой патологии, наряду с беременностью, являются дисбиоз, обменные нарушения (сахарный диабет, тиреотоксикоз), гиповитаминозы, иммунодефицитные состояния, и т. д. К местным причинам, способствующим появлению кандидоза гениталий у женщин, относят мацерацию, травмы и изменение кислотно-щелочного баланса наружных покровов под воздействием разного рода химических веществ и медикаментов. У здоровых людей дрожжеподобные грибы рода кандиды выделяются с кожи кистей, стоп, крупных складок (у 55–75%), со слизистой полости рта (до 68%), со слизистой гениталий (до 88%). Клинические проявления кандидоза гениталий у женщин описаны достаточно подробно и не представляют трудности для диагностики. Для нас представилось интересным изучение этой проблемы у мужчин с хроническими дерматозами, а также роли грибов рода кандиды в генитальной локализации дерматозов. Под нашим наблюдением находились 80 пациентов мужского пола с папулезно-везикулёзными и пятнистыми элементами на гениталиях (баланит, баланопостит). У 52-х пациентов клинически диагностировали псориатическую болезнь, а у 28-и – красный плоский лишай. Стаж кожной патологии у всех пациентов не превышал 3-х, а высыпные элементы на гениталиях появились как первый эпизод через 2–3 недели. Всем больным было проведено стандартное микробиологическое исследование смывов и мазков со слизистой оболочки гениталий с видовым выделением штаммов полученных дрожжеподобных грибов. У 87% обследованных были выделены дрожжеподобные грибы рода кандиды в активной фазе (количественное нарастание микроскопически в мазках почкующихся дрожжеподобных клеток, псевдомицелий), причем в 68% случаев это были грибы кандиды не альбиканс, среди которых 2/3 культур принадлежали кандиды крузеи. Полученные данные позволили выявить главенствующую роль дрожжеподобных грибов рода кандиды в формировании и поддержании высыпных

элементов на гениталиях у мужчин с хроническими дерматозами, что позволяет усовершенствовать терапию у таких пациентов.

АНТИФУНГАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ

ДАНИЛЕНКО Р.У.

Башкирский государственный медицинский университет

Основным системным антимикотиком, применяемым при лечении зооантропонозной трихофитии, является гризеофульвин. Однако ввиду наличия большого количества противопоказаний, побочных действий и гризеофульвинустойчивых форм трихофитии применение гризеофульвина в настоящее время ограничено.

Учитывая, что многочисленные научные исследования подтверждают наибольшую эффективность тербинафинов по сравнению с гризеофульвином (Рукавишникова В.М., 1996, Степанова Ж.В., 2004), мы решили применить при лечении зооантропонозной трихофитии эту группу препаратов.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности лечения тербинафинами больных зооантропонозной трихофитией.

Нами пролечено 25 больных зооантропонозной трихофитией, находившихся на стационарном лечении в Республиканском кожно-венерологическом диспансере. Возраст больных колебался от 5- до 16-и лет. У 16-и больных наблюдалась инфильтративная форма, у 9-и – инфильтративно-нагноительная трихофития волосистой части головы. У всех больных диагноз был подтвержден результатами микроскопического и культурального исследований. Тербинафин (Экзифин 0,125) назначали детям старше 2-х лет в течение 24–25-и дней в зависимости от клинической формы. Разовая доза препарата зависит от массы ребенка: до 20 кг – 1/2 таблетки, 20–40 кг – 1 таблетка (0,125), свыше 40 кг – 2 таблетки. Взрослым назначали по 250 мг 1 раз в сутки. Для наружной терапии применяли стандартные антимикотические препараты (микозолон, 5% серно-дегтярная, 33% серная мази).

Переносимость препарата была хорошей у всех пациентов. Эффективность лечения оценивали визуально (регрессом клинических проявлений) и трехкратным отрицательным микроскопическим исследованием волос и чешуек с очагов на грибы.

Результаты исследования показали высокую эффективность и хорошую переносимость тербинафинов, что обуславливает рекомендации последних как альтернативного метода при лечении зооантропонозной трихофитии.

НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНЫХ ФОРМАХ ТРИХОФИТИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

ДАНИЛЕНКО Р.У., ХИСМАТУЛЛИНА З.Р., ГРИГОРЬЕВА Р.Р.

Башкирский государственный медицинский университет,

ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», Уфа

Наружная терапия всегда являлась важной составной частью комплексного лечения всех клинических форм зооантропонозной трихофитии. Однако особые трудности представляет выбор наружных средств при инфильтративно-нагноительных формах трихофитии, поскольку последние сопровождаются островоспалительными явлениями.

В качестве этапного местного противовоспалительного средства при лечении инфильтративно-нагноительных форм трихофитии раньше применялись наружные кортикостероидные препараты (Медведева Е.А., 1971). Однако наличие весьма серьезных побочных явлений при использовании данных препаратов (к примеру, атрофия кожи) едва ли оправдывает применение наружных кортикостероидов у детей при инфильтративно-нагноительных формах трихофитии (Gunther S., 1976).

Известно о применении наружных антибактериальных средств с противомикробным действием с целью воздействия на вторичную микробную флору в очаге при наружном лечении глубоких (инфильтративно-нагноительных) форм дерматофитий (Медведева Е.А. 1968; Сергеев Ю.В., Шпигель Б.И., Сергеев А.Ю., 2003). Однако использование последних требует последующего применения рассасывающих наружных средств в качестве следующего этапа наружного лечения. Противогрибковые наружные средства применяются либо после рассасывающих мазей, либо вместе с рассасывающими наружными средствами.

Таким образом, выбор наружных средств при лечении инфильтративно-нагноительных форм трихофитии недостаточно велик, что обуславливает актуальность проблемы ввиду частых исходов очагов на волосистой части головы в рубцовую атрофию при данных формах микоза.

Целью данного исследования было изучение эффективности и безопасности мази «Банеоцин» у пациентов с инфильтративно-нагноительными формами трихофитии.

Материалы и методы. В комплексном лечении инфильтративно-нагноительных форм трихофитии волосистой части головы у 32-х пациентов для наружного лечения использовали мазь «Банеоцин», содержащую в качестве действующих веществ Цинк-Бацитрацин 250 МЕ, Неомицин сульфат 5000 МЕ (5 мг). Мазь накладывали на инфильтративно-нагноительные очаги 2 раза в день в течение 2-х дней на фоне

традиционной системной антимикотической терапии с последующим применением наружных противогрибковых мазей.

Применение данного наружного средства у 32-х больных с инфильтративно-нагноительными формами зооантропонозной трихофитии способствовало купированию воспалительного процесса. Уже через 48 часов лечения очаги инфильтрации значительно уплощались (т.е. рассасывались), очищались от гноя и серозно-гнойных корок, что способствовало облегчению доступа к волосяным фолликулам фунгицидных (противогрибковых) средств, применяемых при дальнейшем наружном лечении.

Использование мази «Банеоцин» в период нагноительного процесса в тканях волосистой части головы способствовало быстрому купированию воспалительных явлений и рассасыванию инфильтрации в очаге в более короткие сроки, чем при обычно применяемых наружных методах лечения (патент на изобретение № 2449731 от 22.02.12).

Таким образом, применение мази «Банеоцин» в комплексном лечении больных инфильтративно-нагноительных формах трихофитии волосистой части головы способствовало ускоренному рассасыванию инфильтратов, очищению очагов поражения и формированию рубцовой атрофии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕОТИГАЗОНА У БОЛЬНОГО ИХТИОЗИФОРМНОЙ ЭРИТРОДЕРМИЕЙ БРОКА

КУЦ С.П.¹, ЖУРАВЛЁВА О.В.¹, КУКЛИНА О. А.², РИВКИНА С.В.¹,
МУСЛИМОВА Г.М.¹

*ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер»¹,
МГБУЗ «Городская клиническая больница № 8»², Уфа*

Ихтиоз – генетическое заболевание кожи. Основным симптомом ихтиоза является грубая, сухая, шелушащаяся кожа, которая похожа на кожный покров низших позвоночных, таких как рыбы. Все виды ихтиоза являются расстройствами ороговения кожи. Это означает что проблемы возникают в её верхнем слое (*stratum corneum*). При одних типах ихтиоза кожа растет слишком быстро, при других – с нормальной скоростью, но независимо от формы заболевания, отдельные микроскопические клетки не могут достаточно быстро «освободиться» друг от друга при делении. Они «склеиваются» вместе и формируют плотную толстую поверхность шелушащейся кожи, которая постепенно лишается цвета и трескается. Из 40 видов ихтиоза выделяется четыре основных типа. Наиболее распространен ихтиоз обыкновенный, который появляется у 1-го из 250-и человек. Ихтиоз, связанный с X-хромосомой, появляется только у мужчин – у 1-го на 6 тыс. человек. Чешуйчатый ихтиоз и эпидермолитический гиперкератоз появляются у 1-го из 300 тыс. людей. Ихтиоз обусловлен различными генными мутациями, биохимическое проявление которых не расшифровано. У больных ихтиозом отмечаются нарушения белкового обмена, проявляющиеся избыточным накоплением в крови и моче ряда аминокислот, сбой в процессе жирового обмена с гиперхолестеринемией, снижение основного обмена, а также нарушения терморегуляции и кожного дыхания с увеличением активности окислительных ферментов. Кроме того, обнаружены снижение функциональной активности щитовидной железы, надпочечников и половых желез, недостаточность гуморального и клеточного иммунитета. Определенную роль в развитии дерматоза отводят нарушению метаболизма витамина А, подавлению функции потовых желез. В основе патологического процесса в коже лежат нарушения ороговения, проявляющиеся избыточной продукцией кератина обычно с нарушением его структуры или замедлением процесса отторжения ороговевших клеток с поверхности кожи из-за цементирующего воздействия накоплений гликозаминогликанов в эпидермисе. Многие больные ихтиозом изуродованы на всю жизнь и испытывают серьезный дискомфорт от своей необычно толстой кожи. Помимо этого серьезно нарушаются температурная регуляция кожи, водный баланс, рост и развитие, возникает психологическая опустошенность в зависимости от степени поражения этим заболеванием. Все виды ихтиоза являются расстройством функции ороговения кожи. По сообщению Фонда

ихтиоза и кожных заболеваний в Рейли (Северная Каролина) существует 14 жизненных проблем, с которыми сталкивается больной ихтиозом человек:

- неспособность чувствовать или различать ощущения;
- постоянный поиск помощи и поддержки;
- чувство одиночества и депрессии;
- чувство неполноценности;
- страх, что его воспримут как плохого, ненормального или сумасшедшего;
- чувство вины, возникающее в ситуациях самоутверждения;
- сложности в понимании и объяснении своих потребностей;
- повышенная потребность в контроле (попечении);
- чрезмерная реакция на изменения, которые невозможно контролировать;
- фиксация на определенном способе действий при отсутствии серьезных размышлений об альтернативных моделях поведения или возможных последствиях;
- поиск немедленного удовольствия, противоположного ожидаемому;
- отсутствие личного или профессионального удовлетворения;
- сложности в доверии другим людям и в формировании близких, интимных отношений;
- страдание от различных видов навязчивых мыслей или физических проблем, имеющих отношение к стрессу (не относящихся к ихтиозу).

Фонд утверждает, что родители детей, больных ихтиозом, могут сталкиваться с особыми проблемами в их воспитании. Это могут быть сложности с установкой границ, чувство вины или эмоциональная дистанция, а также отсутствие внимания к нуждам других членов семьи.

Существует несколько лекарств, разработанных для лечения ихтиоза. Применение системных ретиноидов эффективно при ихтиозе, они улучшают не только состояние кожи, но и психоневрологическую симптоматику кожи, повышают качество жизни таких больных. Высокая эффективность, хорошая переносимость и удобство в применении позволяют рекомендовать этот препарат дерматовенерологам.

К сожалению, исследований, направленных на понимание природы ихтиоза, проводится очень мало из-за отсутствия внимания к этому заболеванию. Исследование ихтиоза наверняка бы пролило свет на природу других кожных заболеваний, различных генетических отклонений, принципа роста клеток кожи и работу иммунной системы в целом.

В нашем случае проводилось лечение неотигазоном.

Больной Т., 45 лет. С рождения страдает ихтиозиформной эритродермией Брока, наблюдается буллезная форма, непрерывно-рецидивирующее течение, Сопутствующей патологией расстройства нервной системы по смешанному типу в стадии декомпенсации. Клинически отмечаются крупные чешуйки, плотно прилегающие к коже, муковидное шелушение не характерно. Цвет кожи темно-коричневатого оттенка. Локализация – задняя поверхность шеи, наружная поверхность предплечий, локтевые суставы и подколенные ямки, туловище, в кожных складках высыпаний меньше. Остальная кожа сухая, но достаточно эластичная. Потоотделение и тактильная чувствительность понижены. Отсутствует фолликулярный кератоз. Лицо, ладони и подошвы не поражены. Заболевание обостряется зимой. Постоянно присоединяются гнойничковые инфекции. С возрастом пузыри появляются все реже и реже. Общее состояние не страдает. Состоит на диспансерном наблюдении, регулярно получает профилактическое лечение в осенне-зимний период комплексом витаминов, санаторно-курортное лечение, которое способствует поддержанию кожи больного в относительно благоприятном состоянии. Принимал курсы витаминотерапии, гормональной терапии, также курсы метотрексата. Улучшение наблюдалось в течение короткого времени. С 2010 года, благодаря программе оказания специализированной высокотехнологической помощи населению, был направлен в Московский институт кожных и венерических болезней, где получил лечение неотигазоном в суточной дозе 0,5 мг/кг. Терапию переносит хорошо, побочных эффектов не отмечается, несмотря на сопутствующую этому заболеванию гепатоспленомегалию, биохимические показатели крови в пределах физиологической нормы для таких больных. Больной чувствует себя прекрасно, улучшилась также и неврологическая симптоматика. У больного появился позитивный настрой к жизни.

Выводы. При применении неотигазона у наблюдаемого нами больного улучшилась эффективно при ихтиозе не только состояние кожи, но и психоневрологическая симптоматика (повысилось настроение, улучшились сон и аппетит). Высокая эффективность, хорошая переносимость и удобство в применении позволяет рекомендовать этот препарат дерматовенерологам.



Приложения: фотографии больного до и после месяца применения терапии неотидагоном

ЛИТЕРАТУРА

1. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. В 2 т. – Т. 2 / Под ред. Ю.К. Скрипкина и В.Н. Мордовцева. – М.: Медицина, 1999. – С. 636–823.
2. Кожные и венерические болезни: Справочник / Под ред. О.Л. Иванова. – М.: Медицина, 1997.
3. Куклин, В.Т., Суворова К.Н. Моногенные дерматозы / В.Т.Куклин, К.Н. Суворова. – Йошкар-Ола, 1993.
4. Лечение больных наследственными заболеваниями кожи и псориазом (пособие по фармакотерапии для врачей) / Под ред. В.Н. Мордовцева и Н.И. Рассказова. – Астрахань, 1996.
5. Наследственные заболевания кожи / Под ред. В.Н. Мордовцева, К.Н. Суворовой. – Алматы: Казахстан, 1995.
6. Куклин, В.Т., Суворова К.Н. Редкие кожно-висцеральные синдромы / Куклин, В.Т., Суворова К.Н. – Рязань, 1998.

7. Суворова, К.Н. Генетически обусловленная патология кожи / К.Н. Суворова, А.А. Антоньев, В.А. Гребенников. – Ростов на Дону, 1990.
8. Суворова, К.Н. Детская дерматовенерология: руководство для врачей-курсантов последипломного образования / К.Н. Суворова, В.Т. Куклин, В.М. Рукавишникова. – Казань, 1996. – С. 35–42.
9. Фицпатрик, Т. // Дерматология: Атлас-справочник / Пер. с англ. / Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вулф и др. – М.: Практика, 1999. –С. 512–539.
10. Кунгуров, Н.В. Организационно-процессуальные аспекты оказания дерматовенерологической помощи в условиях реформирования здравоохранения / Н.В. Кунгуров, Н.В. Зильберберг. – Екатеринбург, 2007.

СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

ЛАТЫПОВ Б.Г., ЗИЛЕЕВА С.А., ХАЙДАРОВ М.М.

ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», Уфа

Одним из основных показателей качества деятельности дерматовенерологической службы является организация помощи детям. Приоритет охраны здоровья детей установлен Федеральным Законом Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ (ст. 7.).

Реализация мероприятий, направленных на профилактику, выявление и лечение инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), предусмотрена «Планом мероприятий Министерства здравоохранения Республики Башкортостан по реализации в 2011–2015 годах концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», утверждённым приказом Минздрава РБ от 22.06.11 г. № 1386-Д (пункт 23/41.).

Деятельность дерматовенерологической службы по оказанию медицинской помощи детям в республике осуществляется по планам основных организационных мероприятий Министерства здравоохранения РБ, ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер №1» в соответствии с рядом нормативных документов.

В 2014 г. в РБ оказание стационарной дерматовенерологической помощи детям проводилось несколькими учреждениями и отделениями.

– В ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1» функционировало 24 детских круглосуточных дерматологических койки, 6 детских круглосуточных венерологических коек.

– В ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер» функционировало 20 детских круглосуточных дерматовенерологических коек, 3 детские круглосуточные венерологические койки.

– В ГАУЗ РБ «Кожно-венерологический диспансер» городского округа город Салават работала 1 круглосуточная детская дерматологическая койка.

– В ГБУЗ РБ «Ишимбайская центральная районная больница» функционировали 2 детские круглосуточные дерматологические койки.

Функционировали 15 детских дерматологических кабинетов:

- в ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1» – одна;
- в ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер» – две;
- в городских поликлиниках г. Уфа – шесть;

– в медицинских организациях городов Кумертау, Нефтекамск, Мелеуз, Стерлитамак, Учалы, Янаул по одному кабинету.

Наряду с дерматовенерологами в работе по предупреждению распространения ИППП, заразных кожных заболеваний, аллергодерматозов у детей участвуют врачи других специальностей.

Во исполнение приказа Минздрава РБ от 21.08.95 г. № 403-Д «О совершенствовании медицинской помощи детям, страдающим аллергодерматозами, в Республике Башкортостан» с 1995 г. на базе ГАУЗ РКВД № 1 выделены 20 круглосуточных коек для лечения детей, страдающих аллергодерматозами.

В целях дальнейшего совершенствования оказания дерматовенерологической помощи детям и во исполнение приказа Минздрава РБ от 12.04.96 г. № 211-Д «Об организации Республиканских лечебно-диагностических центров» на базе ГАУЗ РКВД № 1 с 1996 г. функционирует Республиканский детский дерматовенерологический центр (далее «Центр») на 20 коек. В ГАУЗ РКВД № 1 шесть детских венерологических коек функционируют с 2006 г.

ГАУЗ РКВД № 1 обеспечивает необходимое обследование детей:

- лабораторные исследования (общеклинические, биохимические, коагулогические, гематологические, бактериологические, паразитологические, серологические, иммунологические исследования, ПЦР-диагностика);
- функциональное исследование сердечно-сосудистой системы.

Основные задачи Центра:

- оказание высококвалифицированной специализированной медицинской помощи, участие в диспансерном наблюдении за больными с хроническими дерматозами и за лицами, состоящими на учёте по поводу инфекций, передаваемых половым путём, заразными кожными заболеваниями; мероприятия проводятся в объёмах, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской, медико-психологической помощи детям и подросткам в РБ;
- внедрение новых организационных, лечебно-диагностических и ресурсосберегающих технологий;
- выполнение приказа Минздрава РФ от 15.11.12 г. № 924н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Дерматовенерология»;
- участие в реализации республиканской целевой программы, направленной на улучшение профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем (ИППП);

- повышение качества диспансерного наблюдения, проведение мероприятий по предупреждению инвалидности у детей и совершенствование реабилитационной помощи детям с хроническими дерматозами;

- участие в рациональном обеспечении санаторно-курортной помощи; контроль над соблюдением лечебно-реабилитационных этапов в ведении детей с хроническими дерматозами;

- организация направления на санаторно-курортное лечение в санаторий «Красноусольский» на основании приказа Минздрава РБ от 08.07.09 г. № 1333 «О направлении на санаторно-курортное лечение детей из учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь»;

- проведение отбора детей, страдающих тяжёлыми формами хронических дерматозов. на оказание специализированной высокотехнологичной медицинской помощи за счёт средств федерального бюджета в НИИ педиатрии и хирургии г. Москвы, в другие федеральные учреждения согласно установленным квотам;

- участие в межведомственном взаимодействии в сфере охраны здоровья женщин и детей, в межведомственной работе по профилактике ИППП.

Координирует работу Центра главный внештатный детский специалист дерматовенеролог Минздрава РБ.

На базе ГАУЗ РКВД (г. Уфа) продолжает активно работать центр «Доверие» по профилактике и лечению инфекций, передаваемых половым путём.

В республике большую работу по профилактике ИППП среди подростков и детей ведут «Клиники, дружественные к молодёжи» (КДМ). На территории республики работают 6 КДМ (Уфа – 3, Сибай – 1, Нефтекамск – 1, Октябрьский – 1). На 29-и территориях при поликлиниках медицинских организаций работают «Кабинеты, дружественные к молодёжи». В данных кабинетах проводится работа по активному выявлению ИППП среди подростков, осуществляется межведомственное взаимодействие психологов и социальных работников.

Активную работу осуществляют в городах и районах республики социально-реабилитационные центры, кабинеты.

Согласно установленным квотам, жители РБ получают высокотехнологичную медицинскую помощь по дерматологии в Федеральных специализированных центрах.

Исполнение приказов Минздрава РФ от 30.07.01 г. № 291 и Минздрава РБ от 26.03.04 г. № 207 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передающихся половым путём» позволяет предупредить случаи врождённого сифилиса. Данный вопрос является предметом постоянного рассмотрения и обсуждения на организационных мероприятиях республиканского уровня.

В целях координации совместной работы дерматовенерологов, акушеров-гинекологов и работников первичного медицинского звена действует приказ Минздрава РБ от 28.09.07 г. № 1173 «Об усилении мероприятий, направленных на предупреждение распространения заболеваемости сифилисом в Республике Башкортостан». В данном приказе отражены мероприятия по основным направлениям приоритетного национального проекта «Здоровье».

Главные внештатные специалисты Минздрава РБ по дерматовенерологии принимают участие в ежегодных совещаниях организаторов службы детства и родовспоможения, заседаниях коллегии Минздрава РБ, в селекторном совещании Минздрава РФ по вопросам оказания медицинской помощи детям.

Совместно с Минздравом РБ ежегодно издаётся информационно-методическое письмо для медицинских работников по анализу заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными заболеваниями среди детей и подростков по Республике Башкортостан за предыдущие три года.

Методическая помощь лечебно-профилактическим учреждениям осуществляется и с использованием дистанционных форм связи.

Сотрудниками Центра и службой медицинской профилактики ОМО ГАУЗ РКВД № 1 проводится работа по подготовке информационной литературы по профилактике ИППП для распространения среди молодежи во время медицинских приёмов, в образовательных учреждениях, в местах досуга молодежи.

Профилактическая деятельность подросткового центра осуществляется при взаимодействии с молодёжными обществами, государственными организациями и образовательными учреждениями.

Таким образом, приоритетность охраны здоровья детей при оказании дерматовенерологической помощи в республике обеспечивается установлением детских и подростковых центров, созданием детских дерматовенерологических кабинетов и коек, непрерывным совершенствованием нормативно-методической базы.

АУРИКУЛОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ

МАГАЗОВА Р.А., ЖУКОВА И.Ю., ТЕРЕГУЛОВА Г.А.

*ГАОУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1»,
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа*

С целью расширения сферы применения рефлексотерапии и повышения эффективности акупунктурных воздействий в последнее время разработан целый ряд микроакупунктурных систем (МАС). Наиболее известны МАС назальных, оральных точек, радужки глаза, кисти, стопы, скальпа головы. К МАС можно отнести и систему аурикулярных точек (на ушной раковине). Правильное использование МАС значительно расширяет возможности рефлексотерапии. Наряду с применением МАС в качестве терапевтических систем их используют для диагностики, т. к. по оценке состояния этих систем можно установить локализацию, а в ряде случаев характер патологического процесса. Таким образом, осуществляется неспецифическая топическая диагностика заболеваний. Как система аурикулярных точек, так и все МАС функционально связаны с традиционной корпоральной акупунктурой и дополняют ее.

Лечение посредством укалывания точки ушной раковины (эр-чжень-ляо), как и корпоральное иглоукалывание, применялось с древних времен у народов Востока и в Египте. Аурикулярные точки расположены в определенном порядке и у здорового человека ничем не проявляются. По современным представлениям аурикулярная точка имеет площадь около 2мм^2 ; гистологическими исследованиями не удалось выявить никакой специфичности ее структуры. При острых заболеваниях соответствующие точки становятся болезненными при надавливании, при хронических болезнях кожа ушной раковины в соответствующей зоне приобретает некоторые изменения: появляются шелушение, чешуйки, бугорки, гиперемия и др. Изменения чувствительности кожи ушной раковины характеризуются не только повышенной болезненностью, но и изменением электропроводимости участка кожи. Установлено, что акупунктурные точки ушной раковины в покое имеют более низкое сопротивление постоянному току и более высокий электрический потенциал, чем окружающие участки, и эти показатели зависят от характера и выраженности патологического процесса.

На ушной раковине представлена вся соматическая и висцеральная чувствительность, симпатическая нервная система, области головного мозга и т. д.

Названия активных точек ушной раковины даны в соответствии с их влиянием на функции того или иного органа, а некоторые точки носят традиционное китайское название. По международной европейской классификации поверхность ушной раковины разделена на

18 зон, в которых расположено 110 активных точек. Затем были определены еще 60 точек на ушной раковине, 18 из которых находятся на передней поверхности ушной раковины, а остальные – на задней поверхности.

Аурикулярная рефлексотерапия с каждым годом завоевывает все большую и большую популярность и широко и успешно используется для нормализации многих функциональных нарушений и купирования различных болевых и стрессовых состояний. Ее эффективность в ряде случаев выше, чем при корпоральной рефлексотерапии. Такое важное значение ушной раковины объясняется ее анатомо-филогенетическими и анатомо-физиологическими особенностями и иннервацией. Ключом аурикулярной рефлексотерапии является нервный аппарат ушной раковины. Несмотря на ее индивидуальную конфигурацию, у всех она имеет одинаковое строение и пропорции ее элементов. Аурикулотерапия применяется при лечении многих заболеваний, в том числе при лечении заболеваний кожи.

В кабинете рефлексотерапии ГАУЗ РКВД № 1 для лечения атопического дерматита, диффузного нейродермита применялись аурикулярные точки: т. печени, синдрома ян первая; т.печени, синдрома ян вторая; т.печени; т.толстой кишки; т.легких; т.мозга; т.коры головного мозга; т.аденогипофиза и коры надпочечников; т.транквилизатора легких (внутренняя поверхность); т.соответствующего пораженного участка тела. При лечении экземы, псориаза использовались аурикулярные точки: т.шэнь-мэнь; т.нулевая; т.толстой кишки; т.диафрагмы; т.легких; т.затылка; т.желез внутренней секреции; т.соответствующего пораженного участка тела. Аурикулярные точки, которые применялись при лечении кожного зуда (вариант 1): т.крапивницы; т.печени, синдрома ян первая; т.печени, синдрома ян вторая; т.печени; т.легких; т.живота, нижней части; т.аденогипофиза и коры надпочечников; т.соответствующего пораженного участка тела; (вариант 2): т.кисти; т.селезенки; т.надпочечника; т.нулевая; т.регулирующая дыхание; т.живота, верхней части; т.желез внутренней секреции; т.соответствующего пораженного участка тела.

При лечении крапивницы использовались точки: т.печени, синдрома ян первая; т.крапивницы; т.кисти; т.печени; т.печени, синдрома ян вторая; т.легких; т.аденогипофиза и коры надпочечников.

Количество подбираемых на один сеанс точек зависело от состояния больного и обычно ограничивалось 4–6. При выборе точек учитывалось, что аурикулярные зоны у большинства людей (около 90%) рефлекторно связаны с определенными частями тела гомолатерально. При аурикулотерапии иглы в точке оставлялись на 20–30 минут, в некоторых случаях – на более длительный период.

Результаты клинических наблюдений показали высокую терапевтическую эффективность аурикулотерапии у больных с различными хроническими дерматозами.

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ СТОП С ОНИХОМИКОЗОМ И ЕЁ ОСОБЕННОСТИ

РУСТАМХАНОВА Г.Р., ХИСМАТУЛЛИНА З.Р., ВЛАСОВА Н.А.

Башкирский государственный медицинский университет

В настоящее время отмечается значительный рост заболеваний микотической этиологии. Онихомикозы относятся к наиболее часто встречающимся микотическим заболеваниям человека. Среди патогенных и условно патогенных грибов, вызывающих поражение ногтевых пластин, доминирующее положение занимают дерматомицеты. Наиболее часто возбудителями являются следующие грибы-дерматомицеты: *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes* и *Epidermophyton floccozum*. У больных дерматомикозами в числе коморбидных заболеваний часто выступает патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и билиарной системы, что приводит к развитию вторичной ферментопатии, ухудшению питания кожи и её придатков, снижению эффективности местной и системной антифунгальной резистентности, мукозального иммунитета, в поддержании гомеостаза которого велико значение дисбактериоза кишечника.

Цель работы – изучение частоты и характера нарушений микрофлоры кишечника у больных микозами стоп с онихомикозом.

Материалы и методы. Исследовали 38 больных среднего возраста ($49,21 \pm 0,91$ лет), страдающих микозами стоп с онихомикозом. Диагноз установлен согласно стандартам после полного клинико-лабораторного обследования, при котором была исключена другая кожная патология. Группой контроля служили 30 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и по полу. Исследование кала проводилось бактериологическим методом.

Результаты. Большинство больных (58,4%), находящихся под нашим наблюдением, предъявляли жалобы на кишечную диспепсию в виде метеоризма, повышенного газообразования, нарушения стула, которое проявлялось запорами в 28,4% случаев, склонностью к поносу – в 16,4%, чередованием запоров и поноса – в 13,6% случаев.

Дисбактериоз разной степени (1–3 ст.) выявлялся у 92,6% пациентов с микозами стоп с онихомикозом, в том числе у больных с отсутствием жалоб на кишечную диспепсию. Пациенты с I степенью тяжести заболевания составили 42,4%, со II степенью – 31,2%, с III степенью – 19,0%. У большинства больных микозами стоп с онихомикозом выявленные нарушения микробиоценоза кишечника реализовывались за счет дефицита бифидобактерий и увеличения бактерий родов *Bacteroides* и *Clostridium*, т. е. микробиологические нарушения, сопряженные с наличием данной нозологической формы кожной патологии, касались сдвигов соотношения анаэробы/аэробы в пользу последних.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о нарушении микробиоценоза у больных микозами стоп с онихомикозом, что обуславливает целесообразность более глубокого изучения состояния микробиоты как одного из основных триггеров заболевания с целью углубления патогенетических подходов в диагностике и лечении больных с данной патологией.

ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОМ ДЕВИРС ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ГЕРПЕСЕ**САГИТОВА Л. И., ЦАРЕГОРОДЦЕВА Д.В., ЗАГИДУЛЛИНА Р. Р.,****ХАБИБУЛЛИН А.Ш.*****ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», Уфа***

Вирусы герпеса и вызываемые ими инфекционные болезни – ветряная оспа, простой герпес, опоясывающий лишай – в настоящее время распространены так же широко, как и тысячи лет тому назад. Название «герпес» ввели древнегреческие врачи, производя его от слова «герпейн» («ползать»), в соответствии с характером распространения – расплзания – типичных для этой болезни кожных высыпаний; впервые герпес описали римские врачи в I–II вв. д.н.э., в наши дни герпес привлекает к себе значительное общественное внимание.

В настоящее время в Европе зарегистрировано примерно 40 млн. больных, к которым ежегодно добавляется еще 500 000 новых. Если одни считают его относительно безобидной кожной инфекцией с мало приятными, но кратковременными симптомами, то, по мнению других, герпес угрожает жизни или даже ниспослан Небом в наказание за распущенный образ жизни; так или иначе эпидемия генитального герпеса, разразившаяся в 1980-х гг., обсуждалась в средствах массовой информации не меньше, чем президентские выборы 1983 г., пока ее не затмила проблема СПИДа.

Генитальный герпес вызывают две разные, но родственные формы вируса *Herpes simplex*, известные как вирус герпеса типа 1 и вирус герпеса типа 2. Прежде вирус герпеса типа 1 вызывал почти исключительно опоясывающий лишай и простой герпес, а возбудителем генитального герпеса почти неизменно был вирус типа 2. В настоящее время этой разницы больше не существует: в США вирус типа 1 вызывает теперь от 10 до 20% случаев генитального герпеса (Peter, Bryson, Lovett, 1982), а в Японии – 35% (Corey et al., 1983). По мнению некоторых исследователей, этот «перекрест» возбудителей связан с повышением за последние годы частоты орально-генитального секса, однако неясно, насколько такое объяснение правильно.

Риск заражения генитальным герпесом для женщин при контакте с инфицированным мужчиной, имеющим выраженные симптомы болезни, составляет 80–90%. Для мужчины риск заразиться в результате однократного полового контакта с больной женщиной оценивается примерно в 50%.

Согласно последним данным, генитальный герпес может передаваться половым партнером, у которого симптомы заражения отсутствуют, т. е. нет герпетических высыпаний, жжения или зуда в половых органах. Эти сведения особенно тревожны, поскольку означают возможность передачи инфекции лицами, не подозревающими о том,

что являются ее носителями. Возможно, что такая передача происходит редко, однако даже если ее частота в 10 раз ниже частоты передачи больными с ясно выраженными симптомами, то таким путем будет заражена одна из каждых 20-и жертв герпеса.

В настоящее время для лечения герпетической инфекции используется противовирусная терапия, иммунотерапия и комбинация этих методов в зависимости от фазы и тяжести течения заболевания.

Наружное назначение противовирусных препаратов при герпесвирусной инфекции кожи и слизистых оболочек необходимо для уменьшения клинических проявлений в очаге поражения, ускорения эпителизации и сокращения длительности выделения вируса из очага.

Традиционно основу местной терапии на всех стадиях герпетического процесса составляли мази с ацикловиром, что связано с их прямым противовирусным действием. Однако, как известно, в последние годы появляется все большее число штаммов вируса герпеса, которые оказались частично или полностью устойчивыми к ацикловиру.

На сегодняшний день рибавирин обладает наиболее широким спектром прямой противовирусной активности против большинства РНК- и ДНК-вирусов. Наиболее чувствительны к рибавирину ДНК-вирусы, в особенности вирус простого герпеса. Установлено, что рибавиринтрифосфат (РТФ) является мощным ингибитором инозинмонофосфатдегидрогеназы (ИМФ-дегидрогеназы). Рибавирин также встраивается в вирусный геном, вызывая летальные мутации, с последующим снижением патогенности вируса. Рибавирин ингибирует репликацию новых вирионов, что обеспечивает снижение вирусной нагрузки, селективно ингибирует синтез вирусной ДНК, не подавляя синтез ДНК в нормально функционирующих клетках, что принципиально отличает его от механизма действия ацикловира.

Нами были обследованы и отобраны для лечения препаратом Девирс (международное наименование – Ribavirin) 20 небеременных женщин в возрасте от 18- до 45-и лет, имеющие эпизод рецидива генитального герпеса (15) или впервые выявленный генитальный герпес (5). Целью исследования было оценить эффективность и переносимость препарата Девирс при лечении больных с клиническими проявлениями рецидивирующего герпеса. Критериями включения пациентов в группу являлись:

- возраст от 18- до 45-ти лет;
- рецидив генитального герпеса не более 5 раз в год;
- лабораторно подтвержденный диагноз.

Критерии исключения из исследования были следующие:

- возраст 18 лет;

- частота рецидивов более 5 за последний год;
- прием пациентом других противовирусных препаратов не менее чем за 1 месяц до включения в данное исследование;
- подтвержденный диагноз других инфекций, передаваемых половым путём;
- беременность и лактация;
- индивидуальная непереносимость компонентов препарата;
- заболевание почек.

Провоцирующими факторами являлись переохлаждение, гиперинсоляция, начало менструального цикла, нервный стресс. Одна пациентка не смогла назвать причину обострения. Распределение пациентов по длительности рецидивов (рисунок 1) и длительности заболевания (рисунок 2) представлено на диаграммах.

Диагноз пациенткам был установлен на основании клинической картины (характерные высыпания, зуд, жжение, болезненность в очагах поражения), анамнеза и лабораторных показателей (определение IgM, IgG в плазме крови и ДНК вируса при помощи ПЦР). Всем женщинам был назначен препарат Валацикловир (500 мг 2 раза в день 7 дней) и 7,5% рибаверин крем на очаги поражения 5 раз в сутки 7 дней.

После проведенного курса терапии при объективном исследовании было установлено отсутствие у всех больных герпетических везикул и эрозий. У 13-и женщин отмечалась умеренно выраженная эритема, у 7-и женщин поверхность кожи не отличалась от здоровой, 2-е (10%) женщины на фоне эритемы имели единичные корочки, зуд; болезненность, жжение регрессировали полностью.

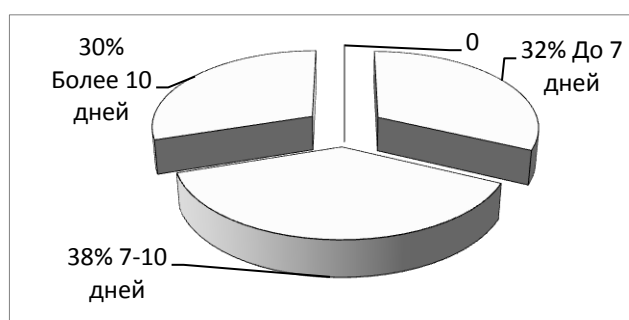


Рисунок 1 – Распределение больных по длительности рецидива

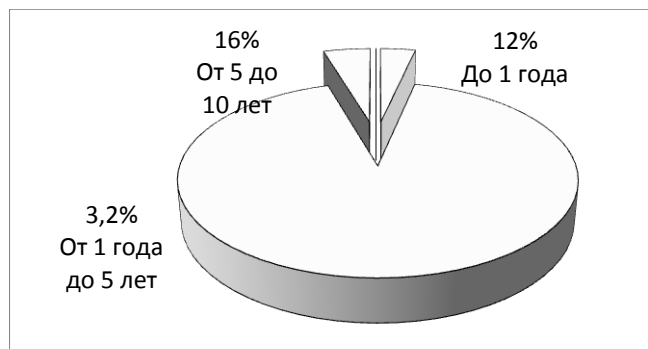


Рисунок 2 – Распределение больных по длительности заболевания

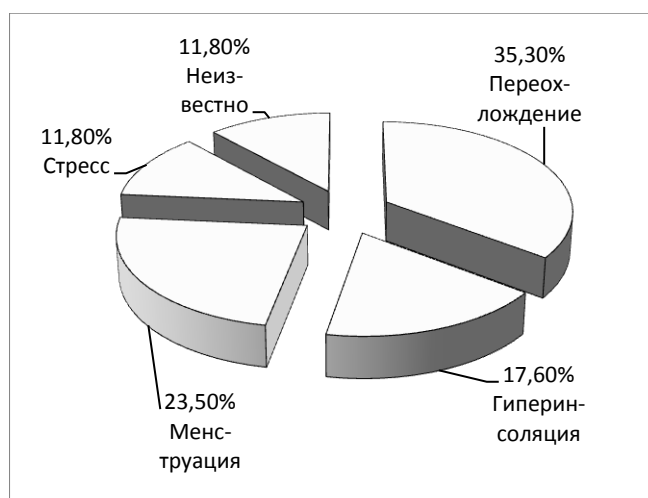


Рисунок 3 – Провоцирующие факторы рецидива ГГ

В другом исследовании 7,5% крем рибавирина назначался в качестве монотерапии 5 раз/сут. на пораженные участки кожи и слизистых оболочек у пациенток с рецидивирующим генитальным герпесом. Всего было обследовано и пролечено 10 женщин в возрасте от 18 до 40 лет. Диагноз герпетической инфекции у всех пациенток был подтвержден методом ПЦР. Эффективность терапии оценивалась по влиянию на динамику текущего рецидива. У 7-и больных наблюдалось сокращение длительности рецидива до 2–4-х дней, у 2-х женщин – до 5–7-и дней, у одной пациентки препарат оказался неэффективен и ей было назначено другое лечение. В целом, пациентами было отмечено быстрое исчезновение субъективных проявлений в виде зуда и жжения, а также ускорение процессов эпителизации по сравнению с предыдущими периодами обострения. Побочных эффектов при использовании рибавирина-крема выявлено не было.

Таким образом, 7,5% рибавирин-крем показал высокую терапевтическую эффективность в лечении герпетической инфекции, способствуя укорочению периода

рецидива, более быстрой эпителизации у больных с генитальным герпесом легкой и средней степени тяжести.

Дерматокосметолог, занимающийся проведением инвазивных методов, может активно использовать его в качестве профилактической терапии перед проведением инвазивных процедур у пациентов с отягощенным герпетическим анамнезом. Использование Девирса в качестве превентивной меры способно обезопасить пациента от возможных осложнений. На наш взгляд, оправдана следующая схема назначения: за 3–5 дней до процедуры 5 раз /сут. на область лица тонким слоем. При необходимости препарат можно сочетать с системными противовирусными препаратами (ацикловиром, валацикловиром). Таким образом, в арсенале врача-дерматокосметолога появился эффективный препарат, способный существенно снизить риск обострения герпесвирусной инфекции при косметологических манипуляциях.

**СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОТРУБЕВИДНОМ ЛИШАЕ
СУЛТАНОВА З.З., ГАФАРОВ Т.М., ШАРИПОВА Л.М.**

ГАОУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», Уфа

Липофильные дрожжеподобные грибы рода *Malassezia* являются представителями нормальной микобиоты кожи человека и теплокровных животных. В то же время *Malassezia* могут вызывать развитие разноцветного лишая (синонимы: отрубевидный лишай, *Pityriasis versicolor*) у лиц, которые предрасположены к этому заболеванию. Риск возникновения разноцветного лишая возрастает у людей, страдающих повышенной потливостью, определенным химическим составом пота, благоприятной для возбудителя pH кожи, с сопутствующими заболеваниями: эндокринными нарушениями, хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, а также иммунодефицитом. Перегревание, нерациональный гигиенический режим также способствуют возникновению заболевания или его рецидивам. В последние годы клинически установлена генетическая предрасположенность к развитию разноцветного лишая. Нередко это заболевание развивается на фоне туберкулёза легких, лимфогранулёматоза, так как эти болезни зачастую сопровождаются повышенной потливостью. Экзогенными факторами, способствующими обсеменению кожи и развитию заболеваний кожи, ассоциированных с грибами *Malassezia spp.*, являются климатические факторы – такие, как высокая температура окружающей среды и повышенная влажность. Поэтому отрубевидный лишай наиболее широко распространен в странах с субтропическим и тропическим климатом [1].

Болезнь начинается с появления на коже пятен невоспалительного характера, желтовато-бурого, коричневатого-розового цвета, напоминающих по окраске кофе с молоком. Размер пятен варьирует от просыаного зерна до чечевицы и крупнее. Элементы сыпи склонны к слиянию и к периферическому росту, часто напоминая своей картиной «географические» очертания. После облучения ультрафиолетом остаются белые пятна. Поверхность очагов бывает или гладкая, или слегка шелушащаяся мелкими отрубевидными чешуйками, которые особенно чётко выявляются при поскабливании. Различный оттенок окраски пятен и наличие мелкопластинчатого шелушения послужили основанием для названия дерматоза – разноцветный, или отрубевидный, лишай. Субъективных ощущений обычно не отмечается, и лишь у неопытных пациентов и у лиц, страдающих повышенной потливостью отмечается временами зуд. Располагаются очаги поражения на коже шеи, груди, спины, живота, подмышечных впадин, плеч, предплечий и бедер. Описаны случаи локализации отрубевидного лишая на лице и волосистой части головы, но без поражения волос. Известно,

что возбудитель первично внедряется в устье волосяных фолликулов, постепенно диссеминирует на окружающую гладкую кожу, и можно видеть более интенсивную окраску поражения точечного характера в местах расположения волосяных фолликулов. Бытовавшее ранее представление о слабой контагиозности заболевания в настоящее время не подтверждается, но в то же время подчеркивается необходимость предрасполагающих условий. Диагноз легко устанавливается на основании своеобразия клинических симптомов. В качестве диагностической пробы используется смазывание 2–5% настойкой йода (йодная проба Бальцера) – высыпания из-за разрыхленного рогового слоя окрашиваются интенсивнее по сравнению с окружающей здоровой кожей. Скрытое шелушение легко выявляется при поскабливании («удар ногтем») – симптом Бенъе или феномен «стружки». Для распознавания очагов на волосистой части головы применяют люминесцентную лампу Вуда. При наличии заболевания в свете люминесцентной лампы видна характерная флюоресценция очагов темно-коричневого или красновато-желтого оттенка. Иногда для обнаружения возбудителя применяют микроскопическое исследование. В чешуйках, обработанных 10–20% раствором КОН или NaOH, обнаруживаются мицелий в виде коротких септированных нитей и грозди круглых двухконтурных спор. Еще один метод диагностики – использование среды Сабуро, на которой через 3 недели формируется белая сливкообразная культура, имеющая сходство с дрожжевой. При микроскопическом исследовании обнаруживаются почкующиеся клетки гриба. Так как культуральная диагностика для *Malassezia* spp. является длительным и трудоемким процессом, то существуют проблемы определения видовой принадлежности этого микромицета [2]. Поэтому этот метод диагностики используется редко. Однако за последние годы ситуация изменилась. Были разработаны новые среды для культуральной диагностики и методы определения чувствительности *Malassezia* spp. к антимикотикам. Это позволило установить существование 11-ти видов грибов рода *Malassezia* – *M.globosa*, *M.symphodialis*, *M. furfur*, *M.obtusa*, *M.dermatis*, *M.restricta*, *M.slooffiae*, *M.pachydermatis*, *M.japonica*, *M.yamatoonsin*, *M.nana* [1, 4, 5]. Также было установлено, что разные виды *Malassezia* spp. обладают вариабельной чувствительностью к антимикотикам [6, 7, 8]. Под влиянием УФО или облучения солнцем возбудитель погибает и кожа в очагах отшелушивается, а загар не образуется. На фоне здоровой загоревшей кожи участки нормально окрашенной кожи кажутся лишенными пигмента – меланина. Подобные клинические явления называются постпаразитарной ахромией или псевдолейкодермой.

Разноцветный лишай – заболевание хроническое. Оно может обостриться в любой момент. Чаще всего это происходит в теплое время года, когда начинается активный процесс

потоотделения. Кроме того, рецидивы очень часто наблюдаются при гормональных сдвигах – например, при беременности или приеме противозачаточных таблеток. Несмотря на характерную клиническую картину отрубевидного лишая и наличие широкого спектра современных антифунгальных препаратов как системного, так местного действия, не всегда удается достичь 100% эффективности в терапии отрубевидного лишая. Следует заметить, что некоторые из традиционных методов лечения, все еще часто применяемых отечественными дерматологами (обработка по Демьяновичу, серосодержащие препараты), являются недостаточно эффективными и не всегда хорошо переносятся пациентами, так как обладают неприятным запахом и могут вызывать зуд, жжение и раздражение кожи [3]. В то же время современные топические антимикотики (аллиламины, производные азолов), используемые в терапии отрубевидного лишая, благодаря своему фунгицидному эффекту являются высоко эффективными препаратами.

Под нашим наблюдением находилось 19 пациентов (11 мужчин и 8 женщин) с диагнозом «отрубевидный лишай» со степенью давности заболевания от 6-и месяцев до полутора лет в возрасте от 19- до 47-и лет. У части больных присутствовала патология внутренних органов: у 2-х – заболевания щитовидной железы, у 6-и – патология желудочно-кишечного тракта, у 5-и женщин – хронические заболевания женской половой сферы, у 5-и мужчин – повышенная потливость и салоотделение. Всем больным проводилось комплексное лечение с использованием современных отечественных лекарственных препаратов, внутрь назначался препарат «Итразол» – капсулы по 100 мг 2 раза в сутки в течение 15 дней, наружно использовалась мазь «Микозорал», на волосистую часть головы – шампунь «Микозорал». У всех больных отмечалась хорошая переносимость препаратов, в 100% случаев достигалось полное клинико-лабораторное излечение. Критериями клинической излеченности были: отсутствие гиперпигментированных пятен, шелушения; отрицательная проба с йодом. Критерием микологической излеченности было отсутствие дрожжевой и мицелиальной форм *Malassezia spp.*, а критерием полной излеченности – отсутствие клинической симптоматики и грибов рода *Malassezia* в кожных чешуйках, полученных с поверхности кожи на месте разрешившихся очагов поражения.

Таким образом, использование антимикотических препаратов «Итразол» и «Микозорал» оказывает выраженный терапевтический эффект в лечении отрубевидного лишая и может широко применяться в дерматовенерологической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сергеев, Ю.В. Фармакотерапия микозов / Ю.В. Сергеев, Б.И. Шпигель, А.Ю. Сергеев. – М.: Медицина для всех, 2003. – 200 с.

2. Аравийский, Р.А., Диагностика микозов / Р.А. Аравийский, Н.Н. Климко, Н.В. Васильева. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2004. – 186 с.
3. Адаскевич, В.П., Дрожжеподобные грибы *Malassezia* и их роль в развитии воспалительных заболеваний кожи / В.П. Адаскевич, В.В. Валльес-Козловская // Сибирский журнал дерматологии и венерологии. – 2007. – № 8. – С.11 – 15.
4. Fell, J.W. Biodiversity and systematics of basidiomycetous yeasts as determined by large-subunit rDNA D1/D2 domain sequence analysis / J.W. Fell, T. Boekhout, A. Fonseca et al. // Int. J. Syst. Evol. Microbiol. – 2000. – Vol. 50. – P. 1351-1371.
5. Halaaaji, Z. Distribution of malassezia yeast associated with seborrheic dermatitis and normal subjects / Z. Halaaaji, P. Kordbacheh, F. Zaini et al. // JEADV. –2004. – V. 18, № 2 supp. – P. 383.
6. Halaaaji, Z. Identification of *Malassezia* species isolated from patients with seborrheic dermatitis, atopic dermatitis, pityriasis versicolor and normal subjects / Z. Halaaaji, P. Kordbacheh, F. Zaini et al. – Med. Mycol. – 2000. – № 38. – P. 337 – 341.
7. Pejkovska, D. Presence of pityriasis versicolor in dermatovenerology dispensary J. sandanski skopie / D. Pejkovska, L. Hristova, M. Nikolovska et al. // JEADV. – 2004. – V. 18, № 2, supp. – P. 387 – 388.
8. Stanojevic, M. Effects of fluconazol vs. topical antifungal agent in the treatment of mycotic infections / M. Stanojevic, B. Lestanin, O. Stankovic // JEADV. – 2004. – V. 18, № 2 supp. – P. 392 – 393.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕМИКЕЙДА (ИНФЛИКСИМАБА) В ЛЕЧЕНИИ ПРИ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМАХ ПСОРИАЗА С НАЛИЧИЕМ КОЖНОГО И СУСТАВНОГО ПРОЦЕССА

СУЛТАНОВА З.З., ХАММАТОВА А.А., ЮЛАМАНОВ А.С., ХИСМАТУЛЛИНА З.Р.

*ГАОУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер» № 1,
Башкирский государственный медицинский университет*

Псориаз – хронический распространенный дерматоз, частота которого в различных регионах колеблется в широких пределах – от 0,1 до 3% населения. Согласно современным научным данным псориаз рассматривается как заболевание с наследственной предрасположенностью, в развитии которого важное значение имеет нарушение функции иммунной, эндокринной, нервной систем, неблагоприятное воздействие факторов внешней среды. Современные исследования, направленные на изучение патогенеза псориаза, позволили учёным установить, что заболевание связано с нарушением иммунорегуляции и характеризуется появлением в очагах поражения кожи следующих морфологических изменений: гиперпролиферации кератиноцитов с нарушением процессов терминальной дифференцировки, проникновением в очаг воспаления Т-лимфоцитов, усиления процессов ангиогенеза с последующим высвобождением провоспалительных цитокинов и хемокинов. К таким цитокинам относятся синтезируемые Т-хелперами 1- и 17-го типов фактор некроза опухоли альфа, интерлейкин-1, интерферон-гамма.

Самой часто встречающейся клинической формой дерматоза является бляшечный псориаз, а самой тяжёлой – псориатический артрит. Несмотря на значительное число исследований и появление новых лекарственных средств, проблема эффективной и рациональной терапии больных псориазом остаётся актуальной в современной дерматологии. В течение последних лет в лечении псориаза произошли существенные изменения. Если в прежние времена лечение кожных проявлений сводилось к местной терапии, то в настоящее время терапия направлена на исцеление не только поражения кожи, но и системных проявлений заболевания.

Спектр лекарственных средств, применяющихся в настоящее время в терапии больных псориазом широк и зависит от степени тяжести заболевания. Для среднетяжёлого и тяжёлого псориаза Европейским консенсусом рекомендованы фототерапия и системная терапия. Назначается стандартная терапия системными препаратами – циклоспорин, ретиноиды, метотрексат. Для местной терапии применяются салициловая и серные мази, нафталан, наружная терапия глюкокортикоидами, деготь, ретиноиды, аналоги витамина Д₃. При этом не у всех пациентов удаётся достичь стойкой ремиссии, а такие препараты как

циклоsporин, характеризуются побочными эффектами, что наталкивает на поиск новых, эффективных и безопасных схем лечения при тяжёлых формах псориаза.

В последние годы для лечения при формах, не поддающихся стандартной системной терапии, разработаны и нашли применение в практике так называемые биологические препараты – первым из которых стал инфликсимаб (ремикейд).

Представляем клиническое наблюдение за больным псориазом, получающим лечение Ремикейдом (инфликсимаб) в виде краткой выписки из медицинской карты стационарного больного.

Пациент В., возраст 51 год, 2 группа инвалидности.

Анамнез: псориаз диагностирован в 36-летнем возрасте (в 1987 г.). Наследственность отягощена: у старшего брата псориаз. До 1989 года наблюдался у дерматолога по месту жительства. Первые высыпания появились на волосистой части головы, на коже верхних и нижних конечностей. В течение двух лет получал терапию в амбулаторных условиях: витамины, антигистаминные препараты, наружные средства. С 1989 г. по 2010 г. на коже конечностей, спины сохранялись дежурные бляшки. Пациент занимался самолечением, используя топические кортикостероиды, отмечалось кратковременное улучшение состояния кожи. К дерматологу не обращался.

Выезжал на южные курорты (г. Евпаторий). Отмечалось временное улучшение кожных проявлений заболевания. С 2010 г. участились обострения на коже. Кожный процесс распространился на кожу верхних и нижних конечностей, туловища. Учитывая степень распространенности кожного процесса, пациент направлен на лечение в стационарных условиях дерматологического отделения. Назначена комплексная терапия: дезинтоксикационная, системные кортикостероиды, витаминотерапия, наружные средства, физиопроцедуры: парафиновые аппликации на бляшки. Выписан в удовлетворительном состоянии со значительным улучшением на коже при поддерживающей дозе преднизолона 2 таблетки в сутки, аспаркам – 1 таблетка 3 раза в день.

С августа 2010 г. отмечает ухудшение на коже. Связывает с нервным стрессом. Кожный процесс приобрёл характер эритродермии, беспокоили боли в межфаланговых суставах кистей и стоп, позже – в голеностопных и коленных суставах. Локальный статус: поражение кожи носит универсальный характер. На коже волосистой части головы, туловища (груди, живота, спины), конечностей выражена резкая гиперемия, отёчность, инфильтрация с лихенификацией кожных покровов с обилием крупнопластинчатых чешуек на поверхности.

Установлен диагноз: псориаз, псориатическая эритродермия, тяжёлое течение.

Получал комплексную терапию в дерматологическом отделении: витамины, кортикостероиды (полькортолон), нестероидные противовоспалительные препараты. Выписан в удовлетворительном состоянии с клиническим улучшением кожных проявлений.

Рекомендовано: диспансерное наблюдение дерматолога по месту жительства, продолжить поддерживающую дозу приема полькортолона – 4,5 таблетки в сутки, панангин – 1 таблетка 3 раза в день, наружные средства. Рекомендована консультация ревматолога.

В октябре 2010 г. состояние пациента ухудшилось. Обратился к ревматологу с жалобами на боли во всех группах суставов, утреннюю скованность, на слабость, высыпания на коже туловища. На момент осмотра отмечалась отёчность, болезненность при движении в плечевых, мелких суставах кистей и стоп, голеностопных, коленных суставах. Объём движения снижен на 30 %. На коже туловища высыпания в виде инфильтрированных бляшек розовой окраски, без шелушения.

Диагноз: псориатический артрит, активность – II, суставная форма, прогрессирующее течение. Осложнение: НФС – II. Вторичный артроз. Сгибательная контрактура локтевых суставов. Гормонозависимость.

Несмотря на проводимую терапию (нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикостероиды, метотрексат) у пациента с весны 2011 г. отмечалось обострение на коже, зуд, усилились боли в суставах, сохранялась скованность по утрам, слабость.

Учитывая торпидность к проводимой терапии со стороны кожи, прогрессирование суставного процесса, принято решение о совместной консультации главного ревматолога Республиканского ревматологического центра и главного внештатного специалиста дерматовенеролога Минздрава РБ.

Установлен диагноз: псориаз. Псориатическая эритродермия, тяжёлое течение, гормонозависимая форма. Псориатический артрит, активность – II, суставная форма. Р стадия II–III, прогрессирующее течение. Вторичный артроз. Сгибательная контрактура локтевых суставов. В связи с выраженным диффузным поражением кожи и поражением суставов решено включить больного в Реестр пациентов с диагнозом псориаз, псориатическая артропатия на получение антицитокинового препарата Ремикейд.

Сопутствующая патология: Цереброваскулярное заболевание на фоне атеросклероза сосудов головного мозга. Гипертоническая болезнь II ст., риск II. Получал гипотензивные средства под наблюдением терапевта и невролога по месту жительства.

Данные лабораторного обследования на момент начала терапии Ремикейдом: СРБ +++, СОЭ 47 мм/ч, остальные показатели – в норме

На рентгенографии правой и левой кисти, правой и левой стопы в 2-х проекциях – определяется неравномерное сужение суставных щелей суставов, пястнофаланговых сочленений, уплотнение суставных поверхностей, субхондральный склероз. Головки фаланг 2, 4, 5 пальцев деформированы с обеих сторон, основания неравномерно утолщены. Отмечается наличие деформации и наличие краевых узур. Остеопорозность. Признаки подвывиха 1-го пястно-фалангового сочленения слева.

С августа 2011 г. начата терапия Ремикейдом по принятой схеме (0–2–6), далее – поддерживающая терапия из расчета 5 мг на 1 кг массы тела – 1 раз в 8 недель. Лечение переносит хорошо.

Положительная динамика отмечалась через 2 недели от начала терапии инфликсимабом: значительно уменьшились гиперемия, шелушение кожи, уменьшились боли в суставах стоп и кистей, коленных, голеностопных суставах. Пациент продолжал прием метотрексата 10 мг в неделю. Отмечалась стойкая ремиссия кожного процесса, кожные покровы практически очистились от высыпаний, значительно побледнели, шелушение исчезло, интенсивность болей уменьшилась. Отмечается отсутствие рентгенологических признаков прогрессирования деструктивного поражения суставов.

В настоящее время пациент продолжает получать поддерживающую терапию препаратом Ремикейд (Инфликсимаб) в дозе 5 мг/кг – раз в 8 недель. Максимальный показатель индекса PASI – 9. Ухудшения течения со стороны сопутствующих заболеваний нет.

Данные лабораторного обследования на настоящий момент: СРБ отр., СОЭ 6 мм/ч, остальные показатели в норме.

Таким образом, данный клинический случай свидетельствует о высокой эффективности блокатора ФНО-а Ремикейд (Инфликсимаб) в лечении больных с тяжёлой формой псориаза, в частности псориатического артрита. Продемонстрирована хорошая переносимость, безопасность и сохранение эффективности препарата при длительном применении и значительное улучшение качества жизни на фоне терапии



Фото 1. Больной до лечения



Фото 2. Больной после лечения



Фото 3. Больной до лечения



Фото 4. Больной после лечения

ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОЖИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ**СЫСОЕВА Т.В., СУЛТАНОВА З.З., ХАЙДАРОВ М.М.***ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», Уфа*

Стремительное развитие цивилизации приводит к ухудшению экологического состояния окружающей среды, что неизбежно ведет к нарушению иммунного статуса организма. Аллергические болезни, связанные с изменением иммунного ответа, в среднем, охватывают около 10% населения и колеблются в разных странах и регионах от 1 до 50%. Проведенные в ряде районов Российской Федерации исследования показали, что в крупных промышленных центрах аллергическими болезнями страдает от 10 до 20% населения, а в сельской местности – всего 2–4%. Особенно настораживает рост числа заболеваний среди детей. По данным ВОЗ, частота выявления аллергических заболеваний значительно выше, чем туберкулеза, опухолевых заболеваний, ревматизма.

В Республике Башкортостан, согласно статистическим данным, наиболее часто у людей наблюдаются аллергические дерматозы или кожные аллергии. Показатель их распространенности составляет 17,4 на 1000 обследованных. На втором месте по частоте выявления стоят аллергические заболевания дыхательного тракта (15,7 на 1000 обследованных): бронхиальная астма, астматический бронхит, аллергический ринит (1).

Широкая распространенность аллергических заболеваний объясняется многими причинами. Это обилие разнообразных лекарственных средств, особенно антибиотиков, которые применяет современная медицина; профилактические прививки; иммунные сыворотки и другие белковые препараты, без которых невозможно эффективное лечение многих тяжёлых заболеваний.

Применение гормональных и химиотерапевтических лекарственных средств, используемых в терапии аллергических заболеваний, к сожалению, часто сопровождается побочным действием (нарушение водно-солевого и липидного обмена, атрофия коры надпочечников в результате угнетения секреции АКТГ и др.), что ограничивает их назначение. Растительные средства такими побочными действиями практически не обладают и, тем не менее, из включенных в «Государственный реестр лекарственных средств» более двухсот видов лекарственного растительного сырья при аллергических заболеваниях пока рекомендуется только череда трёхраздельная.

Впервые проведён сравнительный анализ противоаллергической активности 15-ти видов лекарственного растительного сырья: берёзы листья, берёзы почки, брусники листья, валерианы корневища с корнями, зверобоя трава, крапивы листья, кукурузы столбики с рыльцами, ореха грецкого листья, ромашки цветки, солодки корень, фиалки трава, хвоща

полевого трава, хмеля соплодия, чая листья, череды трава (2). Разработаны и обоснованы рациональные лекарственные формы с противоаллергическим действием на основе сухого экстракта из сбора. Проведены технологические и биофармацевтические исследования предлагаемых препаратов, определены их сроки годности. Предложена биологически активная добавка и водорастворимый чайный напиток на её основе. Проведено фармакогностическое изучение листьев чая. Впервые предложены методы стандартизации и разработан проект ФС "*Folia Theae* – листья чая китайского".

Приоритет проведенных исследований защищён патентом РФ на изобретение «Мазь для лечения аллергических заболеваний кожи широкого спектра действия» (3).

При аллергических заболеваниях применяются различные группы лекарственных препаратов: антигистаминные, глюкокортикоиды и другие. Применение химиотерапевтических лекарственных средств может привести к обострению заболевания и к различным осложнениям со стороны организма больного. Например, глюкокортикоиды являются самыми сильнодействующими фармакологическими средствами, применяемыми при лечении аллергических заболеваний. Их использование может привести к полному исчезновению симптомов заболевания почти во всех случаях. К сожалению, их побочное действие (нарушения водно-солевого и липидного обмена, психические расстройства – эйфория, вплоть до бреда, атрофия коры надпочечников в результате угнетения секреции АКТГ, обострение имевшейся в прошлом или возникновение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и др.) столь же серьезно препятствует их назначению для лечения больных.

В отличие от указанных средств использование лекарственных растений и препаратов из них позволяет проводить длительное лечение, не опасаясь возникновения нежелательных побочных эффектов.

В настоящее время во всем мире наблюдается рост использования препаратов растительного происхождения (4). Это объясняется содержанием в них комплекса биологически активных веществ: флавоноидов, дубильных веществ, алкалоидов, витаминов, эфирных масел и других; более мягким воздействием на организм, меньшими осложнениями при применении и экономическим эффектом.

Известно, что в патогенезе аллергических заболеваний важную роль играет процесс секреции медиаторов (гистамина, серотонина, медленно действующего вещества анафилаксии) из тучных клеток, базофилов. Установлено, что ряд флавоноидов ингибирует высвобождение гистамина из тучных клеток (5). Флавоноиды рутин и кверцетин, например, содержатся во многих видах растений, относящихся почти ко всем семействам.

Результаты исследования показали, что наибольшее количество флаваноидов в пересчёте на кверцетин и рутин содержится в листьях крапивы, траве череды, траве зверобоя. Наибольшее содержание суммы окисляемых соединений приходится на листья брусники, листья берёзы, чая чёрного и зелёного, траву зверобоя. А наибольшее содержание катехинов – в листьях берёзы, в траве фиалки, траве череды.

Антиоксидантная активность водных извлечений из исследованного лекарственного растительного сырья оказалась достаточно высокой.

Известно, что органические кислоты, в том числе и аскорбиновая кислота, усиливают противоаллергическое и иммуномоделирующее действие природных флаваноидов. Исследования показали, что наиболее богаты аскорбиновой кислотой листья чая чёрного и зелёного, крапивы и брусники.

Установлено, что среди исследуемых растительных объектов имеются виды, обладающие выраженной иммуномодулирующей и противоаллергической фармакологической активностью. Выбраны виды сырья иммуномодулирующего действия со склонностью к иммуносупрессии: листья берёзы, брусники, крапивы, соплодия хмеля, и относящиеся к стимуляторам иммуногенеза, корень солодки, трава фиалки, листья ореха грецкого, трава зверобоя, листья чая зелёного. Выбраны также виды сырья, обладающие противоаллергическим действием: корень солодки, листья берёзы, крапивы, грецкого ореха, чая зелёного, трава хвоща, фиалки, столбики с рыльцами кукурузы.

Биологически активные вещества растений принципиально более родственны человеческому организму по своей природе, нежели синтетические препараты. Однако при использовании лекарственных растений в лечении аллергических заболеваний необходимо учитывать индивидуальную непереносимость к тому или иному растительному компоненту (6, 7, 8, 9).

Проведённые исследования показали возможность использования некоторых официальных видов лекарственного растительного сырья для лечения и профилактики аллергических заболеваний. Разработанные лекарственные формы и профилактические препараты позволят проводить эффективное комплексное и безопасное лечение и профилактику аллергических заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шарафутдинова Н.Х. Некоторые медико-социальные аспекты атопических дерматозов среди детей в условиях малого города / Н.Х. Шарафутдинова, Л.И. Хакова М.Ю. Павлова // Сборник научн. работ. – Уфа: Изд-во БГМУ, 2004. – С. 205–206.

2. Сысоева, Т.В. Фармакогностическое изучение лекарственного растительного сырья с противоаллергическим действием с целью создания на его основе лекарственных препаратов: дисс. канд. Фарм. наук. – Уфа, 2011. – 161 с.
3. Афанасьева Ю.Г., Хисматуллина З.Р., Кильдияров Ф.Х., Сысоева Т.В. Патент RU 2 353 348 С1.– Оpubл. 27.04.2009 г. – Бюлл. 12.
4. Самылина, И.А. Перспективы создания сухих экстрактов / И.А. Самылина, О.А. Блинова, Л.А. Кумышева [и др.] // Фармация. – 2006. – № 2. – С. 43–46.
5. Сараф, А.С. Флаваноиды – как потенциальные противоаллергические соединения / А.С. Сараф, Э.Е. Оганесян // Химико-фармацевтический журнал. – 1991. – № 2. – С. 4–8.
6. Кобыленко Л.П. Исследования технологии безалкогольных фитопрепаратов и лекарственных форм из лекарственных растений / Л.П. Кобыленко, А.Ф. Лежнев // Повышение качества лекарственной помощи амбулаторным, стационарным больным на основе ускорения научно-технического прогресса в свете решений XXVII съезда КПСС: тез. докл. IV Всесоюзного съезда фармацевтов. – Казань 1986. – 47 с.
7. Лекарственные растения (растения-целители) / А.Ф. Гаммерман, Г.Н. Кадаев, М.Д. Шупинская, А.А. Яценко-Хмелевский. – М.: Изд. Высшая школа, 1976. – С. 3.
8. Николаев С.Н. Лекарственные растения в тибетской медицине. – Новосибирск: Наука, 1989. – 189 с.
9. Румянцева М.И. Фитопрепараты снова в моде / М.И. Румянцева // Фарм. обозрение. – 2003. – № 2. – 56–57 с.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СРЕДИ ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

УРАЗЛИН Н.У., ЛАТЫПОВ Б.Г., ЗИЛЕЕВА С.А.

ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», Уфа

Инфекции, передаваемые половым путём (ИППП), относятся к так называемым социопатиям, т. е. заболеваниям имеющим не только медицинское, но и социальное значение. Среди них хламидийные и вирусные инфекции настоятельно вытесняют возбудителей классических болезней бактериальной этиологии (сифилис, гонорея) как в плане значимости, так и по частоте встречаемости; они зачастую приводят к бесплодию, невынашиванию беременности, внутриутробному инфицированию плода, повышению заболеваемости и смертности новорожденных и т. д.

В Республике Башкортостан активно выявляются ИППП среди детей, что обусловило повышение показателя заболеваемости в 2014 г. на 0,8% в сравнении с 2013 г.; заболеваемость ИППП среди подростков снизилась на 22,7%.

Среди классических бактериальных инфекций, передаваемых половым путем, наиболее социально значимым является сифилис. Заболеваемость сифилисом среди детей и подростков в настоящее время можно рассматривать как маркер некачественной профилактической работы на отдельно взятой территории.

В 2014 г. в Республике Башкортостан зарегистрировано 4 случая сифилиса среди детей (0–14 лет включительно). Случаи детского сифилиса зарегистрированы на территориях муниципальных районов: Благоврского (1 случай), Кармаскалинского (2 случая), ГО г. Уфа (1 случай).

В 2013 г. в Республике Башкортостан зарегистрировано 4 случая сифилиса среди детей (0–14 лет включительно). Случаи детского сифилиса зарегистрированы на территориях муниципальных районов: Кушнаренковского (1 случай), Мишкинского (1 случай), Уфимского (1 случай); ГО г. Стерлитамак (1 случай).

В 2012 г. случаи сифилиса у детей зарегистрированы в городах: Уфа (1 чел.), Туймазы (1 чел.) и в Уфимском (1 чел.), Альшеевском (1 чел.), Кугарчинском (1 чел.) районах.

Показатель заболеваемости сифилисом среди детей в РБ 2014 г. на 49,5% ниже, чем средний показатель по РФ.

Таблица 1

Заболеваемость детей и подростков ИППП в Республике Башкортостан

в 2012–2014 гг. (на 100 000 детского и подросткового населения) Названия ИППП	2012 г.		2013 г.		2014 г.	
	0–14 лет	15–17 лет	0–14 лет	15–17 лет	0–14 лет	15–17 лет
Сифилис	0,71	14,07	0,56	12,54	0,54	7,6
Гонорея	0,71	8,44	0	22,4	0	18,9
Трихомониаз	0,42	39,40	0,14	35,4	0,14	31,7
Хламидиоз	0,99	31,66	0,28	38,37	0,54	23,4
Герпес генитальный	–	7,04	0,14	6,64	0,14	3,78
Аногенитальные бородавки	0,28	16,18	0,28	21,4	0,14	20,4
Всего ...	3,1	116,8	1,4	136,8	1,5	105,7

Таблица 2

Заболеваемость детей сифилисом в РФ и РБ в 2012–2014 гг. (на 100 000 детского населения от 0 до 14 лет включительно)

Регионы	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Российская Федерация	1,7	1,45	1,07
Республика Башкортостан	0,7	0,56	0,54
Республика Башкортостан (абс. ч)	5	4	4

По социальной организованности среди впервые выявленных больных сифилисом преобладают неорганизованные дети.

Среди детей, заболевших сифилисом 2014 году, сельских больше, чем городских в 3 раза.

В структуре заболеваемости сифилисом среди детей преобладает сифилис скрытый ранний и выявляется при обследовании бытовых контактов.

Количество подростков 15–17-и лет, заболевших сифилисом, уменьшилось с 17-и случаев в 2013 г. до 10-и случаев в 2014 г., снижение по заболеваемости – на 39,4%.

Заражение детей сифилисом и гонореей рассматривается как чрезвычайное происшествие, все случаи анкетировются и тщательно анализируются главным внештатным детским дерматовенерологом, ОМО ГАУЗ РКВД № 1 и территориальными дерматовенерологами республики.

Одной из трудностей в системе здравоохранения, особенно в звене первичной профилактики, является по-прежнему невозможность влияния на половое поведение молодёжи. Для решения указанной проблемы наряду с оказанием квалифицированной медицинской

помощи детям и подросткам с ИППП требуется дополнительный подход, включающий в себя психологическую поддержку, проведение социально-педагогической реабилитации молодёжи из группы риска по ИППП, также усиление первичной и вторичной профилактики ИППП среди несовершеннолетних.

В работу по профилактике инфекций, передаваемых половым путем, вовлечены все медицинские работники республики.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НАРУЖНОЙ НЕСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПСОРИАЗЕ

¹ФАХРЕТДИНОВА Х.С., ²ЮЛАМАНОВ А.С., ²БУРХАНОВА Н.Р., ²ГАЗИЗОВА Л.Р.

¹ *Башкирский государственный медицинский университет,*

² *ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», Уфа*

Актуальность проблемы псориаза обусловлена неуклонным ростом заболеваемости среди населения, учащением случаев манифестации заболевания в молодом возрасте, увеличением частоты тяжелых и резистентных к лечению форм, приводящих к нетрудоспособности и инвалидизации (Н.В. Кунгуров и др., 2008; А.А. Кубанова и др., 2010; Sh. Kagami et al., 2010). В настоящее время заболевание нередко носит непрерывный рецидивирующий характер (А.А. Кубанова, 2008; J.G. Krueger et al., 2005; R.G.B. Langley et al., 2005). Частые рецидивы, резистентность к проводимой фармакотерапии, снижают качество и продолжительность жизни у больных псориазом (А.А. Кубанова, 2010).

Наружная терапия псориаза проводится для уменьшения воспалительных явлений, шелушения и инфильтрации кожи. С этой целью применяют мази, кремы, лосьоны, содержащие салициловую кислоту (2%), серу (2–10%), мочевины (2–10%), дитранол (0,25–3%), декспантенол, пиритион цинка, кальципотриол, глюкокортикоиды (А.А. Кубанова, 2010). При выраженных воспалительных явлениях назначают кератопластические и противовоспалительные средства (0,5–2% салициловую мазь, 3% серную, серно-салициловую мази, 5–10% нафталановый линимент или пасту, кортикостероидные кремы, мази, лосьоны). В стационарной и регрессирующей стадиях псориаза используют мази или жирные пасты, содержащие 3–5% салициловую кислоты, 10–30% нафталана, 5–10% ихтиола, березового дегтя, серу; шампуни (Фридерм деготь и др.) (В.В. Владимиров, 2006; А.А. Кубанова, 2010). В.С. Дмитрук и соавт. (2009) указывают на эффективность лечения псориаза средствами, содержащими в качестве основы солидол, в частности, они успешно использовали косметическое средство «Карталин» у пациентов с псориазом легкой и средней степени тяжести при комплексном лечении в условиях стационара. Средствами наружной терапии псориаза также являются аналоги витамина D в виде мази, крема, лосьона (кальципотриол, кальцитриол) (Z. Hegyi, et al., 2012; C. Pierard-franchimont et al., 2012). Они удобны в применении, не пачкают белье, не имеют неприятного запаха, однако, превышение дозировки более 100 г в неделю может привести к гиперкальциемии и раздражению кожи, особенно на лице (И.В. Хамагонова и др., 2002). Фототерапия и применение мазей, содержащих салициловую кислоту, частично или полностью разрушают витамин D₃ (В.В. Владимиров, 2006). Кроме того, кальципотриол вызывает у большинства больных

раздражение кожи вокруг псориатических бляшек и требует добавления кортикостероидных препаратов. Глюкокортикоидные препараты обладают выраженным противовоспалительным, противозудным, иммуносупрессивным и антимитогенным эффектами. Противовоспалительный эффект стероидных препаратов обусловлен уменьшением отека и ингибированием хемотаксиса воспалительных клеток в кожу. Стероиды ингибируют транскрипцию генов, ответственных за синтез воспалительных цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИФН- γ , ФНО- α), Т-клеточную пролиферацию, Т-опосредованный иммунитет (Б. Бартон и др., 1999; В.В. Владимиров, 2006). Однако нерациональная терапия наружными кортикостероидными средствами может привести к переходу псориатической болезни в более тяжелую форму (пустулезную разновидность, псориатическую эритродермию), вызвать истончение кожи, появление участков атрофии, вялотекущие местные инфекции, гипопигментацию. Таким образом, для лечения больных псориазом предложено много методов лечения, однако используемые терапевтические подходы часто оказываются недостаточно эффективными или отличаются плохой переносимостью, что свидетельствует о нерешенности этой проблемы (Н.В. Кунгуров и др., 2008; А.А. Кубанова, 2010; Ю.К. Скрипкин и др., 2012; Европ. р-во, 2008).

Целью нашей работы явилась клиническая оценка результатов применения для топического лечения псориаза препаратов линии «Псорилон», выпускаемых в условиях фармацевтического производства научно-производственной фармацевтической компанией «Алкой». Препараты линии «Псорилон» успешно прошли клинические испытания в условиях дерматологического стационара (КВД № 4, № 2 г. Москвы; Научно-исследовательский центр при Казанском гос. мед. университете; кафедра дерматовенерологии РМАПО) и рекомендованы к широкому применению.

Методы: под нашим наблюдением находились 32 больных папулезно-бляшечным псориазом в прогрессирующей стадии заболевания в возрасте от 21-го до 60-и лет (группа наблюдения) легкой и средней степени тяжести заболевания с поражением до 20% кожного покрова, в том числе и волосистой части головы. Длительность заболевания составляла от 1-го до 29-и лет (в среднем $9,8 \pm 1,8$ лет). Индекс PASI на момент поступления составлял от 10,5 до 25,6 баллов. Контрольную группу составили 15-и больных, сопоставимых по возрасту, полу, длительности и тяжести заболевания. Лечение больных псориазом проводили в кожных отделениях диспансера ГАУЗ РКВД № 1.

Способ лечения. Группа наблюдения и больные контрольной группы получали одинаковое общее лечение (антигистаминные, детоксикационные, десенсибилизирующие препараты, витамины, гепатопротекторы). Местное лечение проводили препаратами,

рекомендованными фармацевтической компанией «Алкой», – это шампунь «Псорилон» салициловый, шампунь «Псорилон» дегтярный, спрей увлажняющий «Псорилон» для тела и волосистой части головы, гель «Псорилон» для душа, крем «Псорилон» с цинком и экстрактом трав для ухода за кожей.

Свойства препаратов. В состав шампуня салицилового входят: салициловая кислота 1%, цинка пиритионат 0,5%, пироктон оламин 0,3%, экстракт корня лопуха, экстракт ромашки, витамины – пантенол (провитамин В5), биотин (витамин Н). Шампунь салициловый снимает зуд и раздражение, способствует удалению образовавшихся чешуек, перхоти. Активные компоненты шампуня дегтярного: экстракт череды, экстракт зверобоя, экстракт чистотела, деготь березовый (0,17%). Шампунь дегтярный обладает противозудным, противовоспалительным, антисептическим и противогрибковым действиями, удаляет с кожи поверхностный слой отмерших клеток эпидермиса и способствует удалению избытка кожного сала с волосистой части кожи головы, не раздражает кожу головы и очищает волосы, не повреждая их защитного слоя. Шампуни прекрасно пенятся и придают волосам естественный блеск. Активными компонентами спрея «Псорилон» для тела и волосистой части головы являются: хитозан гелевый, цинка пиритионат (0,2%) и экстракты трав, витамин С. Спрей способствует восстановлению естественной гидролипидной мантии кожи, интенсивно увлажняет, устраняет шелушение, зуд, смягчает кожу, ускоряет процесс заживления, быстро устраняет сухость кожи после купания, не оставляет жирного блеска на коже и следов на одежде. Гель для душа дегтярный содержит: гуминовые кислоты (экстракт биоактивный сапропелевый), экстракт чаги, деготь березовый; бережно очищает кожу, не раздражая ее, обладает противозудным, противовоспалительным, антисептическим и противогрибковым действиями, рекомендуется для ежедневного ухода. Крем для тела с цинком и экстрактами трав обладает противозудным, антисептическим, эпителизирующим свойствами, устраняет шелушение, зуд, смягчает кожу, ускоряет процесс заживления. Активные компоненты крема: гуминовые кислоты (экстракт биоактивный сапропелевый), цинка пиритионат (0,2%), экстракты лечебных трав, витамин С. Препараты «Псорилон» могут использоваться длительное время без ограничений.

Методика использования. В прогрессирующей стадии на волосистую часть головы назначали крем 1–3 раза в день, или 1 раз в день – спрей увлажняющий и 1–2 раза – крем; назначали также 2–3 раза в неделю шампунь салициловый при сухой коже или шампунь дегтярный при жирной коже больного. В стационарной стадии на очаги на коже наносили крем «Псорилон» 2 раза в день, шампунь салициловый или дегтярный – 2–3 раза в неделю;

для ухода за кожей применяли гель для душа. В регрессирующей стадии на кожу применяли 1–2 раза в день крем «Псорилон» для тела или спрей увлажняющий. Для ухода за кожей больные пользовались гелем «Псорилон» для душа. В наблюдаемой группе кожа головы очищалась от чешуек через 12–15 дней, на коже головы и тела свежие высыпания не появлялись на 4–6-й день лечения. Клиническое выздоровление (наличие на месте бляшек депигментированных пятен, или единичных рассеянных папул) у больных наблюдалось к 22–25-му дню лечения. К моменту выписки (на 28–29-й день) у части больных уплотившиеся папулы оставались лишь над локтевыми и/или коленными суставами.

Выводы. Препараты линии «Псорилон»: шампуни салициловый, дегтярный, спрей увлажняющий для тела и волосистой части головы, гель для душа, крем для ухода за кожей обладают высокой терапевтической эффективностью при комплексном лечении больных псориазом. Случаев непереносимости препаратов не наблюдали. Включение в комплексную терапию псориаза препаратов линии «Псорилон» позволяет уменьшить длительность стационарного лечения на 3–5 дней (в среднем на $3,8 \pm 0,9$ дня).

ЛИТЕРАТУРА

1. Кунгуров, Н.В. Дерматовенерология: принципы и методология планирования ресурсного обеспечения с учетом современных задач и лицензионных требований / Н.В. Кунгуров, Н.В. Зильберберг, Н.И. Рогинко. – Екатеринбург, 2008. – 295 с.
2. Кубанова, А.А. Иммунные механизмы псориаза. Новые стратегии биологической терапии / А.А. Кубанова, А.А. Кубанов, Дж. Ф. Николас, Л. Пьюг, Дж. Принц, О.Р. Катунина, Л.Ф. Знаменская // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. – № 1. – С. 35-47.
3. Kagami, Sh. Circulating Th 17, Th 22, and Th 1 Cells Are Increased in Psoriasis / Sh. Kagami, H.L. Rizzo, J.J. Lee, Y. Koguchi // J. Invest. Dermatol. – 2010. – V. 130. – P.1373-1383.
4. Кубанова, А.А. Организация дерматовенерологической помощи: достижения и перспективы / А.А. Кубанова, А.А. Мартынов, И.Н. Лесная, А.А. Кубанов, Л.Е. Мелехина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2008. – № 1. – С. 4-22.
5. Krueger, J.G. Psoriasis pathophysiology: current concepts of pathogenesis / J.G. Krueger, A. Bowcock // Ann. Rheum. Dis. – 2005. – V. 64. – P.30-36.
6. Langley, R.G.B. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life / R.G.B. Langley, J.G. Krueger, C.E. Griffiths // Ann. Rheum. Dis. – 2005. – Vol. 64. – P. 18-23.
7. Владимиров, В.В. Современные методы лечения псориаза / В.В. Владимиров // Consilium medicum. – 2006. – Т.6, № 1. – С. 26-31.

8. Дмитрук, В.С. Карталин – альтернативное решение в комплексной терапии псориаза /В.С. Дмитрук, М.Г. Карталов, С.И. Дмитрук // Вестник дерматологии и венерологии. – 2009. – № 2. – С. 65-67.
9. Hegyi, Z. Vitamin D analog calcipotriol suppresses the Th17 cytokine-induced proinflammatory S100 "alarmins" psoriasin (S100A7) and koeberisin (S100A15) in psoriasis / Z. Hegyi, S. Zwicker, [et al.] // Journal of Investigative Dermatology. 2012. – V. 132, №5. – P. 1416-1440.
10. Pierard-franchimont, C. The psoriasis--metabolic syndrome comorbidity, a complex multigenic disease. [Review] / C. Pierard-franchimont, P. Quatresooz, G.E. Pierard, A.J. Scheen // Revue Medicale de Liege. – 2012. – V. 67, № 5–6. – P. 337-377.
11. Хамагонова, И.В, Кальципотриол в лечении псориаза у детей / И.В. Хамагонова, В.Н. Азарова, А.Г. Шекрота, и др. // РМЖ. – 2002. – т. 10, № 2. – С. 66-67.
12. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний /под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти; пер. с англ. – М.: Медпресс – информ, 2008. – с. 392-406.
13. Скрипкин, Ю.К. Кожные и венерические болезни / Ю.К. Скрипкин, А.А. Кубанова, В.Г. Акимов – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2012. – 544 с

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ГАУЗ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР № 1» В РАСШИРЕНИИ ОХВАТА
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ ЗАРАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ
ХАЙДАРОВ М.М., СУЛТАНОВА З.З., ТУХВАТУЛЛИНА Ф.З.**

ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1» Уфа

Введение. Первичная профилактика заразных заболеваний, организуемая по прогнозу или состоянию эпидемиологической ситуации, требует наибольшей массовости и скорости распространения гигиенических знаний. В настоящее время санитарная пропаганда осуществляется всеми известными традиционными способами. В последние годы доступ к сети Интернет и новые технические средства улучшили возможность ГАУЗ РКВД № 1 в организации санитарно-просветительной работы, проводимой в соответствии с текущими директивными и нормативными документами: расширился охват населения санитарным просвещением на обслуживаемой территории, остаётся большой ресурс времени на не менее значимую профилактику неинфекционных заболеваний.

Цель работы. Предлагаем новый взгляд на приоритетность отдельных массовых профилактических мероприятий, направленных на профилактику заразных заболеваний, проводимых современными техническими средствами.

Материалы и методы. Провели анализ организации и проведения санитарно-просветительной работы в ГАУЗ РКВД № 1 с 2003 по 2014 год.

Результаты. На основании текущих директивных документов, изданных для медицинских организаций с 2003 по 2014 г., выяснены заразные болезни, для первичной профилактики которых активно привлекались отделение медицинской профилактики, кабинет медицинской профилактики и медицинские работники – это птичий, свиной и остальные формы гриппа; острые респираторные вирусные инфекции, корь, трихинеллез, описторхоз, столбняк; лихорадка западного Нила и др. особо опасные инфекции; инфекции и паразитарные болезни, передаваемые половым путём; ВИЧ-инфекция, гепатиты, кишечные инфекции, микоз стоп, трихофития, бешенство, полиомиелит, клещевой энцефалит туберкулёз, брюшной тиф и др. Проводилась активная пропаганда иммунопрофилактики.

Наряду с давно устоявшимися методами санитарной пропаганды применялись новые методы, которые позволили охватить более широкие массы населения – это размещение памяток для населения и статей под отдельной главой официального сайта медицинской организации; распространение информации о профилактике заболеваний через публикацию на официальном сайте газет и журналов; размещение телевыступлений врачей для населения в Интернетсайтах телевидения; установка баннеров в холлах. В ГАУЗ РКВД № 1

расширились возможности публикации памяток для населения с первообразцов большим тиражом через ризограф (мини-типографию), множительный аппарат, ксерокс, принтер. Видеопроектор и выход в Интернет позволяют получать и демонстрировать в ГАУЗ РКВД № 1 видеофильмы по профилактике заболеваний. Санитарная пропаганда организована на 3-х наиболее распространённых языках народов Республики Башкортостан. В районах республики врачами в санитарной пропаганде всё чаще используется местное телевидение. Статьи по профилактике заболеваний в последние годы стали публиковаться во многих республиканках общественно-политических, молодёжных, детских газетах. Своевременно и эффективно используется любая возможности бесплатного выхода в эфир через информационные, культурно-развлекательные программы телевидения, без задержки по времени подаётся интервью в печатные СМИ. В специальных выпусках юбилейного журнала «Здравоохранение Башкортостана», издаваемых совместно с ГАУЗ РКВД № 1, большое внимание уделяется профилактике инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), и заразных болезней кожи. Научно-популярный журнал «Территория здоровья – Башкортостан» позволяет врачам ГАУЗ РКВД №1 выступать перед населением не только по профилактике ИППП и болезней кожи, но и опубликовывать статьи по профилактике других социально значимых заболеваний. В ГАУЗ РКВД № 1 расширилась тематика выпускаемых памяток для населения.

Заключение. Интернет, современные технические средства, официальный сайт организации, новые периодические издания позволяют быстрее, с широким охватом населения распространять гигиенические знания, и важно этим активно пользоваться. При этом повышаются требования к работе лекторской группы в быстрой и качественной подготовке материалов для СМИ.

НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ФОРМАХ ТРИХОФИТИИ

ХИСМАТУЛЛИНА З.Р., ДАНИЛЕНКО Р.У., ШАФИКОВА Р.Г.

Башкирский государственный медицинский университет,

ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», Уфа

При нагноительных формах зооантропонозной трихофитии наружное лечение занимает ведущее место, поскольку правильный выбор метода местной терапии обуславливает исход данного микоза.

Целью данного исследования является изучение эффективности и безопасности препарата Банеоцин в лекарственной форме мазь при лечении нагноительных форм зооантропонозной трихофитии.

Нами пролечено 60 детей с нагноительными формами зооантропонозной трихофитии в возрасте от 6- до 18-и лет. Инфильтративно-нагноительная форма волосистой части головы сочеталась с инфильтративными и поверхностными очагами гладкой кожи у 12-и детей (19%), с инфильтративными очагами волосистой части головы – у 9-и детей (12%). Больные были разделены на две группы. Контрольная группа состояла из 26-и больных, получавших традиционную терапию (системный антимикотик гризеофульвин, витаминотерапия, местное лечение в виде 5% серно-дегтярной мази, 33% серной мази, 2% раствора йода). Опытная группа состояла из 34-х детей, получавших наряду с традиционным лечением препарат Банеоцин в качестве местной терапии. Для наружного лечения инфильтративно-нагноительных форм трихофитии волосистой части головы мазь Банеоцин применяли на очаг 2 раза в сутки в течение трех дней. Далее применялись фунгицидные и рассасывающие наружные средства.

Применение данного наружного средства способствовало быстрому купированию воспалительного процесса у всех больных. Уже через 48 часов лечения очаги значительно уплощались и очищались от гноя и серозно-гнойных корок, что способствовало облегчению доступа к волосяным фолликулам фунгицидных средств, применяемых при дальнейшем наружном лечении. В ходе исследования побочные явления не были выявлены ни у одного ребенка.

Таким образом, применение препарата Банеоцин в виде мази в период нагноительного процесса в тканях волосистой части головы способствовало быстрому купированию воспалительных явлений в очаге и формированию рубцовой атрофии в более короткие сроки, чем при обычно применяемых наружных методах лечения. Исследование показало высокую эффективность и безопасность применения этого метода наружного

лечения нагноительных форм трихофитии, что позволяет использовать его в широкой практике.

**НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ
ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ
ХИСМАТУЛЛИНА З.Р., ПОПОВА Д.Р.**

*Башкирский государственный медицинский университет,
ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», Уфа*

Зооантропонозная трихофития – распространенное среди дерматомикозов заболевание, обусловленное воздействием на организм возбудителей *Trichophyton verrucosum* и *Trichophyton mentagrophytes* [1].

В общей клинической практике для постановки предварительного диагноза зооантропонозной трихофитии используется микроскопический метод, он является базовым и наиболее широко используемым, но для установления видовой принадлежности возбудителя необходимо проводить посев материала на питательную среду Сабуро. Таким образом, диагностика дерматомикозов является актуальной, требует высокой профессиональной квалификации врачей-лаборантов и совершенствования методов исследования [2].

Поэтому, помимо традиционных микроскопического и культурального методов, активно изучаются новые методы, такие как прямая ДНК-диагностика дерматомицетов в клинических образцах [3, 4, 5].

Целью нашей работы явилась сравнительная оценка диагностической эффективности традиционных методов диагностики (микроскопический, культуральный) и ПЦР при зооантропонозной трихофитии.

Материалы и методы. В данной работе проведен анализ выборки численностью в 265 человек обратившихся в ГАУЗ РКВД № 1 в период 2011–2014 гг., из них лиц мужского пола было 192 (72,5%) человека, женского пола – 73 (27,5%), которые были разделены на 2 группы. Основная группа – 200 человек с клиническими признаками зооантропонозной трихофитии. Контрольная группа – 65 человек с другими кожными заболеваниями (псориаз, экзема, атопический дерматит). Возраст пациентов составил от 0 до 40 лет. По данным исследования большую часть составили пациенты с инфильтративно-нагноительной формой трихофитией – 124 (62%) случая. Поверхностная форма трихофитии была у 30-и (15%) больных, нагноительная – у 46-и (23%).

Материал для исследования у пациентов получали путем взятия чешуек кожи и эпилирования волос со свежих, но уже полностью развившихся очагов поражения. Кожные чешуйки соскабливали с периферии очагов скальпелем, корочки и волосы –эпиляционным пинцетом.

У всех пациентов микроскопию выполняли с использованием 10% раствора КОН, затем исследовали под световым микроскопом в течение 2-х часов с момента приготовления на наличие спор и мицелия гриба. Посев выполняли на агар Сабуро с 2% глюкозы и хлорамфениколом (40 мг/л). Посевы инкубировали в термостате при 28°C в течение 2–4-х недель. Появление роста дерматомицетов отмечалось с 4-го по 10-й день инкубации в точках посева по краям внесенного материала. При отсутствии роста в течение 30-и дней результаты культивирования считались отрицательными. Выросшие культуры дерматомицетов идентифицировали до вида по макро– и микроморфологическим признакам.

ПЦР использовали для верификации результатов микроскопического и культурального методов исследования. ДНК из клинических образцов выделяли методом энзимного (ферментативного) расщепления с предварительной обработкой протеиназой К («Sigma», США) и хитиназой («Sigma», США). Затем выделение ДНК проводилось посредством стандартного набора для выделения ДНК («ДНК-сорб-С», Россия) в соответствии с инструкциями производителя. Олигонуклеотидные праймеры для специфической детекции ДНК патогенных грибов *Tr. verrucosum* и *Tr. mentagrophytes* подбирались к внутренней области транскрипционной единицы генов больших рибосомных РНК (рРНК), включающей в себя внутренний транскрибируемый спейсер I (ITS1), ген 5.8S рРНК и внутренний транскрибируемый спейсер II (ITS2). ПЦР проводилась в амплификаторе МС–16 «Терцик» («ДНК-технология», Россия). После окончания электрофореза гели окрашивали и фотографировали на фотодокументационной системе Gel Camera System (UVP, США). По наличию в образцах специфических фрагментов амплификации размером 232 п.н. – для *Tr. verrucosum* и 182 п.н. – для *Tr. mentagrophytes* судили о результатах ПЦР-анализа.

На основании полученных данных проведено сравнение традиционных методов (микроскопический, культуральный) диагностики и ПЦР по параметрам: чувствительность (ЧС), специфичность (СП), прогностическая ценность положительного (ПЦ +) и отрицательного (ПЦ -) результатов, общая точность теста (ОТТ).

Количественные данные подвергали статистической обработке с помощью программы «Microsoft Excel-2003». Критерием статистической достоверности считали величину $p < 0,001$.

Результаты и обсуждение. В ходе сравнительного анализа показателей микроскопического, культурального методов и ПЦР в диагностике зооантропонозной трихофитии было показано, что у 200 пациентов микроскопический метод дал положительный результат в 140 (52,83%) случаях. Отрицательный результат в 60-и (22,64%)

случаях. При культуральном исследовании положительный результат выявлен у 165-и (62,26%) пациентов, отрицательный – у 35 (13,21%). Среди 200 обследуемых с помощью ПЦР положительный результат был у 185-и (69,81%) пациентов, отрицательный – у 15-и (5,66%). Данные представлены в таблице 1.

Учитывая, что результаты лабораторной диагностики не подлежат количественной оценке, с целью определения диагностической эффективности каждого из методов мы сопоставили их по основным критериям. Данные представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, высокой диагностической эффективностью обладала ПЦР, характеризующаяся наиболее высокой чувствительностью (92%), специфичностью (92%), прогностической ценностью положительного (97%) и отрицательного результатов (80%), общей точностью метода (92%).

Кроме того, ПЦР с высокой значимостью отличается от микроскопического метода ($p < 0,001$), (за исключением прогностической ценности положительного результата), а также значимо отличается от всех показателей культурального метода ($p < 0,001$), (за исключением специфичности и прогностической ценности положительного результата).

По совокупности показателей наилучшим методом диагностики зооантропонозной трихофитии является ПЦР, на втором месте культуральный метод, и на третьем – микроскопический метод.

Таблица 1

Распределение результатов традиционных методов и ПЦР диагностики зооантропонозной трихофитии

Метод исследования	Результат		
	–	Основная группа (n=200)	Контрольная группа (n=65)
Микроскопический метод	+	140 (52,83%) (ИП)	10 (3,77%) (ЛП)
	–	60 (22,64%) (ЛО)	55 (20,75%) (ИО)
Культуральный метод	+	165 (62,26%) (ИП)	7 (2,64%) (ЛП)
	–	35 (13,21%) (ЛО)	35 (58%) (ИО)
ПЦР	+	185 (69,81%) (ИП)	5 (1,89%) (ЛП)
	–	15 (5,66%) (ЛО)	60 (22,64%) (ИО)

Примечание: ($p < 0,001$).

Таблица 2

**Различия статистических характеристик методов диагностики
зооантропонозной трихофитии**

Показатели	Микроскопический метод (1)	Культуральный метод (2)	ПЦР (3)	p
ЧС	0,7	0,82	0,92	1-2=0,0014 1-3=0,000001 2-3=0,0008
СП	0,85	0,89	0,92	1-2=0,1756* 1-3=0,0127 2-3=0,2439*
ПЦ «+»	0,93	0,96	0,97	1-2=0,1341* 1-3=0,0369* 2-3=0,5353*
ПЦ «-»	0,48	0,6	0,8	1-2=0,0063 1-3=0,000001 2-3=0,000001
ОТГ	0,74	0,84	0,92	1-2=0,0049 1-3=0,000001 2-3=0,0048

* – различие, статистически незначимое.

ЛИТЕРАТУРА

1. Seebacher, C. Updates on the Epidemiology of Dermatophyte Infections / C. Seebacher, J-P. Bouchara, B. Mignon // Mycopathologia. – 2008. – V. 166, № 5-6. – P. 335-352.
2. Arabatzis, M. Diagnosis of common dermatophyte infections by a novel multiplex real-time polymerase chain reaction detection/ identification scheme / M. Arabatzis, L.E.S. Bruijnesteijn van Coppenraet, E.J. Kuijper [et al.] // Br. J. Dermatol. – 2007. – V. 157. – P. 681 – 689.
3. Laboratory Handbook of Dermatophytes / J. Kane, R. Summerbell, S. Sigler [et al.]. – Belmont, CA: Star Publishing Co. – 1997.
4. Евсеенко, И. А. Новые горизонты медицинской микологии / И.А. Евсеенко // Мед. новости. – 2003. – Т. 12. – С. 4–9.
5. Иванова, Н. В. Дерматология / Н.В. Иванова, А.Б. Полтараус, В.Ю. Васенова [и др.] // 8-й Всерос. съезд дерматовенерологов: тез. научн. работ. Ч. 1. – М., 2001. – С. 253–254.
6. Липницкий, А. В. Полимеразная цепная реакция (ПЦР) в диагностике микозов / А.В. Липницкий, И.В. Новицкая, В.С. Лесовой // Успехи медицинской микологии. – М.: Национальная академия микологии. – 2003. – Т. 1. – С. 75–76.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЗКОПОЛОСНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УФ-ТЕРАПИИ С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 311 НМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПСОРИАЗОМ В Г.УФЕ

З.З.СУЛТАНОВА, Л.Р. ГАЗИЗОВА, Л.Р. БАДРИЕВА

ГАУЗ «Республиканский кожно- венерологический диспансер № 1», г.Уфа

Псориаз – системное иммуноассоциированное заболевание мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующееся ускоренной пролиферацией эпидермоцитов и нарушением их дифференцировки, иммунными реакциями в дерме и синовиальных оболочках, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами, хемокинами; частыми патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата.

Псориаз относится к числу наиболее распространенных заболеваний кожи и встречается у 1–2% населения развитых стран.

В развитии псориаза важное значение имеют наследственная предрасположенность, нарушения функции иммунной, эндокринной, нервной систем, неблагоприятное воздействие факторов внешней среды и др.

Описан ряд генов (PSORS), наличие которых предрасполагает к развитию заболевания. В частности, у больных псориазом чаще выявляют антигены HLA-Cw6 и HLA-DR7. К числу провоцирующих факторов относят психоэмоциональное перенапряжение, хронические инфекции (чаще стрептококковые), злоупотребление алкоголем, прием лекарственных средств (соли лития, бета-адреноблокаторы, хлорохин/гидроксихлорохин, пероральные контрацептивы, интерферон и его индукторы и др.).

Фототерапия является важной составной частью лечения и реабилитации больных псориазом. Для лечения псориаза применяют методы средневолновой фототерапии (УФВ/УФВ-311) и методы ПУВА-терапии.

Методы УФВ-терапии не требуют использования фотосенсибилизаторов и могут применяться у детей.

Фототерапию проводят в виде монотерапии или в комплексе с медикаментозными средствами. При распространенных высыпаниях облучают весь кожный покров (общая фототерапия), при ограниченных высыпаниях – пораженную область тела (локальная фототерапия). У ряда больных очаги поражения на волосистой части головы и конечностях регрессируют медленнее, чем на других участках тела. В таких случаях общее облучение кожи комбинируют с последующим локальным облучением головы и/или конечностей.

Узкополосная средневолновая терапия с длиной волны 311 нм (УФВ-311) является более эффективным методом УФВ-терапии.

Начальная доза облучения составляет 50–70% от МЭД. При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара больного облучение начинают с дозы 0,1–0,3 Дж/см². Процедуры проводят 3–4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу повышают каждую процедуру или через процедуру на 5–30%, или на 0,05–0,2 Дж/см², при появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляют постоянной. На курс назначают 15–35 процедур.

На базе ГАУЗ РКВД № 1 узкополосная средневолновая терапия с длиной волны 311 нм (УФВ-311) применяется у больных страдающих тяжелыми формами псориаза с 2016 года. Под нашим наблюдением находятся 7 пациентов. Возраст от 30 до 60 лет.

Перед назначением лечения для выявления противопоказаний провели клиническое обследование больного и комплекс лабораторных исследований, включающий общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (включая определение показателей функции печени и почек), консультация терапевта.

Фототерапию проводили в комплексе с медикаментозными средствами: дисоль 400 мл внутривенно капельно, 10% раствор кальция глюконата 10 мл внутривенно, 30% раствор натрия тиосульфата 10 мл внутривенно. Перорально назначали супрастин; наружно - 3% серную мазь, 2% салициловую мазь. Результаты и обсуждение

Продолжительность курса узкополосной средневолновой УФВ-терапии (311 нм) была индивидуальной и зависела от темпов регресса псориатических элементов (в среднем 15-30 процедур).

Приведем **клиническое наблюдение**: Пациент В., 42 года, поступил в отд. № 2 ГАУЗ РКВД № 1 с жалобами на поражение кожи волосистой части головы, лица, туловища, верхних и нижних конечностей, преимущественно разгибательных поверхностей; зуд. Из анамнеза известно, что болеет в течение 14 лет. Неоднократно лечился в РКВД с диагнозом : псориаз. Проводились: медикаментозная терапия- дисоль 400 мл внутривенно капельно, 10% раствор кальция глюконата 10 мл внутривенно, 30% раствор натрия тиосульфата 10 мл внутривенно. Перорально назначали супрастин; наружно - 3% серную мазь, 2% салициловую мазь. Физиотерапевтическое лечение: парафино-озокеритовые аппликации, фонофорез, УФО общее. Пациент выписывался с клиническим улучшением, но результат был кратковременный и он через 3 месяца поступал повторно. Учитывая длительное течение,

торпидность кожного процесса к различным методам терапии, пациенту был проведен курс узкополосной средневолновой УФ-терапии с длиной волны 311 нм.



Рисунок 1.



Рисунок 2.



Рисунок 3.



Рисунок 4.



Рисунок 5.



Рисунок 6.



Рисунок 7.



Рисунок 8.

Процедуры узкополосной УФВ-терапии осуществляли на установке Waldmann 1000 KL с использованием ламп TL-01, генерирующих излучение в диапазоне волн 310-315 нм с максимальной эмиссией на длине волны 311 нм. Процедуры проводили 5 раза в неделю; начальная доза УФВ-излучения в зависимости от типа кожи составляла 0,1-0,2 Дж/см². Дозу облучения повышали на 0,1 Дж/см² каждую последующую процедуру. При появлении слабой эритемы дозу оставляли прежней.

Результаты и обсуждение. Регресс псориатических высыпаний отмечался в среднем на 8-10-й процедуре. Мелкие высыпания с небольшой инфильтрацией подвергались более быстрому регрессу, чем высыпания с выраженной инфильтрацией. Наиболее выраженная положительная динамика была отмечена на коже лица, туловища и верхних конечностей. Медленнее регрессировали элементы, локализирующиеся на нижних конечностях.

Вывод. Анализ результатов исследования свидетельствует о высокой эффективности применения узкополосного средневолнового УФ-излучения с длиной волны 311 нм в лечении больных распространенным псориазом. Высокая эффективность, хорошая переносимость и отсутствие выраженных побочных эффектов позволяют рекомендовать узкополосную УФВ-терапию в качестве одного из основных методов патогенетической терапии больных распространенным псориазом.

ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ МИКОЗОВ СТОП В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ЗА 2010 – 2014 Г.Г.

М.М. ГАФАРОВ, ХАММАТОВА А.А., САИТОВА Е.А.

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Актуальность. Микозы кожи (МК) в современных условиях являются одной из значимых медико–социальных проблем, что обусловлено в первую очередь прогрессирующим ростом числа больных в нашей стране и за рубежом. Заболеваемость микозами кожи и ее придатков в настоящее время принимает эпидемический характер. По данным ВОЗ, каждый пятый житель нашей планеты имеет данную патологию. В структуре МК, как правило, преобладают дерматофитии, среди которых лидируют микозы стоп и крупных складок. Доля МК в структуре дерматозов достигает 37–40%. Число больных МК за 10 лет увеличилось в 2,5 раза, а прирост заболеваемости каждый год составляет от 3,5% - 6,5%.

Поверхностные грибковые заболевания, такие как микоз стоп и онихомикоз, наиболее часто встречаются в настоящее время. По данным разных авторов из Европы и Америки, этой патологией страдают от 8 до 26,9% населения всего мира [6, 7]. По данным проекта «Ахиллес», к дерматологу обращаются до 58% пациентов с болезнями стоп. В общей популяции населения грибковые инфекции составляют 35% от болезней нижних конечностей. Среди грибковых заболеваний онихомикоз составляет 23%, микоз стоп — 22% [8]. В последние годы наблюдается тенденция к росту заболеваемости микозом стоп не только среди взрослых, но и среди детей (от 0 до 2,6%) [9].

В структуре МК преобладают дерматофитии, которые регистрируются у 10% населения Земли. Дерматофитии занимают второе место после пиодермий. Поэтому их нередко называют «болезнями цивилизации». Среди дерматофитий уверенно лидируют микозы стоп (МС), составляя более 1/3 случаев, которые при длительном заболевании приводят к серьезным осложнениям МС.

В настоящее время заболеваемость МС среди населения Республики Башкортостан имеет тенденцию к увеличению и составляет в различных регионах от 20% до 70% в зависимости от профессии и возраста. Скорее всего, это связано с тем, что Республика Башкортостан относится к экологически неблагоприятным регионам. Здесь сконцентрированы нефтеперерабатывающая, нефтехимическая промышленность, а также предприятия, производящие и использующие гербициды, пестициды. (Гафаров М.М., 2000) Несмотря на наличие ряда антимикотических препаратов на фармацевтическом рынке

подбор эффективных методов лечения представляется не простой задачей. При этом проблема не ограничивается только ростом заболеваемости, меняется экология микозов и нередко наблюдается резистентность к терапии и рецидивы болезни, так как не эффективно проводятся лечебно-профилактические мероприятия среди бытовых контактов в очаге. [4] Учитывая выше изложенное, а также современные особенности клинического течения МС, изменения иммунологического статуса организма и совершенствование методов лечения является актуальной задачей.

Цель исследования: изучение динамики структуры возбудителей микозами стоп в Республике Башкортостан за 2010-2014 гг.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в период с 2010 по 2014 гг на материалах от больных получивших лечение и обследование в ГАУЗ РКВД №1. Клинико-лабораторными методами были обследованы 1238 больных микозами стоп и онихомикозами из разных регионов Республики Башкортостан. Материалом для исследования послужили соскобы с гладкой кожи стоп и ногтей обследованных больных, были использованы бактериологический и культуральный методы. Питательной средой, используемой для посевов, являлась стандартная среда Сабуро с добавлением 0,5% ЭКД. Для предупреждения роста сапрофитных микроорганизмов, в среду добавлялся раствор линкомицина из расчета 0,2 мг/мл. Для идентификации грибов *Candida* проводили пересев на хромогенный агар.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным культуральных исследований 2010 года положительный результат на наличие возбудителей микозов стоп и онихомикозов был получен у 875 больных. У 630 больных были обнаружены грибы *Trichophyton rubrum* (72%), *Trichophyton interdigitale* у 2 больных (0,2%), *Epidermophyton floccosum* – у 2 (0,2%), грибы *Candida* – у 139 (15,9%), плесневые грибы – 14 (1,6%) пациентов. За 2010 – 2014 годы исследования количество выявленных микозов имеет тенденцию к скачкообразному течению, в 2012 году наблюдалось наибольшее количество выявленных микозов. В среднем же за 2010-2014 годы преобладает рост культур грибов *Candida*: 2010 год – 15,9%, 2011 год – 31,3%, 2012 год – 32,4%, 2013 год – 33,6%, 2014 год – 35%. Отмечена тенденция к снижению *Trichophyton rubrum* в микозоэкологии, что также привело к снижению процента выделения грибов *Trichophyton interdigitale*, а микозы, вызванные грибами *Fonsecaea compacta* не выявлены. Этот антропофильный грибок вызывает редко встречающееся у нас заболевание хромомикоза, которое характеризуется длительным течением, бородавчатыми, иногда язвенными поражениями кожи конечностей, трудно диагностируется. Грибы рода *Fonsecaea compacta* обитают в почве тропиков и субтропиков,

чаще всего им заражаются работники сельского хозяйства, работающие в поле без обуви. Этот возбудитель может быть занесен из южных регионов, вследствие значительных миграции населения.

Таблица 1

**Результаты микологических исследований ГАУЗ РКВД №1 за 2010-2014 годы
(микологическая фауна)**

N	Наименование возбудителей	Количество анализов по годам				
		2010	2011	2012	2013	2014
1.	Возбудители дерматофитий					
2.	Количество выделенных штаммов	1238	1503	1827	1583	1592
3.	Трихофития всего:	56	74	104	52	54
	Антропофильная всего	8	18	19	7	10
	Violaceum	6	3	10	3	7
	tonsurans	2	15	9	4	5
	Зоофильная всего	48	56	85	45	50
	verrucosum	35	40	52	26	24
	mentagrophytes	13	16	33	19	21
4.	Микроспория	307	373	630	579	590
	Canis	307	373	630	579	590
5.	Возбудители микозов					
	Количество штаммов	875	1056	1093	952	975
	Rubrum	630	698	764	680	695
	Interdigitale	2	16	9	8	16
	Candida	139	330	309	253	265
	Aspergillus	14	6nig	4nig	Fum4	Fum6
	Scopulariopsis	6	2	2	5	5
	Fonsecaea	-	-	-	-	-
6.	Epidermophyton floccosum	2	1	4	-	-
7.	Fusarium	1	2	-	1	-
	Acremonium	-	1	-	1	1
	Alternaria	-	-	1	-	-
	Прочие*	77	146	625	385	396
	Aspergillus	139	20	30	52	60
8.	Rhizopus	5	7	8	18	15
9.	Trichosporon	6	7	4	6	5
10.	Geotrichum	-	1	2	3	3
	Плесень	1207	1431	581	306	295
	Нет роста	1260	1466	2907	3086	3496
	Итого	3705	4464	5359	5056	6626

*Прочие: родоторула, дематиевые, пенициллы.

Диаграмма №1



1. Tr. rubrum
2. Tr. Interdigitale
3. Candida
4. Scopulariopsis
5. Aspergillus
6. Rhizopus
7. Trichosporon
8. Geotrichum
9. Прочие (родоторула, демасиевые, пенициллы)

Таким образом, основная роль в этиологии микозов стоп на территории Республики Башкортостан отводится грибам *Trichophyton rubrum* и *Candida*, которые нередко встречаются сочетано. Их удельный вес в общей структуре в 2011-2014 г.г. составил соответственно 64 – 72% и 29 – 34 % соответственно. По – видимому такое все возрастающее значение грибов *Trichophyton rubrum* обусловлено рядом факторов. Основными факторами усиления патогенности выделенных грибов, вероятно, является как снижение иммунной реактивности организма, так и способность к инвазивному росту вследствие появления ферментативно активных видов грибов. Грибы *Trichophyton rubrum* имеют два известных на сегодняшний день протеолитических фермента, разрушающих кератин кожи. Также доказано, что грибы *Trichophyton rubrum* могут распространяться лимфогенным путем. [1] Грибы *Trichophyton interdigitale*, вызывающие в основном поверхностную форму микозов,

характеризуются выделением протеолитических ферментов обладающих способностью разрушать кератиновую оболочку кожи, последние менее агрессивны, чем ферменты, выделяемые грибами *Trichophyton rubrum*. Другим фактором распространения руброфитии в регионе является способность грибов *Trichophyton rubrum* образовывать устойчивую споровую форму, что позволяет им длительно сохраняться в окружающей среде, даже при действии дезинфицирующих веществ. Третьим фактором роста руброфитии по-видимому является свойство *Trichophyton rubrum* вырабатывать активные вещества, подавляющие рост других видов возбудителей микозов.

Выводы. К увеличению количества заболеваний микозами стоп среди населения в Республике Башкортостан скорее всего способствует экологические загрязнения окружающей среды нефтепродуктами, пестицидами и другими агрессивными веществами из продуктов производственных отходов, поступающие в окружающую среду обитания. Способность возбудителей микозов стоп образовывать устойчивые споровые формы, неудовлетворительные санитарно-бытовые условия и санитарная неграмотность населения, нестабильная экономическая обстановка в нашем регионе являются предпосылками для дальнейшего роста заболеваемости микозами стоп. За последние 5 лет на территории Республики Башкортостан в этиологии микозов стоп доминируют грибы *Trichophyton rubrum* (64% - 72%), на второе место по распространенности можно поставить грибы рода *Candida* (29 – 34%). Доля грибов *Trichophyton interdigitale* имеет тенденцию к снижению (до 1,0 – 1,5%).

Изменения структуры и появление новых видов возбудителей микозов стоп и кожи, не характерных для нашего региона, диктуют необходимость дальнейшего бактериологического мониторинга за больными микозами стоп и разработки новых эффективных подходов к лечению, особенно ассоциированных с другими грибами.

Рекомендации:

1. Проводить в Республике дальнейший мониторинг показателей возбудителей микозов стоп с целью изучения эпидемиологического состояния микологической флоры и с целью проведения качественного, этиотропного лечения. больных.
2. Раннее, активное выявление и лечение больных МС, особенно со стертыми формами и миконосителей предупреждает серьезные осложнения микотической инфекции (аллергизация, вторичная инфекция, поражения сосудов и др.).
3. Необходимо проводить лечебно-профилактические мероприятия среди лиц группы риска (сотрудники общественных бань, душевых, бассейнов) с привлечением органов

Роспотребнадзора. В очаге выявления больных микозами стоп следует охватить всех членов семьи лечебно-профилактическими мероприятиями.

4. Активнее проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения с целью профилактики микозов стоп.

ЛИТЕРАТУРА

1. Значимость грибов *Trichophyton rubrum* в этиологии микозов стоп в Республике Башкортостан. Гафаров М.М., Гущина Р.Г., Петрасюк О.А., Абдуль Ваиль. Статья из материалов третьего всероссийского конгресса по медицинской микологии - М.: Национальная Академия Микологии, 2005. – 295 с. ISBN 914-7-879406-17-6.
2. Некрасова Е.Г. Заболеваемость в различных соматовозрастных группах населения и оптимизация лечения больных микозами стоп с учетом комплексной оценки кровеносных сосудов. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук - Москва, 2012.
3. Сергеев А.Ю., Иванов О.Л., Сергеев Ю.В. Исследование современной эпидемиологии онихомикоза. Вестн дерматол и венерол 2002; 3: 31— 35.
4. Современная микология в России – М.: Национальная академия микологов, 2015.- 360 с. – ISBN 978-5-901578-19-3.
5. Соколова Т.В., Малярчук А.П., Малярчук Т.А. Клинико-эпидемиологический мониторинг поверхностных микозов в России и совершенствование терапии // Клиническая дерматология и венерология. 2011. № 4. С. 27–31. - ISBN 923-4-905436-14-5.
6. Cham P.M., Chen S.C., Grill J.P., Warshaw E.M. Validity of self-reported nail counts in patients with onychomycosis: A retrospective pilot analysis J Am Acad Dermatol 2008; 58(1):136 – 41.
7. Ginter-Hanselmayer G. Dermatormycosis with epidemic proportions: Tinea capitis and onychomycosis. Wien Med Wochenschr. 2007; 157(19-20):511 – 6.
8. Ginter-Hanselmayer G, Weger W., Smolle J. Onychomycosis: a new emerging infectious disease in childhood population and adolescents. Report on treatment experience with terbinafine and itraconazole in 36 patients. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008. 22(4):470 – 5.
9. Roseeuw D. Achilles foot screening project: preliminary results of patients screened by dermatologists. J Eur Acad Dermatol Venereol. 1999; 12 suppl. 1:S6-9; discussion S17.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИФИЛИСЕ

М.М. ГАФАРОВ, Г.Г. НУРИСЛАМОВ, З.Р. ТУХВАТУЛЛИНА

Башкирский государственный медицинский университет,

ГАУЗ РКВД №1, г.Уфа

Актуальность: диагностика и лечение нейросифилиса до сих пор остается грозным заболеванием, способным вызвать не только специфический неврологический дефицит, но и стать причиной многих серьезных осложнений.

Определенное затруднение диагностики нейросифилиса может быть вызвано отягощающимся воздействием на организм больного различных интоксикаций (алкоголь, наркотики, экологические выбросы и так далее); травмы (черепно-мозговые позвоночника, а также серьезные заболевания висцеральных органов - печени, почек); сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, атеросклероз сосудов головного мозга и так далее); часть больных у которых развился нейросифилис получали в прошлом неполноценное амбулаторное или анонимное лечение(занимались самолечением).

Цель и задача исследования явились: проведение анализа причины поражения нервной системы у больных специфического характера и роль соматических заболеваний в развитии осложнения со стороны нервной системы и подбор эффективных методов лечения.

Материалы и методы: на основании анализа истории болезни больных нейросифилисом и проведение специфических методов исследования (МРТ головного мозга) и изменение спинно-мозговой жидкости, оценить степень поражения нервной системы у пациентов с целью коррекции методов терапии.

Под нашим наблюдением находились 621 больных нейросифилисом, из них ранним- 581, поздним- 39 больных.

Критериями диагностики были:

- неврологическая симптоматика, выявляемые при клиническом осмотре;
- достоверно положительные серологические тесты (RW, МРП, РИФ-220,РИФ-авс) в спинномозговой жидкости (СМЖ);
- изменение белкового клеточного состава ликвора обследуемых;
- положительные серологические тесты КСР, RW, ИФА,РИФ-220,РИФ-авс, РПГА,РИБТ в крови обследуемых;
- офтальмоскопия, аудиометрия, МРТ.

Достаточно высоким оказался показатель, сопутствующей патологии: 249 (40%) больных нейросифилисом.

Анализ наблюдений показал, что наиболее распространенным из них оказались лица с ЦВЗ на фоне атеросклероза и артериальной гипертензией, ишемической болезни сердца, психотравмой или физической травмой, хроническим алкоголизмом и т.д. Методом магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга обследовано 32 больных с ранними и поздними формами нейросифилиса.

Большинство форм раннего нейросифилиса выявлено на фоне вторичного сифилиса 56% и раннего скрытого сифилиса 32%. Отмечается учащение случаев нейросифилиса при серорезистентных формах (7,5%). Реже встречается поражение нейросифилиса при первичном сифилисе (2,5%). Средний возраст больных с ранним нейросифилисом оказался 35,5 лет. Лиц мужского пола - 45,1% женского - 54,9%. Поражение нервной системы классифицировалось по синдромологическому методу диагностики с распределением на ранние и поздние специфические синдромы нейросифилиса.

Таблица 1

Сопутствующие заболевания у больных нейросифилисом

ЗАБОЛЕВАНИЯ		КОЛИЧЕСТВО БОЛЬНЫХ	
		АБС	%
ЦВЗ	Атеросклероз сосудов головного мозга	16	2,75
	Гипертоническая болезнь	27	2,75
Ишемическая болезнь сердца		27	3,61
Последствия черепно-мозговой травмы		14	15,8
Сахарный диабет		16	2,7
Эпилепсия		5	0,8
Вертеброгенные заболевания		10	1,7
Заболевания периферической нервной системы		37	6,3
Заболевания вегетативной нервной системы		92	15,8
Неврозы, хронический алкоголизм		7	1,2
Прочие заболевания		26	4,5

Характеризуя по совокупности поражений нервной системы можно заметить преобладание больных 581 (33,3%) с ранними формами нейросифилиса, у 39 (2,2%) больных выявлены поздние формы поражения нейросифилисом.

Немаловажный интерес представляют зрачковые нарушения, так как большинство исследователей относят к патогномичным симптомом раннего поражения нервной системы при сифилисе. В исследуемой группе раннего нейросифилиса они были обнаружены у 122 (17,9%) больных в виде моносимптома, а в сочетании нескольких симптомов:

-ранних зрачкового- корешковых- 47 (8,08%)

-ранних зрачкового-арефлекторных- 247(42,5%)

-ранних анизарефлекторных- 196(33,7%)

-ранним зрачково- кохлеовестибулярным симптомокомплексам и поражением других черепных нервов- 26(4,47%).

Зрачковые нарушения выявленные у 88,8% больных в сочетании нескольких симптомов при нейросифилисе при раннем нейросифилисе проявлялись в следующем:

- отсутствие прямых зрачковых реакций на свет- 58%,

- вялость-25%,

-анизокария- 5%,

- деформация зрачков в виде зазубренности или эллипсоидной формы- 7%,

-миоз- 17%,

-мидриаз- 8%,

- симптом Аргайла-Робертсона- 12%.

Изменения в рефлекторной сфере клинически выражались различной степени анизорефлексией- у 196(33,3%) больных или арефлексией, преимущественно коленных и ахилловых рефлексов- у 247(42,5%) больных.

Пирамидные нарушения чаще всего наблюдались у больных ранним менингovasкулярным сифилисом у 26 (4,47%), из них у 6 больных ранний менингovasкулярный сифилис протекал в виде ОНМК по ишемическому типу в бассейнах средней, средне-мозговой или в системе вертебро-базиллярных артерий у (5-7%).

Средний возраст больных с инсультообразным течением составил 41,1 год. Неврологическая симптоматика у них выражалась в виде гемипареза и парепарезов на фоне очаговой симптоматики с вовлечением черепно-мозговых нервов (ЧМН), у некоторых (3 человека) с вестибуло-кохлерной дисфункцией с нарушением координацией (атаксия, снижения слуха, дизартрия и т. д.)

Повышению или снижению сухожильных рефлексов (СХР) нередко сопутствовали корешковые и сегментарные расстройства чувствительности у 47 (8,2%) больных.

Расстройств глубокой чувствительности у наблюдаемых нами больных ранним нейросифилисом не обнаружено.

Что касается нарушений со стороны психо-эмоциональной сферы, у 97 (16,7%) больных они проявлялись в виде острых психотических синдромов, эмоциональных аффектов, неадекватное поведение, не критичности к своему состоянию.

Несколько реже отмечались нарушения высших корковых функций со снижением памяти, воли и т. д..

Следует отметить, что менингеальная симптоматика больных ранним нейросифилисом носила в основном слабовыраженный характер и она лучше появлялась при более тщательном, целенаправленном расспросе и осмотре.

Вегетативные расстройства отмечено у 27,5% больных в виде астено-вегетативного синдрома (повышенная утомляемость, потливость, подавленность настроения, разлитой красный дермоморфизм и т. д.)

МРТ обследование проведено 36-ти у больных нейросифилисом. Средний возраст обследуемых составил 41,1 года. Мужчины и женщины поровну. Нейросифилис был представлен следующими формами: ранний менинго-васкулярный сифилис у 9, ранний сифилитический менингит у 8, подострый базальный менингоневрит у 7, поздний менинговаскулярный сифилис- 6, нозологических форм-6.

Представляет немаловажный интерес МРТ у больных с менинговаскулярным сифилисом. У большинства больных отмечается расширение желудочковой системы, расширение субарахноидальных пространств на конвекситальной поверхности, лакунарные инфаркты, гидроцефалия.

Характерной картиной менинговаскулярного сифилиса, установленном при МРТ головного мозга, ниже приводятся несколько клинических примеров подтверждающий ранний скрытый сифилис:

1) Больная Г. 35 лет, поступает 08.09.2010 года на стационарное лечение в РКВД переводом из РКБ им. Куватова, где проходила стационарное лечение в неврологическом отделении с 17.08.2010 по 08.09.2010 года с диагнозом: Церебральный васкулит (вероятно специфической природы), поздний восстановленный период перенесенного ОНМК по ишемическому типу в левом каротидном бассейне от 07.03.2010 года (по типу тромбоэмболии) с нарушением важных корковых функций (амнестическая афазия, элементы сенсомоторной афазии, дислексия, дисфагия, элементы апраксии). Со слов мужа 07.03.2010 года у больной появились затруднение речи, стала заторможенной. 11.03.2010 года была госпитализирована в неврологическое отделение ЦРБ г. Сибай с диагнозом: ЦВЗ. Специфический васкулит. Ишемический инсульт в бассейне левой СМА с правосторонним гемипарезом, моторной афазией. Серологические анализы крови от 16.03.2010 года: Ig G – 12, М – отр, РИП – 2+; от 23.03.2010 года: ИФА – Ig G -87, М- отр. Консультирована дерматологом и был выставлен диагноз: Нейросифилис. Рекомендовано повторить курс лечения цефтриаксоном по 1,0 г внутривенно 2 раза в сутки 10-14 дней. С 11.05.2010 по 28.05.2010 года с диагнозом: Ранний восстановительный период ишемического инсульта в бассейне левой СМА с правосторонним гемипарезом, амнестической афазией, аграфией;

получила второй курс лечением цефтриаксоном по 2,0 внутримышечно №12. При осмотре от 08.09.2010 г в РКВД: общее состояние удовлетворительное, правильного телосложения. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Миндалины увеличены, гиперемированы. Язык влажный, чистый. На ладонях и подошвах высыпаний нет. Регионарные лимфатические узлы от 0,8 до 1,0 см в диаметре, эластичные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Аногенитальная область свободна от сифилитических высыпаний. Серологические анализы крови от 26.08.2010г: КСР А1(3+), А2(3+), МР (3+), РИФ 4+, РПГА 4+, ИФА: IgG +13,9, М отр.

Исследование ликвора от 26.08.2010г: общий анализ: цитоз 11:3; реакция Панди: легкая опалесценция; белок 0,364; Рн-9; ликвор бесцветный, прозрачный. Иммунологическое исследование ликвора: суммарные иммуноглобулины к бледной трепонеме – результат положительный (ИФА).

14.09.2010г больная осмотрена неврологом РКВД, выставлен диагноз: Сифилис скрытый, ранний. Менинговаскулярный сифилис. Специфический васкулит, осложненный ОНМК по ишемическому типу в левом каротидном бассейне от 07.03.2010г (по типу тромбоэмболии) с нарушением высших корковых функций (амнестическая афазия, элементы сенсо-моторной афазии, дисграфия, элементы апраксии). Поздний восстановительный период.

Проведено внутривенно-капельное вливание раствора бензилпенициллина натрия по 10 млн ЕД 2 раза в день медленно в течении 1,5-2 часов, на курс доза составила 280 млн ЕД! Лечение проводилось на фоне преднизолона по короткой схеме, начальная доза 60 мг в сутки. Назначены нейротропные препараты: кортексин 10 мг в/м, мексидол 2,0 в/м, актовегин 5,0 + натрия хлорид 0,9% 200,0 в/в капельно, глицин 0,1, витамины группы В.

В процессе лечения отмечена положительная динамика с улучшением самочувствия. Больная свободно вступает в контакт с адекватной реакцией на окружающих. Походка стала более уверенной. Наступило заметное улучшение высших корковых функций.

29.09.2010г МР картина головного мозга: зоны кистозно-глиозной трансформации с минимальным глиальным геморрагическим пропитыванием (последствия НМК) левой лобно-височной области (бассейн кровоснабжения конечных ветвей средней мозговой артерии). МР картина умеренной ассиметричной гидроцефалии.

2) Представляется интересным случай, который невозможно пропустить без описания клиники. Больной Х.Р.. 44 года, переведен из неврологического отделения ЖД больницы 23.01.2011г с диагнозом: Паренхиматозный нейросифилис. Сухотка свинного

мозга, антактическая форма. Поступает в вен. Отделение РКВД с жалобами снижение остроты зрения, боль в нижне-грудном и пояснично-крестцовом отделах позвоночника ломящего характера, боли в дистальных отделах конечностей. В 1996 году проходил анонимное лечение по поводу сифилиса. Злоупотребляет спиртными напитками более 15 лет. При осмотре больной астенизирован. Зрачки деформированы в виде зазубренности, мидриаз, положительный симптом Аргайла-Робертсона, асимметрия носогубной складки слева. Походка атаксическая (по типу степпаж). Тонус мышц в нижних конечностях снижен, преимущественно на дистальных отделах, больше справа. Сила в них снижена от 2 до 3 баллов. СХР на руках снижены, коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют. Снижение поверхностной чувствительности по сегментарному и корешковому типу. Суставно-мышечное чувство сохранено. Атрофия мышц дистальных отделов конечностей. Умеренная болезненность при пальпации в паравертебральных точках нижне-грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника. Слабоположительный симптом Ласега. Патологические рефлексы на стопах не вызываются. Ориентирован в месте и времени, каких-либо галлюцинаторно-бредовых идей не высказывает. Серологические анализы крови от 11.02.2011г: А1(4+), А2(4+), МР(4+), РИФ 4+, РПГА 4+, ИФА — IgG +КП 13,5, М +КП 1,7. Анализ ликвора от 11.01.2011г: КСР 4+ (1:5), 4+ (1:2), РПГА 4+, ИФА 42 лаб, М «+» (1,7), и/глоб ед + (13,5). Кровь на RW от 31.12.10г: положительный. Установлен диагноз: Поздний скрытый сифилис. Ренфекция. Поздний цереброспинальный нейросифилис, атаксическая форма. Синдром вялого нижнего парализа. Соп: Энцефало-менинго-миелорадикулонейропатия сочетанного генеза (хронический алгоритм, полисегментарный остеохондроз позвоночника). МРТ головного мозга от 13.01.2011г: в основном веществе правой лобной доли субкортикально определяются единичные микроочаговые изменения сосудистого характера. Боковые желудочки асимметричны, умеренно расширены. Субарахноидальные пространства больших полушарий и мозжечка неравномерно расширены в области лобно-теменных долей.

Диаметр интракраниальных сегментов позвоночных артерий на уровне визуализации асимметричен. Заключение: МР картина умеренной внутренней гидроцефалии. Асимметрия диаметров интракраниальных сегментов позвоночных артерий. МР пояснично-крестцового отдела позвоночника: картина выраженных дистрофических изменений пояснично-крестцового отдела позвоночника (остеохондроз); центральный стеноз позвоночных артерий позвоночного канала на уровне L3-L4 позвонка. Проведено лечение пенициллином по 10 млн Ед 2 раза в сутки с изотоническим раствором 0,9% 200,0 в/в капельнона курс 280 млн Ед преднизалоном 50 мг по схеме, кетонала 50 мг по 2,0 на ночь,

витаминами группы В, нейротропными препаратами. В результате терапии самочувствие больного улучшилось, боли в ногах стихли, стал более активным, мог самостоятельно передвигаться. Прибавилась сила на дистальных отделах конечностей с улучшением поверхностной чувствительности.

3) Представляется интересный клинический случай с нарушением высших корковых функций в молодом возрасте.

Больной И. 24 года, поступил в венерологическое отделение РКВД 13.12.2010 года с диагнозом: Сифилис скрытый ранний; с жалобами на снижение слуха в правом ухе. Проходил амбулаторное обследование при ЦРБ, где классические серологические анализы (КСР) оказались положительными. Лечение не проводилось. В венерологическом отделении РКВД неврологически определяется зрачково-кохлио-вестибуло-арефлекторный симптомокомплекс. Ранний сифилитический менингит(меоз, деформация зрачка слева в виде эллипсоида, фотореакция зрачков прямая с двух сторон отсутствует, содружественная при конвергенции сохранена, мелкоразмашистый горизонтальный нистагм вправо, снижение слуха на правое ухо). Выявлено костно-воздушная диссоциация, которую ряд авторов считают потогномическим симптомом на ранние стадии сифилиса. Определялась болезненность при пальпации в области выхода первой ветви тройничного нерва, арефлексия коленных и ахилловых рефлексов. Память резко снижена, может решать лишь самые простые задачи, не понимает смысл простых пословиц, название крупных городов и т. д.. Серологическое исследование крови от 14.12.2010 год: А1 (1+), А2 (2+), МР (2+), РИФ 4+, РПГА 3+, ИФА IgG+КП 5,6. МРТ от 29.12.2010 год: МР картина: умеренная смешанная гидроцефалия, картина эпендедемы 3-4 желудочков. Сужение интрокронериальных сегментов позвоночных артерий с преобладанием справа. Проведено лечение препаратами пенициллинового ряда по 1 млн в 6 раз в сутки на курс 180 млн Ед, фолиевой кислотой, компливитом и нейротропными препаратами. В результате проведенной специфической терапии больной стал более активным, улучшился слух на правое ухо. Симптомы раздражения мозговых оболочек исчезли. Отмечается также улучшение высших корковых функций.

Резюмируя проведенные исследования можно отметить характерные особенности в клинической картине нейросифиса. Однако средний возраст больных с ранним нейросифисом составляет в пределах 35,5-37 лет, а с поздним нейросифилисом 41,1- 42,5 лет.

По количеству женщины слегка преобладают (53,6%), чем лица мужского пола (46,4%).

Отмечается значительное количество больных с отягощенным анамнезом (перенесенные черепно-мозговые и психические травмы, воспалительные процессы неспецифической этиологии, сосудистые заболевания интро- и экстракранеальной этиологии, хронический алкоголизм и интоксикации). Достаточно высоким оказался показатель сопутствующей патологии у больных нейросифилисом (51%).

Наиболее характерными клиническими проявлениями для раннего нейросифилиса являются поражения 2,3,8 пар ЧМН (88,9 %); костно-воздушная диссоциация, не резко выраженная менингеальная симптоматика, зрачковые нарушения – моносимптомы (17, 9 %); в сочетании нескольких симптомов (88,1 %); менингодизрефлекторные и менингорадикакулярные синдромы. Определена значимость результатов МРТ с диагностикой нейросифилиса с учетом специфических клинических симптомов поражений нервной системы, а также лабораторных и иммунологических исследований сыворотки.

В ряде случаев раннего нейросифилиса (ранний сифилитический менингит). МРТ головного мозга носила не резко выраженный (неспецифический) характер, незначительное расширение субарахноидального пространства, легкая ассиметрия и увеличение желудочков мозга. Несколько иная картина МРТ при менигговаскулярном сифилисе: картина проявляется со значительным расширением желудочковой системы (чаще – 3 и боковых желудочков), расширением субарахноидальных пространств на конвексимальной поверхности, наличием церебральных инфарктов, изменением белого вещества полушарий – демиелинизации, глиоз.

Принимая во внимание молодой возраст, наличие сифилиса, и с учетом вышеуказанных отклонений на МРТ у большинства больных эти изменения рассматривались как специфические проявления нейросифилиса.

Раннее специфическое поражение сосудов головного мозга может имитировать ишемический инсульт или объемное образование головного мозга, в особенности после перенесенного ОНМК, которое также может быть спровоцировано специфическими изменениями церебральных сосудов.

Для уточнения диагноза целесообразно провести больным, особенно серорезистентным сифилисом, исследование СМЖ, МРТ, КТ и дифференцировать другими менинго-васкулярными процессами.

Обращено внимание на тот факт, что приведенная специфическая терапия больным нейросифилисом (в особенности ранний и поздний менигговаскулярный сифилис, базальный менингоневрит с поражением зрительных нервов) – пенициллином в дозе 20 мгм в сутки в/в капельно на фоне нейротропных препаратов и преднизалона, показала положительную

динамику в клинической симптоматике и заметным улучшением неврологического статуса и показателей СМЖ.

Для полной санации больных нейросифилисом после выписки из стационара через один или полтора месяца целесообразно провести динамическое наблюдение у невролога.

Вывод: Таким образом, при сохранении признаков нейросифилиса, изменений СМЖ у больных с сопутствующими заболеваниями (цереброваскулярные заболевания, ишемическая болезнь сердца, последствиями ЧМТ (не отдаленными), эпилепсии, хронический алкоголизм и т.д., провести повторный курс специфического лечения под наблюдением невролога, в условиях стационара.

Особенно важно дополнение(по показаниям) к специфической терапии, включение дополнительных нейротропных препаратов, кардиотонических, гипотензивных, седативных, а также препаратов нормализующих внутричерепную гипертензию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулев А.Л. Об особенностях сифилиса нервной системы / А.Л. Бакулев А.Л., А.П. Колоколов, А.П. Суворов // Вестник дерматологии и венерологии. — 2008. — № 4. — С. 53-57.
2. Родиков М.В. Нейросифилис. От диагноза к лечению. Часть I. Эпидемиология, патогенез, клиника. / М.В. Родиков, В.И. Прохоренков // Вестник дерматологии и венерологии. — 2010. — № 1. — С. 28-34.
3. Катунин Г.Л. Анализ заболеваемости и качества лабораторной диагностики нейросифилиса в Российской Федерации / Г.Л. Катунин, Н.В. Фриго, С.В. Ротанов и др. // Вестник дерматологии и венерологии. — 2011. — № 3. — С. 18-26.
4. Аковбян В.А. Сифилис / В.А. Аковбян, В.И. Прохоренков, А.И. Новиков [и др.]. — М.: Медкнига, 2012. — 300 с.
5. Никифоров А.С. Клиническая неврология, в 3 т. / А.С. Никифоров, А.Н. Коновалов, Е.И. Гусев. — М.: Медицина, 2012. — Т. 2. — 792 с.
6. Н.А. Яковлев, В.В. Дубенский - Нейросифилис, учебное пособие, Тверь 2004.- стр-175
7. Родиков М.В. Нейросифилис. От диагноза к лечению. Часть II. Диагностика, терапия, прогноз / М.В. Родиков, В.И. Прохоренков // Вестник дерматологии и венерологии. — 2010. — № 2. — С. 20-25.
8. Самцов А.В. Нейросифилис. Современные представления о диагностике и лечении / А.В. Самцов. — С.-Петербург: СпецЛит, 2010. — 128 с.

**ОРГАНИЗАЦИЯ И ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В РЕСПУБЛИКЕ
БАШКОРТОСТАН ЗА 2015Г**

Н. У. УРАЗЛИН, И. Ю. ЖУКОВА, Г. А. ТЕРЕГУЛОВА, Е. Н. КОРЫТОВА

ГАОУЗ Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1

Актуальность: в данной работе отражены отдельные аспекты качества оказания первичной специализированной медицинской помощи по профилю дерматовенерология медицинских организаций дерматовенерологического профиля Республики Башкортостан за 2015 г.

Цель: проанализировать эффективность работы первичной специализированной медицинской помощи по профилю дерматовенерология медицинских организаций дерматовенерологического профиля Республики Башкортостан за 2015 г.

Материалы и методы: изучено 107 медицинских амбулаторных карт пациентов консультативно-диагностической поликлиники ГАОУЗ РКВД № 1 за 2009-2014 годы, обменные карты, ответы дерматовенерологов районов Республики Башкортостан на запросы врачей поликлиники ГАОУЗ РКВД № 1, отчеты по проделанной работе во время выездов в районы, годовые отчеты райдерматовенерологов РБ.

Медицинская помощь дерматовенерологического профиля населению Республики Башкортостан в 2015 году оказывалась на базах 4 кожно –венерологических диспансеров , 6 кожно-венерологических отделений ,входящих в состав многопрофильных медицинских организаций на территориях муниципальных образований, 53 кожно-венерологических кабинетов при центральных районных и городских больницах, 29 – при медицинских организациях городского округа г. Уфа, 2 –при медицинских организациях городского округа г. Стерлитамак, 5-при республиканских медицинских организациях, где осуществляется оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи.

[Количество кожно-венерологических диспансеров, также как и в Российской Федерации, к 2015 году сократилось более, чем в два раза. Реорганизация и оптимизация кожно-венерологических диспансеров в основном происходит путём их объединения, выражающегося в концентрации лечебно-диагностических ресурсов за счёт присоединения к главной медицинской организации других учреждений, делая их структурными подразделениями.]1

В 2015 году в сравнении с 2014 годом общее число посещений к дерматовенерологам Республики Башкортостан увеличилось на 2,1 % и составило 1 млн.458тыс.545 (в 2014г. -1 млн.428тыс.798).

В 2015 году суммарная мощность амбулаторно-поликлинических учреждений составила 459,2 посещений на 10 000 населения Республики. Число посещений по венерологии составило 89 тыс. 274, многократных обращений по венерологии -70 тыс.690, количество посещений по дерматологии составило -237 тыс.692, многократных обращений по дерматологии -221тыс. 564.

Число посещений по профилю «дерматовенерология», сделанных сельскими жителями составило 571 335 (39,2% от общего количества посещений), 2014 году эти показатели составили 535 168 (38,5 %).

Доля числа посещений, сделанных детьми от 0 до 17 лет, от общего числа посещений по профилю «дерматовенерология» составила 30,6 % - в абсолютных цифрах - 446 тыс. 372

(в 2014 году – (30,5% - 436149).

Количество посещений на 1 жителя республики составило 0,36 (в 2014г.- 0,35).

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 924-н « Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология», приказам МЗ РБ и другим нормативным документам: медицинская помощь по профилю «дерматовенерология» оказывается в виде первичной врачебной медико-санитарной помощи, амбулаторно, в медицинских организациях врачом – терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) сельской врачебной амбулатории, сельской участковой больницы, центральной районной больницы (городской больницы) в амбулаторных условиях.

[Первичная специализированная медико-санитарная помощь пациентам осуществляется врачом –дерматовенерологом в амбулаторных условиях (центральная районная больница/ центральная городская больница).

Данные виды дерматовенерологической помощи относятся к первому уровню оказания медицинской помощи и оказываются в амбулаторных условиях.

Второй уровень медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» оказывается на базе кожно-венерологических диспансеров городов Стерлитамак и Салават в виде первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях

и специализированной дерматовенерологической помощи в условиях дневного стационара и круглосуточного стационара.

Третий уровень дерматовенерологической помощи оказывается в государственном автономном учреждении здравоохранения Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1 в виде первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и специализированной дерматовенерологической помощи в условиях дневного стационара и круглосуточного стационара.]2

Положительно оценивая работу первичной специализированной медико-санитарной службы в целом по Республике Башкортостан , нужно однако отметить недостаточное взаимодействие с лабораторной службой.

1 апреля 2016 года, состоялось заседание Общественного совета Территориального органа Росздравнадзора по Республике Башкортостан, на котором руководитель территориального органа по Республике Башкортостан Д.Т.Гашимова в докладе по итогам работы за 2015год отметила, что в 2016 году будет усилен контроль за качеством оказания медицинских услуг, в том числе - и за качеством лабораторной диагностики, вне зависимости от формы собственности медицинских организаций.

Федеральным законом от 21.11.2011г.№ 323 –ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти]4

В ходе контрольных мероприятий в 2015г., проведенных территориальным органом Росздравнадзора по Республике Башкортостан, было выявлено, что 70% проверенных медицинских учреждений допустили нарушения действующего законодательства.

[Согласно Федеральным клиническим рекомендациям (протоколам), Москва 2015 г., верификация диагноза инфекций, передающихся половым путём, базируется на результатах лабораторных исследований.

По-прежнему недостаточно используется окраска гонококков по Граму , культуральная диагностика для подтверждения гонококковой инфекции, молекулярно-биологические методы исследования для диагностики инфекций, передающихся преимущественно половым путём ,с использованием тест-систем , разрешенных к применению в Российской Федерации.

У детей диагноз гонококковой инфекции должен устанавливаться только на основании культурального и/ или молекулярно-биологического методов исследования.

Обращает на себя внимание, что до настоящего времени в некоторых медицинских организациях дерматовенерологического, акушерско-гинекологического, урологического профиля для верификации диагнозов : уrogenитальный хламидиоз, уrogenитальные заболевания вызванные *ureaplasma spp.*, *mycoplasma hominis*, *mycoplasma genitalium* используется иммуноферментный метод и метод прямой иммунофлюоресценции.

Согласно федеральным клиническим рекомендациям (протоколам) Москва, 2015 г. верификация диагноза данных заболеваний базируется на молекулярно-биологических методах, и другие методы лабораторных исследований использовать недопустимо.]6

Недостаточно удовлетворительно организована лабораторная диагностика заразных кожных заболеваний.

По отчётам выездной работы в районы и города Республики Башкортостан микроскопи-ческое исследование на чесоточного клеща, микроскопическое исследование на грибы полноценно проводится только в 30% случаев (ссылка на отсутствие кадров и невладение данным видом исследования).

Согласно федеральным рекомендациям (протоколам) Москва, 2015г. диагностика микозов должна осуществляться клинически и подтверждаться лабораторно с помощью метода микроскопической диагностики(при трихофитии и микроспории не менее 5 раз), при микроспории пациент должен быть осмотрен под лампой Вуда не менее 5 раз. «Золотым стандартом» микологического исследования остается культуральная диагностика.

Диагноз «Чесотка» устанавливается на основании комплекса клинических и эпидемиологических данных и должен подтверждаться обнаружением возбудителя (Отраслевой стандарт. «Протокол ведения больных «Чесотка», приказ МЗ РФ № 162 от 24.04.2003г.») Федеральные рекомендации (протоколы) по ведению больных чесоткой. Москва, 2015г.

В течение нескольких последних лет в Республике Башкортостан, как и Российской Федерации, отмечается стабилизация заболеваемости ИППП и заразными кожными заболеваниями, с тенденцией к снижению.

Однако истинная картина заболеваемости напрямую зависит от качества диагностики и уровня оснащения лабораторной базы, соблюдения правильности забора биологического материала, его транспортировки, технологии проведения диагностического обследования, подготовкой и укомплектованностью врачебными кадрами.

Кроме того, большое количество частных медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», в 2015 году не передало в ОМО ГАУЗ РКВД № 1 ни одного экстренного извещения по форме 089-у/кв.

В 90-е годы в системе дерматовенерологической службы республики Башкортостан работали опытнейшие и квалифицированные дерматовенерологи, и именно им пришлось встать на первую линию обороны против эпидемии сифилиса.

Сработал системный и слаженный подход к диагностике и лечению заболевания, были разработаны и осуществлялись профилактические мероприятия, отлажена система взаимодействия с другими службами.

Особенностью течения сифилитической инфекции, в тот период времени, являлось преобладание манифестных форм сифилиса. В настоящий период, в связи с широким использованием антибиотиков по поводу лечения интеркуррентных заболеваний, произошло изменение структуры заболеваемости сифилисом с тенденцией к снижению удельного веса манифестных форм: в 2013 году -26, 9%, в 2014 году -24,7, в 2015 году, доля пациентов составила 19,8 %

Как следствие отмечается рост скрытых, неуточненных форм сифилиса, увеличение числа больных с неврологической симптоматикой на фоне положительных серологических реакций и поражением сердечно-сосудистой системы.

Кроме того, мы столкнулись с ещё одной проблемой, которая решается сложно - это серорезистентность. Эпидемия оставила после себя весьма значительное число переболевших сифилисом людей, у которых после лечения так и не произошло негативации нетрепонемных серологических тестов.

Основная причина возникновения случаев позднего скрытого сифилиса, нейросифилиса, висцерального сифилиса - недостаточно неэффективное лечение сифилиса или отсутствие его. А также неоперативная работа в очагах инфекции и недостаточное привлечение к дообследованию лиц с положительными серологическими реакциями.

[Концепцией развития системы здравоохранения до 2020 года, направленной на сохранение и укрепление общественного здоровья населения Российской Федерации, основная роль отводится амбулаторно-поликлиническому звену, основной функцией которого должно быть:

-диспансерное наблюдение за лицами, относящимися к группам риска и хроническим больным]3

Показатель обследования контактов в районах, по данным полученным из обменных карт составил на одного больного сифилисом в 2013 году -1,1 (при нормативе, не менее 2,5), в 2014 году- 0,9, 2015 году- 0,73.

По-прежнему остается низким показатель выявленных источников заражения, он составляет 14-15% за 2013-2015гг.

При выездах в районы и экспертизе карт пациентов с ИППП в графе «контакты и источники» стоят записи «случайная связь», «не розыскан».

Неблагоприятные последствия заболеваемости ИППП для здоровья населения республики очевидны - это: увеличение числа лиц , страдающих проблемами репродуктивной сферы, в том числе бесплодием, возможное снижение рождаемости, увеличение группы риска по возникновению рака женских половых органов (ВПЧ), рождение детей с возможными отклонениями в физическом и умственном развитии, увеличение числа инвалидизирующих форм заболеваний, снижение трудовых ресурсов населения, и связанные с этим экономические потери.

Выводы: работу первичной специализированной медико-санитарной службы по профилю «дерматовенерология» в 2015 году следует признать удовлетворительной: все врачи и средний медицинский персонал имеют сертификаты специалистов, своевременно прошли курсы усовершенствования. Организована преемственность и этапность оказания медицинской помощи, между медицинскими учреждениями различных уровней по профилю «дерматовенерология» и другими службами. Приобретено и в полном объеме используется [оборудование согласно стандарту оснащения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 924-н « Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология»]5.

Однако требуется дальнейшая организационная работа и принятие совместных управленческих решений для реализации основной задачи здравоохранения - повышение качества медицинской помощи населению Республики Башкортостан.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.А.Кубанова, Л.Е.Мелехина, А.А.Кубанов, Е.В.Богданов. « Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля в Российской Федерации в 2013 г.» Вестник дерматологии и венерологии №3. Москва. 2014 г.
2. Информационное письмо для врачей. «Анализ деятельности дерматовенерологической службы Республики Башкортостан в 2015г.» Уфа.2016г.
3. Указ президента РФ от 12 .05.2009г. № 537 «О стратегии национальной безопасности российской Федерации до 2020 года»(раздел 6. Здравоохранение, пп 71,72,74,76,78)
4. Федеральный закон от 21.11.2011г.№ 323-фз (ред. От 25.06.2012г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
5. Приказ МЗ РФ от 15.11.2012г. № 924 –н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю « дерматовенерология».
6. Федеральные клинические рекомендации. Москва.2015г.

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОНОРЕЕЙ

СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РБ ЗА 2013-2015Г.Г

Е.Г. ВИНОГРАДОВА, Э.Р. ГУМЕННАЯ, К.В. НУРИЕВА

ГАУЗ РКВД №1, Уфа

Актуальность: Анализ заболеваемости инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) позволяет медицинской общественности быть в курсе эпидемиологической ситуации, оценивать динамику ее изменений и прогнозировать лечебно-профилактическую работу в этом направлении [3]. Наиболее эффективными стратегиями здравоохранения оказались выбор и конфиденциальный скрининг популяций с высоким риском, информирование пациентов, своевременное лечение инфицированных и их партнеров, обучение, ориентированное на изменение поведения, и быстрая реакция на вспышки заболеваемости [4].

Среди инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) гонококковая инфекция является одной из наиболее распространенных. Ежегодно в мире регистрируется около 60 миллионов случаев этого заболевания. Несмотря на существование в настоящее время эффективных средств лечения гонореи, проблема борьбы с этим недугом всё ещё является насущной, хотя по официальной статистике в последнее 10летие заболевания социального неблагополучия (гонорея, сифилис и туберкулёз) в РФ [2] и во многих западных индустриально развитых странах неуклонно снижаются. Цель исследования. Провести анализ эпидемиологической ситуации заболеваемости гонореей среди детей и подростков в РБ за 2013 - 2015 годы.

Материалы и методы исследования. Использовались статистические отчетные формы ГАУЗ РКВД о заболеваемости гонореей среди детей и подростков за 2013 - 2015годы.

Результаты и обсуждение. Республике Башкортостан (РБ) в 2013 г. заболеваемость гонореей составила 26,2 случаев на 100 тысяч взрослого населения, в 2014 г. составила 21,1 случаев на 100 тысяч населения, а в 2015 г. составила 18,9 случаев на 100 тысяч населения. При этом, заболеваемость гонореей по РБ не отличается от среднероссийских показателей (по РФ на 2013 г. отмечено 23,39 случаев на 100 000 взрослого населения).

В РБ в 2013 г. было зарегистрировано 30 детей больных гонореей в возрасте от 15 до 17 лет, случаев заражения гонореей среди детей 0-14 лет не было, в 2014 г. - 25 детей больных гонореей в возрасте от 15 до 17 лет, случаев заражения гонореей среди детей 0- 14 лет не было. В РБ в 2015г зарегистрировано 9 детей больных гонореей в возрасте 15-17 лет, случаев заражения гонореей среди детей 0-14 лет не было. (табл.1). Показатель

заболеваемости гонореей среди детей и подростков в РБ за 2013 г. на 54,1% ниже, чем средний показатель по РФ (таблица 1).

Таблица 1

Заболеваемость гонореей среди детей и подростков в РБ за 2013-2015 гг.

Возрастные группы	2013 г.		2014г.		2015г.	
	Абс.ч	На 100тыс.нас	Абс.ч	На 100тыс.нас	Абс.ч	На 100тыс.нас
0-14 лет	0	0	0	0	0	0
15-17 лет	30	22,14	25	18,9	9	7,06

Среди подростков 15-17 лет соотношение юношей и девушек в 2013 – составило 0,7:1 , 2014 г. – 0,6:1, в 2015 г.- 0,8:1. В 2013 и 2014 годах идет преобладание гонореи среди девочек, однако в 2015г. - среди юношей (таблица 2).

Таблица 2

Дети и подростки, больные гонореей по полу в РБ за 2013-2015 гг.

Пол и возрастной состав	2013		2014		2015	
	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%
Мужской от 0-14 лет	-	-	-	-	-	-
15-17	12	40,0	9	36,0	5	55,6
Женский от 0-14 лет	-	-	-	-	-	-
15-17	18	60,0	16	64,0	4	44,4
ВСЕГО от 0-14 лет	-	-	-	-	-	-
15-17	30	100	25	100	9	100

Значение социального состава детей больных гонореей имеет значение для планирования профилактических мероприятий.

Таким образом случаев среди детей 0-14 лет в 2013-2015 годы не зарегистрировано; заболеваемость гонореей среди подростков в 2014-2015 годы уменьшилась, по заболеваемости снижение на 64,0 % . Среди подростков 15-17 лет за 2013-2014 года идет преобладание гонореи среди девочек от 15-17 лет, в 2015г. - юношей. По социальному составу заражению гонореей дети могут быть одинаково подвержены.

Заражение детей сифилисом и гонореей рассматривается, как чрезвычайная ситуация, все случаи анкетировуются и тщательно анализируются главным внештатным детским дерматовенерологом, ОМО ГАУЗ РКВД №1 и территориальными дерматовенерологами республики.

Одной из трудностей в системе здравоохранения, особенно в звене первичной профилактики является по-прежнему невозможность влияния на половое поведение молодежи. Для решения указанной проблемы наряду с оказанием квалифицированной медицинской помощи детям и подросткам с ИППП требуется дополнительный подход, включающий в себя

психологическую поддержку, проведение социально-педагогической реабилитации молодежи из группы риска по ИППП и также усиление первичной и вторичной профилактики ИППП среди несовершеннолетних. [1].

Вывод. Заболеваемость среди детей и подростков в РБ гонореей за 2013-2015 гг. находится на достаточно высоком уровне не превышая среднероссийских показателей, однако данная ситуация требует дальнейшей профилактической и социальной работы по дальнейшему снижению заболеваемости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сыртланова Э.Р., Уразлин Н.У., Латыпов Б.Г, Зилеева С.А., Курбатов С.С., Хайдаров М.М .Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, и некоторыми заразными кожными заболеваниями у детей и подростков в Республике Башкортостан за период 2013-2015 годы. МЗ РБ ГАУЗ РКВД №1 2016г.
2. Лесная И.Н., Кубанов А.А., Мелехина Л.Е., Каспирович М.А. Анализ эпид. ситуации и динамика заболеваемости ИППП и дерматозами на территории РФ // Вестник дерматологии и венерологии. 2010. № 5
3. Кубановой А. А. Ведение больных инфекциями, передаваемыми половым путём, и урогенитальными инфекциями. Клинические рекомендации /— М. : ДЭКС-ПРЕСС, 2012. — С. 112.
4. Т. Фицпатрик [и др.]. Дерматология : атлас-справочник : пер. с англ. В 3-х т. /— М. : Изд-во Панфилова ; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. — Т. 3. — С. 2130

РАЗНООБРАЗИЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ МИКОЗОВ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Г.А. ТЕРЕГУЛОВА, И.Ю. ЖУКОВА, Р.А. МАГАЗОВА, Н.В. ДЕМИНА,
Т.С. ЛЕВЧЕНКО

Башкирский государственный медицинский университет

Цель: описание редких нозологических форм микозов в Республике Башкортостан.

Материалы и методы: ретроспективный анализ медицинских карт больных, находившихся на лечении в микологическом отделении РКВД за период 1985- 2015 годы.

Результаты: при изучении медицинских карт больных различными микозами нам удалось выявить случаи хромомикоза, фавуса и рубромикоза волосистой части головы.

Хромомикоз – хронически протекающий глубокий микоз кожи и подкожной клетчатки, характеризующийся гранулематозно-веррукозными высыпаниями, склонностью к постепенному прогрессированию и в отдельных случаях к метастазированию [1]. Ранее считавшийся тропическим, этот микоз все чаще регистрируется в нетропических странах, в том числе в странах с умеренным и даже холодным климатом. На территории нашей страны заболевание может быть отнесено к числу достаточно редких.

Микоз вызывается грибами рода *Hormodendron*, *Phialophora* (семейства *Dematiaceae*). Основными возбудителями хромомикоза в нашей стране считаются *Fonsecaea pedrosoi* и *Phialophora verrucosa*, реже выделяется *Fonsecaea compacta*.

Основными клиническими формами хромомикоза являются бугорковая, папилломатозно-язвенная и узловатая. Заболевание, как правило, носит доброкачественный характер, но отличается длительностью течения, склонностью к прогрессированию с появлением новых очагов и торпидностью к проводимой терапии.

Приводим наше наблюдение.

Больной Г., 1931 года рождения, житель г. Уфы, пенсионер, садовод-любитель, болен с 1989 года, когда обратил внимание на появление пятна на левой ягодице после травмы кожи ягодицы щепкой при работе в саду. Впервые обратился в Городской кожно-венерологический диспансер в начале 1992 года (через 3 года после начала заболевания) в связи с увеличением очага поражения. При обследовании микроскопически и культурально грибы не были обнаружены. После консультации в онкодиспансере и исключения онкопатологии, был направлен в Республиканский противотуберкулезный диспансер, где больному был поставлен диагноз: туберкулезная волчанка левой ягодицы. С 1992 по 1997 годы находился под наблюдением фтизиатров. Лечился стационарно и амбулаторно препаратами метазид, тубазид, канамицин, витамин Д₂, витамины группы В. Лечение

давало временный эффект, заболевание периодически обострялось, в связи с чем в октябре 1997 года больной был направлен на консультацию в поликлинику Республиканского кожно-венерологического диспансера (РКВД), где впервые был поставлен диагноз хромомикоз левой ягодицы, подтвержденный микроскопически и культурально.

При поступлении на стационарное лечение в РКВД в ноябре 1997 общее состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски. Патологии внутренних органов не выявлено. Стул и мочеиспускание без нарушений. Status localis morbi: поражена кожа левой ягодицы, где имеется 12 очагов. Один очаг крупный, имеет форму неправильного четырехугольника размерами 9x8x5x3 см. Другие очаги овальной и округлой формы, размерами от 0,5 до 1,5 см. Мелкие очаги слились в дугу, идущую параллельно ягодичной складке. Все очаги имеют четкие контуры, фестончатые очертания, представлены бляшками синюшно-красного цвета, состоящими из бугорков, сливающихся в инфильтраты плотной консистенции, безболезненные при пальпации. В центре крупного очага имеется участок нежной рубцовой атрофии белого цвета типа «папиросной бумаги». Очаги покрыты псориазиформными чешуйками серебристо-белого цвета. Симптомы «зонда», «яблочного желе», а также псориазической триады отрицательны. Периферические лимфоузлы не увеличены. При микроскопии обнаружены сферические тельца коричневого цвета с перегородкой. Выставлен диагноз: Хромомикоз левой ягодицы, бугорковая форма. В посевах рост гриба *Fonsecaea compacta*.

Больной в течение многих лет проходил курсы лечения в стационаре РКВД: орунгал внутрь, 3% раствор йодистого калия внутрь, витаминотерпия в сочетании с местным лечением: кандид-крем 15,0 с димексидом 10,0 под окклюзионную повязку с применением грелки. Кроме того проводилось обкалывание очагов амфотерицином В по следующей методике (Аравийский, 1967): содержимое ампулы (50 мг амфотерицина В) растворяется в 5 мл 0,5% раствора новокаина и вводится в очаг 2-3 раза в неделю. На месте введения препарата возникало изъязвление с последующим рубцеванием. Лечение больной переносил хорошо и выписывался с улучшением. Больной не имел возможности принимать орунгал в амбулаторных условиях в необходимой дозировке длительно, и поэтому через некоторое время после прекращения лечения поступал в стационар с новым обострением процесса.

Данное наблюдение напоминает, что хромомикоз может встречаться повсеместно (в нетропических странах) в виде спорадических случаев, что хромомикоз протекает, хотя и доброкачественно, но крайне упорно и торпидно, и при отсутствии настороженности в отношении этого микоза возможны ошибки диагностики.

Фавус (парша) – грибковое заболевание гладкой кожи, волос, ногтей, редко внутренних органов. Возбудителем фавуса является антропофильный грибок *Trichophyton shonleinii*. Микоз чаще развивается у ослабленных детей, перенесших различные инфекции или страдающих другими сопутствующими заболеваниями. Заражение происходит непосредственно от больного при тесном контакте с ним или через предметы, которыми он пользовался (шапки, платки, белье, одежда). Заболевают фавусом, как правило, в детском возрасте. Источником заражения в основном являются матери, реже бабушки. Среди взрослых большинство больных составляют женщины. Фавус многие годы может оставаться незамеченным и диагностируется лишь во время медицинских осмотров.

После инкубационного периода, равного 2 неделям, появляются очаги на волосистой части головы или гладкой коже. Классической формой фавуса волосистой части головы является скутулярная, характеризующаяся образованием круглых блюдцеобразных сухих корок охряно-желтого цвета, так называемых скутул, иногда они могут быть пронизаны волосом. Скутулы склонны к слиянию, образуя обширные сплошные корки, имеющие неприятный запах плесени. При длительно существующих скутулах под корками развивается рубцовая атрофия кожи и стойкое облысение. Волосы становятся сухими, тусклыми, теряют блеск, эластичность и выглядят как пакля, обломанных волос в очаге не наблюдается. Кроме классической формы на волосистой части головы встречаются еще 2 разновидности - импетигиозная и сквамозная. Импетигиозная форма фавуса характеризуется образованием буровато-коричневых корок, которые напоминают вульгарное импетиго или экзематозный процесс, осложненный бактериальной инфекцией; при сквамозной форме наблюдается обильное пластинчатое шелушение, чешуйки беловато-серого цвета, иногда с желтоватым оттенком, напоминающие перхоть. Под корками и чешуйками при этих формах также обнаруживаются атрофические изменения кожи, изменены волосы. Знание этих клинических разновидностей фавуса волосистой части головы очень важно, так как они своевременно не диагностируются и в течение многих лет больные остаются источниками инфекции.

Без лечения фавус может продолжаться с детства до глубокой старости.. У больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, в том числе с эндокринными нарушениями или иммунодефицитом, процесс в течение короткого времени захватывает почти всю волосистую часть головы (только по периферии волосистой части в виде узкой полосы остаются неизмененные волосы), гладкую кожу и ногтевые пластины, а у некоторых и внутренние органы: легкие, пищеварительный тракт, головной мозг, кости и др. [1].

В мае 1985 года в микологическое отделение РКВД поступила девушка 17 лет, учащаяся первого курса Бирского педагогического училища, уроженка Краснодарского края,

приехавшая на обучение в Башкирию. На первом медицинском осмотре опытные дерматологи заподозрили у девушки фавус и послали ее в Республиканский кожно-венерологический диспансер для подтверждения диагноза и лечения.

Больная А., 17 лет, с месячного возраста отмечается выпадение волос в теменной области волосистой части головы. Со слов матери, лечились амбулаторно с диагнозом «авитаминоз» без улучшения. Росла и развивалась нормально. Перенесла корь, ветряную оспу. Общее состояние хорошее. Развитие соответствует возрасту. Кожные покровы нормальной окраски. Патологии внутренних органов не выявлено. Стул и мочеиспускание без нарушений.

Поражена теменно-затылочная область волосистой части головы, где имеется множество круглых блюдцеобразных сухих корок охряно-желтого цвета (скутул), некоторые из них пронизаны волосами. В теменной области имеются обширные участки рубцовой атрофии кожи со стойким облысением. Оставшиеся волосы пепельно-серые, лишенные блеска и эластичности. Под люминесцентной лампой наблюдается изумрудно-зеленое свечение волос. Лабораторные исследования: общий анализ крови у больной - без патологии, за исключением легкой эозинофилии (5-6%). Биохимические и иммунологические исследования крови отклонений от нормы не выявили.

Микроскопически в волосе - наряду с тонким и широким мицелием, имеются споры округлой и многогранной формы, которые расположены беспорядочно, цепочками или группами, встречаются пузырьки воздуха и капельки жира. При посеве получена культура *Trichophyton Shonleinii*. Рост *T. shonleinii* на среде Сабуро начался на 4-5 день. Вначале появилась колония в виде серовато-желтоватого комочка, затем она стала складчатой, морщинистой и напоминала гриб-сморчок, окраска серовато-желтая. При микроскопическом исследовании определяется дихотомически ветвящийся мицелий, мицелий с ветвлением в виде канделябр, рогов оленя и с булавовидным утолщением.

Источник заражения больной выявить не удалось. Мать девушки, приехавшая к дочери из Краснодарского края, оказалась здоровой.

У больной диагностирован фавус волосистой части головы, скутулярная форма.

Было проведено следующее лечение: гризеофульвин 0,125 по 5 таблеток в сутки при весе больной 50 кг, поливитамины, биостимуляторы. Наружно - бритье волос каждые 5 дней, йодно-мазевая терапия (серная 20%, серно10%-салициловая 5% мази), мытье головы 2 раза в неделю. Контроль люминесцентной лампой 1 раз в неделю и микроскопическое исследование волос после прекращения их свечения. Лечение продолжалось 30 дней. Выписана больная с выздоровлением после 3х отрицательных анализов на грибы. В теменно-

затылочной области - очаг рубцовой атрофии, по периферии очага - рост здоровых волос. Рекомендовано диспансерное наблюдение в течение 1 года после выписки и обследование ближайших родственников в Краснодарском крае на предмет выявления фавуса.

Волосистая часть головы – одна из редких локализаций микоза, обусловленного красным трихофитом. Обычно рубромикоз этой локализации напоминает трихофитию, микроспорию, фавус [2].

Большие трудности в диагностике вызвал случай изолированного рубромикоза волосистой части головы у 12-летнего мальчика на фоне соматического неблагополучия. В качестве сопутствующих диагнозов у ребенка значились: последствия раннего органического поражения нервной системы с интеллектуальной недостаточностью, астеноневротический синдром, врожденный порок сердца, врожденное расщепление твердого неба, тугоухость после перенесенного двустороннего отита. Кроме того, в анамнезе отмечались частые ОРВИ, ангины, пневмония.

Срок заболевания - 4 месяца. При осмотре волосистой части головы в затылочной области имелись очаги шелушения с нечеткими границами, округлой формы, размерами 0,8 x 0,9, см с обломками волос на уровне от 0,2 до 4 мм. Под люминесцентной лампой свечения волос не наблюдалось. Атрофические рубчики отсутствовали. Многократное исследование на грибы обломков волос давало отрицательный результат. Диагноз был выставлен после получения культуры *T. rubrum* в посевах обломков волос. Источник заражения выявить не удалось.

Выводы: грибковые заболевания в республике Башкортостан отличаются разнообразием нозологических форм. Решающим исследованием при диагностике микозов является выделение культуры гриба на питательных средах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кашкин П. Н. Руководство по медицинской микологии/ Шеклаков Д. И. – М. «Медицина», 1978. - 335 с.
2. Рукавишникова В.М. Микозы стоп. – М.: ЭликсКом, 2003. – 332с.

ГАНГРЕНОЗНАЯ ПИОДЕРМИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕРМАТОЛОГА АБДРАХИМОВА Н.А., ЗАЦЕПИЛОВА Г.А., ГУМЕННАЯ Э.Р., УРАЗЛИН Н.У.

ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», г. Уфа

Гангренозная пиодермия представляет собой быстро прогрессирующее заболевание неясной этиологии [1].

Клиническая картина. Преимущественная локализация процесса – голени. Заболевание начинается внезапно с появления болезненной пустулы с гемморагическим содержимым или небольшого узла на чистой коже или после незначительной травмы. Вскрытие первичного элемента приводит к образованию язвы. Края язвы тёмно-красного или багрового цвета возвышающиеся, неровные, рыхлые, подрытые с отверстиями, через которые вытекает гной. Вокруг язвы – красный ободок. Дно язвы покрыто гнойным или гемморагическим экссудатом, местами – струпом, иногда – грануляционной тканью. На дне и на растущих краях язвы появляются новые пустулы. После заживления остаётся тонкий атрофический рубчик. Характерна неспецифическая гиперчувствительность: новые элементы образуются в местах мелких травм, инъекций, биопсий. Пальпация очага болезненна. Язвы склонны к периферическому росту с возможным слиянием [1].

Этиология и патогенез. В качестве возбудителя могут выступать стафилококки и стрептококки, а также самые разнообразные микроорганизмы и их комбинации в виде смешанных инфекций. Основная роль в развитии клинической картины принадлежит состоянию макроорганизма. При обследовании у больных выявляются разнообразные иммунные нарушения [2].

Течение и прогноз. Без лечения заболевание длится месяцами и годами. Язвы иногда растут очень быстро, достигая громадных размеров в считанные дни. Заживление идёт от центра язвы к периферии. По мере заживления одних язв нередко образуются другие [3].

Случай из практики. К нам за диагностической и лечебной помощью обратился мужчина 1976 г. р., уроженец г. Уфы. Работает ветеринаром в клинике, имеет контакт с домашними питомцами, в том числе и экзотическими, крупным рогатым скотом и мелким рогатым скотом, свиньями. За последние три года пределы РБ не покидал. Считает себя больным с начала 2011 г., когда на коже нижней трети живота появились единичные высыпания в виде фолликулитов, которые постепенно слились с образованием очага округлой формы с чёткими границами и наличием обильного гнойного отделяемого. Через 1 месяц очаг самостоятельно заместился рубцовой тканью. Через 2 мес. точно такой же процесс появился на коже правого бедра и так же самостоятельно через 2 месяца начал

замещаться рубцовой тканью. Далее, через 3 мес. фолликулиты стали появляться на передней поверхности нижней трети голени. На сегодняшний день образовался очаг, занимающий всю переднюю поверхность нижней трети левой голени с переходом на латеральную её поверхность. Субъективных ощущений в очаге нет.

Больной отмечает возможную взаимосвязь возникновения данного заболевания со снижением иммунитета на фоне курса антирабических прививок, которые он получал трёхкратно. Он также отмечает, что во время отпуска в сентябре месяце 2012 г. при соблюдении постельного режима очаг на левой голени стал спокойнее – уменьшилось серозно-гнойное отделяемое, гиперемия и инфильтрация стали уменьшаться, свежих высыпаний не было, но после выхода на работу состояние очага резко ухудшилось. У всех членов семьи, контактирующих с ним, кожных высыпаний нет.

При осмотре: на коже передней поверхности нижней трети левой голени с переходом на латеральную её поверхность локализуется очаг округлой формы с чёткими границами. Кожа в очаге ярко гиперемирована, инфильтрирована, имеются эрозии линейной и овальной формы с обильным серозно-гнойным отделяемым и тонкие некротические, серозно-гемморагические корки. При надавливании на поверхность очага серозно-гнойный экссудат выделяется, как из «сот». На коже передне-латеральной поверхности нижней трети живота и медиальной поверхности правого бедра сформировалась рубцовая ткань с очагами гипер- и гипопигментации. При пальпации границ очага наблюдается выраженная болезненность.

Результаты проведённого лабораторно-инструментального обследования показали следующие результаты. Незначительный лейкоцитоз в общем анализе крови, общий анализ мочи в норме. Биохимическое исследование крови без особенностей. Иммунограмма отразила нарушение соотношения количества Т-хелперов / ЦТЛ (сдвиг в сторону ЦТЛ), увеличение количества активированных форм НК-лимфоцитов, умеренная гиперэкспрессия активационных маркеров HLA-DR и CD38+, ответ на Т-клеточные митогены значительно снижен, умеренное усиление оксидативных процессов в нейтрофилах, гипоиммуноглобулинемия по классу Ig M, в сыворотке крови обнаружено увеличение содержания острофазных белков СРБ и ИЛ-6. Анализ крови на стерильность показал отсутствие роста бактерий. Антитела ВИЧ, Hbs ag и суммарные антитела к ВГС не обнаружены. В бактериальном посеве отделяемого из очага левой голени выявлен плоский эпителий, лейкоциты 80 в поле зрения, нити фибрина, слизь ++, роста аэробной биоты нет, *Enterobacter intermedium*, *Corynebacterium xerosis*, *Pseudomonas aeruginosa*. При микологическом исследовании из очага левой голени обнаружена *Candida krusei*. В анализе

кала гельминты и простейшие не обнаружены. По данным УЗИ органов брюшной полости и почек выявлено диффузное увеличение и изменение печени, деформация и мелкие полипы желчного пузыря, ДЖВП, диффузные изменения поджелудочной железы, МКБ, камень левой почки.

Нами был выставлен диагноз: гангренозная пиодермия.

Проведено лечение: таблетки преднизолона 60 мг (12 табл.) в день, через 8 дней дозу снизили до 50 мг (10 табл.) в день, ещё через 8 дней – 40 мг (8 табл.) в день и ещё через 8 дней доза составляла 30 мг (6 табл.) в день в сочетании с омепразолом 20 мг *2 раза в день. Внутривенно-капельно ввели раствор Мафузол по 400,0 однократно. Наружные обработки проводили с помощью орошения язвенной поверхности спреем Поликортолон-ТС с предварительной обработкой очага раствором перекиси.

Больной выписался в удовлетворительном состоянии с клиническим улучшением в стадии стабильной клинической ремиссии. После выписки было рекомендовано продолжить приём таблеток Преднизолона с последующим снижением дозы до 10 мг при условии положительной динамики кожного процесса под наблюдением дерматовенеролога амбулаторно. Наружно рекомендовано нанесение крема Адвантан 1 раз в день на ночь в течение 14 дней и крема Эмолиум 3–4 раза в день длительно.

Данный клинический случай показывает необходимость настороженности дерматологов в связи с возможностью возникновения гангренозной пиодермии у пациентов после плановой вакцинации с последующим развитием иммунной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дерматология (атлас-справочник) / Фицпатрик Т., Джонсон С., Вулф К. [и др.] // М., «Практика», 1999. – С. 404-405.
2. Терлецкий О.В. Псориаз и другие кожные заболевания: терапия, диета, рецепты блюд / О.В. Терлецкий // – СПб. «Деан», 2010. – 384 с.
3. Терлецкий О.В. Псориаз. Дифференциальная диагностика псориазоподобных редких дерматозов. Терапия. /О.В. Терлецкий //– СПб. «Деан», 2007. – 512 с.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ
АБДРАХИМОВА Н.А. , НАДЫРЧЕНКО Р.М., ХИСМАТУЛЛИНА З.Р.,
МУСТАФИНА Г.Р.

ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», г. Уфа
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Заболеваемость микробной экземой среди трудоспособного населения составляет от 2 до 10%, что не только значительно отражается на качестве жизни пациентов, но и существенно влияет на экономический потенциал семьи и общества [4, 5].

В развитых странах отмечается постоянный рост числа пациентов с микробной экземой, связанный с ухудшением экологической обстановки, а также постоянно ускоряющимся ритмом жизни, приводящим к стрессам и хронической усталости. [3].

Цель исследования – изучить клиническую эффективность традиционной терапии больных микробной экземой.

Материалы и методы. Группу наблюдения составили 104 больных – 62 женщины (59,6%) и 42 мужчины (40,4%) в возрасте 35–56 лет с микробной экземой, которые получали традиционное лечение (гипосенсибилизирующие препараты, антибактериальные средства, витамины, корректоры микроциркуляции). У 76,1% больных микробная экзема имела длительное торпидное течение с многократными обострениями. Средняя продолжительность заболевания составила $12,3 \pm 6,3$ лет. У всех пациентов была диагностирована стадия обострения микробной экземы. Клиническая картина дерматоза являлась типичной.

Все больные получали базовое лечение в дерматологическом отделении № 1 ГАУЗ РКВД г. Уфы в соответствии со стандартами, утверждёнными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 мая 2006 г. № 433, 11 декабря 2007 г. № 746 и 18 декабря 2007 г. №773.

Для оценки качества жизни использовали опросник «Дерматологический Индекс Качества Жизни» – ДИКЖ (Dermatologi Life Qualiti Index–DLQI), состоящий из 10-и пунктов и включающий оценочные показатели от 0 до 3-х баллов с максимальной суммой 30 баллов (качество жизни пациента обратно пропорционально сумме баллов). Индекс был разработан специалистами Уэльского университета. Анкета для определения индекса ДИКЖ предназначена для пациентов старше 16-и лет. Вопросы анкеты адресованы непосредственно пациенту, поэтому отвечать на них должен он сам. К достоинствам анкеты можно отнести простоту (её могут заполнять больные разного возраста и интеллектуального уровня) и возможность заполнить её за 1–3 минуты. Качество жизни оценивалось по шести основным параметрам: 1- и 2-й вопросы – симптомы/самочувствие, 3- и 4-й – ежедневная активность,

5- и 6-й – досуг, 7-й – работа/учёба, 8- и 9-й – личные отношения, 10-й – лечение. Цифровой показатель, который получают в результате анализа ответов пациента, отражает уровень негативного воздействия заболевания на качество жизни пациента. Индекс ДИКЖ может использоваться как критерий оценки эффективности лечения дерматологического заболевания [1].

ДИКЖ рассчитывался по 10-и четырёхступенчатым шкалам, касающимся влияния микробной экземы на различные аспекты жизни и деятельности больных с этой патологией. По каждой шкале пациент мог ответить либо «нет, не влияет» (числовой эквивалент – 0 баллов), либо «влияет незначительным образом» (1 балл), либо «влияет достаточно сильно» (2 балла), либо «влияет очень сильно» (3 балла). При обработке опросника ДИКЖ для каждого пациента баллы по всем 10-и шкалам суммировались. Полученную сумму относили к одной из пяти градаций (категорий): 0÷1 балл – «не влияет» (I); 2÷5 баллов – «незначительно влияет» (II); 6÷10 баллов – «умеренно влияет» (III); 11÷20 баллов – «сильно влияет» (IV); 21÷30 баллов – «чрезвычайно сильно влияет» (V). Заполнение анкет больные двух наблюдаемых групп производили трижды: до лечения, через 10 дней с начала лечения и после лечения (при выписке).

Оценка всех вышеперечисленных индексов проводилась до лечения, через 10 дней лечения и после лечения на 25-й день.

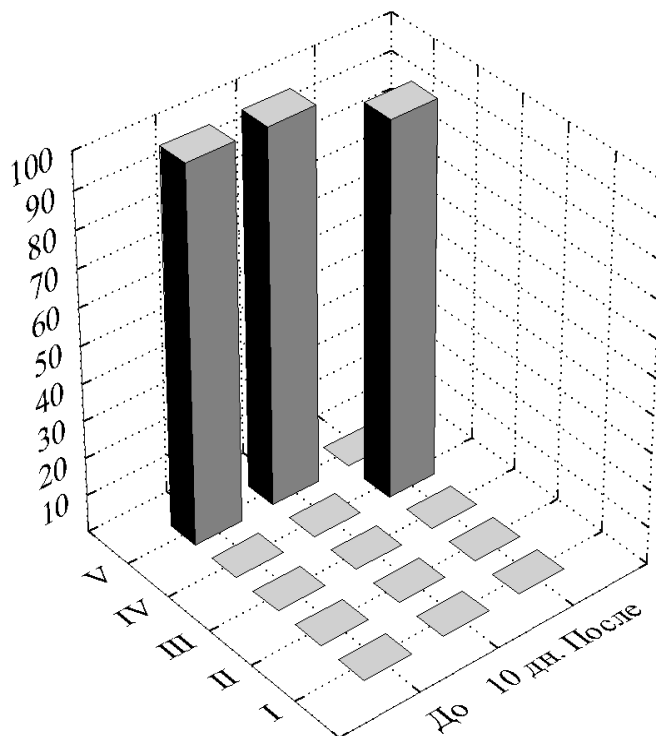
Результаты.

Как видно из диаграммы №1, до начала лечения все без исключения пациенты считали, что микробная экзема влияет на их состояние и жизненный уклад «чрезвычайно сильно» (пятая категория). Через десять дней после начала лечения влияние микробной экземы на качество жизни больных осталось таким же, как и до начала лечения. По окончании лечения пациенты, получавшие традиционное лечение, существенных изменений так и не отметили – оценки качества жизни сместились в область четвертой категории (смена «чрезмерно сильного» влияния на просто «сильное»).

Выводы. Качество жизни в настоящее время рассматривается как один из важнейших показателей состояния больных хроническими дерматозами [2]. Полученные данные являются очередным подтверждением необходимости поиска новых перспективных методов лечения микробной экземы.

Диаграмма №1

Частота встречаемости пяти категорий ДИКЖ в группе с традиционным лечением на трёх этапах наблюдения за пациентами



Примечание: римскими цифрами указаны категории ДИКЖ (I-«не влияет», II-«незначительно влияет», III-«умеренно влияет», IV-«сильно влияет», V-«чрезвычайно сильно влияет»). По оси ординат указана частота встречаемости каждой категории ДИКЖ в %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич, В.П. Дерматологические индексы в дерматологии / В.П. Адаскевич // Москва: Медицинская книга. – 2004. – С. 165
2. Давжанский С.И. Качество жизни – показатель состояния больных хроническими дерматозами / С.И. Давжанский // Вестник дерматологии и венерологии. – 2001. – № 3. – С. 12-13.
3. Потекаев, Н.С. Экзема: ремарки и современные представления. /Н.С.Потекаев // Клиническая дерматовенерология. – 2009. – № 1. – С. 67-73.
4. R.S. Cvetkovski, R. Zachariae, H. Jensen [et al.] Quality of life and depression in a population of occupational hand eczema patients // Contact Dermatitis. – 2006. – V. 54.
5. J.F. Fowler, A. Ghosh, S. Sung [et al.] Impact of chronic hand dermatitis on quality of life, work productivity, activity impairment and medical costs // J. Am. Acad. Dermatol. – 2006. – V. 54. – P. 448.

ТРАДИЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ И ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ ПРИ НАРУШЕНИЯХ В ГУМОРАЛЬНОМ ЗВЕНЕ ИММУНИТЕТА

АБДРАХИМОВА Н.А., НАДЫРЧЕНКО Р.М., ХИСМАТУЛЛИНА З.Р.,
МУСТАФИНА Г.Р.

*ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», г. Уфа
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа.*

Микробная экзема – хронический рецидивирующий дерматоз, характеризующийся эволюционным полиморфизмом сыпи, мокнутием, зудом и своеобразной аллергической реакцией сенсibilизированной кожи на продукты распада микроорганизмов и их токсины, развивающейся на фоне длительно существующего пиогенного очага при нарушении важнейших регуляторных систем организма [3].

В настоящее время большинство авторов отводят ведущее место в патогенезе микробной экземы разнообразным иммунным нарушениям [1]. Установлено, что у больных микробной экземой выражена дисглобулинемия (избыток IgG, IgE и дефицит IgM) [4]. По другим литературным источникам, у больных микробной экземой выявлено статистически достоверное увеличение уровня IgG и снижение уровня Ig A, уровень IgM существенно не изменяется [2].

Цель исследования – провести анализ влияния традиционного курса терапии на уровень общих иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG и IgE) при микробной экземе.

Материалы и методы. Группу наблюдения составили 104 больных – 62 женщины (59,6%) и 42 мужчины (40,4%) в возрасте 35–56 лет с микробной экземой, которые получали традиционное лечение (гипосенсибилизирующие препараты, антибактериальные средства, витамины, корректоры микроциркуляции). У 76,1% больных микробная экзема имела длительное торпидное течение с многократными обострениями. Средняя продолжительность заболевания составила $12,3 \pm 6,3$ лет. В контрольную группу вошли 50 человек, у которых в ходе осмотра и сбора анамнеза данных за микробную экзему выявлено не было. В группу наблюдения включали больных с микробной экземой, давших письменное согласие на исследование. У всех пациентов была диагностирована стадия обострения микробной экземы. Клиническая картина дерматоза являлась типичной. В исследование не включали больных с сопутствующими тяжёлыми соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации.

Все больные получали базовое лечение в дерматологическом отделении № 6 ГАУЗ РКВД г. Уфы в соответствии со стандартами, утверждёнными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 мая 2006 г. № 433, 11 декабря 2007 г. № 746 и 18 декабря 2007 г. № 773.

Определение уровня общих иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG и IgE проводили по классической методике иммуноферментного анализа на наборах фирмы «Вектор-Бест».

В силу методических особенностей получения оценок содержания иммуноглобулинов анализ их последовательных изменений по ходу лечения осуществляли при помощи метода непараметрического дисперсионного анализа по Фридману [5]. В качестве контролируемого фактора выступала «стадия лечения» в трех градациях: «до лечения», «через 10 дней» от начала лечения и «после лечения». Для сравнения использовались результаты аналогичных измерений у 50 практически здоровых людей, полученные в том же месте и в то же время.

Результаты. Результаты анализа зависимости содержания всех четырех иммуноглобулинов от стадии лечения представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты дисперсионного анализа зависимости содержания иммуноглобулинов от стадии лечения микробной экземы и некоторые характеристики содержания иммуноглобулинов в этой группе и в норме.

Ig	χ^2_{Γ}	p	τ	M±Sd	Limits	Норма	
						M±Sd	Limits
IgA	1,65	>0,43	0,05	2,1±0,9	0,1÷4,5	1,08±0,07	0,90÷1,17
IgG	2,53	>0,28	0,08	28,5±9,1	12,9÷45,1	6,36±1,15	4,34÷7,98
IgM	0,65	>0,72	0,02	3,7±1,53	0,8÷5,8	1,14±0,43	0,47÷1,78
IgE	2,27	>0,32	0,07	368,3±399	13÷1384	80,80±8,40	63,5÷96,1

Примечание: χ^2_{Γ} – критерий достоверности влияния фактора по Фридману; p – уровень значимости влияния; τ – коэффициент конкордации Кендала; M±Sd – среднее значение и стандартное отклонение содержания иммуноглобулинов; Limits – границы варьирования содержания иммуноглобулинов.

Как видно из таблицы 1, средние уровни содержания и границы вариации всех четырех иммуноглобулинов существенно выше, чем у практически здоровых людей. В данной группе влияние фактора лечения на повышенное содержание всех четырех исследуемых иммуноглобулинов оказалось статистически незначимым. Обращает на себя внимание и крайне низкие, приближающиеся к нулю, значения коэффициентов конкордации. Последнее означает, что в данной группе у отдельных пациентов в ходе проводимой терапии содержание иммуноглобулинов вообще не изменялось и оставалось на исходном повышенном уровне.

Выводы:

1. Уровень общих иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG и Ig E) у больных микробной экземой существенно выше, чем у практически здоровых людей.

2. При проведении курса традиционной терапии нормализации повышенного уровня общих иммуноглобулинов не выявлено.

Микробная экзема имеет тенденцию к тяжёлому течению с частыми продолжительными рецидивами, значительным распространением процесса на коже и характеризуется резистентностью к общепринятым методам лечения [6]. Данный факт в значительной мере объясняется нарушениями в иммунных реакциях организма. В связи с этим становится очевидной необходимость иммунокоррекции макроорганизма, что является одной из приоритетных задач патогенетической терапии микробной экземы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова, В.Л. Кожные и венерические болезни. / В.Л. Иванова // Справочник. Медицина. – 2007. – С. 315-20.
2. Пипкин, Я.С. Иммуноглобулины сыворотки крови у больных дерматомикозами, пиодермией и микробной экземой / Я.С. Пипкин, В.П., Фёдоров, В.П. Логунов // Вест. дерматол. и венерол. – 2008. – № 1. – С. 42-46.
3. Потекаев, Н.С. Экзема: ремарки и современные представления. Клиническая дерматовенерология /Н.С.Потекаев // М. – 2009. – № 1. – С. 67-73.
4. Хафизов, И.Е. К характеристикам гуморальной регуляции иммунологических процессов при экземе и экземопоподобных состояниях / И.Е. Хафизов, И.В. Гуляева, М.Н. Пасхина, Е.С. Нодова // Вестн. дерматол. и венерол. – 2005. – № 11. – С. 47-50.
5. Холлендер М. Непараметрические методы статистики / М. Холлендер, Д. Вульф // М.: Финансы и статистика, 1983. – 518 с.
6. Shams K. What`s new in atopic eczema? An analysis of systematic reviews published in 2009–2010 / Shams K., Grindley D.J., Williams H.C. // Clin. Exp. Dermatol. – 2011 (Aug) 4. – V.36. – № 6. – P. 573-577.

**ТРИГГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЕ ТЯЖЁЛОЕ ХРОНИЧЕСКОЕ
ЧАСТО РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ****АБДРАХИМОВА Н.А., НАДЫРЧЕНКО Р.М., ХИСМАТУЛЛИНА З.Р.,
МУСТАФИНА Г.Р***ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», г. Уфа
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа.*

Экзема представляет собой острое, реже хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся появлением полиморфной сыпи, сильным зудом и островоспалительной реакцией, обусловленными серозным воспалением кожи; это синдром воспалительной реакции кожи, характеризующийся такими гистологическими признаками, как спонгиоз, различной степени выраженности акантоз и поверхностная периваскулярная лимфогистеоцитарная инфильтрация [2].

По результатам эпидемиологических исследований, различные виды экземы являются самыми частыми заболеваниями в практике врача дерматовенеролога (от 9 до 35%), которые чаще всего регистрируются у женщин среднего возраста и у работников, имеющих профессиональный контакт с пищевыми продуктами или химическими соединениями. Больные экземой, для которой характерно длительное течение с частыми рецидивами, составляют 20–30% дерматологических пациентов. Среди всех случаев патологии кожи, по поводу которых больные направляются в стационар, приблизительно 10% приходится на экзему. Заболеваемость экземой среди трудоспособного населения составляет от 2 до 10%, что не только значительно отражается на качестве жизни пациентов, но и существенно влияет на экономический потенциал семьи и общества [3].

Выделяют несколько вариантов патогенеза микробной экземы. При первом варианте бактерии и/или грибы являются первичными этиологическими причинами развития микробной экземы. В случае длительного существования инфекционного процесса развивается сенсibilизация кожи к инфекционному агенту, клинически проявляющаяся пиоаллергиями, микридами. Данный вариант патогенеза встречается в 25% случаев микробной экземы. Второй вариант патогенеза предусматривает развитие вторичных инфекционных осложнений у больных с хроническими заболеваниями кожи (атопический дерматит, псориаз, красный плоский лишай, истинная экзема и т. д.). Второй вариант встречается чаще – 56% случаев [6].

В настоящее время в патогенезе микробной экземы большая роль отводится следующим триггерным факторам [1].

1. Нарушение барьерной функции кожных покровов. Этому способствуют особенности рогового слоя: увеличение выделения воды через эпидермис, существенное нарушение секреции сальных желёз, нарушение кератинизации. При нарушении синтеза липидов ламинарными тельцами происходит уменьшение содержания липидов в роговом слое эпидермиса, что обуславливает снижение эластичности корнеоцитов и увеличение межклеточных промежутков, в результате чего повышается проницаемость кожи для микробных агентов и аллергенов [7].

2. Выраженный дисбиоз кожи в очагах поражения, проявляющийся снижением доли облигатных эпидермальных стафилококков до 40–50% и значительным возрастанием количества условно-патогенной и патогенной флоры. Нередко встречается ассоциация микроорганизмов и микозинозы [5].

3. Хронические инфекционные заболевания различных органов тканей. Бактериальные, грибковые, герпетическая и цитомегаловирусная инфекции, *Helicobacter pylori*, гельминты, лямблии, дисбиоз кишечника с повышенной пролиферацией патогенной и условно-патогенной флоры снижают общую и местную антибактериальную резистентность организма и способствуют развитию у больного специфической сенсибилизации, приводящей к развитию микробной экземы с часто рецидивирующим течением [1].

4. Иммунодефицитные состояния, возникающие вследствие врождённого или приобретённого иммунодефицита (ВИЧ-инфекция, приём глюкокортикостероидов, цитостатиков и иммунодепрессантов). От состояния иммунной системы во многом зависит реактивность организма на внедрение инфекционных агентов. При первичных генетически обусловленных иммунодефицитных состояниях, или чаще, при вторичных изменениях иммунитета в ответ на внедрение микробных или химических аллергенов развивается слабый иммунный ответ. Возникающая как следствие персистенция аллергенов приводит к ещё большей дисфункции иммунной системы, развитию того или иного клинического синдрома[4].

5. Существенную роль в развитии микробной экземы играют заболевания центральной и вегетативной нервной системы, умственное или физическое перенапряжение. Снижение тонуса сосудистой стенки, повышение активности калликреин-кининовой системы, изменение уровня простагландинов и лейкотриенов поддерживают длительное воспаление и снижение пороговой чувствительности кожи к средовым факторам[4].

6. Голодание, неполноценное питание. Недостаток белков, витаминов, минеральных солей, гиповитаминозы витаминов А и С. Витамин А участвует в процессе

кератинообразования, витамин С регулирует проницаемость сосудистой стенки, является синергистом кортикостероидов.

Учитывая многокомпонентность патогенеза развития микробной экземы, на сегодняшний день представляется важным поиск новых комплексных методов лечения, позволяющих воздействовать на известные триггерные факторы, вызывающие данный дерматоз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова, Т.А. Аллергодерматозы – болезни современной цивилизации / Т.А. Белоусова // РМЖ. – 2003. – Т. 11. – № 27. – С. 1538-1542.
2. Иванова, В.Л. Кожные и венерические болезни. Справочник / В.Л. Иванова // М.: Медицина. – 2007. – С. 315-20.
3. Котрехова, Л.П. Диагностика и рациональная терапия дерматозов сочетанной этиологии / Л.П. Котрехова // Дерматовенерология. Consilium medicum. – 2010 – № 4. – С. 6-11.
4. Максюкова С.А. Бактериальные инфекции кожи и их значение в клинической практике дерматолога / С.А. Максюкова, В.В. Гладько, М.В. Устинов и др. // Consilium medicum. – 2004. – Т. 6. – № 3. – С. 180-185.
5. Шаляпин, А.И. Консервативная санация очагов инфекции небных миндалин в терапии больных атопическим дерматитом: дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2006.
6. Eczema / Sohn A., Frankel A., Patel R.V. [et al.] // Mt. Sinai J. Med. – 2011. – V. 78. – № 5. – Н. 730-739.
7. Haslund P., Bangsgaard N., Jarlov J.O. [et al.] Staphylococcus aureus and hand eczema severity // Br. J. Dermatol. – 2009. – V. 161. – № 4. – P. 772-777.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ ИММУНОМОДУЛЯТОРОМ «ИМУНОФАН»

**АБДРАХИМОВА Н.А., НАДЫРЧЕНКО Р.М., ХИСМАТУЛЛИНА З.Р.,
МУСТАФИНА Г.Р.**

*ГАОУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», г. Уфа
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа.*

Экзема относится к категории наиболее распространённых аллергодерматозов, характеризующихся мультифакториальностью генеза, вариабельностью клинического течения и рефрактерностью ко многим терапевтическим воздействиям [1, 4]. Сложность и мультифакториальность патогенеза данного дерматоза предусматривают комплексный подход к его лечению [2, 3]. В настоящее время накоплен клинический опыт включения в фармакотерапию микробной экземы различных иммуноотропных препаратов [3, 8].

В 1996 году на базе лаборатории иммунологии и биотехнологии Центрального НИИ эпидемиологии МЗ РФ был создан и зарегистрирован лекарственный препарат «Имунофан» – синтетический гексапептид с иммунорегуляторной активностью. Фармакологические эффекты данного препарата основываются прежде всего на его свойствах изменять состояние иммунной системы, регулируя её показатели в сторону нормализации [6].

Цель исследования – провести сравнительную оценку влияния традиционной схемы лечения и терапии с применением иммуномодулятора «Имунофан» на функциональную активности нейтрофилов при микробной экземе.

Материалы и методы. Для изучения влияния «Имунофана» на функциональные параметры нейтрофилов больные были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 80 человек – 50 женщин (62,5%) и 30 мужчин (37,5%) в возрасте 35–56 лет, которые на фоне традиционной терапии применяли имунофан в виде ректальных суппозиторий по 100 мкг 1 раз в день в течение 25 дней; 2-ю группу наблюдения составили 104 больных – 62 женщины (59,6%) и 42 мужчины (40,4%) в возрасте 35–56 лет с микробной экземой, которые получали только традиционное лечение (гипосенсибилизирующие препараты, антибактериальные средства, витамины, корректоры микроциркуляции). У 76,1% больных микробная экзема имела длительное торпидное течение с многократными обострениями. Средняя продолжительность заболевания составила $12,3 \pm 6,3$ лет. В контрольную группу вошли 50 человек, у которых в ходе осмотра и сбора анамнеза данных за микробную экзему выявлено не было. В группу наблюдения включали больных с микробной экземой, давших письменное согласие на исследование. У всех пациентов была диагностирована стадия обострения микробной экземы. Клиническая картина дерматоза являлась типичной. В исследование не

включали больных с сопутствующими тяжёлыми соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации. Все больные получали базовое лечение в дерматологическом отделении № 1 ГАУЗ РКВД г. Уфы в соответствии со стандартами, утверждёнными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 мая 2006 г. № 433, 11 декабря 2007 г. № 746 и 18 декабря 2007 г. № 773.

Оценка функциональной активности фагоцитов осуществлялась в течение 5-ти периодов (до начала лечения, на 10 день лечения, в конце лечения, через три и шесть месяцев после лечения).

Забор венозной крови проводили стандартным способом в объёме 40–60 мкл. Для определения поглотительной активности фагоцитов венозную кровь инкубировали с равным объёмом суспензии латекса при температуре 37°C в течение 30 мин в лунках полистеролового круглодонного планшета, центрифугировали и ресуспендировали в 20 мкл фосфатно-солевого буферного раствора (ФСБР). Переносили суспензию клеток на предметные стёкла, фиксировали 96% этиловым спиртом и окрашивали 0,5% раствором нейтрального красного. Учёт результата проводили в световом микроскопе под иммерсией (10*100) путём просматривания 200 клеток. Определяли фагоцитарный индекс (ФИ – процент фагоцитов, поглотивших частицы латекса, от общего их числа) При значениях ФИ 30–50 поглотительную активность оценивали как нормальную.

Поскольку цель исследования состояла в сравнении динамики фагоцитарной активности нейтрофилов в процессе лечения микробной экземы традиционным методом (контрольная группа) и с применением «Имунофана» (основная группа), полученные данные были подвергнуты двухфакторному дисперсионному анализу, позволяющему давать комплексную оценку всех ожидаемых и наблюдаемых эффектов [5, 7].

Результаты. На протяжении полугода последовательные изменения уровня ФИ в ходе традиционного лечения носили фазный характер, являя собой чередование спадов и подъёмов. При применении же «Имунофана» динамика ФИ кардинальным образом отличалась.

Как видно на рис. 1, на этапе от поступления до выписки (1÷3) профиль последовательных изменений ФИ не просто различен, а инвертен. Действительно, до лечения средние уровни ФИ в группе с традиционным лечением и лечением с «Имунофаном» достаточно близки ($23,4 \pm 4,5$ и $25,8 \pm 3,5$) и значимо не различаются ($p > 0,05$). На десятый день после начала лечения средний уровень ФИ в контрольной группе незначимо ($p > 0,30$) увеличивается до $25,0 \pm 4,3$, но концу лечения достоверно ($p < 0,02$) падает до $19,3 \pm 4,1$. При лечении с «Имунофаном» изменения среднего уровня ФИ в ходе лечения носят

зеркальный характер: к 10-у дню после начала лечения ФИ значимо ($p < 0,0002$) падает до $20,9 \pm 2,3$, но к концу лечения резко возрастает, достигая значения $31,8 \pm 3,6$. Как видно, к этому сроку различие средних уровней ФИ основной и контрольной групп достигает максимума. Кардинальным образом различается динамика ФИ при разных способах лечения в поздние сроки наблюдения – с трех месяцев до полугода. При лечении с «Имунофаном» достигнутый после окончания лечения высокий уровень ФИ сохраняется, составляя $32,7 \pm 3,1$ и $31,8 \pm 3,5$. При традиционном лечении в этот период имеет место повторная фаза подъема ФИ до уровня $23,8 \pm 4,5$, сопоставимого с таковым на 10-й день лечения ($p > 0,45$) и спад ФИ к полугоду от начала лечения до уровня $18,8 \pm 3,7$, сопоставимого ($p > 0,72$) с уровнем, имевшим место по окончании лечения.

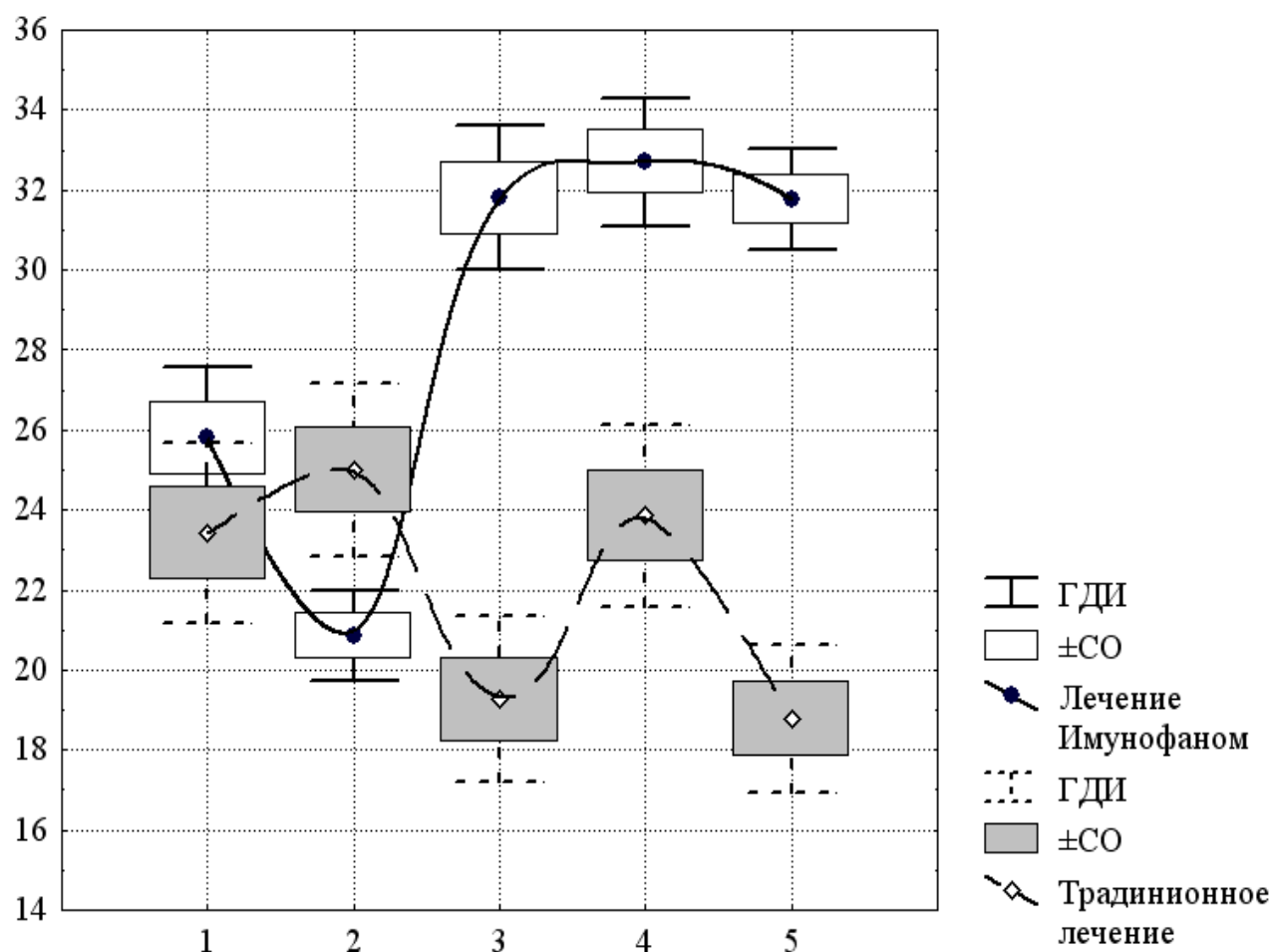


Рис. 1. Изменения среднего уровня ФИ при лечении микробной экземы традиционным методом и с «Имунофаном».

По оси абсцисс номера этапов наблюдения: 1 – «до лечения», 2 – «через 10 дней», 3 – «после лечения», 4 – «через 3 месяца», 5 – «через 6 месяцев». По оси ординат – средние уровни ФИ, ГДИ – границы доверительных интервалов для средних значений, ±СО – стандартная ошибка средних.

Выводы. При традиционной терапии активность нейтрофилов возрастает к 10-у дню лечения, но к концу лечения и в отдалённые сроки наблюдения снижается до практически исходного уровня. При лечении с «Имунофаном», напротив, имеет место устойчивая нормализация и стабилизация фагоцитарной активности. В целом, можно предположить, что включение в базовую терапию микробной экземы иммуномодулятора «Имунофан» позволит значительно сократить сроки пребывания больных микробной экземой в стационаре и продлить фазу ремиссии хронического дерматоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова, Т.А. Аллергодерматозы – болезни современной цивилизации / Т.А. Белоусова // РМЖ. – 2004. – Т. 11. – № 27. – С. 1538-1542.
2. Бутов, Ю.С. Кожные болезни инфекции, передающиеся половым путём / Ю.С. Бутов // М. – 2002. – С. 131-132.
3. Данилова, А.А. Экзема / А.А. Данилова// Consilium Medicum. – 2009. – Т. 1. – № 4. – С. 165-168.
4. Иванова, В.Л. Кожные и венерические болезни. / В.Л. Иванова // Справочник. Медицина. – 2007. – С. 315-20.
5. Плохинский, Н.А. Биометрия / Н.А. Плохинский // МГУ. – 1997. – С. 53.
6. Покровский, В.И. Имунофан. Опыт применения в клинической практике / В.И. Покровский // М. – 2010. – С. 1-2.
7. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва // М.: МедиаСфера. – 2002. – С. 312.
8. Y. Merot, J.H. Saurat. J. Int. Dermatol. – 2005. – V. 24. – № 3. – P. 169.

СЛУЧАЙ МЕЛАНОЗА РИЛЯ

М. М. ГАФАРОВ, А. А. ХАММАТОВА, А. С. ЮЛАМАНОВ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Актуальность: В опубликованных материалах по гиперпигментации имеются сведения о меланозе Рили, но описания клинических случаев в них представлены недостаточно.

Цель исследования: описание течения заболевания пациента с меланозом Рили.

Материалы и методы: в работе использовался случай из клинической практики.

Результаты и обсуждение: Рили меланоз (G. Riehl, син.: меланоз военного времени, Рили меланотический синдром) - относят к фототоксическим реакциям (у рабочих имеющих контакт с вредным производством, при использовании недоброкачественной косметики, при интоксикации фотосенсибилизирующими веществами). В патогенезе определенную роль играют инсоляция, эндокринная патология, заболевания ЖКТ, авитаминозы, стресс, для развития заболевания иногда бывает достаточно контакта с такими веществами, как керосин, деготь, различные смазочные масла, длительного пребывания под открытыми солнечными лучами.

Кожа больного покрывается пятнами, которые содержат избыточные количества кожного пигмента меланина и имеют темно-коричневую окраску. Они постепенно увеличиваются в размерах, сливаются между собой, на их поверхности появляются кистозные расширения подкожных капилляров в виде узелков, шелушение. Кожа в этих местах значительно утолщается, становится более грубой, происходит усиление ее рисунка. У ряда заболевших появляются и общие проявления заболевания, которые проявляются в виде нарушения общего самочувствия. Начинают беспокоить головные боли, больной худеет, постоянно испытывает чувство слабости. Появляются также признаки поражения кожных покровов в результате недостаточного поступления в организм важнейших витаминных веществ. Чаще всего очаги поражения при данном заболевании расположены в области лица, на боковых поверхностях шеи, на теле больного. При тяжелой форме течения заболевания на коже появляются небольшие гнойнички, участки значительного ее утолщения. Данная разновидность патологии была в свое время описана другими исследователями и по их фамилиям называется болезнью Габерманна-Гофмана.

Гистологически - меланодермия, сопровождающейся небольшим фолликулярным гиперкератозом и атрофией эпидермиса на открытых участках кожи;

Дифференциальный диагноз меланоза Рили проводится : с лимфомой кожи, мастоцитозом, пеллагрой, пигментным вариантом красного плоского лишая.

В комплексе лечения Меланоза Рили нашли применение следующие методы:

Наиболее важным является исключение факторов способствующих развитию заболевания. Нужно полностью оградить больного от контакта с вредными химическими веществами, особенно углеводородами, с прямыми солнечными лучами. также применяют энтеросорбцию для избавления организма от токсинов, антигистаминные средства с целью купирования зуда.

Основным направлением терапии меланоза Рили является назначение витаминных препаратов, особенно витаминов группы В (В12, В1, В6), С и средствах, улучшающих процессы обмена веществ. Важным моментом является непосредственное местное лечение очагов поражения, с целью защиты кожи от фотосенсибилизации применяются различные мази фотозащитного действия. Большое внимание следует уделять рациону питания больного, он должен быть максимально разнообразным, включать в свой состав незаменимые питательные вещества, минералы и витамины.

Ниже приведен случай из нашей клинической практики:

Пациентка Г., 52 года находилась на лечении в ГЛУЗ РКВД № 1 с 23.09.13 г.

Больной себя считает 3 года., когда впервые отметила появление пятен розовато-коричневого цвета на коже груди, зуд. Получала лечение у дерматолога по месту жительства. В марте 2013 г. количество высыпаний увеличилось, с диагнозом псориаз. эритродермия получила курс глюкокортикостероидов начиная с 90 мг преднизолона, без особого эффекта. Летом 2013 г. (на фоне приема ГКС) высыпания усилились, появилась выраженная гиперпигментация. Больная была направлена на консультацию в республиканский онкологический диспансер с целью исключения висцеральной онкопатологии, предварительный диагноз республиканского онкологического диспансера - невоклеточный невус?, пигментная крапивница?, проведена биопсия с целью уточнения диагноза. Выписана с диагнозом хронический дерматит. Консультирована эндокринологом в РКБ, сданы анализы на гормоны -данных за недостаточность надпочечников нет. Выставлен диагноз «хронический дерматит».

На лечение в ГАУЗ РКВД №1 поступает в сентябре 2013 г. принимает преднизолон (7 таблеток). При поступлении жалобы на поражение, потемнение кожи, непостоянный зуд, общее недомогание и слабость. Процесс поражения кожи носит генерализованный характер, высыпания в виде эритематозно-пигментных пятен коричневого цвета, сливающиеся в участки сплошного поражения. Занимает более 60% поверхности кожи. На некоторых участках - папулы, шелушение, эксфолиации.

В анамнезе - контакт с лакокрасочными веществами, чрезмерная инсоляция. Сопутствующие заболевания: остеохондроз позвоночника, хронический холецистит. С целью уточнения диагноза проведена повторная биопсия кожи. Патогистологическое заключение - «скопление пигмента меланина в верхних слоях дермы с выраженной инфильтрацией, отек вокруг сосудов, картина заболевания соответствует диагнозу меланоз Рилия»

Рекомендовано: постепенная отмена ГКС, витамины группы В, антигистаминные средства. Основным направлением терапии меланоза Рилия является назначение витаминных препаратов, особенно витаминов группы В (В12, В1, В6), С и средств, улучшающих процессы обмена веществ. Важным моментом является непосредственное местное лечение очагов поражения, с целью чего применяются различные мази защитного действия. Большое внимание следует уделять рациону питания больного, он должен быть максимально разнообразным, включать в свой состав незаменимые питательные вещества, минералы и витамины. Нужно полностью оградить больного от контакта с вредными химическими веществами, особенно углеводородами, с прямыми солнечными лучами. Пациентка выписана со значительным улучшением через 29 дней под наблюдение дерматолога по месту жительства.

В дальнейшем ГКС были полностью отменены, новых высыпаний на коже не было, очаги пигментации побледнели, местами полностью разрешились.

Заключение: Провоцирующим фактором является контакт с вредным производственными веществами, при использовании недоброкачественной косметики, при интоксикации фотосенсибилизирующими веществами.

Как показало наблюдение, установка диагноза меланоз Рилия является сложной задачей, зачастую больные с неправильным диагнозом получают неэффективное лечение. Для окончательной постановки правильного диагноза используют патогистологическое исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич В. П., Катина М. А., Мяделец В. О. Пойкилодермия пигментная сетчатая Сиватта: клинический случай //Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2013. – Т. 12. – №. 2.
2. Нетруненко И.Ю., Игнатьев Д. В., Гиперпигментация: проблемы и пути их решения. Consilium medicum. Дерматология. Приложение. 2007; 2: 12-6
3. Олисова О.Ю., Андреева Е.В. Еще раз о проблеме гиперпигментации. Российский журнал кожных и венерических болезней. №2, 2014
4. Федотов В. П. Расстройства пигментации кожи (дисхромии) //Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2014. – №. 1-4. – С. 114-130.

ПРИМЕНЕНИЕ КРАСНОУСОЛЬСКИХ СУЛЬФИДНЫХ ВОД ПРИ АТОПИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ

ГИЛЬМУТДИНОВА Л.Т., ГИНИЯТОВА И.В., КИСЕЛЕВА А.В., ВЫГОВСКАЯ Т.Л.

*НИИ восстановительной медицины и курортологии Башкирского
государственного медицинского университета МЗ РФ, г. Уфа*

ГУП санаторий «Красноусольск», РБ

Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Уфа

Актуальность: Атопический дерматит является хронической распространенной кожной патологией, которая снижает работоспособность и качество жизни пациентов. Эта патология требует длительной лекарственной терапии, которая дает много побочных эффектов. Для расширения арсенала терапевтических средств и профилактики обострений целесообразно использовать физиотерапевтические и бальнеологические методы лечения.

Цель исследования: оценка эффективности применения красноусольских сульфидных вод в терапии больных с атопическим дерматитом.

Материал и методы. Обследованы 59 больных с атопическим дерматитом, находящихся в санаторий «Красноусольск». По проводимой терапии больные разделены на 2 основные (ОГ) и одну контрольную (КГ) группы. Больные 1-ой ОГ (n=20) к базисной терапии получали ванны (СВ) с использованием хлоридно-натриевых сульфидных минеральных вод (М40г/л; H₂S 120мг/л) №10 ежедневно на курс. Больные 2-ой ОГ (n=20) дополнительно получали сеансы магнито-лазерной терапии с применением накожного облучения в зоне проекции крупных сосудистых пучков по разработанной методике на аппарате «МИЛТА-Ф». Больные КГ (n=19) получали базовый комплекс: лечебное питание, лечебную гимнастику, медикаменты по показаниям. Определялись уровни АЛТ и АСТ, сиаловых кислот и С-реактивного протеина, активность антиокислительных ферментов и интенсивность ПОЛ, психоэмоциональный статус - по тесту «САН».

Результаты. На фоне проводимой терапии у большинства после 3-4 процедур СВ наблюдалось исчезновение зуда, жжения, болезненности, у половины из них отмечены признаки эпителизаций трещин и микроэрозий. К концу курса позитивная динамика клинических параметров наблюдается у всех пациентов, но наиболее выраженный регресс кожных симптомов – эритемы, инфильтрации, высыпания выявлен у больных ОГ2. В КГ в эти сроки у трети больных оставались высыпания и эритема с сохранением зуда. На фоне разработанных лечебных комплексов наблюдается снижение исходно повышенных значений АлАт на 31%(p<0,05), АсАт-на 19%(p<0,05), С-реактивного протеина и сиаловой кислоты в отличие от больных КГ. При этом отмечается достоверное снижение уровня МДА

на 39,1% ($p<0,05$), при возрастании активности СОД на 26,2% ($p<0,05$), каталазы на 28,2% ($p<0,05$) у больных ОГ2. Более значимые смещения параметров выявлены у больных ОГ2 (94,8%) на фоне сочетанного применения СВ и магнито-лазерной терапии с приближением к значениям здоровых лиц, при нормализации данных параметров у 89,1% больных ОГ1 и при отсутствии достоверной динамики показателей у лиц КГ. Отмечается достоверное улучшение параметров психоэмоционального статуса с возрастанием значений «самочувствие» на 38,6% ($p<0,05$), «активность» – на 41,8% ($p<0,05$), «настроение» – на 40,7% ($p<0,05$) в сравнении с исходными значениями, со значимым улучшением параметров качества жизни. У больных КГ динамика данных параметров оказалась незначимой. Наиболее выраженные результаты получены у больных ОГ2 – на фоне сочетанного применения СВ и магнито-инфракрасно-лазерной терапии. Среди них «значительное улучшение» отмечено у 51%, «улучшение» – у 42%, «незначительное улучшение» – у 7% больных, среди больных ОГ1 соответственно у 40%, 43% и 17% пациентов. В КГ превалировало «незначительное улучшение» у 46%, «улучшение» – у 21% и «без перемен» – у 13% больных. Через 6 месяцев у больных ОГ рецидивы заболевания не отмечались, в КГ у 26% выявлен рецидив дерматита.

Выводы. Применение лечебных комплексов на основе сульфидных ванн у больных с атопическим дерматитом в условиях санатория «Красноусольск» способствует регрессу клинических симптомов заболевания, улучшению лабораторных показателей со снижением повышенных значений индикаторных ферментов, приводит к возрастанию антиоксидантного потенциала крови. Дополнительное включение магнитолазерной терапии повышает терапевтический эффект.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЗКОПОЛОСНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 311 НМ В ЛЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО

БАДРИЕВА Л.Р., СУЛТАНОВА З.З., ЮЛАМАНОВ А.С., МУХАМАДЕЕВА О.Р.

*ГАУЗ Республиканский кожно-венерологический диспансер №1,
Башкирский государственный медицинский университет*

Дисхромии кожи и волос считаются на данный момент наиболее актуальным заболеванием XXI века. Витилиго – это аутоиммунное, хроническое заболевание, при котором на коже появляются белые пятна, склонные к росту и слиянию. Помимо кожи также чаще всего поражаются волосы. Возникает оно в любом возрасте, но чаще страдают дети и взрослые до 20 лет, что проявляется появлением участков утративших пигмент – меланин (депигментация). Пациенты не испытывают какого-либо дискомфорта, зуда, боли, но дефекты внешности могут значительно нарушить психологическое состояние. Этиопатогенез витилиго сложен и имеет несколько теорий причин возникновения. Но на данный момент ученые и врачи всего мира не могут с точностью сказать причину возникновения заболевания но вполне точно можно утверждать, что оно не зависит от пола, расовой принадлежности и религии.

Виды терапии, применяемые в лечении витилиго, достаточно ограничены. Одним из вариантов лечения может являться физиотерапия. Так, достаточно хорошо зарекомендовал себя в лечении различных дерматозов метод узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм. Данный метод заключается в облучении кожи средневолновым ультрафиолетовым светом в наиболее эффективном терапевтическом диапазоне (310 – 315 нм) с максимумом эмиссии на длине волны 311 нм. На сегодняшний день является одним из наиболее распространенных и эффективных методов лечения хронических воспалительных заболеваний кожи: псориаза, витилиго, красного плоского лишая, парапсориаза и др. В рандомизированном исследовании Hamzavi I., Jain H., McLean D. et al., 2004г., показана эффективность монотерапии больных витилиго узкополосным ультрафиолетовым излучением с длиной волны 311 нм: при проведении 6-месячного курса лечения процент репигментации в очагах витилиго составил 42,9%, на контрольных участках – 3,3%. Метод может применяться как у взрослых, так и у детей. У больных витилиго узкополосная средневолновая фототерапия с длиной волны 311 нм, в отличие от ПУВА-терапии, позволяет получить более однородную и косметически удовлетворительную пигментацию кожи в очагах поражения. Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия не вызывает болезненные ощущения и не требует анестезии, каждая процедура

может составлять от 1 до 30 минут. Данная процедура спокойно проводится в обычных стационарах с круглосуточным или дневным пребыванием, амбулаторных кабинетах дерматолога и физиотерапевта.

С 2016 года метод узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм стал применяется в условиях стационара ГАУЗ РКВД №1. Так, под нашим наблюдением находился Пациент В., 16 лет, с диагнозом витилиго распространенное. Поступил впервые, болен в течение 3х лет. Занимался самолечением, смазывал пораженные участки кожи тетрациклиновой мазью. Гормональные препараты не принимал. На фоне данной терапии отмечает ухудшение. Причину распространения патологического процесса на коже ни с чем связать не может. Последнее обострение (появление свежих очагов) два месяца назад. При поступлении: на коже верхних, нижних конечностей, туловища, лица очаги с четкими контурами, размером от 1,5см до 15 см в диаметре, часть очагов сливается между собой, кожа в очагах бледно розового цвета, в части очагов светлого молочного цвета, резко ограничена от окружающей здоровой кожи.

Учитывая клиническую картину заболевания, совместно с традиционной терапией (витамины, микроэлементы, наружные топические глюкокортикоидные средства), пациенту был назначен курс узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной 311 нм. Облучение проводили начиная с дозы 0,1-0,25 Дж/см², с режимом 2-3 раза в неделю. На фоне проводимой терапии новых высыпаний не наблюдалось, в очагах появилась легкая эритема, преимущественно на коже лица, верхней части груди и боковых поверхностях туловища. Лечение переносил хорошо, без побочных реакций (рисунок 2). В целом отмечена положительная динамика. Пациент выписан с клиническим улучшением. В дальнейшем лечение методом узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм он продолжает в амбулаторных условиях.

Таким образом, на основании полученного положительного опыта применения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм в лечении витилиго, данный метод терапии считаем одним из наиболее эффективным и перспективным к дальнейшему применению у пациентов, однако, ввиду короткого периода наблюдения, рекомендуется дальнейшее его изучение.



Рис. 1. Пациент В., до лечения



Рис. 2. Пациент В., в процессе комплексного лечения с использованием узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапией с длиной волны 311нм (3 недели лечения).

РАЗВИТИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

ФАХРЕТДИНОВА Х.С*, КУРБАТОВ С.С**, БУРХАНОВА Н.Р.**

* Башкирский государственный медицинский университет,

**ГАУЗ РКВД № 1, г. Уфа

Цель: изучить заболеваемость сифилисом в республике за 2000-2015 гг. и определить основные тенденции развития эпидемиологической ситуации.

Материалы. В работе использованы отчёты КВД и кожных кабинетов ЦРБ республики.

Результаты. В Республике Башкортостан рост заболеваемости сифилисом отмечается с 1991г. (ИП на 100000 населения - 2,4), достиг своего пика в 1997 г. (ИП-295,6; заболеваемость в РФ - ИП 277,6). С 1998 г. отмечается стойкая тенденция к снижению заболеваемости (в 2015 г ИП -23.2, взяты на учет с впервые установленным диагнозом 944 больных) с небольшими подъёмами в 2006 г. (на 5,3% - из числа взятых на учет 3149 больных) и в 2015 г. (на 6.8%). Впервые заболеваемость в РБ стала ниже, чем в РФ, с 2007 г.: взяты на учёт в РБ 1619 больных, ИП- 62,9 (в РФ – ИП 63,1). Сохраняется тенденция к снижению заболеваемости и в последующие годы. В результате проведенного анализа установлено, что основную долю заболевших ежегодно составляют жители городов (от 65,2 до 70%), причём, среди больных из сельской местности чаще регистрируются поздние формы заболевания. При анализе структуры заболеваемости сифилисом в республике за 2000-2015 гг. наблюдается тенденция к снижению числа больных свежими и рост поздними её формами. Так, в 2000 г. сифилис первичный составил 19,9% (1555 больных, из числа 7650 больных, взятых на учет с впервые установленным диагнозом), в 2010 г. – 9,1% (147 больных, взяты на учёт 1619 больных), в 2015 г. – 7,6% (50 больных). За эти же годы отмечается увеличение числа больных ранним скрытым, наиболее опасным в эпидемиологическом отношении, периодом сифилиса: в 2000 г. установлен у 32.6% больных (2492 человек), в 2010 г. - у 46,6% больных (754 человек), в 2015 г. - у 67,7% больных (639 человек) из числа взятых на учет с впервые установленным диагнозом. Чаще стали выявляться больные нейросифилисом: в 2015 г зарегистрированы 5 случаев (0,53%), что в 5 раз больше, чем в 2014 г. (0,11% - 1 больной).

Выводы: в республике продолжает сохраняться тенденция к снижению заболеваемости сифилисом, однако, с увеличением скрытых и поздних форм заболевания остаются актуальными вопросы усовершенствования и внедрения современных методов диагностики, лечения и профилактики сифилиса как социально значимого заболевания. В

план работы на предстоящий год дерматовенерологами республики включены мероприятия по усилению первичной профилактики инфекции.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

¹ФАХРЕТДИНОВА Х.С., ²БУРХАНОВА Н.Р., ²ЮЛАМАНОВ А.С., ²ГАЗИЗОВА Л.Р.

¹ *Башкирский государственный медицинский университет,*

² *ГАУЗ Республиканский кожно-венерологический диспансер №1, г.Уфа*

Актуальность темы. Псориаз – один из наиболее распространенных хронических рецидивирующих дерматозов. Актуальность проблемы псориаза обусловлена ростом заболеваемости среди населения, учащением случаев манифестации заболевания в молодом возрасте [А.А Кубанова и др., 2008; 2010; Sh. Kagami et al., 2010]. Отмечается увеличение количества резистентных к лечению форм псориаза, учащение случаев длительной нетрудоспособности и инвалидизации [А.А. Кубанова и др., 2008]. Псориаз редко приводит к гибели больных, однако значительно ухудшает качество жизни пациентов, их социальную, а нередко и трудовую адаптацию [Е.Ю. Логинова, Т.В. Коротаева, 2008].

Наружная терапия псориаза проводится для уменьшения воспалительных явлений, шелушения и инфильтрации кожи. С этой целью применяют мази, кремы, лосьоны, содержащие салициловую кислоту (2%), серу (2-10%), мочевины (2-10%), дитранол (0.25-3%), декспантенол, пиритион цинка, кальципотриол, глюкокортикоиды [А.А.Кубанова, 2010]. При выраженных воспалительных явлениях назначают кератопластические и противовоспалительные средства (0,5-2% салициловую мазь, 3% серную, серно-салициловую мази, 5-10% нафталановый линимент или пасту, кортикостероидные кремы, мази, лосьоны). В стационарной и регрессирующей стадиях псориаза используют мази или жирные пасты, содержащие 3-5% салициловую кислоты, 10-30% нафталан, 5-10% ихтиола, березового дегтя, серу; шампуни (Фридерм деготь и др.) [В.В. Владимиров, 2006; А.А.Кубанова, 2010]. В.С. Дмитрук и соавт. (2009) указывают на эффективность лечения псориаза средствами, содержащими в качестве основы солидол, в частности, они успешно использовали косметическое средство «Карталин» у пациентов с псориазом легкой и средней степени тяжести при комплексном лечении в условиях стационара. Средствами наружной терапии псориаза также являются аналоги витамина D в виде мази, крема, лосьона (кальципотриол, кальцитриол) [Z. Hegyi, et al., 2012; C. Pierard-franchimont et al., 2012]. Они удобны в применении, не пачкают белье, не имеют неприятного запаха, однако, превышение дозировки более 100г в неделю может привести к гиперкальциемии и раздражению кожи, особенно на лице [И.В. Хамагонова и др., 2002]. Фототерапия и применение мазей, содержащих салициловую кислоту, частично или полностью разрушают витамин D₃ [В.В. Владимиров, 2006]. Кроме того, кальципотриол вызывает у большинства больных раздражение кожи вокруг псориатических бляшек, и требует добавления кортикостероидных

препаратов. Глюкокортикоидные препараты обладают выраженным противовоспалительным, противозудным, иммуносупрессивным и антимиотогенным эффектами. Противовоспалительный эффект стероидных препаратов обусловлен уменьшением отека и ингибированием хемотаксиса воспалительных клеток в кожу. Стероиды ингибируют транскрипцию генов, ответственных за синтез воспалительных цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИФН- γ , ФНО- α), Т-клеточную пролиферацию, Т-опосредованный иммунитет [В.В. Владимиров, 2006]. Однако, нерациональная терапия наружными кортикостероидными средствами может привести к переходу псориазической болезни в более тяжелую форму (пустулезную разновидность, псориазическую эритродермию), вызвать истончение кожи, появление участков атрофии, вялотекущие местные инфекции, гипопигментацию. Таким образом, для лечения больных псориазом предложены много методов лечения, однако используемые терапевтические подходы часто оказываются недостаточно эффективными или отличаются плохой переносимостью, что свидетельствует о нерешенности этой проблемы [Н.В. Кунгуров и др., 2008; А.А. Кубанова, 2010; Ю.К. Скрипкин и др., 2012; Европ. р-во, 2008].

Целью нашей работы явилось клинически оценить результаты применения для топического лечения псориаза препаратов линии «Псорилон», выпускаемых в условиях фармацевтического производства научно-производственной фармацевтической компании «Алкой». Препараты линии «Псорилон» успешно прошли клинические испытания в условиях дерматологического стационара (КВД №4, №2 г. Москвы; Научно-исследовательский центр при Казанском гос. мед. университете; кафедра дерматовенерологии РМАПО) и рекомендованы к широкому применению.

Методы: под нашим наблюдением находились 32 больных папулезно-бляшечным псориазом в прогрессирующей стадии заболевания в возрасте от 21 до 60 лет (группа наблюдения) легкой и средней степени тяжести заболевания с поражением до 20% кожного покрова, в том числе и волосистой части головы. Длительность заболевания составляла от 1 до 29 лет (в среднем $9,8 \pm 1,8$ лет). Индекс PASI на момент поступления составляло от 10,5 до 25,6 баллов. Контрольную группу составили 15 больных сопоставимые по возрасту, полу, длительности и тяжести заболевания. Лечение больных псориазом проводили в кожных отделениях диспансера ГАУЗ РКВД №1. Способ лечения. Группа наблюдения и больные контрольной группы получали одинаковое общее лечение (антигистаминные, детоксикационные, десенсибилизирующие препараты, витамины, гепатопротекторы). Местное лечение проводили препаратами, рекомендованными фармацевтической компанией Алкой: шампунь «Псорилон» салициловый, шампунь «Псорилон» дегтярный, спрей

увлажняющий «Псорилон» для тела и волосистой части головы, гель «Псорилон» для душа, крем «Псорилон» с цинком и экстрактом трав для ухода за кожей. Свойства препаратов: в состав шампуня салициловый входят: салициловая кислота 1%, цинка пиритионат 0,5%, пироктон оламин 0,3%, экстракт корня лопуха, экстракт ромашки, витамины - пантенол (провитамин В5), биотин (витамин Н). Шампунь салициловый снимает зуд и раздражение, способствует удалению образовавшихся чешуек, перхоти. Активные компоненты шампуня дегтярного: экстракт череды, экстракт зверобоя, экстракт чистотела, деготь березовый (0,17%). Шампунь дегтярный обладает противозудным, противовоспалительным, антисептическим и противогрибковым действиями, удаляет с кожи поверхностный слой отмерших клеток эпидермиса и способствует удалению избытка кожного сала с волосистой части кожи головы, не раздражает кожу головы и очищает волосы, не повреждая их защитного слоя. Шампуня прекрасно пенятся и придают волосам естественный блеск. Активными компонентами спрея «Псорилон» для тела и волосистой части головы являются: хитозан гелевый, цинка пиритионат (0,2%) и экстракты трав, витамин С. Спрей способствует восстановлению естественной гидролипидной мантии кожи, интенсивно увлажняет, устраняет шелушение, зуд, смягчает кожу, ускоряет процесс заживления, быстро устраняет сухость кожи после купания, не оставляет жирного блеска на коже и следов на одежде. Гель для душа дегтярный содержит: гуминовые кислоты (экстракт биоактивный сапропелевый), экстракт чаги, деготь березовый; бережно очищает кожу, не раздражая ее, обладает противозудным, противовоспалительным, антисептическим и противогрибковым действиями, рекомендуется для ежедневного ухода. Крем для тела с цинком и экстрактами трав обладает противозудным, антисептическим, эпителизирующим свойствами, устраняет шелушение, зуд, смягчает кожу, ускоряет процесс заживления. Активные компоненты: гуминовые кислоты (экстракт биоактивный сапропелевый), цинка пиритионат (0,2 %), экстракты лечебных трав, витамин С. Препараты «Псорилон» могут использоваться длительное время без ограничений. Методика. В прогрессирующей стадии на волосистую часть головы назначали крем 1-3 раза в день, или 1 раз в день спрей увлажняющий и 1-2 раза крем; назначали также 2-3 раза в неделю - шампунь салициловый при сухой коже или шампунь дегтярный при жирной коже больного. В стационарной стадии на очаги на коже наносили крем «Псорилон» 2 раза в день, шампунь салициловый или дегтярный 2-3 раза в неделю; для ухода за кожей применяли гель для душа. В регрессирующей стадии на кожу применяли 1-2 раза в день крем «Псорилон» для тела или спрей увлажняющий. Для ухода за кожей больные пользовались гелем «Псорилон» для душа. В наблюдаемой группе кожа головы очищалась от чешуек через 12-15 дней, на коже головы и тела свежие высыпания не

появлялись на 4-6 день лечения. Клиническое выздоровление (наличие на месте бляшек депигментированных пятен, или единичных рассеянных папул) у больных наблюдалось к 22-25 дню лечения. К моменту выписки (на 28 -29 день) у части больных уплотившиеся папулы оставались лишь над локтевыми и/или коленными суставами.

Выводы: препараты линии «Псорилон»: шампуни салициловый, дегтярный, спрей увлажняющий для тела и волосистой части головы, гель для душа, крем для ухода за кожей обладают высокой терапевтической эффективностью при комплексном лечении больных псориазом. Случаев непереносимости препаратов не наблюдали. Включение в комплексную терапию псориаза препаратов линии «Псорилон» позволяет уменьшить длительность стационарного лечения на 3-5 дней (в среднем на $3,8 \pm 0,9$ дня).

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимиров, В.В. Современные методы лечения псориаза /В.В. Владимиров //Consilium medicum. – 2006. – т.6, №1. – С. 26-31.
2. Дмитрук, В.С. Карталин – альтернативное решение в комплексной терапии псориаза /В.С. Дмитрук, М.Г. Карталов, С.И. Дмитрук //Вестник дерматологии и венерологии. – 2009. – №2. – С. 65-67.
3. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний /под ред. А.Д. Кацамбаса, Т.М. Лотти ; пер. с англ.- М.: Медпресс – информ, 2008. – с.392-406.
4. Кубанова, А.А. Иммунные механизмы псориаза. Новые стратегии биологической терапии /А.А. Кубанова, А.А. Кубанов, Дж. Ф. Николас, Л. Пьюг, Дж. Принц, О.Р. Катунина, Л.Ф. Знаменская //Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. – №1. – С. 35-47.
5. Кубанова, А.А. Организация дерматовенерологической помощи: достижения и перспективы /А.А. Кубанова, А.А. Мартынов, И.Н. Лесная, А.А. Кубанов, Л.Е. Мелехина //Вестник дерматологии и венерологии. – 2008. – №1. – С. 4-22.
6. Кунгуров, Н.В. Дерматовенерология: принципы и методология планирования ресурсного обеспечения с учетом современных задач и лицензионных требований /Н.В. Кунгуров, Н.В. Зильберберг, Н.И. Рогинко. – Екатеринбург, 2008. – 295 с.
7. Логинова, Е.Ю. Ранний псориатический артрит /Е.Ю. Логинова, Т.В. Коротаева //Научно-практическая ревматология. – 2008. – № 6. – С. 47-55.
8. Скрипкин, Ю.К. Кожные и венерические болезни /Ю.К. Скрипкин, А.А. Кубанова, В.Г. Акимов - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2012. – 544 с.

9. Хамагонова, И.В, Кальципотриол в лечении псориаза у детей /И.В. Хамагонова, В.Н. Азарова, А.Г. Шекрота, и др. //ПМЖ. – 2002. – т. 10, №2. – С. 66-67.
10. Kagami, Sh. Circulating Th 17, Th 22, and Th 1 Cells Are Increased in Psoriasis /Sh. Kagami, H.L. Rizzo, J.J. Lee, Y. Koguchi //J. Invest. Dermatol. - 2010. - vol. 130. - P. 1373-1383.
11. Krueger, J.G. Psoriasis pathophysiology: current concepts of pathogenesis /J.G. Krueger, A. Bowcock //Ann. Rheum. Dis. - 2005. vol. 64. – P. 30-36.
12. Langley, R.G.B. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life /R.G.B. Langley, J.G. Krueger, C.E. Griffiths //Ann. Rheum. Dis. – 2005. – Vol. 64. – P. 18-23.
13. Hegyi, Z. Vitamin D analog calcipotriol suppresses the Th17 cytokine-induced proinflammatory S100 "alarmins" psoriasin (S100A7) and koebnerisin (S100A15) in psoriasis /Z. Hegyi, S. Zwicker, [et al.] //Journal of Investigative Dermatology. 2012. – vol. 132(5) – P. 1416-1440.
14. Pierard-franchimont, C. The psoriasis--metabolic syndrome comorbidity, a complex multigenic disease. [Review] /C. Pierard-franchimont, P. Quatresooz, G.E. Pierard, A.J. Scheen //Revue Medicale de Liege. - 2012. – vol. 67(5-6). - P. 337-377.

**ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УФО КРОВИ И ГИРУДОТЕРАПИИ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕДИРУЮЩЕГО ПОДРЫВАЮЩЕГО
ПЕРИФОЛЛИКУЛИТА ГОФФМАНА**

ШАФИКОВА Р.Л., СУЛТАНОВА З.З., ЮЛАМАНОВ А.С., МУХАМАДЕЕВА О.Р.

*ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер» №1,
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа*

Абсцедирующий подрывающий перифолликулит Гоффмана (АППФГ) – это редкое хроническое гнойное заболевание, чаще встречается у мужчин 18-40 лет. Проявляется образованием абсцессов на коже головы. Реже очаги АППФГ располагаются на коже в области роста волос в паховой и подмышечной областях. Этиология данного заболевания в настоящее время до конца неясна. Существует мнение об инфекционной природе заболевания. В патогенезе ведущую роль играет фолликулярная окклюзия, себорея, андрогенетическая стимуляция, вторичное бактериальное инфицирование, а также аномальная иммунная реакция. При АППГ поражается кожа теменно-затылочная области головы. Изначально глубоко в дерме образуются плотные воспалительные узлы. В начале заболевания узлы небольших размеров, диаметр не превышает 0,5 см, цвет кожи над узлами не изменен. Затем кожа над узлами краснеет, сами образования увеличиваются, достигая в размерах до 2 см, и размягчаются. Близко расположенные узлы могут сливаться с образованием абсцессов. При надавливании на кожу в области расположения образования сразу из нескольких мест выделяется гной, смешанный с кровью. Это обусловлено тем, что узлы и абсцессы соединены фистулезными ходами, которые подрывают кожу. Над очагами АППГ происходит необратимое выпадение волос. При перифолликулите Гоффмана на коже в очагах поражения нередко образуются свищи и язвы. Кожа в очагах АППГ натянута, истончена, покрыта припухлыми тяжами в виде валиков. АППГ имеет длительное течение с периодическими обострениями. Завершается процесс образованием на коже рубцов, в том числе грубых келоидных, имеющих неправильную форму. Серьезным осложнением перифолликулита Гоффмана, так же, как и в случае других хронических гнойно-воспалительных процессов на коже, является развитие плоскоклеточной карциномы. При АППГ лечение проводится с использованием антибактериальных препаратов. Системная и местная антибиотикотерапия направлена на устранение бактериальной инфекции и является первичной целью терапии (тетрациклин, эритромицин, цефалоспорины, клиндамицин, полусинтетических пенициллинов) показывают хорошую эффективность. Другим вариантом лечения может быть внутриочаговые инъекции триацинолона ацетонида, сульфата цинка, дапсон, колхицина.

Длительность лечения антибиотиками составляет от 7 до 12 дней. Часто назначают проведение еще 2-3 повторных курсов с перерывом между приемом антибиотиков 10 дней. При неэффективности или невозможности использования антибиотиков при лечении АППГ производят назначение комбинированных сульфаниламидов. Длительность лечения обычно составляет в среднем 10 дней, возможно повторение курса. Дополнительно могут назначаться кортикостероиды внутривенно и НПВС. Для длительной ремиссии назначают системные ретиноиды (изотретиноин) курсом на 6-12 месяцев. Одним из вариантов лечения пациентам могут назначить анатоксин стафилококковый, антифангин, бактериофаг, иммуноглобулины, в качестве общеукрепляющих средств – витаминотерапию, препараты железа, биогенные стимуляторы.

При закрытых абсцессах для лечения АППГ используют наложение на очаги ихтиоловых лепешек. Полости вскрывшихся абсцессов промывают растворами антисептиков – перекисью водорода, калия перманганата, йодофорами и пр. Далее лечение АППГ продолжают с использованием антибактериальных мазей. Неплохой эффект при АППГ дает физиопроцедуры. Для лечения также применяется УФО, карбон-диоксидный лазер, УВЧ – терапия. В случае отсутствия положительного ответа от терапевтического лечения при АППГ необходимо проведение хирургического лечения, заключающегося во вскрытии абсцессов и последующего лечения гнойной раны. Одним из альтернативных методов лечения может являться метод ультрафиолетового облучения крови (УФО крови). УФО крови — один из методов квантовой терапии крови широко используется отечественной и зарубежной практической медициной. В основе метода — облучение небольшого количества крови, протекающей над излучателем ультрафиолетового света малой мощности, что вызывает гибель микроорганизмов, повышает сопротивляемость, иммунитет организма, активизирует обмен веществ, окислительные процессы в клетках и тканях. Клетки начинают быстрее обновляться. УФО увеличивает активность Т- и В- лейкоцитов, комплемента и лизоцима, улучшает транспорт кислорода в организме. В дерматологии УФО крови применяется для лечения дерматитов, подермии, акне и других патологических состояниях. Чтобы получить стойкий положительный эффект УФО крови проводят курсом, который состоит из 5-6 сеансов. Между ними делают перерывы в 2-3 дня.

Также имеются сведения о благоприятном воздействии на процесс разрешения элементов гирудотерапии. Гирудотерапия применяется при псориазе, нейродермите, красной волчанке, экземах, фурункулезе и многих других патологиях.

Постановка пиявок по поводу воспалительных инфильтратов кожи или подкожной клетчатки вблизи очагов воспаления оказывает выраженное антисептическое и эстетическое действие. Уже в течение 2-3 дней после проведения сеанса останавливаются в развитии и начинают исчезать основные признаки воспаления: отёк, покраснение, боль, жар, нарушение функций, улучшается внешний вид кожных покровов, улучшается самочувствие. На этом фоне улучшающегося обмена веществ разрешаются пустулы, пигментные пятна, разглаживаются морщины, параллельно улучшаются общее самочувствие, настроение, качество сна. Эффект гирудотерапии обусловлен тем, что секрет слюнных желез пиявки ликвидирует расстройства микроциркуляции, чем прерывает патологическую связь в очагах многих сосудистых заболеваний. При различных патологических состояниях наблюдается нарушение микроциркуляции, что приводит к накоплению жидкости (отеку тканей) от этого повышается внутритканевое давление, возникает застой межклеточной жидкости. При увеличении гипоксии накапливаются шлаки, токсины, которые притягивая воду, усиливает отеки. Именно гирудин эффективно улучшает реологические свойства крови: увеличивается кровоток через очаг патологии. Доказано иммуностимулирующее, противомикробное действие гирудотерапии.

В стационаре ГАУЗ РКВД №1 широко используются различные методы терапии, в том числе УФО крови и гирудотерапия. Так, нами был применен метод комплексного лечения пациента с диагнозом АППФГ. Пациент А, 29 лет, поступил на стационарное лечение в дерматологическое отделение с диагнозом АППФГ. При поступлении: на коже волосистой части головы затылочной области узлы красного цвета, диаметр до 0,5 см шаровидной формы. Кожа над ними розовая, натянутая, гладкая. Консистенция мягкая. При сдавливании узлов, покрытых корочками, из отверстий на поверхности выделяется гной. Над областью поражения волосы отсутствуют. Субъективно – болезненность при пальпации и чувство жжения (рисунок 1). Из анамнеза: болен в течение пяти лет, лечение получал дважды в стационаре РКВД – антибиотикотерапия, иммуномодуляторы, наружная терапия. Несмотря на наличие показаний к системной терапии ретиноидами, пациент упорно отказывался от данного вида лечения. Учитывая клиническую картину заболевания, малую эффективность традиционной терапии, ему был проведен очередной курс лечения с применением УФО крови и гирудотерапии. УФО крови проводили путем облучения крови длиной волны 280 нм, через день, всего шесть процедур. Гирудотерапия – шесть процедур. На фоне проводимой терапии наблюдалась положительная динамика – быстрое разрешение узлов, уменьшение болезненности, отсутствие свежих элементов (рисунок 2).

Таким образом, на основании полученного положительного опыта применения сочетанной терапии АППФГ традиционного лечения с УФРО крови и гирудотерапией, мы считаем данный метод лечения эффективным и возможным к применению у ряда пациентов, однако, ввиду ограниченного числа наблюдений, рекомендуется дальнейшее изучение вышеизложенного подхода в терапии АППФГ.



Рис. 1. Пациент А., до лечения



Рис. 2. Пациент А., после прохождения курса лечения (3 недели)

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.