Министерство здравоохранения Амурской области
ГБОУ ВПО «Амурская ГМА» Министерства здравоохранения РФ,
ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Материалы областной научно-практической конференции «День дерматовенеролога» 23 октября 2014 года

Благовещенск, 2014 год

Актуальные вопросы
дерматовенерологии
на современном этапе

Материалы областной научно-практической
конференции «День дерматовенеорлога»
23 октября 2014 года

Редактор: Платонов А.В. – главный врач ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»

В сборник включены материалы по вопросам организации кожно-венерологической помощи населению, лечению больных ИППП, дерматозами, грибковыми заболеваниями. Приведены интересные клинические наблюдения. Материалы сборника представляют интерес не только для дерматовенерологов, но и для врачей других специальностей

Редакционный совет: Платонов А.В., Базанов Е.К.,
Козлова А.В., Кузина В.А., Мельниченко Н.Е.

Компьютерный набор, верстка: Козлова А.В.

ОКАЗАНИЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ И МЕРЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТИ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

М.П. Гулевич, А.В. Платонов, О.В. Ермаковская
Министерство здравоохранения Амурской области,
ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
г. Благовещенск

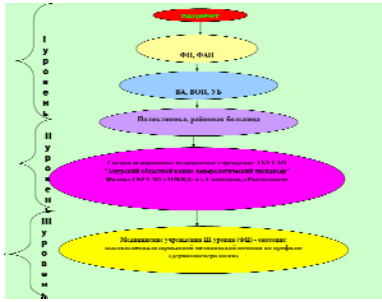
Современные задачи по оказанию медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля определены приоритетностью реализации Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной политики»; Поручений Президента Российской Федерации; федеральных законов от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» и от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; постановлений Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности» и от 28.12.2012 г. № 2599-р «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения»; приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования.

На совещании по вопросам развития здравоохранения Президентом Российской Федерации В.В. Путиным поставлены конкретные задачи дальнейшего повышения доступности и качества медицинской помощи, даны соответствующие поручения, при этом акцентировано: «значительный объем компетенций – если не сказать, вся компетенция в реализации намеченных задач – лежит на уровне регионов Российской Федерации» (Москва, Кремль. 20 февраля 2014 г.). В этой связи нами разработана, утверждена министерством здравоохранения области и успешно реализуется в течение последних двух лет «Дорожная карта развития дерматовенерологической службы Амурской области на период с 2013 по 2020 годы».

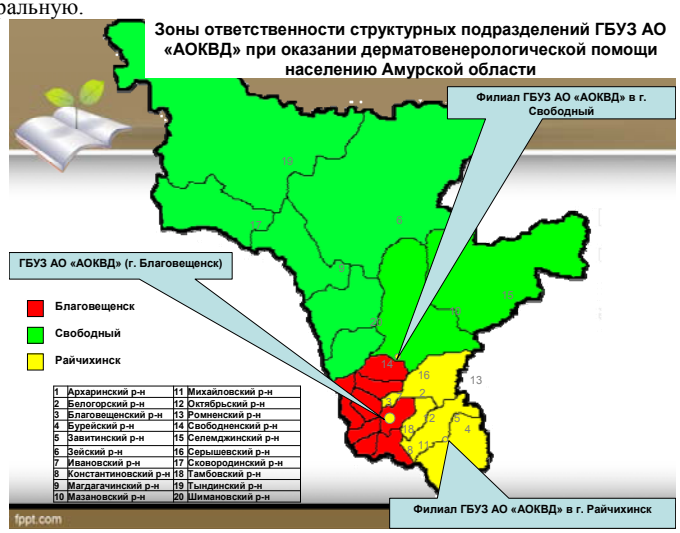
«Дорожной картой» определены цели и задачи развития службы на текущий период и перспективу до 2020 года. Определены также целевые индикаторы, которые должны быть достигнуты на первом этапе реализации «Дорожной карты», в период с 2013 по 2015 годы, и на втором, завершающем, этапе в период с 2016 по 2020 годы.

С целью максимальной оптимизации организационной и клинической составляющих при оказании помощи больным дерматовенерологического профиля внедрена 3-х уровневая система оказания такой помощи, определен четкий алгоритм маршрутизации пациента в медицинские организации соответствующего уровня, в зависимости от клинических показаний, начиная от ФАПа и заканчивая медицинскими учреждениями III уровня (федеральные центры) для оказания высокотехнологичной специализированной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология».

Трехуровневая система оказания дерматовенерологической помощи населению Амурской области



Сфера влияния дерматовенерологической службы Амурской области при оказании помощи населению подразделяется на 3 территориальных **зоны ответственности:** северную, южную и центральную.



К центральной зоне ответственности, с центром оказания специализированной дерматовенерологической помощи в ГБУЗ АО «АОКВД» в г. Благовещенске, относятся 10 административных территорий области, с максимальной удаленностью от центра 230 километров.

К северной зоне ответственности, с центром оказания специализированной дерматовенерологической помощи в Филиале ГБУЗ АО «АОКВД» в г. Свободном, относятся 8 административных территорий, с максимальной удаленностью от центра 750 километров.

К южной зоне ответственности, с центром оказания специализированной дерматовенерологической помощи в Филиале ГБУЗ АО «АОКВД» в г. Райчихинске, относятся 4 района, с максимальной удаленностью от центра 200 километров.

Для передвижения пациентов в пределах обозначенных уровней оказания медицинской помощи и зон ответственности используется автомобильный, железнодорожный и воздушный транспорт. Особенностью Амурской области, как впрочем и других субъектов Российской Федерации в Дальневосточном регионе, является значительная по площади территория с низкой плотностью населения, а в ряде северных районов: Тындинском, Зейском, Селемджинском – прямая зависимость передвижения любого транспорта от времени года и погодных условий, что крайне осложняет своевременное оказание медицинской помощи населению. Данная ситуация нами учтена при организации работы дерматовенерологических коек в отдаленных районах области.

Значительное внимание, на современном этапе, было уделено внедрению новейших информационных технологий в дерматовенерологическую службу области. Данная работа проводилась в рамках реализации региональной программы «Модернизация здравоохранения Амурской области на 2011-2012 годы», однако полностью не завершена и сегодня.

Основной акцент в этой работе был сделан на головное учреждение – ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер». В ходе реализации данного направления удалось:

- укомплектовать компьютерной техникой и оборудованием 41 автоматизированное рабочее место;
- объединить между собой все автоматизированные рабочие места в единую сеть;

- осуществлять ведение электронной медицинской документации на базе поликлиники, стационара и клинико-диагностической лаборатории диспансера;
- внедрить в работу сервис «Электронная консультативная регистратура»;
- внедрить систему электронного документооборота;
- вести единый регистр медицинских работников;
- осуществить составление электронного паспорта медицинского учреждения;
- вести федеральный сервис административно-хозяйственной деятельности.

Внедрение сервиса «Электронная консультативная регистратура» позволило осуществлять электронную запись пациентов, направленных дерматовенерологом из городов и районов области в областной кожвендиспансер.

В целях оперативного организационно-нормативного регулирования в течение 2012-2013 годов были изданы 11 приказов минздрава Амурской области дерматовенерологической направленности. В том числе:

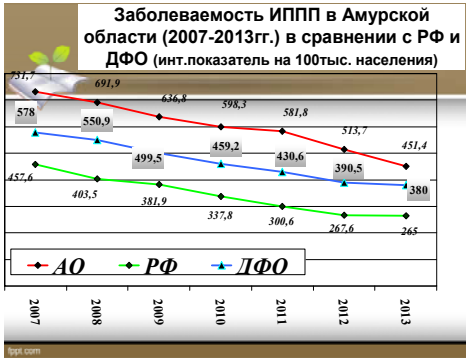
- от 18.06.2012 № 471 «Об утверждении Порядка взаимодействия врачей дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных»;
- от 16.07.2013 № 746 «О мерах по выполнению приказа МЗ РФ от 15.11.2012 № 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология» на территории Амурской области»;
- от 29.12.2012 № 1200 г. «О внедрении на территории Амурской области федеральных стандартов по профилю дерматовенерология».

Издан совместный приказ Минздрава области и УФСИН России по Амурской области от 29.05.2012 № 416/217 «О взаимодействии по оказанию медицинской помощи больным ИППП и ЗКЗ, содержащимся в учреждениях УФСИН России по Амурской области».

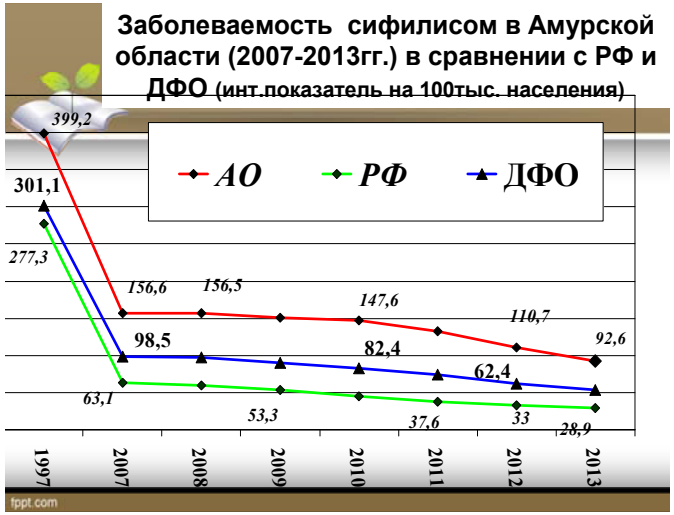
Продолжается работа по медицинскому освидетельствованию иностранных граждан, прибывающих в Амурскую область с целью трудового найма. По данным УФМС России по Амурской области на территорию области ежегодно въезжают более 15 тысяч иностранных граждан и лиц без гражданства. За период 2007 – 8 мес. 2014 годов суммарно выявлено 193 больных опасными инфекционными заболеваниями, в том числе 109 человек (57 %) больных сифилисом. Кроме того зарегистрировано 24 случая других ИППП. Все иностранные мигранты, у которых выявлены ИППП департированы, либо получили специфическое лечение.

В 2013 году внедрена ориентированная на результат система оплаты труда врачей и специалистов со средним специальным образованием. Осуществлен перевод сотрудников ГБУЗ АО «АОКВД» на «эффективный контракт» устанавливающий зависимость оплаты труда от эффективности выполнения индикативных показателей и мотивирующий к постоянному повышению профессиональной квалификации.

В результате работы, проводимой с учётом современных организационных тенденций, в 2013 году в сравнении с 2012 годом удалось добиться снижения заболеваемости ИППП на 12 % (2013 – 451,4; 2012 – 513,7),



в том числе: сифилисом на 16,4 % (2013 – 92,6; 2012 – 110,7);



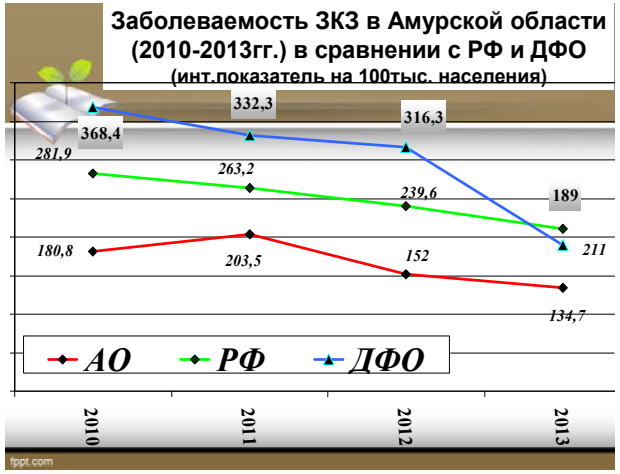
гонореей на 1 % (2013 – 87,6; 2012 – 88,4);

трихомониазом на 19 %; аногенитальными бородавками на 16,3 %; половым герпесом в 1,5 раза (2013 – 8,8; 2012 – 12,9). При этом в сравнении со среднероссийским показателем (15,4) заболеваемость герпесом в области ниже в 1,8 раза и в 2,2 раза ниже, чем по ДФО(19,1).

Активность выявления трихомониаза увеличилась на 6,7 % (82,5 %), хламидиоза на 4,7 % (68,9 %).

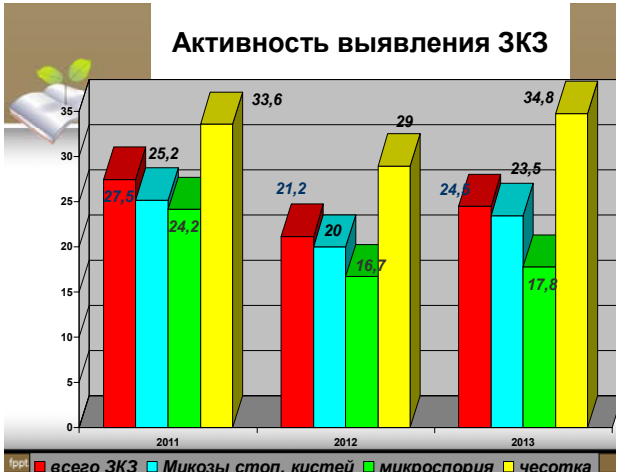
В 2013 году в сравнении с 2012 годом (152,0) достигнуто снижение заболеваемости ЗКЗ (134,7) на 11,4 %, при этом показатель заболеваемости составил 134,7 на 100 тыс.

населения. Это ниже среднероссийского показателя (211,0) в 1,7 раза и ниже, чем по ДФО (189,0) в 1,4 раза.



В разрезе нозологий: заболеваемость чесоткой уменьшилась в 1,4 раза (2013 – 26,5; 2012 – 37,2), микроспорией в 1,4 раза (2013 – 26,0; 2012 – 36,6), трихофитией в 1,8 раза (2013 – 1,0; 2012 – 1,8). Заболеваемость микозами стоп и кистей возросла на 6,4 % (2013 – 81,2; 2012 – 76,3). При этом по всем нозологиям ЗКЗ среднеобластной показатель заболеваемости ниже, чем средние показатели по РФ и ДФО, в том числе: по чесотке на 7,5 % и в 1,3 раза соответственно, по микроспории в 1,8 раза и в 1,5 раза соответственно, по микозами стоп и кистей в 1,6 раза и в 1,4 раза соответственно.

В 2013 году активность выявления больных ЗКЗ увеличилась в целом на 15,6 % (2013 – 24,5 %; 2012 – 21,2 %), а в разрезе нозологий: по чесотке на 20,0 % (2013 – 34,8 %; 2012 – 29,0 %), по микроспории на 6,6 % (2013 – 17,8 %; 2012 – 16,7 %), по микозам стоп и кистей на 17,5 % (2013 – 23,5 %; 2012 – 22,0 %), по трихофитии в 1,3 раза (2013 – 25 %; 2012 – 20 %).



Однако, несмотря на определенные успехи, достигнутые службой, имеются и серьезные проблемы, требующие решения.

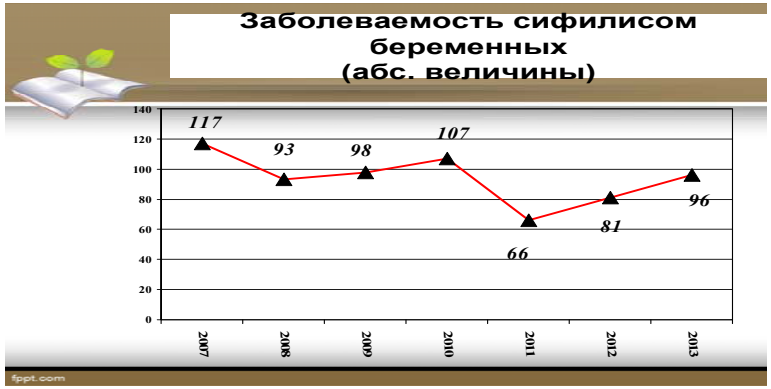
При стойкой тенденции к снижению, заболеваемость ИППП в области по-прежнему превышает среднероссийский показатель (2013 – 232,9) в 1,9 раза, а средний по ДФО (2013 – 354,3) в 1,3 раза.

Заболеваемость сифилисом и гонореей превышает среднероссийскую соответственно в 3,2 раза (2013 – 28,9) и в 2,9 раза (2013 – 29,8), а среднюю по ДФО в 1,7 раза (2013 – 53,5) и в 1,3 раза (2013 – 65,9) соответственно.

В 2013 году активность выявления больных ИППП уменьшилась на 2,7 % и составила 64,6 %, за счет снижения активности выявления сифилиса на 3,2 % (78,5 %); гонореи – на 13,5 % (30,7 %); аногенитальных бородавок на 12,3 % (50,4 %); герпеса в 2,7 раза (11,3 %).

Снижение активности выявления больных гонореей произошло за счет снижения активности выявления в АПУ на 8,3 % (2013 – 28,8 %; 2012 – 31,4 %), в том числе в КВУ в 1,4 раза (2013 – 8,8 %; 2012 – 12,1 %).

Увеличился уровень регистрации беременных женщин больных сифилисом. Так, в 2013 году на учет взято 96 беременных больных сифилисом (2012 – 81 чел).



Таким образом, регистрация сифилиса у беременных возросла на 18,5 %. Их них взяты на учет до беременности: 3,1 % (2013 г. по РФ – 1,6 %, ДФО – 2,3 %); во время беременности: 87,5 % (2013 г. РФ – 92,0 %, по ДФО – 91,4 %). При этом: в первом триместре беременности – 32,3 % (2012 г.- 28,4 %), втором – 33,3 % (2012 г. – 35,81 %), третьем – 21,9 (2012 г. – 19,76 %).

На 6 % возросла заболеваемость сифилисом детей от 0 до 17. Всего их зарегистрировано 40 человек, что составило 22,5 на 100 тыс. детского населения – это в 5,5 раза выше показателя по РФ (в 2013 г. – по РФ – 4,1, по ДФО – 12,0, 2012 г. – АО – 21,3).

Заболеваемость сифилисом детей 0-14 лет уменьшилась в 1,4 раза, составив 5,3 на 100 тыс. детского населения, однако превышает среднероссийский уровень в 3,8 раза (по РФ 2013г. – 1,4, по ДФО – 3,0, по Амурской области 2012 год – 7,3).

Заболеваемость сифилисом подростков в 2013 году возросла в 1,3 раза и составила 117,6 на 100 тыс. населения, превышая среднероссийский уровень в 6 раз (по РФ 2013г. – 19,1, по ДФО – 62,8, по Амурской области в 2012 году – 93,8).

На 6,4 % возросла заболеваемость микозами кистей и стоп (2013 – 81,2; 2012 – 76,3), при этом она ниже среднероссийского показателя (132,8) в 1,6 раза, а среднего по ДФО (113,1) в 1,4 раза.

В целях повышения эффективности оказания дерматовенерологической помощи населению необходимо:

1. Укомплектовать вакантные должности: врачей клинической лабораторной диагностики в Селемджинской, Сковородинской, Мазановской, Ромненской, Архаринской больницах.

2. Не реже одного раза в три года направлять на стажировку на рабочем месте в ГБУЗ АО «АОКВД» по вопросам ранней диагностики ИППП и ЗКЗ врачей дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, врачей общей практики, участковых терапевтов, врачей клинической лабораторной диагностики, фельдшеров-лаборантов.

3. Обеспечить включение новых индикативных показателей качества работы дерматовенерологов, таких как: число обоснованных жалоб на качество медицинской помощи; число и сумма рекламаций страховых компаний; число и сумма штрафов по решению надзорных органов; число удовлетворенных судебных исков; объективизацию оплаты труда дерматовенерологов, в том числе стимулирующих выплат в строгой зависимости от результативности исполнения индикативных показателей.

4. Актуализировать индикаторы оценки эпидемиологической ситуации, оценки результативности противоэпедимических и профилактических мероприятий, оперативного реагирования на эпидситуацию.

5. Обеспечить юридическую защиту дерматовенерологов при выполнении ими своих должностных обязанностей, сделав упор на документальное подтверждение досудебного урегулирования по претензии при возникновении конфликта «клиника-пациент».

6. Повысить эффективность работы по профилактике, активному выявлению и своевременному лечению больных ИППП и ЗКЗ, оперативному, и в полном объеме, выполнению поручений ГБУЗ АО «АОКВД» по работе с лицами, бывшими в контакте с больными.

7. Совершенствовать систему первичной профилактики, обратив особое внимание на группы «риска», в том числе молодежные организованные коллективы, используя при этом активные формы обучения и обязательный мониторинг уровня исходных санитарных знаний аудитории, в тесной взаимосвязи с педагогами.

8. Активизировать подготовку врачей гинекологов по профилактике ИППП среди женщин детородного возраста, наблюдающихся в женских консультациях.

9. Повысить эффективность работы по профилактике врожденного сифилиса среди социально-неадаптированных женщин детородного возраста. Для чего, в целях раннего выявления беременности у таких лиц и дальнейшего проведения комплекса необходимых мероприятий, использовать подворные обходы, возможности медико-социального патронажа и сельских советов, при необходимости привлекать органы внутренних дел и обращаться в суд.

10. Обеспечить неукоснительное выполнение приказа министерства здравоохранения Амурской области от 18.06.2012 № 471 «Об утверждении Порядка взаимодействия врачей дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных».

11. Улучшить взаимодействие врачей смежных специальностей по активному выявлению больных ИППП и ЗКЗ и тактике их ведения.

12. Обеспечить выполнение федеральных стандартов и Порядка оказания медицинской помощи больным по профилю «дерматовенерология» в соответствии с «Дорожной картой».

13. Повысить личную ответственность руководителей медицинских организаций за оперативность в проведении всего комплекса противоэпидемических мероприятий.

14. Добиваться в работе показателей на уровне целевых индикаторов:

- Снижение заболеваемости ИППП на 10,0 – 15,0 %.
- Числа серологических обследований (микрореакция с кардиолипиновым антигеном, ИФА, РПГА) на сифилис на 1000 населения – не менее 900 обследований.
- Доли активно выявленных больных при всех видах профилактической работы, в том числе сифилиса не менее 75 %, гонореи – не менее 60 %.
- Доли выявленных больных сифилисом и гонореей акушерско-гинекологическими учреждениями, в том числе: сифилисом не менее 10 %, гонорей не менее 15 %.
- Доли выявленных больных сифилисом урологическими учреждениями не менее 5 %, гонореей не менее 12 %.
- Числа обследованных контактов на одного больного сифилисом не менее 2,5, гонореей не менее 1,2.
- Активно выявленных больных чесоткой 40 %, микроспорией 40 %, трихофитией 30 %.
- Количества обследованных контактов на одного больного чесоткой, микроспорией, трихофитией – 10 человек.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

М.И. Аршинский, А.В. Найденова, Ю.В. Чибисов
Краевое государственное учреждение зравоохранения «Краевой кожно-венерологический диспансер» министерства здравоохранения Хабаровского края
г. Хабаровск

Медицинская помощь дерматовенерологического профиля населению Дальневосточного Федерального округа (ДВФО) в 2013 году оказывалась в 8 кожно-венерологических диспансерах (КВД), расположенных в субъектах Российской Федерации; в 193 кабинетах и отделениях областных, краевых, республиканских, центральных районных, районных и городских больницах (рисунок 1).

Рисунок 1. Медицинские организации дерматовенерологического профиля в ДВФО [2013 г.]

Количество кожно-венерологических диспансеров в ДВФО к 2013 году по сравнению с 2004 годом сократилось более чем в два раза с 21 до 8 (рисунок 1).

Обеспеченность населения ДВФО врачами-дерматовенерологами в 2013 году 0,72 на 10 тыс. населения, при показателе по Росийской Федерации 0,6 на 10 тыс. населения.

Обеспеченность населения ДВФО специализированными койками в 2013 году 1,53 на 10 тыс. населения, при показателе по Росийской Федерации 0,9 на 10 тыс. населения.

При высоком общем показателе (0,72 на 10 тыс. населения) обеспеченность врачами дерматовенерологами в ДВФО неравнозначная, так высокий показатель в Магаданской области (3,19 на 10 тыс. населения) и Чукотской автономной области (ЧАО) (2,95 на 10 тыс. населения), и низкий в Еврейской автономной области (ЕАО) – 0,4 на 10 тыс. населения (рисунок 2).

Рисунок 2. Структура обеспеченности населения ДВФО специализированнными койками [2013 г.].

Наиболее высокий показатель обеспеченности спецализированными койками в ЕАО – 3,19 на 10 тыс. населения, что в 2 раза выше, чем по ДВФО и более чем в 3 раза выше общероссийского показателя, а также ЧАО, Магаданская и Сахалинские области, Наиболее близкий к общероссискому показателю Приморский край – 1,1 на 10 тыс. населения (рисунок 2).

Рисунок 3. Структура обеспеченности населения ДВФО врачами дерматовенерологами [2013 г.].

Обеспеченность ДВФО врачами дерматовенерологами при высоком общем показателе (0,72 на 10 тыс. населения) неравнозначная, так высокий показатель в Магаданской области и ЧАО (1,25 и 1,18 на 10 тыс. населения), и низкий в ЕАО – 0,4 на 10 тыс. населения (рисунок 3).

Общее количество развернутых коек по профилю дерматовенерология в ДВФО на 2013 г. составило – 955, из них 718 дерматологических и 237 венерологических, соотношение 1 : 3.

Показатель работы койки в ДВФО в 2013 г. – 304 дня на уровне РФ (305 дней). Низкий показатель работы койки 173 дня в ЧАО, не выскокие в Камчатском крае и Республике Саха (Якутия), высокий в Сахалинской области – 360 дней. Близкие к нормативам (320 дней) показатели работы койки в Хабаровском и Приморском краях, Амурской области (рисунок 4).

Рисунок 4. Показатели работы койки дерматовенерологического профиля в ДВФО [2013 г.].

Существует некоторый дисбаланс в работе койки дерматологического и венерологического профилей, так показатель работы дерматологической койки для взрослых в РФ – 322 дня, венерологической – 228 дней. Койка для детей дерматологическая – 292 дней, венерологическая – 154 дня.

В ДВФО показатель работы дерматологической койки – 316 дней, венерологической – 267 дней. При рассмотрении отдельных субъектов округа так же отмечается низкие показатели работы венерологической койки, кроме Сахалинской области (352 дня). Особенно выраженный дисбаланс в Камчатском крае, Республике Саха.

Средняя длительность пребывания на дерматологической койке в РФ 16,3 дня, в ДВФО – 15,5 дня, при этом высокие показатели в ЧАО, Приморском крае. Оборот дерматологической койки в РФ – 19,5, в ДВФО – 20,4 , низкий показатель оборота койки в ЧАО (9,6). На венерологической койке средняя длительность прибывания в РФ – 16,2 дня, в ДВФО – 16,9 дней, оборот койки 16,2 и 15,8 соответственно, низкие показатели оборота венерологической койки в ЧАО (4,5), Камчатском крае (6,9) и Республике Саха (Якутия) (9,3) (рисунок 5).

Показатели работы койки дерматологического и венерологического профиля в ДВФО [2013г.]

Наименование	Дерматологическая койка			Венерологическая койка		
	Работа койки (дни)	Средняя длительность пребывания (дни)	Оборот койки (больных)	Работа койки (дни)	Средняя длительность пребывания (дни)	Оборот койки (больных)
РФ	**318**	**16,3**	**19,5**	**263**	**16,2**	**16.2**
ДВФО	316	15,5	20,4	267	16,9	15,8
Хабаровский край	340	14,1	24,2	250	18,2	13,7
Амурская область	336	14,4	23,3	278	15,8	17,6
Магаданская область	303	14,2	21,3	240	14,0	17,1
Сахалинская область	364	16,6	22,3	352	15,7	22,4
Еврейская автономная область	323	13,5	24,2	256	15,5	16,5
Чукотский автономный округ	179	18,7	9,6	100	22,2	4,5
Республика Саха (Якутия)	280	16,1	17,4	143	15,4	9,3
Камчатский край	263	15,6	16,8	130	18,8	6,9
Приморский край	313	17,8	17,6	332	19,8	16,8

Рисунок 5. Показатели работы койки дерматологического венерологического профиля в ДВФО [2013 г.].

При неравномерности в распределении нагрузки на коечный фонд требуется изменить подходы для его эффективной работы. Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова: «основой оптимизации коечного фонда должно быть не столько его сокращение, сколько перепрофилирование»; «функции коечного фонда должны быть взвешенно перераспределены на амбулаторное звено и койки дневного пребывания».

В РФ соотношение дерматовенерологических коек дневных (4720) и круглосуточных (12992) стационаров = **1:3.** При больничном учреждении функционирует 2907 коек, работа койки – 306,6 дня, при амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) 1813 койко-мест.

В ДВФО соотношение дерматовенерологических коек дневных (294) и круглосуточных (955) стационаров так же как в РФ 1:3. При больничном учреждении функционирует 163 койки, работа койки – 286 дня, средняя продолжительность пребывания – 12,2 дней. При амбулаторно-поликлинических учреждениях: 131 койко-место, в том числе для детей 19 койко-мест.

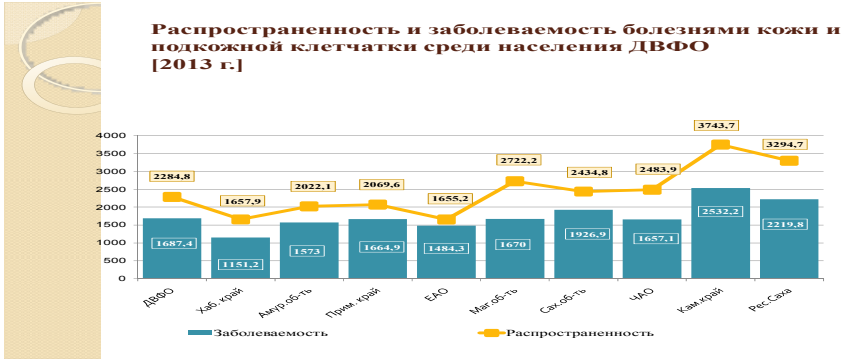


Рисунок 6. Распространенность и заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки среди населения ДВФО [2013 г.].

Высокая распространенность и заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации в 2013 г. 6145,0 и 4701, на 100 тыс. населения соответственно (9 место среди 17 классов болезней по МКБ10).

В ДВФО показатели распространенность и заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки практически в 3 раза ниже 2284,8 и 1687,4. Самые высокие показатели в Камчатском крае, низкие в Хабаровском крае (рисунок 6).

В Российской Федерации в 2013 году отмечаются не высокие показатели охвата диспансерным наблюдением, лиц, страдающих хроническими кожными заболеваниями, так в разных возрастных группах показатель составляет: атопический дерматит 35-48 %, псориаз 57-66 %, дискоидная красная волчанка 62-73 %, локализованная склеродермия 62-73 %.

Приоритет профилактического направления в оказании помощи пациентам, страдающим хроническими заболеваниями определен современным законодательством:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статья 2) Охрана здоровья граждан (далее – охрана здоровья) – система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи;

Профилактика – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем (статья 12): осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально-значимых заболеваний и борьбе с ними; проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Диспансерное наблюдение (статья 46): динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

2. Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 г.: основными функциями первичного амбулаторно-поликлинического уровня должны быть: диспансеризация населения… и разработка индивидуальных программ профилактики (коррекция образа жизни, превентивное лечение); диспансерное наблюдение (и углубленные осмотры) за лицами, относящимися к группам риска и хроническими больными; Качество работы по данным направлениям будет являться оценочным индикатором организации медицинской помощи населению.

Для оптимизации работы дерматовенерологической службы необходимо определить, в качестве приоритетных, следующие направления:

– принятие административных решений по оптимизации использования коечного фонда;

- усиление комплекса профилактических мероприятий, направленных на предупреждение и раннее выявление дерматозов и ИППП, а также диспансерного наблюдения и расширению применения немедикаментозных методов профилактики и медицинской реабилитации;

- продолжить дальнейшее развитие информационно-пропагандисткой системы по вопросам профилактики инфекций передаваемых половым путём, в том числе с использованием видеоматериалов, печатной продукции;

- организовать систему доступной специализированной медицинской помощи для групп повышенного поведенческого риска, в том числе на базе подросткового специализированных центрах профилактики и лечения ИППП «Доверие»;

- усилить профилактический компонент в деятельности учреждений здравоохранения, путем организации и проведения совместных конференций, семинаров, медицинских советов, выездных коллегий;

- расширить применение новейших методов дистанционного консультирования и телемедицины в работе дерматовенерологической службы;

- организовать ежегодные встречи главных внештатных специалистов субъектов ДВФО для выработки действенных механизмов совершенствования дерматовенерологической службы.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАМКАХ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ» В ГБУЗ АО «АОКВД»

А.В. Платонов, Е.К. Базанов, А.В. Козлова, К.Ю. Решетов
ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
г. Благовещенск

Под модернизацией здравоохранения понимают научно обоснованная модель – поддержанную обществом совместную деятельность органов власти различного уровня, органов управления здравоохранением и всего медицинского сообщества, основанную на реальном учете имеющихся ресурсов и существующих факторов внешней среды с целью переведения российского здравоохранения на уровень, отвечающий современным требованиям, соответствующим мировым стандартам и придание ему современного облика.

Основной целью модернизации является оказание равнодоступной и качественной медицинской помощи любому пациенту, независимо от территории его проживания, при этом труд врача должен быть максимально эффективным, производительным и высокооплачиваемым, а оплата зависит от доли участия каждого врача в производственном процессе.

Данный постулат очевиден, как некий конечный результат, который должен быть достигнут на определенном этапе развития медицины, но, чтобы реализовать задуманное, необходимы современные инновации, которые будут ключом к достижению задуманного – данным ключом как раз и являются современные информационные технологии.

Использование в современной медицине достижений информационных технологий обеспечивает более высокий уровень предоставляемых медицинских услуг за счет новых способов обработки и хранения медицинской информации.

Яркий пример – электронная история болезни. Вместо традиционной бумажной «карточки» вся информация о пациенте хранится в единой электронной базе данных, что позволяет, при необходимости, обращаться к этой информации и обмениваться данными между медицинскими организациями.

Обратимся к хронологии событий:

– 12 апреля 2011 года на заседании правительственной комиссии по внедрению информационных технологий в рамках программы «Информационное общество» была утверждена концепция создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗдрав). В ней определен четкий курс на облачную модель построения информационных технологий.

– 28 апреля 2011 г. окончательный вариант концепции был утвержден.

- 15 июня 2011 г. Минздравсоцразвития России направило в регионы письмо, в котором предписало в срок до 1 июля «доработать и представить раздел «внедрение современных информационных систем в здравоохранении» программ модернизации» с учетом утвержденной концепции.

– 30 июня 2011 г. была создана «Рабочая подгруппа по подготовке предложений по вопросам создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения

– 20 июля 2011 г. были выложены новые варианты 3-х документов из состава «Методических рекомендаций», в документах были введены новые понятия, такие как: «оборудование и программное обеспечение», «тонкий клиент», приведены требования интеграции с порталом государственных услуг и расширение требований к программной составляющей.

– 29 сентября 2011 г. приказом Минздравсоцразвития РФ № 1088 был утвержден перечень первоочередных мероприятий по созданию информационной системы в здравоохранении.

– К 12 октября 2011 г. было подписано 50 региональных программ информатизации, среди которых была и Амурская область.

Фактически в Амурской области модернизация здравоохранения началась с февраля 2011 года – с момента подписания Правительством Амурской области постановления от 07.02.2011 года № 36 о региональной Программе «Модернизация здравоохранения Амурской области на 2011-2012 годы», что и явилось в нашей области основой для реализации мероприятий раздела «Внедрение современных информационных систем в здравоохранении».

Реализация раздела «Внедрение современных информационных систем» в Амурской области в целом и в ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер» в частности, было продлено и на последующие годы и осуществлялось в рамках исполнения ряда государственных контрактов, а именно:

– № 33 от 07.08.12 г. – на поставку автоматизированных рабочих мест региональной защищенной сети здравоохранения;

– № 37 от 17.08.12 г. – на выполнение работ по созданию системы защищенного информационного обмена в сфере здравоохранения Амурской области;

– № 49 от 31.08.12 г. – по созданию территориально-распределитель-ной системы обработки и хранения данных для функционирования региональной медицинской информационной системы, используя систему защищенного информационного обмена;

– № 61 от 03.09.12 г. – на выполнение работ по разработке и внедрению в эксплуатацию региональной информационной системы в сфере здравоохранения Амурской области;

- № 122 от 05.12.12 г. «О поставке лицензионного программного обеспечения подсистемы лабораторной диагностики в сфере здравоохранения Амурской области».

В целом к реализации раздела «Внедрение современных информационных систем» в рамках региональной программы «Модернизация здравоохранения Амурской области», по состоянию на 01.01.2013 года, было вовлечено 58 медицинских организаций, а аппаратно-программная инфраструктура здравоохранения Амурской области разбита на 4 группы медицинских организаций:

– 6 медицинских организаций (пилотная группа) с высоким уровнем информатизации, показатель оснащенности АРМ (1:2);

– 7 медицинских организаций (1 основная группа) со средним уровнем информатизации (1:3), куда вошел и ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»;

– 17 медицинских организаций (2 основная группа) с низким уровнем информатизации (1:4);

– 28 медицинских организаций (3 основная группа) с очень низким уровнем информатизации (1:5).

В целом, с 2011 года по настоящее время, в рамках реализации раздела «Внедрение современных информационных систем» региональной программы «Модернизация здравоохранения Амурской области» в ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер» удалось:

- укомплектовать компьютерной техникой и оборудованием 41 автоматизированное рабочее место;
- объединить между собой все автоматизированные рабочие места в единую сеть;
- ввести сервис «Электронная консультативная регистратура»;
- внедрить систему электронного документооборота;
- вести единый регистр медицинских работников;
- осуществить составление электронного паспорта медицинского учреждения;
- вести федеральный сервис административно-хозяйственной деятельности;
- осуществлять ведение электронной медицинской документации на базе поликлиники, венерологического отделения и клинико-диагностической лаборатории диспансера.

Конечной целью реализации раздела «Внедрение современных информационных систем» являлось внедрение в опытную, а затем и в промышленную эксплуатацию 14 подсистем региональной информационной системы здравоохранения Амурской области (далее РИСЗ АО) и выведение данных о работе медицинских организаций области через центр обработки данных ГБУЗ АО «Амурский областной информационно-аналитический центр» на федеральный портал единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Учитывая специфику работы ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер» не все модули РИСЗ АО актуальны для оптимальной работы диспансера. По состоянию на 01.10.14 года в ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер» введены в эксплуатацию и функционируют следующие подсистемы и модули:

1. Подсистема планирования, предполагающая работу модулей: планирования амбулаторного приема и профосмотров, а также планирования госпитализации на основании данных о занятости коечного фонда стационарных отделений – успешно функционирует.

Модули планирования вакцинаций и планирования операций не актуальны для работы диспансера.

2. Подсистема ЭМК:

Успешно работают модули основных типов электронных карт: электронный случай обращения (поликлиника) и электронная история болезни (стационар), а также актуализированы основные настойки состава электронных карт: титульный лист, анамнез жизни пациента, анамнез болезни пациента, а также протоколы ведения ЭМК: амбулаторные приемы, осмотр пациентов, листы профосмотра и онкоосмотра, протоколы заседания врачебной комиссии, протоколы консультативного осмотра заведующих отделений, протоколы клинико-диагностических исследований, учет листов назначений и направлений, учет листков нетрудоспособности, диспансерный учет, оценка качества оказания медицинской помощи, стандарты оказания медицинской помощи.

Остальные типы электронных медицинских карт, необходимые для работы многопрофильной медицинской организации и ряд услуг не актуальны для работы диспансера.

В общей сложности, по состоянию на 01.10.14 г. достигнуты следующие целевые показатели ведения электронных медицинских карт (ЭМК):

- количество созданных ЭМК – 17200
- количество заполненных ЭМК – 17200
- количество ЭМК в полном объеме – 6900 (40,0 %) от общего количества заполненных ЭМК.

С помощью сервиса «Электронная консультативная регистратура», по состоянию на 01.10.14 г., в ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер» записано 43 пациента, проживающих в районах Амурской области.

3. Подсистема учета условий нахождения пациентов на стационарном лечении, предполагающая работу модулей: учета ресурсов стационарного отделения, загруженности стационарных отделений с учетом имеющегося и занятого количества койко-мест, резервирование койко-места в стационарном отделении, учета нахождения пациентов на стационарном лечении, учета услуг, полученных в приемном отделении, местонахождение пациента, лечащий врач, назначения, движение пациента – успешно функционирует.

4. Подсистема информационно-справочного обеспечения пациентов, медицинских специалистов, предусматривающая работу модулей: получения информации о медицинском учреждении в объеме паспортной части через интернет, на прием к врачу через интернет – успешно функционирует.

5. Подсистема учета клинико-диагностических исследований (КДИ), предусматривающая работу модулей учета лабораторных нарядов и результатов исследования, получения от лабораторного анализатора результатов исследований, настройку контрольных значений результатов исследований, автоматизированный контроль соответствия фактических значений результатов КДИ контрольным значениям, ведение справочников и настроек, контроля качества лабораторных исследований – практически все модули данной подсистемы для оптимального функционирования нуждаются в той или иной степени в доработке.

6. Подсистема учета взаимодействия с контрагентами, предполагающая: интеграцию с региональной информационной системой обязательного медицинского страхования, ведение реестра страховых компаний, ведение реестра договоров, учет взаиморасчетов с контрагентами, учет прикрепленного контингента и ряд других важнейших функций – требует доработки.

7. Подсистема учета медикаментов, материалов, оборудования, хозяйственных товаров и инвентаря, предполагающая: ведение справочника медикаментов, упаковок, материалов, оборудования и учет их движения находится в процессе активной доработки.

8. Подсистема анализа и отчетности, предполагающая работу конструктора отчетных форм и составление отчетности по: планированию деятельности учреждения, оказанным медицинским услугам, листкам нетрудоспособности, клинико-диагностическим исследованиям, взаиморасчетам с контрагентами, отпущенным лекарственным средствам, загрузке учреждения – по ряду модулей функционирует, а по другим находится в процессе активной доработки.

9. Подсистема администрирования и настройки, предполагающая работу модулей: ведения справочников, автоматизированного поиска и объединения дублирующих сведений, ведение списка пользователей, назначение прав доступа и ролей, настройку структуры файлов информационного обмена, работу со сведениями о сертификатах и ключах ЭЦП – успешно функционирует.

10 Подсистема выдачи и обслуживания льготных рецептов, а также рецептов на контролируемые лекарственные средства, предполагающая работу модуля учета рецептов: выписка, печать на бланке, печать штрих-кода, учет источников финансирования, наличие информации об остатках выписанного лекарства в пунктах отпуска, ведение реестра лиц, имеющих право на ДЛО, учет отпуска лекарственных средств по рецептам – функционирует, но требует дополнительной доработки.

11. Подсистема хранения, обработки и просмотра медицинских изображений в формате DICOM – не актуальна для работы диспансера.

12. Подсистема региональной медицинской статистики, анализа деятельности учреждений и формирование государственной, отраслевой и ведомственной отчетности – функционирует, но требует дополнительной доработки.

13. Подсистема, обеспечивающая кадровый учет в медицинских учреждениях – успешно функционирует.

14. Подсистема ведения паспортов медицинского учреждения – успешно функционирует.

Таким образом, из 14 подсистем региональной информационной системы здравоохранения Амурской области наиболее серьезные недостатки имеются в работе модулей подсистемы учета клинико-диагностических исследований и учета взаимодействия с контрагентами.

По данным вопросам доработки региональной информационной системы здравоохранения Амурской области в ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер» проводилась ранее и проводится в настоящее время не только активная претензионная работа с ООО «Пост Модерн Технолоджи» – фирмой поставщиком услуг, но и с ООО «СофтИнфо» – фирмой субподрядчиком.

Претензии дублируются в адрес регионального представителя по Дальнему Востоку и Сибири, на имя директора ГБУЗ АО «Амурский областной информационно-аналитический центр» и заместителя председателя Правительства Амурской области – министра здравоохранения области.

Огромный пласт работы по доработке программного продукта РИСЗ АО возложен на программиста диспансера, который принимает активнейшее участие в вопросах технической поддержки и решении многочисленных текущих задач.

Внедрение инноваций в устоявшуюся и привычную жизнь на любом этапе развития общества всегда сопряжено с определенными неудобствами, связанными, как с техническими недоработками, выявляемыми в процессе их практического использования, так и с недовольством пользователей, которым непосредственно предстоит их применять. Дерматовенерологи понимают неизбежность поступательного движения технического прогресса, высоко оценивают достоинства и преимущества внедрения информационных технологий на современном этапе, убеждены, что будущее за ними, а завершение программных мероприятий в полном объеме, несомненно, еще более повысит качество и доступность специализированной медицинской помощи пациентам дерматовенерологического профиля.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ ГРИБКОВОМ ПОРАЖЕНИИ КОЖИ И НОГТЕЙ

М.И. Аршинский, З.В. Фролова, О.А. Чудина, М.И. Бабкова
Краевое государственное учреждение зравоохранения «Краевой кожно-венерологический диспансер» министерства здравоохранения Хабаровского края
г. Хабаровск

По разным имеющимся статистическим данным около 20 % населения земли страдают различными формами микотических поражений. Микозы составляют 37-42 % от всех болезней кожи и ногтей.

В России число больных онихомикозами, по данным скрининговых исследований, более 4,5 млн. человек. Как показывают статистические данные, в России заболеваемость онихомикозами имеет тенденцию к постоянному увеличению. В 1993 г. она составляла 50 человек на 100 тыс. населения, в 2007 – 85,6, в 2008 – 84,9, в 2009 – 82,3.

В течение двух лет в условиях круглосуточного стационара КГБУЗ «ККВД» г. Хабаровска проводились наблюдения за больными страдающими псориазом. Всего за это время под наблюдением находилось 214 больных. У 56 человек имелись изменения ногтевых пластин стоп (изменение цвета, подногтевой гиперкератоз, разрушение ногтя у дистального края). В этой же группе больных у 19 были поражены ногтевые пластины кистей, у 37 человек имелись поражения кожи стоп (гиперкератоз, шелушение трещины), изменения на коже кистей были выявлены у 23 человек и у 20 высыпания локализовались на коже крупных складок.

	Поражение ногтей стоп	Поражение ногтей кистей	Поражение кожи стоп	Поражение кожи кистей	Поражение крупных складок
мужчины	37	14	30	17	12
женщины	19	5	7	5	8

В связи с этим всем больным, страдающим псориазом, с наличием изменений ногтевых пластин и кожи, клинически схожих с грибковым поражением производились микроскопические исследования срезов пораженных ногтевых пластин. А также исследование соскобов с кожи с кистей и стоп, очагов на коже в крупных складках. При обследовании нами получены следующие результаты:

	Ногти стоп	Ногти кистей	Соскобы с кожи стоп	Соскобы с кожи кистей	Соскобы с очагов в крупных складках
Мужчины	27	7	16	2	4
Женщины	12	8	8	4	6

Онихомикозы стоп у 39 человек (69,5 % случаев), онихомикоз кистей у 16 – 28,6 %, грибковые поражения кожи выявлены у 38 человек 67,8 % , что свидетельствует о том, что структурные изменения кожи и ногтевых пластинок при дерматозах являются предрасполагающим фактором к колонизации их грибами. Наличие грибов может явиться дополнительным аллергизирующим фактором у пациентов, страдающих хроническими заболеваниями кожи, они усугубляют течение заболевания и снижают эффективность лечения. В связи с этим возникает необходимость назначения адекватного противогрибкового лечения, системным антимикотиком т.к. наружными средствами не всегда достигается хороший клинический эффект от проводимой терапии. На сегодняшний день на фармацевтическом рынке представлен достаточной большой спектр системных антимикотиков, предпочтение в данной ситуации отдается препаратам широкого спектра действия (итраконазол, тербинафин, флуконазол).

Лекарственное средство подбиралось индивидуально для каждого больного, в зависимости от возраста пациента, наличия сопутствующей соматической патологии и результатов клинического обследования. Всем больным (56 человек) с псориазом и грибковым поражением кожи и ногтей перед началом лечения системным антимикотиком была произведена оценка индекса PASI. Индекс колебался от 19 до 34.

Средний индекс PASI у всех пациентов составил 26, что соответствует средней степени тяжести течения заболевания. В дальнейшем проводилась оценка индекса PASI на 7, 14, 21 день лечения. Больные были разделены на 3 равные группы по 14 человек. 3 группы получали системный антимикотик в сочетании с наружной терапией комбинированными средствами (стероид + противогрибковое средство) и контрольную группу, в которой системный антимикотик не назначался. По окончании лечения средние значение индекса PASI у пациентов получавших противогрибковое лечение равнялось 13. У больных, которым системный антимикотик не назначался 17.

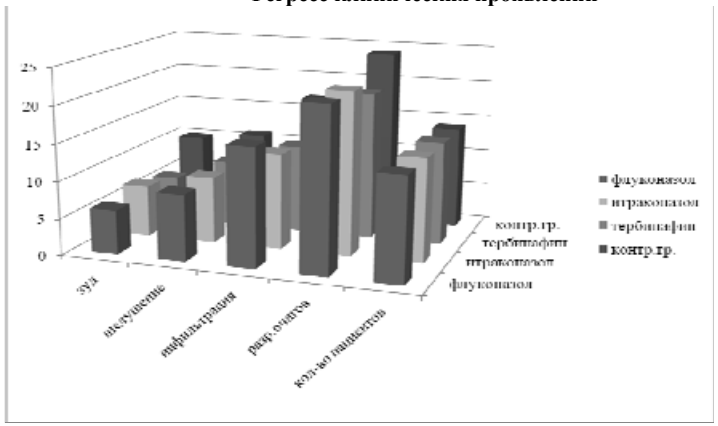
Оценка эффективности лечения

	флуконазол	итраконазол	тербинафин	Контрольная группа
Уменьшение зуда	5-7 день	7-8 день	5-7 день	10-11 день
Уменьшение шелушения	8-10 день	8-10 день	8-10 день	12-13 день
Уменьшение инфильтрации	15-17 день	13-14 день	12-13 день	17-18 день
Разрешение очагов	21-23 день	22-23 день	19-21 день	24-25 день
Количество пациентов	14 человек	14 человек	14 человек	14 человек

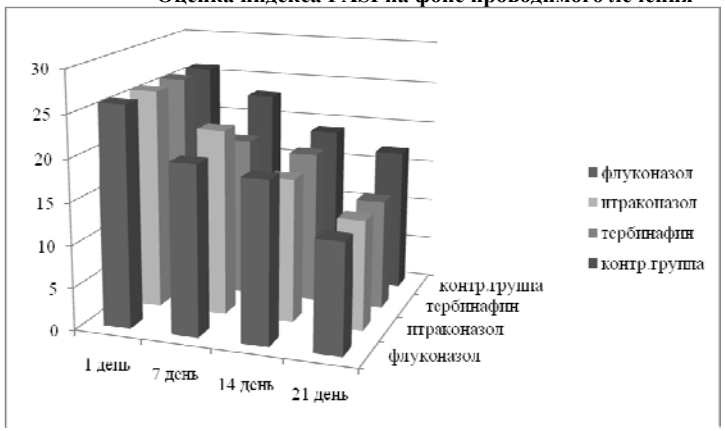
На фоне лечения системным антимикотиком клинический эффект от лечения появлялся раньше чем в контрольной группе, быстрее уменьшался зуд и шелушение кожи,

инфильтрация тканей в очагах, улучшалось самочувствие больных. Очаги начинали разрешаться раньше, чем у пациентов получавших только наружное лечение.

Регресс клинических проявлений



Оценка индекса PASI на фоне проводимого лечения



На основани проведенного клинического исследования можно сделать следующий вывод: что лечение системным антимикотиком, больных страдающих псориазом с сопутствующим грибковым поражением кожи и ногтей, независимо от группы препарата, ускоряет разрешение кожного процесса. Что позволяет повысить эффективность лечения, сократить длительность пребывания больного в стационаре, уменьшить количество дней нетрудоспособности. Улучшить качество жизни пациента.

УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБ ИНФЕКЦИЯХ, ПРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Е.К. Базанов, В.А. Кузина, А.Н. Джабилов, А.В. Козлова
ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
г. Благовещенск

Как следует из выступления В.В. Путина «Космодром «Восточный» – не просто площадка для запуска ракет, а новый город на Дальнем Востоке. Строительство объекта

призвано не только подтвердить высокий технологический статус, но и дать возможность мобилизировать интеллектуальные ресурсы страны, ведь осуществление этого проекта позволит реализовать свой талант молодым специалистам».

Распоряжением Президента Российской Федерации от 01.09.2009 г. № 562-рп Спецстрой России определен единственным исполнителем подрядных работ по созданию космодрома «Восточный». На строительстве объектов космодрома в соответствии с решением директора Спецстроя России, задействованы два генподрядных управления – ФГУП «ГУСС «Дальспецстрой» при Спецстрое России» и ФГУП «Стройспецтехнологии» при Спецстрое России». Широкомасштабные работы начаты с 01.10.2011 года в Амурской области в пгт Углегорск.

Как и ранее на все масштабные стройки страны, так и в этот раз, на работы вахтовым методом в летнее, каникулярное время, на космодром «Восточный», были привлечены студенческие коллективы практически со всех уголков нашей страны.

Географический» состав студенческих отрядов, прибывших для работы на космодром «Восточный» летом 2014 года, был весьма обширен. Всего было задействовано 439 студентов в возрасте от 18 до 27 лет, из них 39 девушек и 400 юношей. Студенты прибыли из: г. Орла, Новосибирска, Красноярска, Омска, Челябинска, Калининграда, Санкт-Петербурга, Татарстана, Осетии, Саха-Якутии, Бурятии, Томска, Новосибирска, Казани, Алтайского края. Амурскую область представляли 54 студента: из г. Благовещенска -13 человек, г. Шимановска – 2 человека, г. Свободного – 39 человек.

Отбор студентов на работу по месту их учебы производился очень тщательно: с учетом здоровья, семейного положения, отсутствия правонарушений, успешной учебы, отсутствия вредных привычек.

Контроль за работой студентов, а также условиями и правилами их проживания в общежитии был возложен на Совет строительных отрядов, с представителями от каждой группы студентов.

В задачи ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер», как специализированной медицинской организации дерматовенерологического профиля, входило изучение исходного уровня знаний основных клинических проявлений инфекций, передаваемых половым путем среди студентов, занятых на работах на космодроме «Восточный».

В целях реализации поставленной задачи проводилось анкетировании студентов до освещения лекционного материала по вопросам клинических проявлений инфекций, передаваемых половым путем и мерам их профилактики (выяснение исходного уровня знаний) и после прочтение лекционного материала врачом дерматовенерологом ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер» (контроль усвоения лекционного материала).

В анкетировании первого этапа приняли участие 138 человек, из них 21 девушка в возрасте от 20 до 24 лет и 117 юношей в возрасте от 18 до 25 лет.

В анкетировании второго этапа приняли участие 215 студентов, из них 25 девушек и 190 юношей.

Итоги проведенной работы:

– по анкетированию первого этапа (до проведения лекций, исходный уровень знаний):

Исходный уровень знаний молодежи об инфекциях, передаваемых половым путем ИППП и мерах комплексной профилактики очень низкий, мало зависит от пола, возраста, социального статуса, как у юношей, так и у девушек.

Однако, данные вопросы не могут не волновать молодежь и не вызывать интереса, поскольку опрашиваемые, относятся к самому репродуктивному возрасту, а значит незнания элементарных «правил безопасного секса» могут привести к неблагоприятным последствиям в дальнейшем. Следовательно, этой темой не занималась в должной мере школа, учебные заведения, где сейчас учатся молодые люди. Судя по всему – родители традиционно обходили эту «неудобную» тему для разговора со своими детьми. Возможно, что недопонимание своей ответственности перед собственным здоровьем, ответственности за

здоровье близких людей может быть объяснена в силу незрелости молодых людей в 18-19 лет. Отсутствие же знаний в 23-25 лет – факт, говорящий о серьезных проблемах в профилактической работе всех уровней и на различных территориях Российской Федерации. А значит, проблема существует, она не носит узконаправленный региональный характер, не зависит от пола, возраста заинтересованной аудитории и требует скорейших активных действий от специалистов.

– по анкетированию второго этапа (после проведения лекций):

Респонденты стали более осведомлены, перечисляют значительно большее количество ИППП

Ответы на вопрос о том, что подразумевается под понятием «безопасный секс» стали более полными и развернутыми, содержат не только перечисление препаратов, необходимых для создания «защиты» от инфекций, передаваемых половым путем, но и обосновывают необходимость соблюдения верности одному партнеру.

Появились упоминания о важности сохранения репродуктивного здоровья для создания будущей здоровой семьи, рождению здоровых детей.

Более грамотными стали и ответы на вопрос о том, какие средства индивидуальной защиты от инфекций, передаваемых половым путем вы предпочли бы лично для себя. (по-прежнему лидирует – латексное изделие – презерватив (но в ответах есть даже упоминания, какими «марками» предпочтительнее пользоваться и почему). Есть упоминания о спермицидных средствах, средствах «карманной» аутопрофилактики. В ответах есть объяснения, почему предпочтительнее те или другие препараты.

В анкете присутствовал вопрос «После проведенной беседы (лекции, семинара), могли бы Вы доходчиво и в то же время грамотно провести разговор (беседу) с лицами, нуждающимися в данной информации. Положительных ответов было более 44 %.

Завершал анкету вопрос «Нужна ли Вам полученная информация и будете ли Вы в дальнейшем пользоваться ею. Доведенная информация заинтересовала и дала ответы на давно интересующие вопросы более чем 78 % опрашиваемых.

Таким образом, работа, проведенная на космодроме «Восточный» дерматовенерологами ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер» среди студенческих коллективов страны, по выяснению исходного уровня знаний по вопросам инфекций передаваемых половым путем и мерам их комплексной профилактики, а также проведение вышеупомянутой санитарно-просветительной работы с последующим определением информированности студентов по данным вопросам, имела важное практическое значение и, несомненно, повысила осведомленность студентов по вопросам основных клинических проявлений инфекций, передаваемых половым путем и мерам их профилактики, дала основы формирования здорового образа жизни, а также сыграла важную роль для сохранения репродуктивного здоровья подрастающего поколения.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП У ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ МУЖСКОГО ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ГБУЗ АО «АОКВД» за 2011-2013 годы

А.В.Бунин, Е.В. Кондрашин, В.А. Кузина
ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
г. Благовещенск

В Амурской области, в течение последних 3 лет, заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, (ИППП), у подросткового населения нестабильна, находится на высоком уровне и имеет тенденцию к росту (2011 – 596,0; 2012 – 552,1; 2013 – 621,3).

От общего числа выявленных ИППП по области заболеваемость подростков составляет в среднем 4%. В структуре заболеваемости подросткового населения (2011-2013гг.) на первом месте стоит трихомониаз, втором – хламидиоз, третьем – гонорея.

Обращает на себя внимание заболеваемость сифилисом подростков в Амурской области – за последние три года она возросла в 1,3 раза (2011 г. – 89,4; 2012 г. – 93,8; 2013 г. – 117,6), превышая среднероссийский показатель (21,2) в 5,5 раза.

Отмечается увеличение числа регистрируемых случаев инфекций, передаваемых половым путем у учащихся средних и старших классов общеобразовательных школ, профессиональных училищ.

За исследуемый период в поликлинику ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер» обратились 312 подростков. ИППП выявлены в 161 случае. 5,76 % обратившихся – лица первого года обучения в колледжах Амурской области. Обратились из районов Амурской области 103 человека. Путь инфицирования подростков ИППП (15-17 лет) половой. Случаев заражения при сексуальном насилии и бытовым путем не зарегистрировано.

На первом месте из выявленных у подростков ИППП – Хламидиоз – 2,48 %; на втором – сифилис – 21,8 %; на третьем – трихомониаз – 18,6 %; на четверном гонорея 18,0 %. Аногенитальные бородавки занимают последнее место 16,7 %. Не зарегистрировано ни одного случая генитального герпеса. Микст – инфекция имела место в 12 случаях. Выявленная сапрофитная флора в 18 случаях: микоплазма-2; уреаплазма – 4; стрептококк фекальный -3; псевдомония -3; стрептококк агалактиэ-1; кандида – 4.

С 2011 по 2013 годы врачами мужского венерологического кабинета проводилось анкетирование подростков, впервые обратившихся за медицинской помощью в ГБУЗ АО «АОКВД».

Тестирование прошли 250 молодых людей мужского пола (100 %), из них в возрасте 17 лет – 45,2 % (113 человек); в возрасте 16 лет 39,2 %(98 человек); в возрасте 15 лет 15,6 % (39 человек). 54 человека (21,6 %) составили учащиеся школ; учащиеся СУЗов – 120 человек (48 %); учащиеся ВУЗов – 76 человек (30,4 %).

Таким образом, из числа опрошенных самый большой процент составили учащиеся СУЗов, как правило, 1 года обучения.

Наличие постоянного полового партнера отметили только 78 человек (31,2 %) из числа всех опрошенных. В целом, все заболевания, относящиеся к ИППП, были перечислены (но в некоторых анкетах ответы были более полные, а в некоторых указывались только самые известные).

На вопрос о том, что такое «комплексная профилактика» 43 % затруднились с ответом (причем это ответ не зависит от возраста), 9 % отнесли к данной профилактике «прерванный» половой акт, использование оральных гормональных контрацептивов, использование одновременно сразу нескольких презервативов, 23 % верно ответили о важности использования презерватива и «карманных дезенфецирующих средств» – мирамистин, цидипол. К сожалению никто, из опрашиваемых не упомянул о спермицидных средствах.

Основной источник получения знаний о ИППП и мерах защиты от них – 35 % – назвали интернет, 44 % – лекции и беседы, проводимые для них в учебных заведениях (в основном это учащиеся ВУЗов и СУЗов и 0,2 % – школьники), 8 % – «что-то самостоятельно читали», 9 % – получили эту информацию от приятелей и около 4 % – советовались с родителями.

Большинство опрошенных подростков 82 % (205 человек), как основное средство защиты от ИППП, указали презерватив (некоторые даже с фирменными названиями и ценовую лестницу), менее 4 % (10 человек) используют «карманные аутопрофилактические средства – мирамистин и цидипол). «Ничем» не пользуются 2 % (5 человека), так как, по их мнению «это снижает «половую чувственность».

Выводы:

1. Большинство подростков осведомлены и о инфекциях, передаваемых половым путем и основных мерах индивидуальной защиты от них.

2. В ответах недостает «полноты и последовательности». На это необходимо обратить внимание и лечащим дерматовенерологам на приемах в приватных беседах и врачам, занимающимся санитарно-просветительной работой.

3. К большому сожалению, довольно часто подростки, ведущие активную половую жизнь, пренебрегают основными методами индивидуальной комплексной защитой от ИППП, при этом не обладают достаточной объективной, правдивой, достоверной информацией о ИППП, особенностях современной профилактики. Эти факторы приводят подростка к рискованному сексуальному поведению и заражению ИППП.

Подростковая категория населения относится к наиболее уязвимой, поскольку при недостаточных знаниях, небогатом жизненном опыте, «юношеском максимализме» совершает наибольшее количество ошибок, большая часть которых, к сожалению, касается их репродуктивного здоровья, а значит, оказывает влияние на дальнейшее качество жизни. Это следует всегда иметь в виду практическим врачам любых направлений, но в большей степени врачам, занимающимся недугами, связанными с репродуктивной функцией пациента, которым следует обратить внимание на некоторые принципиальные аспекты в работе, сделав их более доступными, «легкими в усвоении», с большим уклоном на практические особенности современной первичной профилактики инфекций, передающихся половым путем.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

А.В. Козлова, Е.К. Базанов, Н.И. Попова
ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
г. Благовещенск

«Из подростков созидаются поколения»
Ф. М. Достоевский

В Амурской области за последние 10 лет отмечается снижение численности детского населения до 14 лет, и снижение численности подросткового населения (2003 г. – дети до 14 лет – 184,4, 2013 – 150,8; подростки – 2003г. – 51,3, 2013 – 27,2). В этой связи особую озабоченность вызывает здоровье подрастающего поколения – детей и подростков, становление и состояние их жизненного потенциала и репродуктивной системы. Определенный научно-практический интерес вызывает заболеваемость инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), к широкому распространению которых привели, с одной стороны, нарастающее экологическое неблагополучие среды, нарушающее иммунный статус организма и создающее повышенную восприимчивость к инфекциям, с другой, и это главное, формирование безнравственной атмосферы, неблагоприятные социальные факторы, ведущие к преобразованию личности и личностных отношений. В числе последних, важное значение имеют крайне раннее и повсеместное приобщение к алкоголю, наркотикам, сексу, всячески поддерживаемое средствами массовой информации, свобода половых отношений. Вместе с ними появилась и другая опасность – широкое распространение урогенитальной инфекционной патологии и наслоение на нее еще более опасных и грозных инфекций, таких как ВИЧ/СПИД и вирусных гепатитов.

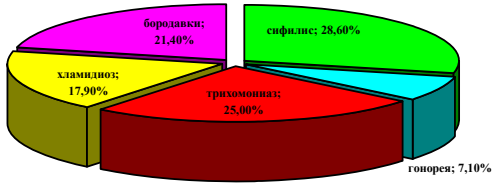
На сегодняшний день одним из основных принципов охраны здоровья населения РФ согласно ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323 от 21.11.2011 г. являются доступность и качество оказания медицинской помощи и приоритет профилактики заболеваний. Согласно данному ФЗ (ст. 7) главным приоритетом государственной политики является охрана здоровья детей:

- дети подлежат особой охране, включая заботу об их здоровье;
- дети имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи;
- дети подлежат надлежащей правовой защите.

В этой связи произведен анализ заболеваемости ИППП среди детей и подростков

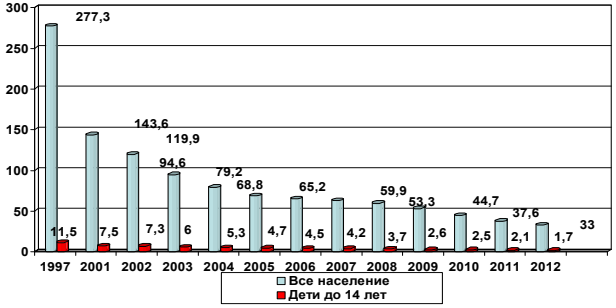
Амурской области.

Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), в Амурской области за последние 10 лет в 1, 7 раза выше, чем в среднем по Российской Федерации. Дети в возрасте от 0 до 17 лет составляют ежегодно в среднем до 6, 5 % от всех заболевших ИППП, из них до 23,2 % это дети из сельской местности. В структуре заболеваемости ИППП детского населения (от 0 до 14 лет) сифилис составил 28,6%; трихомониаз – 25%; аногенитальные бородавки – 21,4 %; хламидиоз – 17,9 %; гонорея – 7,1 %; генитальный герпес – 0 %;



Заболеваемость сифилисом по РФ, так и по Амурской области имеет тенденцию к снижению, в том числе и заболеваемость сифилисом у детей до 14 лет:

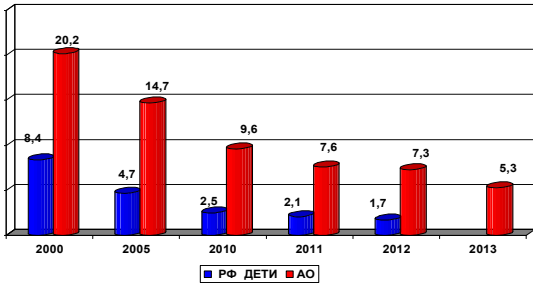
Динамика заболеваемости сифилисом в РФ в 1997-2012 гг.



По Амурской области заболеваемость сифилисом детей 0-14 лет за период 2000-2013 имеет снизилась в 4 раза, и к 2013 году составила 5,3 на 100 тыс. детского населения, однако превышает среднероссийский уровень в 3,1 раза.

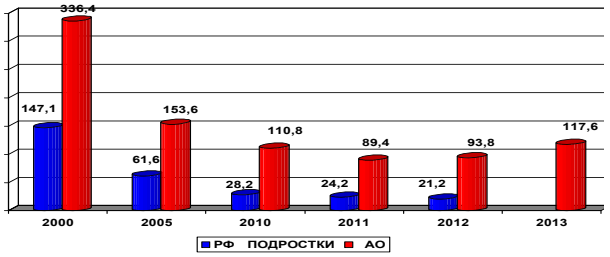
Динамика заболеваемости сифилисом в РФ в 2000-2012 гг.

Динамика заболеваемости сифилисом у детей до 14 лет, РФ и АО в 2000-2013 гг.



Заболеваемость сифилисом подростков нестабильна, и в последние три года имеет тенденцию к увеличению, в 2013 году составила 117,6 на 100 тыс. населения, по сравнению с 2012 годом возросла на 25,4 %, превышая среднероссийский уровень в 5,5 раз (по РФ 2012 г. – 21,2, по ДФО – 54,0, по Амурской области в 2012 году – 93,8).

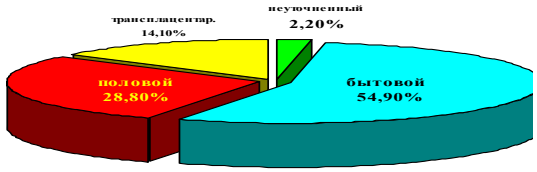
Динамика заболеваемости сифилисом у подростков 15-17 лет, РФ и АО в 2000-2013 гг.



Наиболее частый путь заражения среди детей до 14 лет бытовой 54,9 %, половой – 28,8 %, трансплацентарный 14,1 %, неуточненный путь – 2,2 %. При этом за 10 лет отмечена тенденция к снижению случаев регистрации врожденного сифилиса.

Заражение сифилисом детей бытовым путем часто связано с несоблюдением правил личной гигиены, алкоголизмом и наркоманией родителей. Причинами врожденного сифилиса являются: позднее или однократное обращение на поздних сроках беременности, не обращение беременных женщин в женскую консультацию; безответственное отношение беременных к своему здоровью и здоровью будущих детей, чаще всего это женщины ведущие асоциальный образ жизни.

Пути заражения сифилисом детей 0-14 лет, в Амурской области за 2000 – 2013гг.



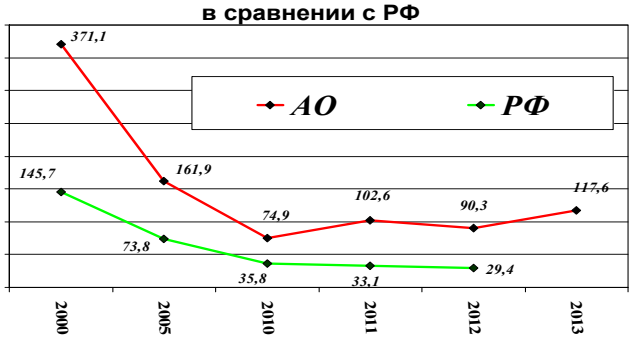
Среди подростков 15-17 лет путь заражения половой в 100 % случаев.

Заболеваемость гонореей у детей Амурской области в 2000 году составила 5,0 на 100 тыс. соотв. населения, к 2013 году снизилась в 4,0 раза и составила 1,3 на 100 тыс. соотв. населения. По сравнению с показателями заболеваемости гонореей по РФ, в Амурской области регистрация данной патологии в 2 раза выше. При этом бытовой путь заражения отмечен у 61 % детей.

Заболеваемость гонореи у детей (0-14 лет) по Амурской области (2000-2013гг.) в сравнении с РФ

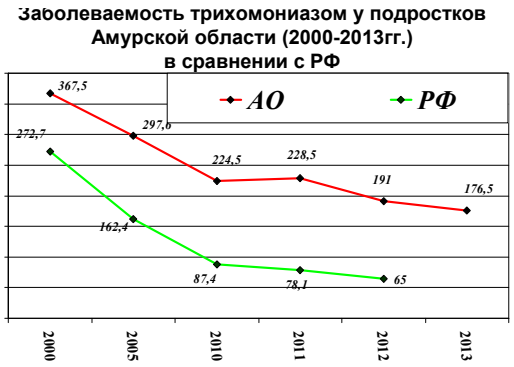
В 2000 году у подростков Амурской области была высокой заболеваемость гонорей, интенсивный показатель составил 371,1 на 100 тыс. соотв. населения, к 2013 году снизилась в 3,2 раза и составила 117,6 на 100 тыс. соотв. населения, но при этом по сравнению с 2012 годом отмечается рост заболеваемости гонореей среди подростков в 1,3 раза. По сравнению с показателями заболеваемости гонореей по РФ, в Амурской области регистрация данной патологии в 4 раза выше.

Заболеваемость гонореи у подростков Амурской области (2000-2013гг.) в сравнении с РФ



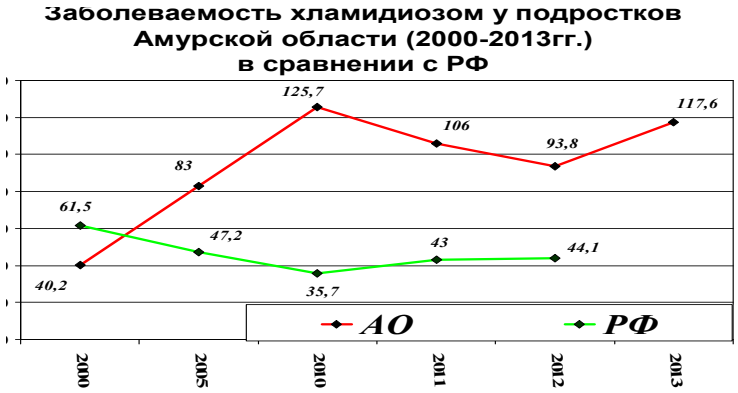
В 2000 году у подростков Амурской области была высокой заболеваемость трихомониазом, интенсивный показатель составил 367,5 на 100 тыс. соотв. населения, к 2013 году снизилась в 2 раза, но остается на очень высоком уровне, составляет 176,5 на 100 тыс. соотв. населения, но по сравнению с 2012 годом отмечено снижение заболеваемости на 8 %.

По сравнению с показателями заболеваемости трихомониазом по РФ, в Амурской области регистрация данной патологии в 3 раза выше.



Заболеваемость хламидиозом имеет тенденцию к увеличению, что связано с улучшением лабораторной диагностики данной инфекции в медицинских организациях области. В 2000 году у подростков Амурской области, интенсивный показатель заболеваемости хламидиозом составил 40,2 на 100 тыс. соотв. населения, к 2013 году возрос в 3 раза и составил 117,6 на 100 тыс. соотв. населения, по сравнению с 2012 годом рост заболеваемости в 1,3 раза.

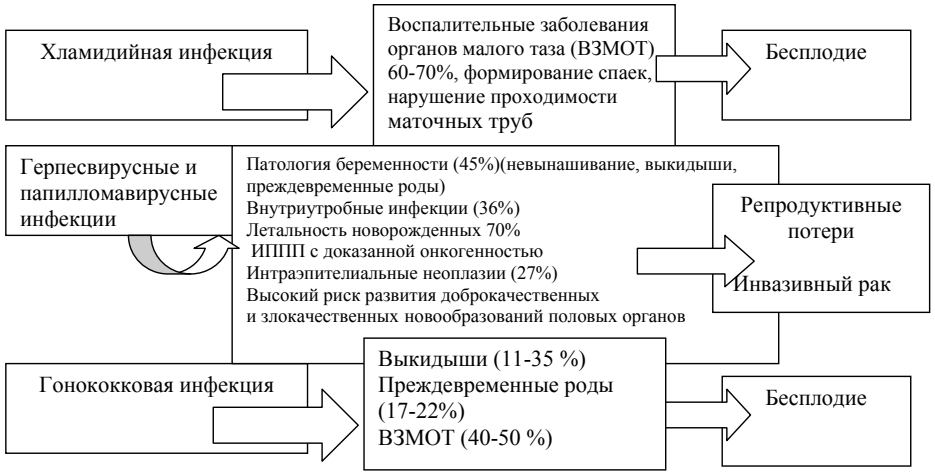
В Амурской области заболеваемость хламидиозом выше в 3 раза по сравнению с показателями заболеваемости по РФ.



Актуальным в настоящее время продолжает оставаться вопрос ухудшения состояния репродуктивного здоровья девочек-подростков, что связано не только с медицинскими факторами, но и с общесоциальными негативными явлениями. Так, по Амурской области среди детей, заболевших ИППП в возрасте до 14 лет, девочки в среднем составили 89,3 % , среди подростков (от 15 до 17 лет) девочки составили 79%.

Нарушение состояния здоровья молодых женщин является весомым фактором риска ухудшения репродуктивного здоровья популяции, а также здоровья будущего поколения, которое может проявляться увеличением распространенности нарушений физического развития среди детей, а также увеличения доли ослабленных и больных детей.

Негативное влияние ИППП на здоровье населения



Для улучшения сложившийся ситуации постоянно проводится совместная работа дерматовенерологической и акушерско-гинекологической службами, так, в 2012 году изданы приказы министерства здравоохранения Амурской области от 18.06.2012 № 471 «Об утверждении Порядка взаимодействия врачей дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных» и от 22.02.2013 № 221 «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Амурской области от 18.06.2012 № 471»; разрабатывается комплекс целенаправленных мероприятий по профилактике сифилиса у детей и подростков. На сайте ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер» имеется информация об ИППП и необходимых профилактических мероприятиях, проводится постоянная санпросветработа среди детей, их родителей, подростков в форме бесед, лекций, распространение брошюр и памяток.

В рамках реализации федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы)», подпрограммы «ИППП» на базе ГБУЗ АО «АОКВД» с апреля 2011 года открыт и успешно функционирует подростковый Центр по профилактике и лечению ИППП. Проведена работа в подростковом специализированном центре по профилактике и лечению ИППП. С момента открытия центра всего обратилось 994 человек, из них первичных 330, повторных 664 человек, выявлена учетная нозология у 134 подростков (сифилис 33, гонорея 27, хламидиоз 24, трихомониаз 27, аногенитальные бородавки 23). Условно-патогенная флора выявлена у 60 человек. Выявлены 13 посетителей с 2 инфекциями.

Основные направления профилактической и противоэпидемической работы:

1. Разработка государственной программы элиминации сифилиса у детей от 0 до 14 лет.
2. Внедрение 100 % индивидуального консультирования больных сифилисом и другими ИППП с целью информирования о путях передачи инфекции и методах ее профилактики.
3. Развитие направления реализации здорового образа жизни, касающегося профилактики ИППП у детей и подростков.
4. Активное сотрудничество с врачами других специальностей (педиатрами, врачами общей практики, семейными врачами) по профилактике, выявлению и ведению сифилиса у детей.

Необходимо сотрудничество специалистов учреждений здравоохранения, образования, социальной защиты населения, врачей-дерматовенерологов, педагогов, психологов и семей подростков в рамках профилактической работы.

В настоящее время в Амурской области осуществляется работа с детьми и подростками по ряду направлений, эффективность, которой недостаточна ввиду разобщенности организаций. Нами определены основные приоритетные направления профилактики ИППП среди подростков-школьников Амурской области:

1. Работа с родителями и семьей в целом:

- работа с благополучными семьями врача-педиатра детской поликлиники, специальных (социальных) служб, воспитателей детских дошкольных учреждений и педагогов школ с полной опорой на семью;
- работа врача-педиатра детской поликлиники, специальных (социальных) служб, воспитателей детских дошкольных учреждений и педагогов школ с теми семьями, которые не могут по своим социально-медицинским, психологическим и другим характеристикам выступать как помощники педагогического и медицинского персонала (рисковые семьи).

2. Профилактическая работа воспитателей и медицинского персонала в детских дошкольных учреждениях:

- начиная с детских дошкольных учреждений проведение работы по совершенствованию методов закаливания, физического развития;
- профилактика наиболее распространенных заболеваний;
- привитие навыков здорового образа жизни;
- воспитание ответственности по отношению к своему собственному здоровью;
- повышение роли и ответственности персонала детских дошкольных учреждений в профилактике сексуальных отклонений в поведении детей;
- внедрение в воспитательный процесс серии ситуационных игр «Семья»;
- работа с родителями по вопросам полового воспитания с целью грамотного совместного привития навыков и привычек ребенку.

3. Работа педагогов и медицинского персонала школы по сексуальному воспитанию:

- совместная комплексная работа педагогов с семьями;
- разработка и внедрение специальных программ по воспитанию и привитию культурных навыков;
- возобновление массовой работы с детьми по развитию физической культуры;
- введение в школьную программу уроков здоровья;
- повышение медицинской грамотности педагогов и школьников;
- проведение сексуального просвещения через гуманитарное образование (уроки литературы, обществоведения и др.);
- обсуждение проблемы заболеваемости в целом (в том числе инфекциями, передаваемыми половым путем) и распространение специальной литературы на родительских собраниях.

4. Задачи средств массовой информации (СМИ):

- переориентация телевизионных передач и специальных журналов для подростков с учетом интересов детей и семей;
- разработка специальных программ для детей и подростков, направленных на воспитание нравственных, моральных, этических устоев и формирование здорового образа жизни в целом;
- ревизия популярных медицинских передач и формирование специальных программ для детей и подростков.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКОЗАМИ СТОП В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 5 ЛЕТ. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ СИСТЕМНЫМИ АНТИМИКОТИКАМИ ПО ДАННЫМ МИКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ГБУЗ АО «АОКВД»

М.С. Корень, А.В. Козлова, Н.Е. Мельниченко,
Л.Н. Федотова, А.А. Кречкивский
ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»,
ГБОУ ВПО «Амурская ГМА» Министерства здравоохранения РФ,
Военно-медицинская служба в/ч 51956
г. Благовещенск

Поверхностные микозы кожи (ПМК) являются актуальной междисциплинарной проблемой во всех странах мира. ПМК регистрируются у 20 % населения Земли. Оппортунистическими микозами в мире страдают более 2,5 млн. человек. Доля ПМК в структуре дерматозов достигает 37-40 %. Число больных ПМК за 10 лет увеличилось в 2,5 раза, а прирост заболеваемости каждый год составлял 5 %.

Результаты крупнейшего международного научного медицинского исследования (проект «Ахиллес»), посвященного изучению распространенности грибковой и негрибковой патологии стопы среди населения европейских государств (включая Россию) и 6 стран Юго-Восточной Азии, показали, что грибковые инфекции занимают 1-е место (34,5 %) среди всей выявленной патологии стопы. При этом удельный вес больных с микозами стоп по обращаемости к семейным врачам составляет 22,3 %, к дерматологу – 29% .

Об актуальности проблемы свидетельствует не только распространённость, но и возрастание частоты осложнённых форм этого заболевания с тяжёлым течением, частыми рецидивами, требующих длительного стационарного лечения.

При микозах стоп поражаются преимущественно межпальцевые складки, подошвы, ногти. Микотический процесс может выходить за пределы стоп, захватывать кисти, гладкую кожу, особенно крупные складки, и пушковые волосы.

Распространению микозов стоп способствует посещение общественных бань, в частности в закрытых, при воинских частях, саун, плавательных бассейнов, душевых установок. Чешуйки с патогенными грибами отпадающие у больных микозом стоп, попадают на полы, скамьи, решётки, дорожки, ковры, подстилки. В условиях повышенной влажности грибы могут сохраняться длительное время и размножаться, что делает их постоянным и интенсивным источником инфицирования.

Поражение ногтей при микозах стоп часто является первоначальным симптомом грибкового заболевания. Онихомикозы – грибковые инфекции ногтей – в настоящее время привлекают возрастающее внимание не только дерматологов, но и врачей других специальностей, а в части создания средств их терапии – химиков и фармацевтов. Это объясняется значительным распространением онихомикозов во всех странах мира: ими страдают от 5 до 10% населения. В связи с этим проблема борьбы с микозами актуальна не только для дерматологов, но и для врачей других профилей. В своей практике они постоянно встречают, но не могут эффективно лечить больных онихомикозом, поскольку не располагают сведениями об этом заболевании и его терапии. Около 50 видов грибов могут вызывать инфекции ногтей в качестве единственных возбудителей. Этиология этих заболеваний становится более разнообразной, если учесть случаи смешанной инфекции, когда из пораженного ногтя выделяют сразу несколько видов грибов. Роль многих грибов как возможных возбудителей онихомикоза в настоящее время не установлена.

В 2013 году по Российской Федерации было зарегистрировано 190397 больных с впервые установленным диагнозом микозом стоп, показатель составил 132,8 на 100тыс. нас. Уровень заболеваемости населения микозом стоп и кистей в различных федеральных округах России значительно варьирует: от 220,4 случаев на 100 тыс. населения в Северо-Западном ФО до 77,52 – в Южном регионе. Дальневосточный регион занимает 4-е место в общей структуре заболеваемости.

При анализе динамики заболеваемости микозов стоп по Дальневосточному ФО с 2005 по 2013 гг. обращает на себя внимание тот факт, что имеет место рост заболеваемости к 2012 году, так, в 2005 году показатель заболеваемости составил 171,1 на 100 тыс. нас., пик заболеваемости приходится на 2012 г., (199,5), а к 2013 году имеет место четкая тенденция к снижению показателей заболеваемости (113,1).

Анализируя заболеваемость микозами стоп и кистей за последние 3 года следует отметить, что в 2011 году она составила 85,7; в РФ – 144,4 ,в ДФО – 198,9 на 100 тыс. населения соответственно. Показатели заболеваемости в 2012 и 2013 годах в Амурской области – 76,3. и 81,2; в РФ – 144,4 и 133,0 и ДФО – 198,8 и 199,3 на 100 тыс. населения соответственно. Следует отметить увеличение регистрации заболевания на 6,4 %. В Амурской области заболеваемость микозами стоп и кистей в 2013 году в 1,9 раз ниже, чем в среднем по РФ. В г. Благовещенске интенсивный показатель составил 166,5 на 100 тыс. населения, и превысил среднеобластной в 2,1 раза. Наибольший процент больных отмечен в возрастной категории 40 лет и старше. Интенсивный показатель составил 166,5 на 100 тыс. населения, и превысил среднеобластной в 2,1 раза.

Единичные случаи микозов зарегистрированы в Михайловском, Ромненском, Магдагачинском, Белогорском, Серышевском районах. Низкая активность выявления из года в год регистрируется в Белогорском, Михайловском и Зейском районах.

Эффективная санация больного с микозом представляет собой очень сложную задачу для врача. Подход к лечению должен быть комплексным и включает в себя как этиотропное лечение с применением активных антимикотиков (направленное воздействие на возбудителя онихомикоза), так и коррекцию фоновых состояний (лечение варикозного расширения вен; коррекция вторичного иммунодефицитного состояния; компенсация нарушений углеводного обмена и т.д.). Выбор конкретных антифунгальных препаратов и методик их применения должен проводиться с учетом степени тяжести микоза, зависящей от клинической формы, степени вовлечения в процесс ногтя, скорости его роста, возраста, пола и сопутствующей висцеральной патологии больного. За последние 10 лет подходы к лечению грибковых заболеваний ногтей полностью изменились. Это, прежде всего, связано с появлением в арсенале врача новых, высокоэффективных системных антимикотиков (САМ) и разработкой рациональной тактики лечения онихомикозов, определяющей правила их применения по эффективным методикам. Подлинную революцию в системной терапии микозов осуществило внедрение в широкую дерматологическую практику в нашей стране в 1990-х годах противогрибковых средств 3-го поколения – триазолов (итраконазол, флуконазол) и тербинафина. Эти препараты позволили эффективно и безопасно излечивать дерматомикозы, в том числе и онихомикозы, а также предотвращать их развитие. Разработка прогрессивных схем лечения способствовала значительному сокращению сроков терапии и привела к широкому использованию современных антимикотиков в дерматологической практике. Только благодаря внедрению этих лекарственных средств в настоящее время основой терапии дерматофитий ногтей стала системная терапия, которая активно сочетается и дополняется местными антимикотиками.

Одним из возможных путей уменьшения затрат на лечение является использования дженериков – аналогов известных фирменных препаратов. Применение данных антимикотиков, произведенных в строгом соответствии стандартам GMP, позволяет обеспечить не только эффективное и качественное лечение пациентов, но и доступное с экономической точки зрения. Так средняя стоимость курсового лечения онихомикоза стоп оригинальным итраконозолом составляет около 9000 рублей, а использование дженерика Орунгамин – 4200 рублей, то есть более чем в два раза меньше.

К ошибкам врача в терапии онихомикозов следует отнести назначение потенциально высокоэффективных противогрибковых препаратов без учета клиники и этиологии онихомикоза, использование неадекватных доз и сроков лечения, незнание индивидуальных особенностей больного.

Несоблюдение больным предписанной схемы приема препарата – ошибка отчасти и врача, не разъяснившего пациенту значение строгого соблюдения этой схемы и не следящего за выполнением своих рекомендаций.

Бывают случаи, когда и при всесторонне обоснованном назначении, при соблюдении врачом и пациентом всех правил и рекомендаций не удается излечить онихомикоз, добиться удаления гриба из пораженных ногтей. В этих случаях продлевают срок лечения, заменяют препарат (например, тербинафин заменяют итраконазолом и наоборот). Помимо назначения противогрибковых средств, в терапии онихомикозов обязательно удаление пораженных

частей ногтя различными способами (удаление ногтевой пластинки, кератолитики, чистки ногтевого ложа).

Наличие грибка ногтей или микоза стоп существенно снижает качество жизни – совокупность показателей, характеризующих эмоциональное, психическое и социальное благополучие человека.

Сложившаяся ситуация с микозами в Амурской области обусловлена рядом причин: недостаточной лабораторной диагностикой, не укомплектованностью физическими лицами (дерматовенерологами и лаборантами) в некоторых медицинских организаций области, проблемами дезинфекции очагов заразной кожной заболеваемости, в том числе камерным способом; неполноценным проведением различного вида медицинских осмотров, недостаточной осведомленностью врачей смежных специальностей, врачей общей практики о клинических проявлениях дерматофитий, недостаточно полное взаимодействие врача и больного для получения полноценного лечения больных онихомикозами в виду определенных социально-экономических условий (дороговизна противогрибковых препаратов, дальность расстояний, невозможность осуществления ввиду этого полноценного контроля излеченности больных микозами стоп, кистей и онихомикозами и др.).

В целях улучшения эпидемиологической ситуации в области, необходимо повысить информированность населения, улучшить качество профилактических мероприятий в местах общественного пользования, а также обеспечить и качество специализированной медицинской помощи.

Необходимо отметить, что успех длительной системной фармакотерапия зависит от тесного взаимодействия врача и пациента. Пациенты должны быть хорошо мотивированы на соблюдение длительности лечения и регулярности приема антимикотика.

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ. ЧТО МЫ ЗНАЕМ? ЧТО МЫ МОЖЕМ?

Л.С. Корнеева
ГБОУ ВПО «Амурская ГМА» Министерства здравоохранения РФ
г. Благовещенск

В высокоразвитых странах мира средняя продолжительность жизни населения за последние 170 лет ежегодно увеличивалась примерно на 3 месяца, и, как полагают, составит к 2050 году 96,4, что значительно повышает интерес к проблемам здоровья лиц старшего возраста.

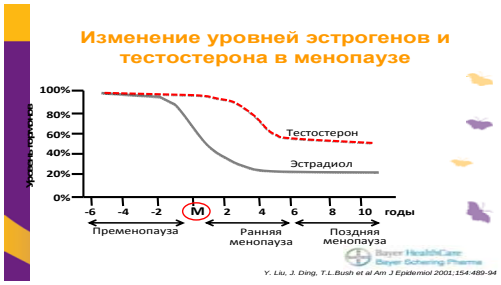
Недавно появилось понятие фенотип «здорового старения», в основе которого лежит раннее выявление субклинических нарушений в механизмах адаптации к изменениям, связанным со старением организма и профилактика нарушений системы регулирования основных гомеостатических функций до момента необратимости их патологических сдвигов.

Самая драматичная перестройка женского организма происходит за два года до менопаузы и в первые два года постменопаузы, когда резко повышается концентрация фолликулостимулирующего гормона и снижается уровень эстрогенов, образуя своеобразные «ножницы». Именно в этот период наиболее вероятно появляются менопаузальные симптомы, усиливается потеря минеральной плотности костной ткани, коллагена в коже и других соединительнотканных структурах, изменяются состав тела и пропорции фигуры.

Старение кожи – закономерный физиологический процесс, заключающийся в прогрессирующем снижении важнейших функций и резервных возможностей отдельных ее компонентов под воздействием генетических, а также неблагоприятных внешних факторов, особенно инсоляции и курения. Женщины отказываются стареть, хотят выглядеть моложе как можно дольше, и современная дерматокосметология открывает перед ними большие возможности в омоложении и профилактике старения в разные возрастные периоды.

Эстрогены играют решающую роль в женском развитии и репродукции, а также оказывают влияние на кожу и волосы. У женщин в пременопаузе преобладающим

эстрогеном является эстрадиол, продуцируемый яичниками, и его уровень после наступления менопаузы снижается более чем на 90 %, так что в дальнейшем преобладает менее активный эстроген-эстрон. Уровень андрогенов в менопаузе снижается медленнее, что проявляется состоянием относительной гиперандрогении.



Эти изменения в менопаузе способствуют истончению и атрофии всех слоев кожи, повышению сухости и чувствительности, потере эластичности, появлению дряблости и морщин, диффузной пигментации, плохой заживляемости кожи. К появлению гравитационного птоза и потере объемов мягких тканей и опорных структур. Отмечается выпадение и поседение волос на голове, рост волос на лице, истончение бровей и ресниц.

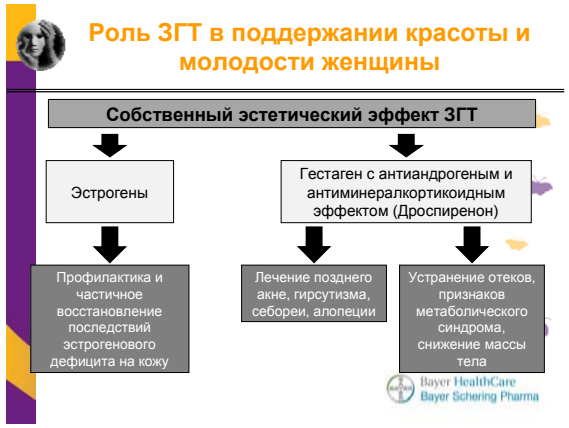
Эстрогены с помощью нескольких механизмов участвуют в регуляции многих функций клеток кожи, включая пролиферацию, морфогенез, апоптоз, дифференциацию. Их влияние осуществляется, как правило, через прямое взаимодействие эстрогена со специфическим внутриядерным эстрогенным рецептором (ЭР) с последующей регуляцией генной транскрипции. ЭР представлены практически во всех клетках кожи: в кератоцитах, в клетках Лангерганса, меланоцитах, фибробластах, сальных железах, волосяных фолликулах, эндокринных железах и кровеносных сосудах.

Толщина кожи у женщин по данным разных авторов повышается до 35-49 лет, а затем начинает снижаться, что связано в основном с изменениями количественных и качественных характеристик колллагеновых и эластиновых волокон. Известно, что содержание коллагена в целом, а также соотношение коллагена III/I типов с возрастом снижаются. Если у взрослых лиц содержание коллагена в коже уменьшается в среднем примерно на 1 % в год, то в течение 15-20 лет постменопаузы это снижение ускоряется (примерно на 2,1 %), при этом наибольшая потеря приходится на первые 5 лет (примерно 30 % от общего количества) вследствие резко наступающего дефицита эстрогенов.

Снижение с возрастом содержания ГАГА в коже вносит значительный вклад в повышение сухости кожи, появление морщин и атрофию в целом. Полагают, что развитие возрастных изменений коллагена также во многом определяется снижением гидратации дермы. Показано, что повышение уровня эстрогенов в организме женщины, например, во время беременности, улучшает гигроскопические свойства дермы и, наоборот, гипоээстрогения способствует развитию сухости кожи, что является наиболее частым дерматологическим симптомом у женщин в постменопаузе.

ЗГТ относится к терапии выбора для лечения симптомов, связанных с наступлением менопаузы. Раннее назначение ЗГТ- ключ к эффективной профилактике нарушений, связанных с дефицитом эстрогенов.

Собственный эстетический эффект ЗГТ приводит к профилактике и частичному восстановлению последствий эстрогенового дефицита на кожу и лечению позднего акне, явлений гирсутизма, андрогененетической алопеции у женщин и что не мало важно: устранению отеков, признаков метаболического синдрома, снижение массы тела.



Препарат заместительной гормональной терапии – Анжелик имеет легкую и сбалансированную формулу, состоящую из 1 мг 17 бета эстрадиола и 2 мг Дроспиренона (ДРСП) – прогестана четвертого поколения, одним из значительных преимуществ которого, помимо антиминераллокортикоидного эффекта, является антиандрогенное влияние, по мощности которого он уступает только ципротерону ацетату и диеногесту.

Антиандрогенные свойства ДРСП определяются его непосредственным конкурентным сродством к андрогенным рецепторам, а также опосредованным влиянием, поскольку он не взаимодействует с глобулином, связывающим половые стероиды (ГСПС) и не снижает его уровень, а значит, уменьшает содержание свободных фракций андрогенов.

Прием Анжелика в течение 6 месяцев у женщин с эстрагеновым дефицитом привел к нормализации кислотно-основного состояния кожи, к увеличению объема волос в областях поредения, отмечалось снижение количества мимических и статических морщин и снижению выраженности клинических проявлений у больных с ксеродермией. Анжелик быстро устраняет климактерические жалобы, влияет на психоэмоциональные расстройства, сон и урогенитальные симптомы, снижает явления остеопороза.

Данный препарат улучшает липидный профиль крови, не повышает уровень триглицеридов, не вызывает задержку жидкости. Также отмечен мягкий гипотензивный эффект данного препарата.

Необходимость использования гормональной терапии в целях профилактики признаков преждевременного старения кожи, так и в периоде менопаузы, не вызывает сомнений. Объединение усилий гинекологов, дерматологов, косметологов и активно мотивированных и информированных по этим вопросам пациенток представляется перспективным направлением.

Своевременное использование ЗГТ в сочетании с антиоксидантами, фотопротекцией и способами косметической коррекции позволяет женщине плыть против течения времени и наперекор физиологии быть не только здоровой, но и много лет оставаться красивой и энергичной.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИППП В ОРГАНИЗОВАННЫХ МОЛОДЕЖНЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

В.А. Кузина
ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
г. Благовещенск

В течение двух лет, при проведении лекционного цикла среди преподавателей школ по вопросам «Инфекции, передаваемые половым путем. Современные меры профилактики ИППП. Особенности проведения профилактических мероприятий среди подростковой аудитории» проводилось анкетирование среди преподавателей и студентов первого года обучения.

Актуальность проводимого мероприятия: В связи со специфической демографической ситуацией, которая сложилась среди детско – подростковой группы 14-17 лет в последние пять лет (низкая рождаемость конца 90-х начала 2000 годов), а именно уменьшение ее численности, возникла реальная проблема с обучаемым контингентом к колледжах и ВУЗах Амурской области и в большей степени в г. Благовещенске, где сосредоточена основная часть учебных заведений Амурской области. В связи с этим, было разрешено брать на обучение в колледжи подростков окончивших 9 классов среднеобразовательной школы и успешно сдавших ЕГЭ. По этой причине возникла необходимость дополнительных занятий по ОБЖ, одним из сегментов которых стало преподавание профилактика инфекционных заболеваний, ИППП.

Задачи: выяснить насколько эффективны проводимые мероприятия для подростков, а так же насколько интересны и успешны эти занятия для педагогов. Скоординировать силы и средства педагогов, врачей в реализации профилактической работы по ИППП у подростков, выработав общую концепцию подхода к данной теме. Сформировать и донести до заинтересованных и ответственных лиц важность умения транслирования общественного мнения.

Предполагаемый результат: убедиться в состоятельности проводимых мер реформирования в учебных заведениях в вопросах гендерного воспитания подростковой

аудитории. Исполнения Статьи 6 Конвенции Совета Европы о защите детей – «принятие необходимых законодательных или иных мер, направленных на обеспечение включения в программы начального и среднего школьного образования информации для детей об опасностях, связанных с сексуальным насилием, а также информации о способах защиты себя, адаптированной к их развивающимся способностям».

Основные принципы проведения анкетирования (как для педагогов, так и для студентов):

- добровольность;
- анонимность;
- индивидуальность;
- перед проведением анкетирования проводился краткий анонс актуальности данного мероприятия.

Цель анкетирования:

- выяснить исходный уровень знаний о ИППП (их название, число перечисленных нозологий, правильность написания);
- определить социологический портрет анкетируемых;
- выяснить, влияет ли гендерная принадлежность на процесс преподавания данного профилактического направления;
- создать, по возможности, среднестатистический психологический портрет педагога, работающего с подростками;
- создать среднестатистический психологический портрет подростка (девушки, юноши). Определить сходство и различие к подходам сексуальных знаний, знаний о ИППП и мерам их профилактики.

Основной методологический подход (двухэтапный): ответить на семь вопросов анкеты педагогам предлагалось до начала лекции. Ответить на оставшиеся три вопроса предлагалось по окончании лекции. Подросткам предлагалась анкета из 6 вопросов, которую они заполняли в конце проведенной беседы.

Преимущества такого подхода: 1. Вопросник не занимает много времени, но является результативным, во многом благодаря своей временной емкости. Человек, имеющий большее время для обдумывания ответов на поставленные вопросы имеет, и больше возможности их скорректировать для того, чтобы выглядеть лучше и, по его мнению, более «правильно», кроме того это помогало избежать «совещаний», «диспутов».

2. Анкета помогает быстро распределить респондентов по полу, возрасту, занимаемой статусной нише.

3. Ответы носят краткий характер, что весьма удобно и для обработки полученных данных и составления общей картины, включая и психологический портрет

Группа педагогов:

- лица активного репродуктивного возраста от 25 до 40 лет (т.е. это предполагает личную заинтересованность опрашиваемых);
- группа подобранна с учетом семейного положения (все опрошенные – женаты или замужем);
- педагоги представлены из всех районов Амурской области и непосредственно из г. Благовещенска;
- общее число опрошенных 250 человек. Соотношение мужчин и женщин 50/50. Более 78 % – постоянные жители г. Благовещенска, остальные из районов Амурской области.

Группа подростков – основной возраст 15-17 лет. Общее число анкетируемых – 250 человек из различных учебных заведений г. Благовещенска. Соотношение юношей и девушек 50/50. Студентов, постоянно проживающих в городе – 62 %, остальные из районов Амурской области.

Пояснения к опроснику для педагогов:

1. Вопрос № 3 – вопрос «счастливы ли Вы?» Не только и не столько вопрос о способности сформулировать человеком ответ на непростой вопрос в двух-трех словах. Этот вопрос является «отправной точкой» для всего анкетирования. Неформальный психологический «момент истины». Человек несчастливый вряд ли будет доволен собой,

подростками, будет формально подходить и к самой лекции, как к возможности узнать для себя что-либо новое, так и ответить на свои собственные вопросы, которые может быть волновали его не один год.

2.Вопрос № 4 « Поднимали ли Вы руку на своего ученика?» Вопрос из разряда провокационных (на первый взгляд). Однако не противоречит всей логической цепочки построения вопросного ряда. Если среди «несчастливых», «не любящих» свою работу есть те, кого подростки не просто раздражают, а вызывают чувство страха, вполне вероятен положительный ответ на поставленный вопрос.

3. Вопрос № 5 «Что такое счастье?» В течение нескольких отведенных минут требовалось в 2-3 словах сформулировать определение понятия счастья. Ответы на эти вопросы должны были показать точный градус основных приоритетных ценностей в жизни. Временное ограничение, как это не покажется странным, делало эти ответы правдивее и точнее.

4. Вопрос № 8 «Раздражают ли Вас современные подростки?» Вопрос необходим для разъяснения, насколько современные педагоги находят общие точки соприкосновения с подростками, заинтересованы ли они в этом, или общение проходит на грани конфликтов.

Оценка достоверности полученных данных: Для контроля достоверности полученной информации производился набор «контрольной группы».

Данная группа сходна по возрасту, социальному и семейному положению с основной группой, уровень знаний о ИППП и мерах защиты приблизительно одинаков, однако явно прослеживается нежелание идти на контакт с лектором, т.е. их ответы приобретают характер «вынужденных» «ученических». Сравнивая добровольные ответы опрашиваемых педагогов с необходимыми можно оценить достоверность полученных данных.

Результаты анкетирования педагогов-мужчин:

1. Отмечается явная заинтересованность и любознательность в преподаваемом предмете.

2. Отмечается гендерное различие в ответах на поставленные анкетные вопросы: более честны, сосредоточенны и точны в ответах мужчины- педагоги. Они более откровенны и имеют большее «сродство» к подростковой аудитории.

3. Мужчины – педагоги не боятся подростковой аудитории, хотя не все взгляды подростков на жизнь принимаются ими.

4. На вопрос «Что такое счастье?» ответы носят более конкретный и честный характер. На первом месте стоит работа (более 84 %), затем карьерный рост и стремление к получению дополнительных знаний (11 %) – именно это, по их мнению, дает большую возможность добиться более высокого статуса. Чтобы преподавать, важно не только уважение учеников, коллег, но и самоуважение. Авторитет дают только знания и умение правильно их применять.

5. Именно мужчины-педагоги предпочитают активное общение с подростками даже на самые «неудобные» темы, чем просто отдавать эти темы на самоизучение.

6. Им интересно общаться с подростковой аудиторией, более того, многие учащиеся откровенны с ними, просят помощи, совета, или даже оказать помощь в консультации у врача.

Результаты анкетирования педагогов-женщин:

1. Нельзя сказать, что новые тенденции их «не трогают», но для большинства необходимость говорить о ИППП воспринимается как дополнительная неприятная нагрузка.

2. Большинство опрошенных женщин, причем разного возраста весьма неоткровенны. А их ответы о том счастливы ли они и что такое счастье больше напоминают «статусы в контакте социальных сетей». То есть, налицо проявление современного направления в психологии – киберпсихопатии, когда люди предпочитают жить в вымышленном мире, мире в котором им хотелось бы жить, куда они прячутся от неприятностей и сложностей, обыденности. Настораживает, что понятие «счастье» плотно ассоциируется у женщин с понятиями «материальное благополучие, удовлетворение жизненных потребностей», на втором месте – «дети, здоровье, благополучие в семье», и только 2 % «вспомнили» о интересе к работе, творческом процессе.

3. Около 3 % респондентов откровенно ответили, что они несчастливы. Более того, в ответах указывается, «что быть несчастливой – неприлично. Это почти так же неприлично, как быть в разводе, или не замужем».

4. Около 45 % не принимают подростков и их проблемы всерьез, более того 25 % их откровенно боятся (причем как на улице, так и в учебной аудитории), 35 % считают занятия с подростками пустой тратой времени.

5. Около 40 % опрошенных считают, новые методики в преподавании у подростков себя не оправдают. Подростков в анкетах называют: «опасными», «тупыми», «агрессивными», «необучаемыми», «развратными».

6. Около 60 % педагогов откровенно не знают что с ними, подростками, делать и с удовольствием отдали бы эту обузу «половое воспитание и профилактика ИППП» в другие руки (чаще называются медики).

7. Хотя более 75 % респондентов женщин – педагогов считают себя «сексуально грамотными», тем не менее, лучшими средствами профилактики ИППП называют «прерванный половой акт» и «безопасные дни», а наименее эффективными «презервативы и спермициды». Очень часто в ответах путают средства защиты от ИППП с гормональными контрацептивами, а сами ИППП с гинекологическими заболеваниями.

Анкета для подростков – учащихся 1 года обучения (колледжи)

1. Перечислите инфекции, относящиеся к группе инфекций, передающихся половым путем.

2. Назовите, пожалуйста, время Вашего первого сексуального дебюта.

3. Каким был Ваш первый сексуальный контакт?

4. Часто ли Вы используете ли в качестве «защиты» презерватив? Если «Да»- почему? Если «Нет» Почему»?

5. Что, по Вашему мнению, является основной защитой от инфекций, передающихся половым путем?

6. Какие ощущения оставил у Вас первый сексуальный дебют?

- брезгливость;
- удовольствие;
- чувство самоутверждения (принадлежности к «взрослым»);
- «он был естественным продолжением первой любви».

Результаты анкетирования подростков – учащихся 1 года обучения колледжи):

1. Довольно грамотно и в приличном объеме перечисляют ИППП, не забывая ВИЧ/СПИД инфекцию, чесотку, педикулез…(76 %).

2. Не путают ИППП с урологической и гинекологической патологией (62 %).

3. Довольно откровенны в ответе на вопрос о «первом сексуальном дебюте», девушки чаще называют возраст 13-14 лет(49 %), юноши 15-16 лет (52 %).

4. Дебют сексуального контакта чаще называется девушками: оральный и анальный, так как, по их мнению, они наименее «опасны» в плане нежелательной беременности (38 %).

5. В 2014 году в ответах юношей отмечается очень высокий процент отказа от использования презерватива. Причины, которые перечисляются:

- высокая цена (цена одной упаковки с тремя латексными презервативами более 120 рублей) 42 %;
- снижение половой «чувственности» 39 %;
- часто рвутся (слетают) 46 %;
- сталкивались со случаями, как заболевания ИППП «через презерватив», так и случаями нежелательной беременности 12 %;
- «не успевают воспользоваться» 6 %;
- не умеют пользоваться 7 %.

6. Считают, что «главной защитой» является доверие к половому партнеру и «не заниматься сексом с кем попало» 59 %.

7. Стало меньше утверждений, что первый сексуальный дебют совпал с первой любовью. Девушки чаще утверждают о том, что «было интересно», «надоело быть белой вороной», «Не хотелось отставать от подруг» (48 %). Юноши, напротив чаще говорят о

любви и влюбленности, нежности, есть и утверждения, что «пора, наконец, было и повзрослеть», т.е. взрослость прочно ассоциируется у молодежи с сексом (52 %).

Таким образом, в ходе проведенной акции были сформулированы основные положения, перекликающиеся с имеющейся нормативной базой, относящейся к особенностям полового воспитания подростков.

1. В целях предупреждения неграмотного сексуального подхода в воспитании несовершеннолетних крайне актуально формирование нравственного и ответственного отношения детей и подростков к выполнению важнейшей из всех социальных функций матери и отца в их будущей семейной жизни, ответственному отношению к семье, супружеству, рождению и воспитанию детей.

2. Подростков следует, прежде всего, обучать основам сексуального безопасного поведения, отсутствия в их жизни «рискованного секса», ответственному отношению к своему здоровью и здоровью окружающих людей, в том числе и репродуктивному.

3. Необходимо широко использовать профессиональный потенциал педагогов (а из проведенной анкеты видно, что он, безусловно, есть).

4. Актуальна, помощь медиков, занимающихся вопросами первичной профилактики ИППП у подростков, поскольку они обладают не только профессиональными навыками, но и разнообразными методологическими подходами в подаче необходимой информации. Помощь в данном случае будет необходима не только подросткам, их родителям, но и педагогам «отвечающим за этот фронт работы». Только совместными усилиями, используя весь творческий потенциал, желание, любознательность и уважение к коллегам и подросткам можно добиться стойких нравственных, духовных, социальных и природных естественных основ жизни подрастающего поколения.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В г. СВОБОДНОМ И СВОБОДНЕНСКОМ РАЙОНЕ (2009 – 2013гг.)

Н.А. Леонтьева, М.М. Левин, А.В. Козлова
ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
г. Благовещенск

В 2009 году заболеваемость чесоткой по г. Свободному составила 46,2 на 100 тыс. населения, (30 случаев), по району – 37,3 на 100 т. н., при этом по сравнению с 2008 годом снижение заболеваемости отмечается в 1,4 раза. Заболеваемость ниже среднеобластного уровня в 2,2 раза (102,1). При анализе заболеваемости в течение года отмечается рост заболеваемости преимущественно в весенне – летний и осенне – летний период. Из заболевших – детей – 13, взрослых – 22; женщин – 37 %, мужчин – 63 %. Обследовано бытовых контактов – 59, что составило 1,7 на 1 больного, коллективных контактов – 177 (5,7 на 1 больного).

В 2010 году заболеваемость чесоткой по г. Свободному составила 27,9 на 100 тыс. населения, (18 случаев); по району – 21,0 на 100 т. н.(3 случая), снижение заболеваемости, как по району, так и по городу по сравнению с 2009 годом в 1,7 раза. Заболеваемость ниже среднеобластного уровня в 3,0 раза (80,0). Все больные обратились самостоятельно, что говорит о низкой активности дерматовенерологической службы по активному выявлению больных с чесоткой. Пик заболеваемости пришелся на август месяц (24 % из всех заболевших). Детей 53 % от всех впервые выявленных пациентов. По полу: женщин 52 %, мужчин: 48 %. Обследовано 48 бытовых контактов, что составило 2 на 1 больного, и 249 коллективных контакта – 10 на 1 больного.

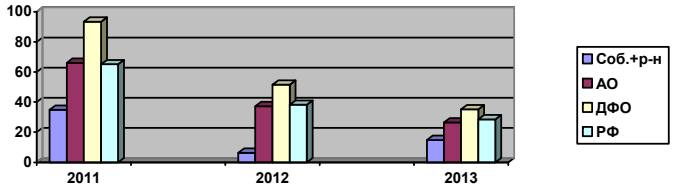
В 2011 году заболеваемость чесоткой по г. Свободному составила 14,0 на 100тыс. населения, (9 случаев); по району – 20,8 на 100т.н.(3 случая), снижение заболеваемости по городу по сравнению с 2010 годом в 2,0 раза. Заболеваемость ниже среднеобластного уровня в 3,8 раза (66,6). По прежнему все больные обратились самостоятельно. Вновь пик заболеваемости пришёлся на август месяц и составил 41,6% . Дети – 23%, взрослые – 77%.

Соотношение мужчин и женщин 1:1. Обследовано: 9 бытовых контактов, что составило 0,75 на 1 больного, 29 коллективных контакта – 2 на 1 больного.

К 2012 году заболеваемость чесоткой по г. Свободному по-прежнему снижается, составила 6,3 на 100 тыс. населения, (4 случая); по району выявленных больных нет. Заболеваемость ниже среднеобластного уровня в 6,0 раз (37,2). Во 2 полугодии выявлено 75 % заболевших. Дети – 25 %, взрослые 75 %. Активно выявленных больных нет. Соотношение мужчин : женщин = 1,0:3,0. Обследовано 8 бытовых контактов, что составило 2 на 1 больного, 42 коллективных – 10,5 на 1 больного.

В 2013 году заболеваемость чесоткой по г. Свободному возросла в 1,3 раза и составила 8,0 на 100 тыс. населения, (5 случаев); по району – 6,8 на 100 т. н.(1 случай). Заболеваемость ниже среднеобластного уровня в 3,6 раза (26,5). Активно выявлено 42 % от всех больных. Пик заболеваемости в октябре – ноябре месяце 56,7 %. Дети – 57,1 %, взрослые – 42,9 %. Соотношение мужчин : женщин = 1,3:1,0. Обследовано: 59 бытовых контакта, что составило 8,1 на 1 больного и 177 коллективных контакта – 27 на 1 больного.

Заболеваемость чесоткой в Свободном и Свободненском районе (2011 – 2013 гг.) в сравнении с АО, ДФО, РФ



Низкие сравнительные показатели заболеваемости чесоткой в Свободном и Свободненском районе объясняются сложившейся практикой регистрировать заболевание при лабораторном подтверждении нахождения чесоточного клеща в коже больного. Хотя, подтверждение диагноза «чесотка» лабораторными методами требуется не всегда. Данное положение определено Приказом Минздрава РФ от 24 04 2003 г. № 162 «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Чесотка».

Заболеваемость микозом гладкой кожи и в/ч головы в г. Свободном и Свободненском районе предполагает заражение антропофильными и зоофильными патогенными грибами из рода microsporum canis (seu fertigeneus) et trichophyton. Больных с клиническими проявлениями: ограниченные от здоровой кожи кольцевидные эритемато – сквамозные элементы или очаговое облысение с обломками волос в очаге, направляем для лабораторного подтверждения грибкового поражения. Бактериологическая диагностика проводится на базе КДЛ ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер» в Благовещенске.

Случаев трихофитии за 5 лет по г. Свободному и Свободненскому району зарегистрировано не было.

В 2009 году заболеваемость микроспорией по г. Свободному составила 46,2 на 100 тыс. населения, (30 случаев), показатель ниже среднеобластного уровня на 15 % (54,4), по району – случаев регистрации заболевания не было. При анализе заболеваемости в течении года отмечается рост заболеваемости преимущественно во втором полугодии (67 %.). Все больные обратились самостоятельно, активно выявленных больных нет. Гладкая кожа поражена в 80 % случаев, волосистая часть головы 10 %, сочетанное поражение и гладкой кожи и волосистой части головы – 10 %. Дети до 18 лет – 90 % заболевших, взрослые – 10 %.

Соотношение мужчины : женщины составило 1,0 : 2,4. Бытовых контактов обследовано – 67, что составило 2 на 1 больного, коллективных – 292, это 9,4 на 1 больного.

В 2010 году заболеваемость микроспорией по г. Свободному снизилась в 2,1 раза и составила 21,7 на 100 тыс. населения, (14 случаев), показатель ниже среднеобластного уровня в 2,0 раза (43,0), по району рост заболеваемости в 4,0 раза – интенсивный показатель составил 28,0 на 100 тыс. населения. При анализе заболеваемости в течение года отмечается

рост заболеваемости преимущественно во втором полугодии (70 %.). Все больные обратились самостоятельно, активно выявленных больных нет. Гладкая кожа поражена в 83 % случаев, волосистая часть головы 17 %. Дети до 18 лет – 94,4 % заболевших, взрослые – 5,6 %. Бытовых контактов обследовано 53 человека (около 3х на 1 больного), коллективных – 340 (18,8).

В 2011 году заболеваемость микроспорией по г. Свободному возросла в 1,9 раза и составила 42,1 на 100 тыс. населения, (27 случаев), показатель ниже среднеобластного уровня на 15 % (49,5), по району снижение заболеваемости в 2,0 раза – интенсивный показатель составил 13,9 на 100 тыс. населения. При анализе заболеваемости в течение года отмечается пик заболеваемости в 3 квартале выявлено 68 % от всех больных. Активно выявлен всего один пациент (по контакту), т.е. 3,4 %. Гладкая кожа поражена в 84 % случаев, волосистая часть головы 13,7 %, сочетанное поражение в 3,4 % случаев. Дети до 18 лет – 93,8 % заболевших, взрослые – 6,8 %. Соотношение мужчины: женщины = 1: 2,0. Бытовых контактов обследовано 66, что составило 2,3 на одного больного, коллективных – 277, это 9,6 на 1.

В 2012 году заболеваемость микроспорией по г. Свободному снизилась в 2,3 раза и составила 18,9 на 100 тыс. населения, (12 случаев), показатель ниже среднеобластного уровня в 2,0 раза (36,6), по району случаев микроспории не зарегистрировано. При анализе заболеваемости в течение года отмечается пик заболеваемости в осеннее время года и составляет 66,6 % случаев. Активно выявленных больных нет. Гладкая кожа поражена в 75 % случаев, волосистая часть головы 16,6%, сочетанное поражение в 8,3% случаев. Дети до 18 лет – 100 % заболевших. Соотношение мужчины: женщины = 1,3: 1,0. Обследовано: 28 бытовых контактов, что составило 2,3 на 1 больного, коллективных – 277, это 23 на 1 больного.

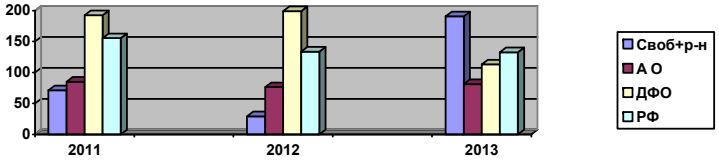
В 2013 году заболеваемость микроспорией по г. Свободному возросла в 1,5 раза и составила 28,7 на 100 тыс. населения, (18 случаев), показатель выше среднеобластного уровня на 10 % (28,7), по району рост заболеваемости в 6,0 раз – интенсивный показатель составил 41,1 на 100 тыс. населения, превысив среднеобластной уровень в 1,6 раза. При анализе заболеваемости в течение года отмечается пик заболеваемости в июне – июле (54 % из всех заболевших) и, (37 %), в осенние месяцы года. Активно выявлено всего 8 % (2 пациента от всех), что так же говорит о низкой профилактической работе службы. Гладкая кожа поражена в 88 % случаев, волосистая часть головы 8 %, сочетанное поражение – 4%. Осмотрено 59 бытовых контактов, что составляет 2,4 на 1 больного и 328 коллективных контакта – 13 на 1.

Микозы, вызванные epidermophyton seu trichophyton rubrum с поражением кожи стоп, кистей и придатков кожи – ногтевых пластинок, а также складок кожи. В течение с 2009 по 2012 год в г. Свободном и Свободненском районе отмечено снижение заболеваемости микозами кистей, стоп в 3,3 раза: так, в 2009 году заболеваемость по городу составила 52,3, к 2012 году составила 15,7. По району показатель заболеваемости является в этот период одним из самых низких по области, уровень заболеваемости ниже среднеобластного показателя в среднем в 6 раз. К 2013 году показатель возрос в 6 раз, превысив среднеобластной уровень, что связано, прежде всего, с улучшением работы в отношении регистрации и учета больных микозами стоп и ногтей, более качественному осмотру при интеркуррентной патологии, при проведении медицинских осмотров.

Соотношение мужчины : женщины = 1,0 : 1,5, ведь для женщин изменённые ногтевые пластинки это косметический дефект, от которого необходимо избавиться.

Активность выявления за период 2009-2013 гг. по городу и району составила 13,9 % за счет увеличения активности выявления патологии в 2013 году.

Показатели заболеваемости микозом стоп и кистей (2011 – 2013 гг.) в г. Свободном и Свободненском районе, в сравнении АО, ДФО и РФ



Из диаграммы видно, что только в 2013 году показатели по Свободному и Свободненскому району приблизились к средне областному и по РФ. Это связано с активным взятием на «Д» учет лиц пожилого и преклонного возраста.

Вывод:

1. За период с 2009 – 2013 гг. в г. Свободном и Свободненском районе отмечена низкая активность выявления больных чесоткой и дерматофитиями (в среднем до 5,0 % от всех выявленных случаев), что говорит о низкой работе дерматовенерологической службы по активному выявлению и лечению пациентов.
2. Очевидно, что снижение заболеваемости зависит от количества обследованных бытовых и коллективных контактов.
3. Пик заболеваемости чесоткой и микроспорией отмечается в летний, осенний период.

Предложения:

1.Улучшить взаимодействие врачей смежных специальностей по активному выявлению больных с заразной кожной патологией, повысить активность выявления больных с заразными кожными болезнями медицинскими специалистами всех профилей.

2.Активизировать санитарно-просветительную и информационно – разъяснительную работу по предупреждению заразных кожных заболеваний в группах риска, особенно среди подростков и молодежи.

3.Ежеквартально проводить углубленный анализ динамики показателей состояния заболеваемости заразными кожными заболеваниями в г. Свободном и Свободненском районе.

4.Добиваться в работе следующих целевых индикаторов:

Активности выявления больных чесоткой – 40 %.
Числа обследованных контактных лиц на одного больного чесоткой – 10 человек.
Активности выявления больных микроспорией – 40 %.
Числа обследованных контактных лиц на одного больного микроспорией – 10 человек.
Активности выявления больных трихофитией – 30 %.
Числа обследованных лиц на одного больного трихофитией – 10 человек.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕТИНОИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ РОЗОВЫХ УГРЕЙ

Н.Е. Мельниченко, Л.С. Корнеева, В.В. Ковалева, И.В. Гранина, Э.Ю. Аристова
ГБОУ ВПО «Амурская ГМА» Министерства здравоохранения РФ,
ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
г. Благовещенск

Акне – одно из наиболее частых заболеваний кожи, встречающееся у 85% лиц в возрасте от 12 до 35 лет. В 30 % случаев угревая сыпь сохраняется и в зрелом возрасте. Более чем в 1/3 случаев это заболевание требует длительного лечения. Наиболее часто при акне поражаются лицо и верхняя часть шеи, но в процесс могут быть вовлечены также грудь, спина и плечи. На коже появляются элементы сыпи — папулы, пустулы, кисты и др. В лечении акне используют местные бактерицидные средства (при легких формах —

препараты, содержащие бензоилпероксид, триклозан), антибиотики (доксициклин, эритромицин, клиндамицин, спирамицин или антибиотики тетрациклинового ряда). У женщин эффективна гормональная терапия акне – применяют комбинированные препараты эстрогена и прогестогена. В настоящее время разрабатываются новые концепции и перспективы в лечении акне, предусматривающие возможность использования генетических методов лечения. Ученые ищут возможные гены, ответственные за данную патологию; планируется также использование фагов, элиминирующих бактерии.

Значительное влияние заболевания на психоэмоциональную сферу, социальный статус, общественную адаптацию больных обусловливают актуальность данной проблемы, необходимость разработки новых эффективных средств и схем лечения.

Сотрет (изотретиноин) – эффективное медикаментозное средство для системной терапии акне, действующее на все основные звенья патогенеза заболевания: образование кожного сала, комедогенез, колонизацию Propionibacterium acnes. Прием препарата рекомендуется при среднетяжелых и тяжелых формах акне, высокой степени рубцевания, отсутствии эффекта традиционных методов лечения.

Показаниями для системного (перорального) назначения при среднетяжелой степени тяжести угревой болезни являются:

- отсутствие эффекта или недостаточный эффект от традиционных антибиотиков;
- рецидив заболевания;
- склонность к образованию грубых рубцов;
- себорея, обилие закрытых комедонов, атером;
- психологические проблемы, возникающие в связи с этим.

Терапевтическая эффективность Сотрета и его побочные действия зависят от дозы и варьируют у разных больных. Это диктует необходимость индивидуального подбора дозы в ходе лечения. Основные схемы назначения препарата следующие: внутрь, во время еды один или два раза в день (как стандартный режим дозирования).

Лечение Сотретом следует начинать с дозы 0,5 мг/кг в сутки. У большинства больных доза колеблется от 0,5 до 1,0 мг/кг массы тела в сутки. Больным с очень тяжелыми формами заболевания или с акне туловища могут потребоваться более высокие суточные дозы – до 2,0 мг/кг. Доказано, что частота ремиссии и профилактика рецидивов оптимальны при использовании курсовой дозы 120-150 мг/кг (на курс лечения), поэтому продолжительность терапии у конкретных больных меняется в зависимости от суточной дозы. Полной ремиссии акне часто удается добиться за 16-24 недели лечения. У больных, очень плохо переносящих рекомендованную дозу, лечение можно продолжить в меньшей дозе, однако проводить его дольше.

У большинства больных акне полностью исчезают после однократного курса лечения. При явном рецидиве показан повторный курс лечения Сотретом в той же суточной и курсовой дозе, как и первый. Поскольку улучшение может продолжаться вплоть до 8 недель после отмены препарата, повторный курс следует назначать не раньше окончания этого срока.

Больная З., 36 лет, поступила впервые в кожное отделение АОКВД в 2011 г. с жалобами на высыпания в области лица, груди, спины. Из анамнеза заболевания выяснено, что больна в течение 10 лет, неоднократно лечилась амбулаторно и стационарно. (получала цефатоксим, метронидазол, делагил, витаминотерапия, антигистаминные препараты, противовоспалительная и дезинтоксикационная терапия, наружная в виде акарицидных средств (бензилбензоат 20 %, серная мазь 33 %, куриозин, метрогил гель, скиноен, клензит, без выраженного эффекта). Из анамнеза жизни: работает хирургической медсестрой с постоянным ношением масок.

Обьективно: кожно-патологический процесс локализуется на лице, груди и верхней трети спины: кожа жирная, лоснится, видны расширенные поры выводных протоков сальных желез, зияющие, при нажатии на кожу щек выделяется большое количество густого сального секрета с примесью гноя. Большое количество папул и пустул воспалительного характера, гнойных инфильтратов. Кожа лица в области лба, щек, подбородка, носа гиперемирована с

застойно-синюшным оттенком. Множество гнойных корок и телеангиоэктазий. Все высыпания сопровождались выраженным зудом и умеренной болезненностью.

При микроскопическом обследование пустул был обнаружен demodex.

Посев на флору с очагов (выявлен Staphylococcus aureus, Echerychia coli с высокой чувствительностью к гентамицину).

На основании клиники и обследования выставлен диагноз: Жирная себорея. Розовые угри, осложненные демодекозом. Выписывалась с незначительным улучшением, с рекомендациями: продолжить лечение в амбулаторных условиях, желательно с применением системных ретиноидов (сотрет – прием препарата с апреля 2014 года), вначале 40 мг/сут. в течение двух месяцев, затем 20 мг/сут., на протяжение 3-4 месяцев.

Последняя госпитализация в сентябре 2014 года. На момент осмотра: патологический процесс локализуется в области щек, лба, подбородка. Выраженная гиперемия, инфильтрация значительно уменьшилась, нет характерного сального блеска. Сохраняются элементы постакне, гипопигментные пятна, рубцовые изменения.

Переносимость препарата удовлетворительная. Побочные эффекты, вызванные приемом сотрета отмечались у больной в виде сухости кожи лица, особенно периоральной области, сухость губ от легкого шелушения до выраженного шелушения с мелкими трещинами.

Таким образом, лечение изотретиноином (сотрет) в течение длительного времени (пять месяцев) привело к клиническому улучшению кожно-патологического процесса. На сегодняшний момент ретиноиды являются одним из основных препаратов в терапии тяжелых форм акне.

До лечения

На фоне лечения Сотретом через 5 месяцев

СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА У РЕБЕНКА

Н.Е. Мельниченко, Л.С. Корнеева, В.В. Ковалева, И.В. Гранина, Э.Ю. Аристова
ГБОУ ВПО «Амурская ГМА» Министерства здравоохранения РФ,
ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
г. Благовещенск

Буллезный эпидермолиз – это большая группа генодерматозов, характеризующихся появлением пузырей на коже и слизистых оболочках, возникающих при незначительной травматизации или спонтанно. Буллезный эпидермолиз включает примерно 30 отдельных фенотипических и генотипических форм, которые имеют одну общую черту – механическую слабость кожного покрова. Характерным для всех типов буллезного эпидермолиза является наличие рецидивирующих пузырей и эрозий в результате минимального растяжения тканей.

Наследственный буллезный эпидермолиз характеризуется рецидивирующим образованием пузырей в результате структурной слабости, ломкости кожи и некоторых других тканей. В настоящее время основными звеньями патогенеза БЭ считают нарушение процессов синтеза, секреции коллагена (7 тип) или его повышенное разрушение – коллагенолиз за счет высокой активности коллагеназы при нормальном синтезе либо нарушение функции ферментов, участвующих в синтезе коллагена. При врожденных формах буллезного эпидермолиза эти структуры отсутствуют, а при приобретенных – выявляются антитела против 7 типа коллагена, входящего в состав якорных филаментов дермы, которые прикрепляют к ней базальную мембрану. Повреждение данного типа коллагена приводит к образованию пузыря под базальной мембраной. На месте пузыря формируется рубец.

Актуальность темы заключается в том, что врожденный буллезный эпидермолиз – это не только неизлечимое системное заболевание, особенностью которого является повышенная чувствительность кожи, из-за которой малейшее прикосновение к ее поверхности приводит к появлению пузырей на коже и слизистых оболочках, а затем эрозий и язв, приносящим страдания больному, у таких детей также со временем нарушается работа многих жизненно важных органов – почек, печени, сердца. Но также это социальная проблема. Врожденный эпидермолиз буллезный – 20 декабря 2011 г. внесен в перечень орфанных заболеваний.

По статистике, в нашей стране больные, которым поставлен диагноз врожденный эпидермолиз буллезный редко доживают до 18 лет. Для облегчения состояния пациентов с эпидермолизом, необходимы самые современные лекарственные препараты, способствующие заживлению ран, большое количество перевязочных материалов. В среднем, стоимость ежемесячного ухода за больным ребенком варьируется в пределах 50-150 тысяч рублей. Поэтому внесение этого заболевания в перечень орфанных (редких) болезней позволило обеспечить помощь со стороны государства.

Распространенность: формы с легким течением встречаются с частотой 1 на 50 000 родов, более тяжелые – 1:500 000 родов ежегодно. В Амурской области зарегистрировано 4 случая заболевания врожденным буллезным эпидермолизом. В России, по приблизительным подсчетам, за 2011 год было зафиксировано около двух тысяч больных, в Москве известно о 7 пациентах.

Простая форма, легкий буллезный эпидермолиз стоп и кистей, гиперпластическая разновидность дистрофического буллезного эпидермолиза наследуются по доминантному типу; полипластическая разновидность дистрофической формы, летальный буллезный эпидермолиз новорожденных – по рецессивному типу.

Выделяют следующие формы буллезного эпидермолиза:

Простая, или доброкачественная, форма буллезного эпидермолиза (в том числе летний буллезный эпидермолиз стоп и кистей)

Дистрофическая форма:

- ✓ Гиперпластическая
- ✓ Полидиспластическая

✓ Летальный (злокачественный) буллезный эпидермолиз новорожденных – вариантом тяжело протекающего дистрофического буллезного эпидермолиза.

Примером данного заболевания может явиться случай наблюдения врожденного буллезного эпидермолиза в кожном отделении АОКВД.

Больная К., 15 лет поступила в ноябре 2013 г.

Диагноз: Врожденный буллезный эпидермолиз дистрофический

С жалобами на: эрозии, пузыри на коже, истончение кожи.

Анамнез заболевания: больная является инвалидом детства. Наблюдается и получает лечение по месту жительства. Ухудшение состояния приблизительно в течение 2 месяцев. На месте травматизации пузырей образуются длительно незаживающие язвы. Пользуется эпителизирующими средствами. Госпитализирована в кожное отделение ГБУЗ АО «АОКВД» для стабилизации состояния.

Лечение:

Системная терапия:

- дезинтоксикационные средства (тиосульфат натрия)
- антибиотикотерапия (амоксицилин)
- линекс
- витаминотерапия (витамин С)
- препараты улучшающие трофику тканей и стимулирующие процесс регенерации (метилурацил).

Наружная терапия:

- анилиновые красители (фукорцин),
- комбинированный препарат (акридерм-гента: глюкокортикостероид + антибиотик-аминогликозид)
- метаболическое средства (актовегин).

Прогноз врожденного буллезного эпидермолиза значительно варьирует и зависит как от типа и подтипа заболевания, так и от общего состояния пациента.

Пациенты, страдающие простыми доминантно-дистрофическим типами врожденного буллезного эпидермолиза, имеют, как правило, благоприятное течение болезни с сохранением социальной активности.

В противоположность, пациенты, страдающие пограничным типом врожденного буллезного эпидермолиза имеют высокий риск возникновения смерти в течение первых пяти лет жизни, а пациенты с рецессивно-дистрофическим типом врожденного буллезного эпидермолиза – в молодом возрасте от метастазов плоскоклеточного рака кожи.

Подводя итог всему вышеизложенному, хотелось бы еще раз отметить тот факт, что, несмотря на очень быстрые темпы развития медицинской науки, проблема оказания высококвалифицированной помощи больным буллезным эпидермолизом стоит достаточно остро. Большинство заболеваний данной группы, являются неизлечимыми и существенно снижают качество жизни больных. Несмотря на то, что основные звенья патогенеза изучены, патогенетическая терапия является неспецифичной, и, соответственно, не оказывает желаемого эффекта.

МЕЛАНОЗ РИЛЯ, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ У ЮНОШИ ПРИ ПРИЗЫВЕ НА ВОЕННУЮ СЛУЖБУ

Ю. А. Молчанов, Д.Г. Шерешевский
Военный комиссариат Амурской области
г. Благовещенск

Нарушения пигментации кожи могут быть первичными и вторичными, возникающими на месте разрешившихся первичных элементов. Распространенные гиперпигментации наблюдаются при болезни Аддисона, заболеваниях гепатобилиарной системы, при хронических интоксикациях, дефиците белкового питания и витамина В 12 /3/.

Меланоз Риля (меланоз военного времени) впервые описан в 1917 г. После окончания первой мировой войны публикации о нем прекратились и лишь в 1941-1944 гг. вновь появились из оккупированной в то время Франции. Чаще страдают женщины в возрасте 30-50 лет, расстройство пигментации развивается после солнечных облучений, начинаясь с зудящей эритемы лица. Краснота сменяется пигментацией в области висков,

распространяясь на лоб, щеки и шею. Вовлекаются в процесс кожа носа, периоральной области, подбородка, предплечий и кистей. Пигментация вначале пятнистая, пятна образуют сетевидный рисунок. Цвет измененной кожи варьирует от охряного до темно-коричневого, бывают пятна с фиолетовым оттенком. При длительном существовании может развиться слабо выраженная атрофия / 1/.

Приводим наше наблюдение:

Гр. Я., 1990 г. р. заметил изменение окраски кожи в 10-летнем возрасте. Пятно в области туловища не беспокоило, но постепенно увеличивалось в размере. К дерматологу обратился в 2006 г., рекомендовано обследование печени. При УЗИ патологии со стороны печени не обнаружено. Диагноз не уточнен, лечение не назначалось. В октябре 2009 г. направлялся на обследование терапевтом с диагнозом хронический гастрит. ФГДС 07.10.09: в желудке слизистая очагово гиперемирована. Луковица 12-ти перстной кишки: множественные плоские выбухания округлой формы на широких основаниях, размером до 3-4 мм. Заключение: поверхностный гастрит, полипоидный бульбит.

При медицинском освидетельствовании во время призыва на военную службу 08.04.10 г. на коже лица и туловища обнаружены пятна коричневой окраски. На боковой поверхности туловища слева в зоне подвздошной кости с переходом на нижнюю часть живота, на спину и левое бедро обширное пятно 24,0 х 30,0 см коричневого цвета, неправильной формы, с четкими контурами. Окраска неоднородная: в центральной части темнее, ближе к периферии светлее. Рост пушковых волос сохранен, в центральной части пятна кожа на ощупь плотновата.

С 21.04.10 по 14.05.10 по направлению военного комиссара находился на обследовании в областной больнице № 4. Консультирован заведующей кафедрой кожных и венерических болезней АГМА доцентом, КМН Мельниченко Н. Е.

Предварительный диагноз: Очаговая склеродермия.

Гистологическое исследование 12.05.10: Гиперкератоз в области волосяных фолликулов. Эпидермис с мелкими папилломатозными и акантолитическими разрастаниями. В базальном слое повышено количество меланина. Меланоциты встречаются в сосочках дермы по ходу расширенных поверхностных сосудов. Придатки кожи без признаков атрофии. В глубине дермы встречаются места с роговыми массами. Заключение: Склеродермия маловероятна. Можно предположить меланоз Риля, юношескую форму «черного акантоза».

Черный акантоз (пигментно-сосочковая дистрофия кожи) характеризуется гиперпигментацией кожи в области складок, на боковых поверхностях шеи, в окружности пупка, сосков молочных желез, на тыльной поверхности кистей и стоп. Кожа постепенно уплотняется, появляются папилломатозные разрастания. Возможно поражение слизистых оболочек, гиперкератоз ладоней и подошв. Различают две формы: злокачественную, развивается у взрослых как паранеопластический процесс, и доброкачественную, возникающую в детском и юношеском возрасте /2/.

Учитывая возраст, анамнез, гистологическое исследование и клиническую картину поставлен окончательный диагноз: Меланоз Риля.

Назначено адекватное лечение и дополнительное обследование желудочно-кишечного тракта, ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Освидетельствован призывной комиссией Амурской области.

Заключение: В – ограниченно годен к военной службе.

Обращает внимание следующее: В 2007 г. при первоначальной постановке на воинский учет, в 2008 и 2009 гг. во время медицинского освидетельствования при призыве на военную службу осмотрен врачами специалистами, в т. ч. дерматовенерологом, хирургом и терапевтом, которые, несомненно, видели большой участок кожи с измененной пигментацией, но не придали этому факту должного внимания. Поздняя диагностика заболевания не позволила своевременно назначить лечение, кроме того, пока неизвестно, что выявится при обследовании.

Литература:

1. Бабаянц Р. С., Лоншаков Ю. И. Расстройства пигментации кожи. М., 1978. С. 75.

2. Беренбейн Б. А., Студницын А. А. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Под ред. Б. А. Беренбейна, А. А. Студницина. М., 1989. С. 306.
3. Соколовский Е. В., Аравийская Е. Р., Монахов К. Н., под ред. Е. В. Соколовского. Дерматовенерология. М., 2007. С. 306.

МАСТОЦИТОЗ, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ ПРИ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПОСТАНОВКЕ ГРАЖДАН НА ВОИНСКИЙ УЧЁТ

Ю. А. Молчанов, К. В. Кузнецов
Военный комиссариат Амурской области
г. Благовещенск

Мастоцитоз – ограниченное или системное заболевание, обусловленное пролиферацией тучных клеток в различных органах и тканях. Чаще поражается кожа, реже внутренние органы и кости. Различают кожную, селезёночную, желудочно-кишечную, костную и другие формы мастоцитоза. При одновременном поражении нескольких органов говорят о системном мастоцитозе. Классифицируют мастоцитоз и в зависимости от возраста больных, который обуславливает различия в клинической картине, в течении и прогнозе заболевания. В детском возрасте различают пигментную крапивницу, мастоцитому, диффузный и системный мастоцитоз. У взрослых кроме указанных форм выделяют стойкую пятнистую телеангиэктазию, селезёночный, костный, желудочно-кишечный мастоцитоз и тучноклеточный лейкоз.

Основной кожной формой мастоцитоза является пигментная крапивница, Все формы мастоцитоза, за исключением лейкозной, считаются доброкачественными. Заболевание начинается примерно у 75% больных на протяжении первых двух лет жизни /1/.

Наши наблюдения.

19.03.07 г. при первоначальной постановке на воинский учёт освидетельствован гр. Л., 17 лет, у которого дерматовенерологом на коже туловища и конечностей обнаружено большое количество пигментированных округлых пятен различной величины. С предварительным диагнозом: «Чёрный акантоз, пигментная крапивница» юноша был направлен на обследование в ОКВД, где был поставлен диагноз: «Мастоцитоз (пигментная крапивница)».

При медицинском освидетельствовании для определения категории годности к военной службе врач-специалист сделал заключение: Б-3, годен к военной службе с незначительными ограничениями.

В июне 2009 г. в связи с предстоящим призывом на военную службу гр. Л. повторно направлен на обследование с целью исключения системности патологического процесса.

В Акте исследования состояния здоровья отражено: Пятна на коже шеи, верхних конечностей появились летом 2006 г. через 2-3 недели после длительного пребывания на солнце, постепенно приобрели распространённый характер, не вызывают субъективных ощущений. Кожа лица, видимые слизистые, кисти и стопы свободны от высыпаний. На туловище, ягодицах, в подмышечных и бедренно-мошоночных складках – множественные рассеянные, коричневого цвета пятна овальной и округлой формы до 1,0-1,5 см, слегка возвышающиеся над уровнем кожи. Симптом Дарье-Унны отрицательный. Гистологическое исследование от 09.03.07. Имеются косвенные признаки мастоцитоза: резкое увеличение содержания меланина в базальном слое эпидермиса, инфильтрация гистиоцитами по ходу капилляров сосочков дермы. Диагноз: Кожный мастоцитоз (пигментная крапивница), стадия стабилизации.

Призывной комиссией принято решение: Б-3, годен к военной службе с незначительными ограничениями. Призвать на военную службу.

При медицинском осмотре граждан, призванных на военную службу, перед направлением их к месту службы врач- специалист сделал заключение: В, ограниченно годен к военной службе. Призывник представлен на медицинское освидетельствование врачами – членами призывной комиссии Амурской области, которая отменила решение призывной комиссии муниципального образования. Призывник возвращён для повторного медицинского освидетельствования и принятия заключения о категории его годности к военной службе. После повторного освидетельствования призывная комиссия муниципального образования приняла решение: В – ограниченно годен к военной службе, освободить от призыва на военную службу и зачислить в запас.

Категория годности к военной службе изменена в связи с тем, что мастоцитоз с распространёнными проявлениями расценен как доброкачественные новообразования кожи, затрудняющие ношение военной формы одежды. Ошибка в определении категории годности к военной службе гр. Л. при первоначальной постановке на воинский учёт и при призыве на военную службу связана с тем, что данная патология кожи редко встречается в практике дерматовенеролога.

Литература:

1. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Под редакцией Б. А. Беренбейна, А. А. Студницина. М., 1989. С. 343-344.

ДВА СЛУЧАЯ ПАРАПСОРИАЗА, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ ГРАЖДАН ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАТЕГОРИИ ГОДНОСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ

Ю. А. Молчанов
Военный комиссариат Амурской области
г. Благовещенск

В 1902 г. Brocq под названием «парапсориаз» объединил несколько редких хронически протекающих поражений кожи, общими признаками которых он считал: хроническое течение, отсутствие общих расстройств, почти полное отсутствие зуда, поверхностный характер процесса, резистентность к терапии /2/. Дерматозы имели признаки псориаза, красного плоского лишая, себорейной экземы и розового лишая, проявлялись, в основном, узелками и пятнисто-чешуйчатыми элементами /1/.

Эти дерматозы Brocq сгруппировал в три варианта: каплевидный, лихеноидный и бляшечный, каждый из которых, по его же замечанию, возможно, представляет собой самостоятельное заболевание /2/. В настоящее время выделяют четвёртую форму – острый парапсориаз Муха-Габермана /3/.

Каплевидный парапсориаз рассматривается как инфекционно-токсический васкулит с хроническим течением, чаще встречается у мужчин 20-30 лет, весной или осенью после обострения хронического тонзиллита, гриппа и других инфекций. На коже туловища, на медиальных поверхностях конечностей образуются плоские или полусферические бледно-розовые узелки до 3-6 мм в диаметре. При поскабливании элементов выявляются отрубевидное шелушение («симптом скрытого шелушения»), точечные кровоизлияния («симптом пурпуры»), а на регрессирующих элементах отделяется крупная чешуйка, похожая на коллоидную плёнку («симптом облатки»). Изредка белесоватые папулы возникают на слизистой полости рта. Течение заболевания хроническое, летом улучшение, зимой обострение /3/.

Наши наблюдения:

06.04.2005 г. при прохождении призывной комиссии освидетельствован для определения категории годности к военной службе гражданин У., 18 лет, у которого выявлены на коже туловища и конечностей узелки, размером от 3-х до 5-ти мм, не сливающиеся между собой, розовато-жёлтого цвета, на которых обнаружены легко удаляемые чешуйки, имеющие вид коллоидных плёнок. Симптомы скрытого шелушения и пурпуры положительны. Высыпания возникли в октябре 2004 г., за медицинской помощью не обращался.

Диагноз: Распространённый каплевидный парапсориаз.

Заключение: Временно не годен к военной службе на шесть месяцев.

Направлен на обследование и лечение, которое получил в стационаре в мае 2005 г., выписан с улучшением. В дальнейшем лечился амбулаторно, обострения заболевания весной.

08.04.2008 г. гражданин У. освидетельствован повторно. Диагноз: Распространённый каплевидный парапсориаз, обострение. Заключение: Ограниченно годен к военной службе.

Лихеноидный парапсориаз – редкая разновидность парапсориаза. Разнатовский И. М. ставит вопрос о выделении этой формы парапсориаза в самостоятельную нозологическую единицу /2/.

Этот дерматоз характеризуется высыпаниями мелких, величиной с булавочную головку узелков буровато-красноватого цвета, плоских, блестящих. Поверхность их покрыта отрубевидными чешуйками. Иногда наблюдается вдавление в центре. Узелки могут сливаться, образуя сетки и отдельные тёмные бляшки. При поскабливании появляется незначительная пурпура. Зуд отсутствует. После разрешения элементов остаются буроватая пигментация, телеангиэктазии, иногда поверхностная атрофия /1/.

Наши наблюдения:

25.03.2008 г. при поступлении на военную службу по контракту освидетельствован для определения категории годности к военной службе гражданин И., 27 лет, у которого на коже туловища выявлены множественные мелкоузелковые элементы, не склонные к слиянию, не связанные с волосяными фолликулами, блестящие при боковом освещении, желтовато-коричневой окраски. Зуд не беспокоит.

Анамнез. В 1999 г. освидетельствован при призыве на военную службу, заключение: Здоров. Годен к военной службе. В 2001 г. уволен из Вооружённых Сил по окончанию срока службы.

В 2002 г. родственники обратили внимание на высыпания на коже туловища, которые его не беспокоили, за медицинской помощью не обращался.

Диагноз: Парапсориаз. Заключение: Подлежит обследованию с последующим освидетельствованием. Находился на обследовании в ОГУЗ Амурский ОКВД с 26.03.08 по 23.04.08.

Биопсия 9.04.08, гистологическое заключение не достаточно информативно. На врачебной конференции 17.04.08 консультирован заведующей кафедрой кожных болезней АГМА, доцентом, КМН Мельниченко Н. Е. Диагноз: Лихеноидный парапсориаз Брока. Назначено лечение.

29.05.2008 г. освидетельствован повторно военно-врачебной комиссией. Заключение: Годен к военной службе с незначительными ограничениями.

Обращает внимание случай поздней диагностики редкого дерматоза, который на качество жизни гражданина существенного влияния не оказывал.

Литература:

1. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Под редакцией профессора А. А. Студницына. – М.: Медицина, 1983. – С. 110-111, 116.
2. Разнатовский И. М. Парапсориазы. – Ленинград, 1977. – С. 5-6, 23.
3. Сосновский А. Т., Яговдик Н. З., Белугина И. Н. Дерматологический справочник. – Минск, 2001. – С. 484, 486.

К ВОПРОСУ О ПРОВЕДЕНИИ ВИЗУАЛЬНОГО ОСМОТРА ПРИЗЫВНИКОВ В КАБИНЕТАХ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

Ю. А. Молчанов, В. С. Куклин
Военный комиссариат Амурской области
г. Благовещенск

На ВВК военного комиссариата Амурской области возлагаются освидетельствование граждан, поступающих на военную службу по контракту, поступающих в военные образовательные организации высшего образования; проведение медицинского осмотра граждан, призванных на военную службу, перед направлением их к месту прохождения военной службы; контрольное освидетельствование граждан, получивших отсрочку или освобождение от призыва на военную службу по состоянию здоровья.

Медицинское освидетельствование граждан любым врачом-специалистом начинается с опроса и осмотра, в первую очередь осмотра кожи. В Древней Греции великий мыслитель и врач Гиппократ писал:»Осмотр тела – целое дело: он требует знания, слуха, обоняния, осязания, языка, рассуждения» (1).

Все врачи ВВК обязательно осматривают кожу, но для дерматовенеролога и офтальмолога освещенность играет особую роль, потому что для первого осмотр кожи является главным методом работы, а второй осматривает орган зрения.

В учебнике «Дерматовенерология» этот вопрос освещен следующим образом: «Ведущую роль в постановке диагноза играет осмотр непораженной и пораженной кожи. Осмотр проводится в теплом, хорошо освещенном помещении» (3). В пособии для врачей вопрос изложен более подробно: «Кабинет врача-дерматолога должен иметь хорошее естественное дневное освещение и/или должен быть оборудован источниками электрического освещения (рассеянное «бестеневое освещение»), обеспечивающими, при необходимости, проведение осмотра в темное время суток» (2).

В Положении о медицинском освидетельствовании летного состава авиации Вооруженных Сил Российской Федерации об этом говорится кратко: «ВЛК работает при дневном освещении и освидетельствует в день не более тридцати человек» (4).

Создается впечатление, что авторы работают в такой местности, где Метеопрогноз гарантирует безоблачное небо по графикам работы ВВК (ВЛК), а зимнего времени и северных широт нет совсем. Дневное освещение упоминается во многих документах. Да, дневное освещение предпочтительнее, естественнее, но тогда необходимы кабинеты наподобие мастерской художника со стеклянными потолками и постоянное безоблачное небо, что является нереальным.

Врачебные кабинеты ВВК просторные, площадь кабинетов соответствует нормативам. Площадь застекления окон (Евро-окна) 2,9 кв. м. Все кабинеты обеспеченны встроенными в потолок двумя стационарными светильниками (ЛВО 4 х 18 Техно), предназначенными для работы с люминесцентными лампами. В каждый светильник вставляются 4 лампы, которые своевременно заменяются в случае выхода из строя.

Дерматовенеролог проблему решил следующим образом: окно закрывает жалюзи, чтобы не было смешанного света. При осмотре граждан включает верхний заполняющий свет и дополнительно слева и справа от себя два настольных светильника серии «Дельта» с люминесцентными лампами мощностью 11 Вт с белым светом. Тип лампы для светильников: серия «Дельта» DULUX S 11 W/41 фирма «OSRAM». Светильники серии «Дельта» с компактной люминесцентной лапой дают следующие преимущества: отсутствует мерцание лампы, предотвращается утомление глаз. При боковом освещении этими светильниками придается объемность и рельефность элементам кожи.

Приводим наши наблюдения. В 2013 году при медицинском осмотре граждан, призванных на военную службу, перед направлением их к месту прохождения службы, обращено внимание, что у призывника бледно-розовая окраска кожи тыльных поверхностей кистей и предплечий от лучезапястных до локтевых суставов. При осмотре кожи верхних конечностей в боковом освещении выявлена типичная картина красного плоского лишая. Призывная комиссия Амурской области отменила решение о призыве на военную службу и приняла в соответствии с Федеральным законом «О воинской обязанности и военной службе» решение: по статье 62 б) графы 1 расписание болезней он признан «В» – ограниченно годен к военной службе.

В 2013 году при медицинском осмотре граждан, призванных на военную службу обращено внимание на призывника, у которого была слабо выраженная неравномерная окраска кожи туловища и конечностей. При осмотре в боковом освещении стало ясно, что

неравномерную окраску кожи создают множественные депигментированные пятна различной величины. Пятна в течение 10 лет постепенно увеличивались в количестве и размерах. Дерматолог по поводу витилиго советовал юноше не загорать на солнце.

Светлый шатен. Окраска кожи светлая, разница между нормальной окраской и депигментированными пятнами незначительная. При беглом осмотре пятна слабо заметны. Призывная комиссия Амурской области отменила решение о призыве на военную службу и в соответствии с Федеральным законом «О воинской обязанности и военной службе» решение: по статье 62 г) графы 1 расписания болезни он признан «В» – ограниченно годен к военной службе.

Только благодаря хорошему, правильному освещению удалось избежать ошибок при медицинском осмотре и исправить ошибки, допущенные при прохождении этими гражданами призывной комиссии. Освещение кабинетов дерматовенерологов на многих призывных пунктах оставляет желать лучшего. На сборах медицинских работников, во время проверок на призывных пунктах рекомендуем иметь в кабинетах врачей – дерматовенерологов на рабочем столе хотя бы обыкновенную настольную лампу в дополнении к общему освещению.

Офтальмолог использует для исследования зрительных функций, кроме основного освещения, местное, фокальное. Передние отрезки глаз и глазные яблоки освещают светодиодной лампочкой, встроенной в ручной фонарик, которая дает хорошо сфокусированное, контрастное боковое освещение. Такое местное освещение позволило обнаружить в течение года контактные линзы на роговицах у 11 граждан, не выявленные ранее при предворительном медицинском освидетельствование; следы перенесенных операций (рубцы) на глазных яблоках, что позволило диагностировать у восьми граждан, прооперированных в детстве по поводу косоглазия.

Разная глубина передних камер глаз, видимая при местном боковом освещении, позволила предположить наличие кератоконуса 3 степени, что подтвердилось при кератометрии.

Литература:

1. Вёрткин А. Л., Скотников А. С. Коморбидность // Лечащий Врач. 2013. № 6. С. 66.
2. Куликов В. В., Еникаев Р. Р., Зиангиров Р. А., Ядчук В. Н., Квасовка В. В., Организация и проведение военно-врачебной экспертизы граждан с заболеваниями дерматологического профиля при первоначальной постановке на воинский учёт и призыве на военную службу. Пособие для врачей / Под ред. В. В. Куликова. М.: Медицина, 2006. С. 14.
3. Соколовский Е. В., Аравийская Е. Р., Монахов Г. Н., Перламутров Ю. Н. Дерматовенерология: учебник / Под ред. Е. В. Соколовского. М: Медицина, 2007. С. 17.
4. Положение о медицинском освидетельствовании летного состава авиации Вооруженных Сил Российской Федерации. М., 2000. С. 4.

СИНДРОМ ЛЕВАНДОВСКОГО-ЛУТЦА, ВЫЯВЛЕННЫЙ ПРИ КОНТРОЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ ПРИЗЫВНИКОВ

Ю. А. Молчанов, К. А. Туфанов
Военный комиссариат Амурской области,
ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
г. Благовещенск

При наследственных дерматозах и синдромах наблюдаются нарушения процесса ороговения, дисхромии и дистрофии кожи, опухолевые и невоидные образования, эктодермальные дисплазии. В группе заболеваний, характеризующихся дефектом кератинизации, выделяют: различные формы ихтиоза и синдромы, включающие ихтиоз; эритрокератодермии; фолликулярные кератозы; бородавчатые кератозы; кератодермии; многоформные кератозы.

Верруциформная эпидермодисплазия Левандовского-Лутца (синдром Левандовского-Лутца, диссеминированная генерализованная бородавчатость) наследуется аутосомно-рецессивно, проявляется в детском и юношеском возрасте, характеризуется множественными, густо расположенными мелкими округлыми или полигональными папулами, образующими сетчатый рисунок. Элементы могут сливаться в бляшки с плоской или шероховатой поверхностью за счет чешуек Цвет бляшек от бледно-розового до синевато красного; локализация: туловище, конечности (преимущественно разгибательные поверхности), лицо. На лице могут наблюдаться пигментные пятна, напоминающие веснушки. Кожа туловища бывает неравномерно пигментирована, шелушиться, как при ихтиозе. Возможна алопеция. Иногда из высыпных элементов развивается базалиома /4/.

Приводим наше наблюдение. Гр. Ш., 1988 г. р. при призыве на военную службу признан в связи с псориазом ограниченно годным к военной службе и направлен 13.07.10 г. на контрольное медицинское освидетельствование.

С 13-ти лет на коже тыльной поверхности кистей имеются высыпания похожие на бородавки. Сезонного регресса элементов не отмечает. Лечился различными наружными средствами, в т. ч. проводилась криотерапия жидким азотом. В течение последних полутора лет появились множественные высыпания на разгибательной поверхности правого коленного сустава.

При осмотре: на тыльной поверхности левой кисти имеется плоский звездчатый рубец обычной желтоватой окраски до 1,5 см в размере (следствие криотерапии). На тыльной поверхности кистей множественные возвышающиеся над поверхностью кожи плотноватые бледно-телесные папулы величиной до 2-5 мм, сливающиеся в округлые бляшки с четкими границами до 0,5-1,0 см. Поверхность элементов гладкая, слегка шелушится серыми чешуйками. В области разгибательной поверхности правого коленного сустава большое количество рассеянных и сливающихся в бляшки аналогичных образований бледно-розовой окраски. Псориатическая триада отрицательна.

Предварительный диагноз: Множественные плоские бородавки. Эпидермодисплазия верруциформная Левандовского-Лутца.

Направлен на консультацию в ОКВД, диагноз эпидермодисплазия верруциформная подтвержден.

Гр. Ш. освидетельствован призывной комиссией Амурской области, заключение: ограниченно годен к военной службе

Поздняя диагностика обусловлена тем, что заболевание встречается очень редко /3/, а высыпные элементы почти идентичны плоским бородавкам, ряд авторов рассматривают дерматоз как генерализованную форму плоских бородавок /2/.

При некоторых бородавчатых кератозах (порокератоз Мибели, черный акантоз) наблюдаются сочетания поражения кожи с другими пороками развития /5/. Упоминаний в доступной литературе о поражении при эпидермодисплазии верруциформной других органов и систем нами не обнаружено.

Гр. Ш. 19.05.10 г. обследован в Свободненской городской больнице, установлен диагноз: Гипермобильность обоих плечевых суставов.

С 25.06.10 по 09.07.10 г. обследован в Амурской областной клинической больнице, установлен диагноз: Вегетативная дисфункция по смешанному типу с выраженными цефалгическими пароксизмами. Цервикалгия на фоне остеохондроза шейного отдела позвоночника, ротационного подвывиха С 1. Умеренно выраженные болевые и мышечно-тонические нарушения.

Нам представляется, что верруциформные изменения на коже, дисфункции нервной системы, остеохондроз шейного отдела позвоночника, слабость связочного аппарата плечевых суставов у данного гражданина являются единым симптомокомплексом наследственного заболевания, известного дерматологам как эпидермодисплазия верруциформная Левандовского-Лютца.

ДИАГНОСТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ГРАЖДАН ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ КАТЕГОРИИ ГОДНОСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ

Ю. А. Молчанов, В. С. Куклин
Военный комиссариат Амурской области

Заболевание чаще встречается в городах. Среди европейского населения 1 – 5 % страдают атопическим дерматитом (АД) (4) Заболеваемость АД за последние 20 лет увеличилась: на 10 т. населения 15 – 20 случаев (3).

Наши наблюдения: среди граждан, призываемых на военную службу за последние 7 лет АД составил 30 – 55 случаев на 10 тысяч обследуемых призывников.

В структуре заболеваний кожи, в связи с которыми граждане получили освобождение или отсрочку от призыва на военную службу АД составил:

Год	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
% в структуре заболеваний по ст. 62 Расписания болезней.	19,5	17,7	20,0	16,7	13,3	11,6	10,0	17,5
Заболеваемость на 10 т. граждан	39	32	56	54	40	50	30	33

В последние годы постоянно увеличивается аллергическая заболеваемость у детей, одно из главных мест занимает патология кожи, в основном АД (2). Три типа течения АД – наиболее часто до двух лет наблюдается выздоровление, выраженные проявления до двух лет с ремиссиями, непрерывный тип течения, который учащается. Проявления заболевания меняются с возрастом больных. Выделяют возрастные периоды: «младенческая» стадия заболевания до двух лет, «детская стадия» от трёх лет до пубертатного возраста. В третий период («взрослая стадия») меньше выражены воспалительные реакции, менее выражены аллергические проявления. Основные жалобы на зуд кожи. Атопический дерматит не имеет своей чётко очерченной клинической картины. Можно говорить о наиболее характерных проявлениях заболевания, для постановки диагноза используются основные и дополнительные диагностические критерии (4).

Граждане, состоящие на диспансерном учёте у дерматолога по поводу АД и у которых выявлено заболевание при медицинском освидетельствовании направляются в лечебные учреждения для обследования, во время которого им проводится и лечение. По окончании обследования и лечения оформляется Акт исследования состояния здоровья (Акт). На день составления Акта изменения кожи у большинства минимальные. В некоторых документах на целую страницу подробно описаны «путешествия» по лечебным учреждениям: когда и куда обращался, с какими жалобами, какое получал лечение, но в разделе «Объективные данные» кожа описана двумя-тремя короткими предложениями, например: «Отрубевидное шелушение на тыле кистей, дермографизм белый». Дополнительные критерии АД чаще всего игнорируются.

Для улучшения качества диагностики АД составили «Схему опроса и осмотра гражданина, страдающего атопическим дерматитом», на основе критериев, предложенных на Первом Международном симпозиуме по атопическому дерматиту (1980) (4). При очном контрольном медицинском освидетельствовании в 2012 – 2013 г. г. 27 граждан, которые призывными комиссиями по статье 62 в) графы 1 Расписания болезней и ТДТ признаны ограниченно годными к военной службе в связи с атопическим дерматитом, опросили и осмотрели согласно «Схеме», изучили их медицинские документы.

Анализ результатов опроса и осмотра.

Основные критерии.

1. Зуд при обострении заболевания беспокоил всех (100,0 %). По субъективной оценке сильный зуд у 48,2 %, умеренный у 44,4 %, слабый у 7,4 %.

Зуд – субъективное ощущение, вызывающее рефлекс чесания. Патологический зуд развивается в ответ на действие пруритогенов, но в условиях изменённой реактивности нервной системы, а у больных атопическим дерматитом как проявление аллергических реакций связанных с особенностями в системе иммунорегуляции. Интенсивный биопсирующий зуд приводит к осложнениям гнойничковыми и грибковыми заболеваниями.

2. На локализацию очагов поражения кожи указали

- в детском возрасте:
- лицо, 3,7 %;
- лицо, локтевые сгибы, 3,7 %;
- сгибы, 14,8 %;
- лицо, кисти, стопы, 7,4 %;
- сгибы, 26,0 %;
- сгибы, шея, 11,1%;
- сгибы, шея, ладони, 11,1 %;
- сгибы, грудь, живот,7,4 %;
- локтевые сгибы, кисти, 7,4 %;
- локтевые сгибы, ягодицы 3,7 %;
- кисти, стопы, 11,1 %.

Всего: 100,0 %.

- после 14 лет:
- сгибы, 11,1 %;
- лицо, кисти, стопы, 7,4 %;
- сгибы, 22,2 %;
- сгибы, шея, 3,7 %;
- сгибы, шея, ладони, 3,7 %;
- сгибы, грудь, живот, 11,1 %;
- локтевые сгибы, кисти, 14,8 %;
- кисти, стопы, 18,6 %.

Всего: 100,0 %.

Почти все опрошенные указывали на две-три зоны поражения, например: лицо и локтевые сгибы, локтевые и подколенные сгибы и т. д. Локализация проявлений атопического дерматита, как в детском возрасте, так и после 14 лет, разнообразна. Наблюдается тенденция к местам с тонкой кожей: лицо, локтевые, подколенные сгибы, шея; после 14 лет чаще (39,8 %) локтевые, подколенные сгибы, шея.

3. Другие аллергические проявления.

О других аллергических проявлениях и заболеваниях, в том числе у близких родственников, сообщили 17 (63,0 %) обследованных. Аллергическое воспаление глаз – 26,6 %; аллергический ринит – 11,8 %; аллергическая реакция на шерсть домашних животных – 2,9 %; аллергический дерматит кистей – 2,9 %; атопический дерматит 8,8 %; аллергический дерматит – 17,6 %; крапивница – 14,7 %; отёк Квинке – 2,9 %; бронхиальная астма 11,8 % (всего 34 заболевания).

4. Первые проявления болезни в грудном возрасте (со слов матери) у 51,9 % обследованных, у 37,0 % в дошкольном возрасте, у 11,1 % в школьном.

5. Течение болезни: с обострениями у 81,5 % обследованных, непрерывное у 18,5 %; обострения по временам года: зимой у 33,3 %, весной у 13,3 %, осенью у 6,7 %, летом у 6,7 %, в любое время года у 13,3 %, весной, осенью у 26,7 %.

Вывод: наиболее неблагоприятное время года у лиц с атопическим дерматитом – зима и переходное – весна, осень; летом обострения возникают лишь у 6,7 % обследованных.

Дополнительные критерии.

1. Ксеродерма выявлена у 21 (77 %) осмотренных граждан.
2. Ихтиоз. Проявлений ихтиоза не выявлено.
3. Ладонная гиперлинейность у 25 (92,6 %).
4. Фолликулярный гиперкератоз у 8 (38,1 %).
5. Ig E – нет данных.
6. Склонность к стафилодермиям у 3 (11,1 %).
7. Склонность к дерматитам кистей и стоп у 14 (51,8 %).
8. Дерматит грудных сосков не выявлен.
9. Хейлит у 22 (81,5 %).
10. Кератоконус не выявлен.
11. Передняя субкапсулярная катаракта не выявлена.
12. Рецидивирующий конъюнктивит у 7 (25,9 %).
13. Потемнение кожи периорбитальной области у 17 (63,0 %).
14. Инфраорбитальная складка Денни – Моргана у 6 (22,2 %).
15. Бледность или эритема лица у 22 (81,5 %).

16. Белый питириазис у 15 (55,6 %).
17. Зуд при потении у 16 (59,2 %).
18. Перифолликулярные уплотнения не выявлены.
19. Пищевая гиперчувствительность у 22 (81,5 %).
20. Белый дермографизм у 17 (63 %).

Вывод: Выявление у граждан при осмотре до десяти и более дополнительных критериев в сочетании с основными критериями, которые отражены в документах и выявлены при опросе и осмотре, делают постановку диагноза атопического дерматита достаточно обоснованной.

При анализе частоты обнаружения при осмотре граждан с атопическим дерматитом в период ремиссии дополнительных критериев выявлено следующее: ихтиоз, дерматит грудных сосков, кератоконус, перифолликулярные уплотнения – не выявлены, передняя субкапсулярная катаракта один случай (3,7 %); остальные критерии выявлены от 11,1 % (3 случая, склонность к стафилодермиям) до 92,6 % (25 случаев, ладонная гиперлинейность). Считаем, что для практической работы дерматолога при медицинском освидетельствовании граждан для определения годности к военной службе Лист опроса и осмотра можно упростить.

Окончательный вариант выглядит следующим образом (смотри схему) в качестве основы использованы критерии, предложенные на Первом Международном симпозиуме по атопическому дерматиту (1980).

Ладонная гиперлинейность хорошо различима на оттисках ладоней, особенно при сравнении с оттисками ладоней с нормальным кожным рисунком. Атопический хейлит, особенно ангулярный, является одним из симптомов атопического дерматита. Эти два симптома являются объективными признаками при ремиссии. Оттиски ладоней и отпечатки губ можно использовать для диагностики атопического дерматита и для документальной регистрации доказательства патологии в период ремиссии. Выявленные дополнительные диагностические критерии атопического дерматита необходимо указывать в Актах исследования состояния здоровья и Листах медицинского освидетельствования.

Схема опроса и осмотра гражданина, страдающего атопическим дерматитом, доведена через медицинских работников муниципальных отделов военного комиссариата до врачей дерматовенерологов, освидетельствующих граждан с целью определения категории годности к военной службе.

Схема опроса и осмотра гражданина, страдающего атопическим дерматитом

Ф., И., О._____ Г. р._____
Отдел военного комиссариата:_____
Адрес:_____
_____

Основные критерии

1. Зуд: слабый, умеренный, сильный (подчеркнуть).
2. Локализация: в детском возрасте:_____
после 14 лет:_____
3. Другие аллергические проявления: АД, бронхиальная астма, риноконъюнктивит, крапивница, экзема, аллергический дерматит, в т. ч. у близких родственников (*подчеркнуть*).
4. Первые проявления болезни: грудной, дошкольный, школьный возраст; причина (со слов матери): прикорм, лекарства, смена климата *(подчеркнуть)*.
5. Течение болезни: весна, зима, лето *(подчеркнуть)*,
с обострениями: да, нет
непрерывное: да, нет.

Дополнительные критерии

1. Ксеродерма: да, нет

2. Ладонная гиперлинейность: да, нет
3. Фолликулярный кератоз: да, нет
4. Уровень Jg E в сыворотке крови (*норма: до 100 МЕ/мл*): да, нет
5. Склонность к стафилодермиям: да, нет
6. Склонность к дерматитам кистей, стоп: да, нет
7. Хейлит: да, нет
8. Рецидивирующий конъюнктивит: да, нет
9. Потемнение кожи периорбитальной области: да, нет
10. Инфраорбитальная складка Денни – Моргана: да, нет
11.Бледность или эритема лица: да, нет
12. Белый питириазис: да, нет
13. Зуд при потении: да, нет
14. Пищевая гиперчувствительность: да, нет
15. Белый дермографизм: да, нет

Литература:

1. Круглова Л. С. Симптомокомплекс дисбиоза у больных атопическим дерматитом и методы его коррекции // Лечащий врач 2012. № 5, с. 38.
2. Кудрявцева А. В. Системная фармакотерапия тяжелых форм атопического дерматита у детей и подростков // Лечащий врач 2011. № 4, с. 16.
3. Склянова Е. Ю. Опыт применения адеметионина в комплексной терапии атопического дерматита // Лечащий врач 2012. № 5, с. 86.
4. Соколовский Е. В., Аравийская Е. Р., Монахов Г. Н., Перламутров Ю. Н. Дерматовенерология: учебник. Под ред. Е. В. Соколовского. М: Медицина, 2007. с. 199-201, 226.

ОСОБЕННОСТИ СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА

Н.Н. Патрушева
ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
г. Благовещенск

Возможность передачи сифилитической инфекции потомству была установлена еще в конце XV века во время эпидемии сифилиса в Западной Европе.

Врожденный сифилис – клиническая форма сифилиса, возникающая при внутриутробном заражении ребенка бледными трепонемами. Плод может инфицироваться в случае болезни матери до беременности, а также на разных этапах своего развития. Патологические изменения в органах и тканях плода развиваются на 5-6 месяцах беременности, т.е. во время развития плацентарного кровообращения.

Врожденный сифилис может проявляться в различные периоды жизни ребенка от внутриутробного до подросткового возраста. В условиях сохраняющейся в России неблагополучной эпидемиологической ситуации с инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе и сифилисом, большое значение приобрела эффективная диагностика данного заболевания.

Поэтому особое внимание уделяется разработке и широкому внедрению в практику новых, надежных и информативных методов диагностики сифилиса. Современные тесты должны обеспечивать выявление заболевания на ранних стадиях, диагностировать его любую форму, включая и ранний врожденный сифилис. Это чрезвычайно для России, где регистрируется высокая заболеваемость сифилисом детей и подростков, растет частота бытовой передачи заболевания маленьким детям от матери, отца или партнера матери. В настоящее время регистрируется учащение случаев раннего врожденного сифилиса, чаще

протекает в скрытой форме или с менее выраженными клиническими проявлениями, что затрудняет диагностику заболевания, особенно у детей грудного возраста. Диагностика раннего скрытого врожденного сифилиса затруднена в течение трех месяцев жизни, когда сложно определить, имеет ли место заболевания у ребенка или трансплацентарная передача антител от матери. В этих случаях необходимо принимать во внимание степени позитивности серологических реакций у ребенка в сравнении с результатами у матери (более выраженная позитивность у ребенка свидетельствует о его заболевании). Для диагностики сифилиса применяются комбинации нетрепонемных и трепонемных тестов. К существенным недостаткам нетрепонемных тестов следует отнести низкую чувствительность на ранних и поздних стадиях заболевания, наличие эффекта прозоны, а также достаточно большое количество ложноположительных результатов. Трепонемные тесты являются подтверждающими тестами, однако в небольшом проценте при их проведении могут встречаться ложноположительные результаты. Иммуноблотинг является одним из современных и точных методов диагностики сифилиса.

При диагностике врожденного сифилиса решающее значение имеют результаты обнаружения у ребенка трепонемоспецифических антител (Ig M), которые в виду избирательной проницаемости плаценты не обнаруживаются у детей при отсутствии сифилиса.

Выявление АТ IgG имеет при этом относительное значение и может свидетельствовать о наличии инфекции, если титры этих антител выше, чем у матери и не происходит их снижение в течение 4-6 месяцев (Г.А. Дмитриев и Н.В.Фриго «Сифилис и дифф. клинико-лаб.диагностика»). Поскольку IgG могут свободно проникать через плаценту, то положительный результат в классических серологических реакциях не может служить основанием для постановки врожденного сифилиса. В таком случае необходимо использовать тесты, позволяющие выявлять IgM,а так как IgM являются более крупных размеров по сравнению с IgG, в результате они не могут проникать через плаценту, следовательно, не могут передаваться от матери к ребенку. Необходимо подчеркнуть важность своевременного динамического обследования ребенка, начиная с первого месяца жизни, в противном случае диагностика скрытого врожденного сифилиса может оказаться запоздалой. При подозрении на врожденный сифилис необходимо соблюдать правильное ведение диагностической тактики, которая заключается в следующем: одномоментное обследование матери и ребенка; исключается взятие крови с целью серологического исследования в первые 10 дней после рождения ребенка, т. к. в этот период наблюдается лабильность белков, отсутствие комплемента и другие факторы; не рекомендуется взятие крови для серологического исследования у женщины за 10- 15 дней до родов и раньше, и 10-15 дней после родов. При диагностировании врожденного сифилиса в первые 2 месяца после рождения стандартные серологические реакции у ребенка не определяют, так как они могут быть положительными за счет пассивной передачи реагинов через плаценту. Пассивно передаваемые от матери ребенку иммобилизины самопроизвольно исчезают в течение 6 месяцев после рождения.

Диагностика раннего врожденного сифилиса может быть затруднена при наличии неспецифических клинических симптомов (увеличение печени, селезенки, постнатальная энцефалопатия), когда приходится дифференцировать скрытый и манифестный врожденный сифилис. В этих случаях диагностическую ценность имеет и терапевтический эффект проводимого специфического лечения. В подобных ситуациях возможно «отсроченная» диагностика с учетом динамики клинических и серологических данных.

Установлено, что от того, на каком сроке беременности произошло заражение плода, зависит, какие серологические маркеры сифилитической инфекции будут определяться в крови новорожденного.

1. Заражение плода, произошло на ранних сроках беременности. Независимо от того, получила ли мать полный курс на себя и на ребенка, либо не получала лечения, достаточно велика вероятность отрицательного результата при тестировании новорожденного на наличие специфических IgM. В таком случае желательно провести параллельное исследование образцов сыворотки матери и ребенка на наличие IgG с определением титров

антител. Если концентрация иммуноглобулинов G у ребенка равна или меньше, чем у матери, то антитела, которые определяется у ребенка, вероятно являются пассивно перенесенными через плаценту материнскими антителами. Более высокие по сравнению с матерью, титры IgG свидетельствуют о том, что у ребенка идет синтез собственных иммуноглобулинов G, и значит, ребенок инфицирован. Согласно рекомендация Американского центра по контролю за заболеваниями, в этом случае титр IgG у ребенка должен не менее, чем в четыре раза превышать аналогичный показатель у матери.

2. Инфицирование плода произошло во второй половине беременности, мать не состояла на диспансерном учете по беременности, не получала лечения ни на себя, ни на ребенка. Новорожденный, как правило, имеет клинические симптомы сифилитической инфекции. Результаты серологического исследования будут следующие: суммарные антитела положительные, IgG-положительные, IgM- положительные. В случае, если мать состояла на учете и получила адекватное противосифилитическое лечение, но при этом у ребенка все же имеются клинические симптомы врожденного сифилиса, существует вероятность получения отрицательного результата при обследовании такого новорожденного на наличие IgM.

3. Инфицирование произошло в родах. В этом случае на момент рождения иммуноглобулины класса М в крови ребенка не обнаруживаются, а положительные результаты при обследовании на наличие суммарных антител и иммуноглобулинов G обусловлены трансплацентарно перенесенными материнскими IgG. У такого ребенка требуется контролировать серологические маркеры в динамике.

Таким образом, присутствие в крови ребенка антитрепонемных иммуноглобулинов М свидетельствует о наличии у него врожденного сифилиса и требует проведения специфического лечения. Отсутствие IgM не является основанием для исключения диагноза «врожденный сифилис», а требует дополнительного обследования матери и ребенка, наблюдения за ними в динамике и с учетом совокупности результатов серологических исследований и клинической картины, выбора соответствующей тактики ведения пациентов.

Интересный случай из практики: на прием в ГБУЗ АО «АОКВД» обратилась по направлению венеролога района больная, 17 лет с ребенком, родившимся две недели назад. Из эпид. анамнеза выяснено, что женщина на учете по беременности у гинеколога района не состояла, раннее переболела сифилисом, но полный курс лечения не прошла.

У ребенка взята кровь через две недели после родов, результаты серологических анализов: ИФА-суммарные 4+,к.п.10,2; ИФА IgM-4+,к.п.6,3; РМП-3+; Клинических проявлений сифилиса у ребенка нет.

Через 3 месяца кровь повторили: ИФА-суммарные 4+,к.п.7,4; ИФА IgM-отрицательный; РМП-2+. Негативация крови у ребенка произошла через 10 месяцев.

Таким образом, у ребенка, родившимся от больной сифилисом матери без клинических проявлений, но с положительными серологическими анализами, получившим своевременное лечение, произошла быстрая негативация крови.

Концентрация иммуноглобулинов М в положительных образцах, получаемых от обследуемых детей, чаще всего невысокая. Вероятно, это определяется состоянием иммунной системы в целом, с одной стороны, и стадией инфекционного процесса – с другой.

Динамика заболеваемости сифилисом беременных и родившихся детей за период 2011-2013гг. по Амурской области

2011г.

Количество беременных с установленным диагнозом – 66 (0,5 % от всех взятых на учет беременных женщин по области);

- не получивших лечение – 7;
- выявлены во время родов – 6;
- родили – 38;
- дети, родившиеся с сифилисом – 1.

2012г.

Количество беременных с установленным диагнозом – 81 (0,7 % от всех взятых на учет беременных женщин по области);
- не получивших лечение – 11;
- выявлены во время родов – 11;
- родили – 62;
- дети, родившиеся с сифилисом – 2.

2013г.

Количество беременных с установленным диагнозом – 96 (0,8 % от всех взятых на учет беременных женщин по области);
- не получивших лечение – 11;
- выявлены во время родов – 9;
- родили – 65;
- дети, родившиеся с сифилисом – 1.

Анализ данных, приведенных в таблице показывает, что выявляемость сифилиса среди беременных за последние годы улучшилась. Известно, что чем в более ранние сроки установлен диагноз у матери, позволяющий своевременно провести полноценное лечение, тем более оптимистичен прогноз у ребенка. Снижение числа больных врожденным сифилисом может быть достигнуто лишь при совместных усилиях дерматовенерологической, акушерско-гинекологической и педиатрической служб. Предупреждению врожденного сифилиса способствует проведение, по показаниям, профилактического противосифилитического лечения беременным и детям.

СОЦИАЛЬНО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ В г. СВОБОДНОМ И СВОБОДНЕНСКОМ РАЙОНЕ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

О.А. Пантелеева, М.М. Левин
ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
г. Благовещенск

В период с 2011 года по 2013 год зарегистрировано 152 случая гонококковой инфекции. По годам заболеваемость распределилась:

- 2011 г. 42 случая, из них: по городу – 36, показатель на 100 тыс. населения составил 56,2, что в 1,9 раза ниже областного, в 1,5 раза ниже по ДФО и в 1,5 раза выше по РФ; по району – 6 случаев, показатель на 100 тыс. населения составил 41,7, что в 2,6 раза ниже областного, в 2,0 раза ниже по ДФО и на 2 % ниже, чем по РФ.
- 2012 г. 53 случая, из них: по городу – 49, показатель на 100 тыс. населения составил 77.2, что на 13% ниже областного и по ДФО, в 2.0 раза выше по РФ; по району – 4, показатель на 100 тыс. населения составил 27.4, что в 3.2 ниже областного и по ДФО, в 1.3 ниже по РФ.
- 2013г. 57 случаев, из них: по городу – 50, показатель на 100 тыс. населения составил по 79,7, что на 9,0 % ниже областного, в 2,3 раза выше по РФ, на 22 % выше показателя по ДФО; по району – 7, показатель на 100 тыс. населения составил 47,9, что в 1,8 раза ниже областного, в 1,6 раза выше по РФ и в 1,4 раза ниже по ДФО.

Таким образом, с 2011 г. по 2013 г. заболеваемость гонореей увеличилась по г. Свободному в 1,4 раза, по Свободненскому району на 15 %.

Из числа заболевших мужчины составили 83,6 % (127 чел.), женщины 16,4 % (25 чел.). Преобладали городские жители 88,8 %(135 чел.), на долю сельских жителей пришлось 11,2 % (17 чел.)

При оценке социального положения установлено, что не работающие составили 50,0 % (76 чел.), работающие 40,1 % (61 чел.), студенты высших учебных заведений 1,3 % (2 чел.), средних специальных учебных заведений 2,0 % (3 чел.), учащиеся профессионально-технических училищ 4,6 % (7 чел.), школ 2,0 % (3 чел.).

По возрасту больные распределились следующим образом: 4,6 % (7 чел.) – 15-17 лет; 78,9 % (120 чел.) – 18-29 лет; 13,2 % (20 чел.) – 30 - 39 лет; 3,3 % (5 чел.) – 40 лет и старше.

При изучении семейного положения установлено, что наибольшее число случаев гонореи регистрировалось у одиноких – 80,3 % (122 чел.) при этом холостые мужчины составили – 85,2 % (104 чел.), незамужние женщины – 14,8 % (18 чел.); лица, состоящие в браке болели в 4 раза реже, на их долю пришлось 19,7 % (30 чел.), из них женатые мужчины составили 76,7 % (23 чел), замужние женщины 23,3 % (7 чел.).

Из больных гонореей сами обратились на приём к венерологу, заподозрив у себя венерическое заболевание 74,3 % (113 чел.). Выявлены активно в амбулаторно-поликлинических учреждениях: врачом акушер-гинекологом – 5,3 % (8 чел), урологом – 4,6 % (7 чел.), при прохождении медицинских осмотров – 3,3 % (5 чел.), из числа половых контактов – 5,3 % (8 чел.), при прохождении клинико-серологического контроля по сифилису – 3,3 % (5 чел.); в гинекологическом отделении ГБУЗ АО «Свободненская больница» – 3,9 % (6 чел.).

Большинство больных заразились гонореей в состоянии алкогольного опьянения 60,5 % (92 чел.). В качестве источника заражения указали 59,2 % (90 чел.) случайных лиц, 20,4 % (31 чел.) знакомых, 12,5 % (19 чел) сожителей,7,9 % (12чел) лиц, состоящих в браке.

Проведённое исследование позволяет сделать заключение, что группой риска среди больных гонореей являются лица мужского пола в возрасте 18-29 лет: одинокие, не занятые общественно-полезным трудом, злоупотребляющие алкоголем, неразборчивые в половых связях, преимущественно городские жители.

При разработке профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости гонореей в группе риска особое внимание следует уделить оперативному выявлению источников заражения и контактных лиц, своевременному привлечению их к санации, а также взаимодействию венерологов и врачей смежных специальностей, в частности урологов и акушер-гинекологов. Организовать обследование на гонорею с применением современных методик: ПИФ, ПЦР лиц, страдающих хроническими, неспецифическими заболеваниями половой сферы. Совместно с представителями наркологической службы провести цикл лекций на промышленных предприятиях города на тему: «Здоровый образ жизни и сексуальное здоровье». Растиражировать и передать на амбулаторные приёмы в ЛПУ города памятки по профилактике ИППП.

Важное значение в этом вопросе имеет использование средств массовой информации: телевидения, печати, а также проведение информационных встреч с жителями микрорайонов города. Необходимо наладить сотрудничество с центром занятости населения, довести до его руководства статистические данные по заболеваемости ИППП, в частности гонореи, у неработающих мужчин в возрасте 18-29 лет, разработать план совместных мероприятий; вместе с психологом центра участвовать в групповых консультациях безработных, где будут рассматриваться и вопросы профилактике ИППП.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ В ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГБУЗ АО «АОКВД»

Г.В. Реснянская, А.А. Платонов, Е.К. Базанов
ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
г. Благовещенск

Сифилис – системное инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой (Treponema pallidum). Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации, несмотря на тенденцию к снижению, продолжает оставаться достаточно высокой: по данным государственной статистики, в 2011 г. заболеваемость сифилисом в РФ составила 37,6 на 100 000 населения, в 2012 г. – 33,1 на 100 000 населения, в 2013г. – 28,9 на 100 000 населения.

В Амурской области сифилис занимает 3 место среди всех ИППП, так за 2013 г. по области зафиксировано случаев заболеваемости – 754, что составило 92,6 на 100 тыс.

населения., снижение заболеваемости по сравнению с 2012 годом (110,7) на 16,4 %. За 9 мес 2014 г. – 718 случаев: интенсивный показатель 72,0 на 100 тыс. населения (снижение на 17 % в сравнении с 9 мес. 2013 г. – 590 случаев).

В структуре сифилиса в 2013 году по Амурской области наибольший процент от общего числа больных сифилисом 80,1 %, составил ранний сифилис, 604 случая (2012 гг. по РФ – 82,9 %, по ДФО – 93,8 %, АО – 76,9 %). Поздний сифилис составил 8,4 % от всех форм сифилиса (2012 г. по РФ – 10,1 %, по ДФО – 2,6 %, АО – 8,9 %). Другие неуточненные формы сифилиса – 11,4 %, что превышает среднероссийский уровень в 1,7 раза (по РФ – 6,7, по ДФО – 3,2, в 2012 году по Амурской области – 11,2 %). В 2013 году зарегистрирован 1 случай врожденного сифилиса, 0,1 % от всех форм сифилиса (в 2012 г. по РФ, ДФО – 0,3, АО – 0,2 %,).

Анализ данных заболеваемости ранними формами сифилиса по РФ, ДФО и Амурской области, указывает на то, что преобладает доля раннего скрытого сифилиса (в среднем 53 %), на втором месте – вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек – в среднем 35 % от всех случаев раннего сифилиса.

Известно, что несвоевременное выявление сифилиса приводит к развитию тяжелых поражений нервной, костно-мышечной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, а иногда – к инвалидизации и даже смерти больных. Данное обстоятельство обусловило необходимость внедрения федеральных стандартов медицинской помощи больным с ранними формами сифилиса, утвержденные приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 17.01.2007 г. № 43.

За 2013 г. в венерологическом отделении ГБУЗ АО «АОКВД» пролечено 309 человек больных сифилисом, за период 9 мес. 2014 г. 212 человек. С первичным сифилисом в 2013 г. пролечено 40 человек – 13 %. У большинства больных клиническая картина проявлялась в виде типичного твердого шанкра (эрозия, язва), локализованного в области гениталий. У 3 больных наблюдались атипичные формы твердого шанкра – индуративный отек больших половых губ у 2 женщин и шанкр-амигдалит у 1 мужчины. У всех больных с сифилисом клинические проявления сопровождались регионарным лимфаденитом.

Со вторичным сифилисом пролечено 132 больных – 43 %. Клиническая картина характеризовалась полиморфизмом высыпаний, отмечались розеолы и папулы на коже и видимых слизистых, причем в некоторых случаях проявления вторичного сифилиса на слизистых оболочках были единственным симптомом заболевания. Наряду с появлением сыпи у подавляющего большинства больных определялся регионарный лимфаденит, реже – остатки твердого шанкра (в стадии эпителизации и рубцевания).

У 44 % – 137 больных ранним скрытым сифилисом клинические проявления заболевания отсутствовали. У некоторых больных при объективном осмотре обнаружился рубец на месте бывшей первичной сифиломы. Диагноз устанавливался на основании результатов исследования сыворотки крови с помощью серологических реакций (РМП, ИФА, РПГА) и анамнестических данных – наличие в прошлом (1 – 2) года до обращения эрозивно-язвенных элементов или высыпаний на гениталиях, результаты обследования полового партнера, а также температурная реакция обострения (реакция Яриша – Герксгеймера) после начала специфического лечения.

Для выявления сопутствующих заболеваний всем больным сифилисом проводилось обследование на ВИЧ инфекцию, гепатиты В и С, по показаниям обследование на другие инфекции, передаваемые половым путем. При выявлении у больного сифилисом гонореи, хламидиоза и других урогенитальных инфекций их лечение проводилось одновременно с лечением сифилиса.

При выявлении ВИЧ – инфекции, гепатитов В и С оказание лечебно-диагностической помощи пациентам осуществляется совместно с профильными специалистами.

Всех пациентов больных сифилисом в венерологическом отделении консультируют специалисты: невролог, терапевт, беременных гинеколог-перинатолог, детей – педиатр.

Врач невропатолог для исключения нейросифилиса проводит ликворологическое исследование по показаниям. Из общего числа больных проведена ЛП в 2013 г. 32 пациентам, выявлено больных с асимптомным нейросифилисом 10 человек. За 9 мес. 2014 г.

пропунктировано 37 человек, выявлено с асимптомным нейросифилисом 14 человек. С учетом изменений в ликворе проведена полноценная специфическая антибактериальная терапия согласно федеральным стандартам. Одним из дополнительных методов исследования является проведение больным РЭГ: за 2013 год проведено 129 исследований, за 9 мес. 2014 г. – 111 исследований: по результатам энцефалографии, повторной консультации невролога у пациентов диагностирована ВСД, по смешанному типу у 98 %.

Для исключения патологии костной системы пациентам назначается рентгенография большеберцовой и малоберцовой кости. Всего исследовано за 2013 г. – 167 больных, 9 мес. 2014 г. – 87 больных – патологии не выявлено.

Врачом терапевтом проводится электрокардиографическое исследование: за 2013 г. – 151 исследование, 9 мес. 2014 г. – 95.

В 100 % случаев назначается биохимическое исследование показателей крови: при этом у 40 % больных отмечено повышение уровня ЩФ, АСТ, АЛТ, ТГ.

За 2013 г. у 5 больных выявлены анитела к гепатиту «В» – 1,5 % от общего числа заболевших, к гепатиту «С» 48 больных – 15,5 %. За 9 мес. 2014 г. гепатит «В» диагностирован у 4 человек – 1,8 %, гепатит «С» – 24 человека – 11, 5 %.

Обследование на ВИЧ проводится всем пациентам с выявленным заболеванием сифилис с заполнением информированного согласия, за 2013 г. выявлено 2 больных с антителами к ВИЧ, за 9 мес. 2014 г. – 3.

Использование федеральных стандартов обследования и лечения больных с ранними формами сифилиса клинически обосновано, способствует всестороннему наблюдению, а самое главное – предупреждению развития поздних форм сифилиса и осложнений этого тяжелого инфекционного заболевания.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ СИФИЛИСА У БЕРЕМЕННЫХ И НОВОРОЖДЕННЫХ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Е.А. Салатова
ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
г. Благовещенск

Одним из важнейших направлений работы дерматовенерологической службы Амурской области является профилактика врожденного сифилиса. Резкий рост заболеваемости сифилисом у беременных и детей на фоне высокой распространенности сифилиса среди населения потребовал не только активизации традиционных организационных мероприятий, но и внедрения новых форм работы. В АОКВД с мая 1996 года организован кабинет медико-социальной адаптации и реабилитации беременных, женщин детородного возраста и детей, больных сифилисом. Основными задачами кабинета являются:

1. Раннее выявление и лечение беременных, женщин детородного возраста и детей, больных сифилисом.
2. Проведение мероприятий по планированию рождения детей у женщин, больных сифилисом.
3. Своевременное проведение профилактического лечения для плода больным сифилисом женщинам, вынашивающим беременность.
4. Обследование и наблюдение всех беременных женщин с положительными серологическими реакциями на сифилис.
5. Выявление, лечение и наблюдение детей с приобретенным и врожденным сифилисом.

Работа кабинета регламентируется следующими приказами МЗ РФ: от 26.03.2001 года № 87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса», от 30.07 2001 года № 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем»,

от 25.07.2003 года № 327 «Об утверждении протокола ведения больных «Сифилис» и приказом МЗ Амурской области от 18.06.12 № 471 «Об утверждении Порядка взаимодействия врачей дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных».

В Амурской области в течение трех последних лет, то есть в 2011-2013 годах, зарегистрированы 243 беременные женщины с впервые в жизни установленным диагнозом сифилис.

По годам все беременные распределились следующим образом:

2011 г. – 66 беременных (0,5 % от всех взятых на учет беременных женщин по области);

2012 г. – 81 беременных (0,7 % от всех взятых на учет беременных женщин по области);

2013 г. – 96 беременных (0,8 % от всех взятых на учет беременных женщин по области);

В 1 триместре выявлено 83 беременные женщины (34,2 %), во 2 триместре 88 женщин (36,2 %), в 3 триместре 39 женщин (39 %). В родах и послеродовом периоде сифилис впервые выявлен у 26 женщин (10,7 %).

По возрасту большинство беременных, с впервые в жизни установленным диагнозом «сифилис» вошли в группу 20-29 лет – 70 %.

По диагнозам преобладали скрытые формы сифилиса – 88 %.

Из 243 беременных женщин, больных сифилисом, с впервые в жизни установленным диагнозом «сифилис» в отчетном году, прервали беременность 31 человек, что составило 12,8 %, все в сроки до 12 недель.

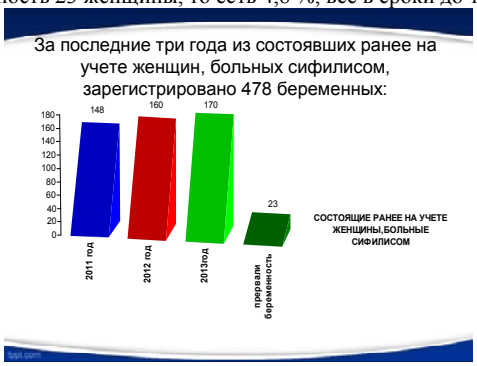
За последние три года из состоявших ранее на учете женщин, больных сифилисом, зарегистрировано 478 беременных:

в 2011 году – 148 человек;

в 2012 году – 160 человек;

в 2013 году – 170 человек.

Прервали беременность 23 женщины, то есть 4,8 %, все в сроки до 12 недель.



За последние 3 года в Амурской области родилось 473 ребенка, матери которых состояли на учете по поводу сифилиса. Из них: оставлены на клинико-серологическом контроле 386 детей (81,6 %), получили профилактическое лечение по сифилису 83 ребенка (17,5 %), врожденный сифилис выставлен 4 детям (0,8 %).

По годам эти показатели распределились следующим образом:

	2011	2012	2013
КСК	101 (77,0 %)	142 (85,0 %)	143 (81,7 %)
Проф. лечение	29 (22,1 %)	6 (13,7 %)	31 (17,7 %)
Врожденный сифилис	1 (0,8 %)	2 (1,2 %)	1 (0,6 %)
Всего	131	167	175

Наглядно отражает изменения исходов беременности у женщин больных сифилисом в последнее время сравнительный анализ с данными 2000 года.

	2000	2013
КСК	24 (48,9 %)	143 (81,7 %)
Проф. лечение	23 (46,9 %)	31 (17,7 %)
Врожденный Сифилис	2 (4 %)	1 (0,6 %)
Всего	49	175

Таким образом, большая часть детей 81,7 % в 2013 году находится на клинико-серологическом контроле, зарегистрирован 1 ребенок с врожденным сифилисом, что составило 0,6 %, тогда как в 2000 году было 2 ребенка с врожденным сифилисом, и они составили 4 %. Все это отражает эффективность работы кабинета медико-социальной адаптации женщин детородного возраста и детей и всего Амурского областного кожно-венерологического диспансера в целом по профилактике врожденного сифилиса.

Динамическое наблюдение за беременными, своевременное проведение специфического и профилактического лечения по сифилису беременным женщинам позволяет оказывать влияние на течение беременности и рождение здоровых детей.

При приеме беременных женщин из районов Амурской области в ГБУЗ АО «АОКВД» и при консультациях их в Перинатальных Центрах выявляются однотипные недостатки в работе по профилактике врожденного сифилиса.

1. В ряде районов беременные обследуются только нетрепонемными тестами, то есть РМП, что является нарушением приказа МЗ РФ от 26.03.2001 года № 87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса», где утверждено обследование беременных комплексом трепонемных (ИФА или РПГА) и нетрепонемных (РМП или РПР) тестов.
   В обменных картах не всегда указан метод обследования на сифилис, до сих пор как пропечатана RW, так и пишется в эту графу результат то ли ИФА, то ли РПГА, то ли РМП.
2. Не проводится или не вносится в обменную карту обследование беременных на сифилис при сроках 20-22 недели.
3. Нет преемственности в работе акушеров-гинекологов и дерматовенерологов при получении слабоположительных результатов крови на сифилис. Акушеры-гинекологи не считают нужным направлять таких беременных к дерматовенерологам, считая эти результаты нормальными в связи с изменениями гормонального фона при беременности.
4. Не все беременные имеют отметки в обменных картах, что не состоят или состоят на учете у дерматовенеролога. У снятых с учета и неснятых пациентов, выданные справки остаются в индивидуальных картах беременных в районах и в Перинатальном центре при родах нет документов о ДЗ и полученном специфическом и профилактическом лечении. Поэтому приходиться срочно звонить, отправлять факсы в районы за уточняющей информацией, собирать врачебную комиссию, так как необходимо срочно определяться с тактикой в отношении новорожденного ребенка.
5. В некоторых районах профилактическое лечение по сифилису для плода проводят раньше 20 недель, когда плацента выполняет свои функции не в полном объеме. Так же нередко проводят профилактическое лечение по сифилису для плода беременным со стойко отрицательными результатами РМП, «на всякий случай, потому что РПГА 4(+)», что то же не правомерно.
6. Некачественная работа по выявлению и привлечению к лечению источников заражения и половых партнеров беременных приводит к повторному заражению женщин при вынашивании данной беременности и рождению больных детей.
7. При консультациях новорожденных детей в районных родильных отделениях, некоторые дерматовенерологи делают записи, из которых неясна тактика в отношении ребенка, когда он поступает в отделение патологии новорожденных АОДКБ, а мама еще находится в районе.

В современных условиях, при доступных средствах связи, в сложных ситуациях необходимо консультироваться с заместителем главного врача, заведующими отделениями, врачами высшей категории ГБУЗ «АОКВД» по профилю, куратором района, чтобы своевременно и качественно оказать специализированную помощь беременной женщине и новорожденному ребенку.

При проведении расследования случаев регистрации врожденного сифилиса за последние годы, выяснены следующие причины.

1. Отсутствие постоянного места жительства у беременных женщин (миграция по нескольким населенным пунктам разных районов или съемным квартирам очередных сожителей).
2. Асоциальный образ жизни (беспорядочные половые связи, злоупотребление алкоголем и т. д)
3. Отсутствие регулярного наблюдения в женской консультации
4. Отсутствие нормативной юридической базы для привлечения к обследованию и лечению при подозрении на сифилис беременных и их половых партнеров.

Несмотря на объективные причины, в каждом конкретном случае никто не снимает ответственности с дерматовенерологов и других медицинских работников, которые обязаны убедить беременных пройти обследование и если необходимо полноценное лечение по сифилису.

Личная ответственность каждого дерматовенеролога, четкое выполнение приказов по профилактике врожденного сифилиса, постоянное взаимодействие с акушерами-гинекологами позволят предотвратить регистрацию случаев врожденного сифилиса в Амурской области.

ЗУД КОЖИ – СИМПТОМ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Т.Н. Собакарь
ГАУЗ АО «Белогорская больница»
г. Белогорск

Зуд кожи определяется как неприятное сенсорное ощущение, которое обусловливает интенсивное желание наносить расчесы.

Зуд сопровождает кожные заболевания; иногда является ведущим симптомом соматических процессов, например онкозаболеваний, метаболических нарушений, реакций на прием лекарств или инфекций.

Ощущение зуда передается через медленно проводящие димиелинизированные С-волокна и нейроны со свободными нервными окончаниями, расположенными около дермо-эпидермального соединениями или в эпидермисе. Эти нейроны расположены более поверхностно и по сравнению с рецепторами боли более чувствительны к пруритогенам. Активаторами этих нервов являются гистамин, брадикинин, серотонин, протеазы. Импульсы предаются из спинного корневого ганглия в спиноталамический тракт.

Зуд может быть ограниченным (локализованным) и генерализованным (универсальным).

Существует несколько этиологических причин хронического зуда:

1. Кожные:
а. Воспалительные Заболевания;
б. Инфекционные;
в. Утоиммунные;
г. Генодерматозы;
д. Неоплазии.

2. Системные
а. Болезни печени;
б. Хроническая почечная недостаточность;
в. Гематологические заболевания;
г. Эндокринные;
д. Злокачественные

3. Неврологические
а. Нейрогенные (без нейронального повреждения)
б. Нейропатические (вследствие нейронального повреждения)

4. Психиатрические/психосоматические
5. Комбинированные
6. Причина не известна (зуд неизвестной этиологии)

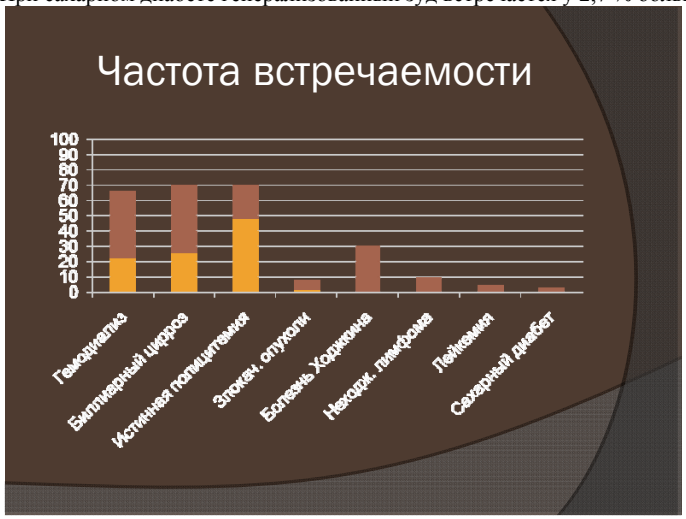
Частота встречаемости зуда при системных заболеваниях регистрируется у 10-50 % пациентов. У пациентов, получающих гемодиализ, зуд встречается в 22-66 % случаев.

При первичном биллиарном циррозе – у 25-70 % пациентов.

У больных с истинной полицитемией – в 48-70 % случаев.

При злокачественных опухолях встречается генерализованный зуд в 1-8 % случаев. На хронический зуд указывают 30 % пациентов с болезнью Ходжкина, 10 % – с неходжкинкой лимфомой, 5 % – с лейкемией.

При сахарном диабете генерализованный зуд встречается у 2,7 % больных



Для выявления системной причины зуда, в первую очередь должны быть исключены первичные кожные заболевания, которые могут вызывать зуд. Оценивают длительность зуда, тяжесть, периодичность, локализацию зуда, провоцирующие факторы.

Внимательное и тщательное обследование кожи, ногтевых пластин, волосистой части головы, слизистых оболочек, аногенитальной области помогает дифференцировать системные причины зуда от первичных дерматологических заболеваний. Обследование пациента включает осмотр, пальпацию лимфатических узлов, печени, селезенки, щитовидной железы и т.д.

После исключения первичного кожного заболевания должны проводиться исследования, направленные на поиск системного заболевания.

Лабораторные исследования:

– общий анализ крови (полицитемия, злокачественные неоплазии, лейкозы);

– определение уровня креатинина, мочевины и мочевой кислоты в сыворотке крови (у пациентов с ХПН повышение этих показателей);

– определение щелочной фосфатазы, билирубина (прямого и непрямого), печеночных трансаминаз в сыворотке крови (подозрение на холестаз);

– обследование на вирусные гепатиты(HBV,HCV);

– определение уровня тиреотропного гормона и тироксина помогает в выявлении гипертиреоза и гипотиреоза (гипотиреоз, гипертиреоз);

– экспресс-анализ на глюкозу (сахарный диабет);

– анализ кала на скрытую кровь (злокачественная опухоль ЖКТ);

– анализ кала на яйца глист (глистная инвазия, паразитозы);

– исследование, если есть факторы риска, на ВИЧ-инфекцию.

Из инструментальных методов исследования применяют:

– рентгенографию грудной клетки (лимфома, опухоль легкого);

– УЗИ (циррозы, карциномы поджелудочной железы);

– эндоскопическое исследование (фиброэзогастродуоденоскопия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография при подозрении на склерозирующий холангит, холедохолитиаз);

– компьютерная томография.

Дополнительные тесты:

– биопсия кожи;

– электрофорез сыворотки крови;

– иммуноэлектрофорез сыворотки(миеломная болезнь,макроглобулинемия Вальденстрема, парапротеинемия);

– определение содержания сывороточного железа (ЖДА, избыток железа);

– определение уровня IgE в сыворотке крови;

– провокационные тесты на основные антигены атопии и пищевые добавки;

– скарификационные и аппликационные аллергологические тесты;

– анализ мочи на 5-оксииндолуксусную кислоту (метаболит серотонина при карциноидном синдроме) и метилимидазолацетиловую кислоту (метаболит гистамина при мастоцитозе).

Консультации специалистов:

– гастроэнтеролог, гематолог-онколог, эндокринолог, хирург.

Особенности зуда при системных заболеваниях

1. Зуд может быть локализованным, но чаще всего генерализованным.
2. Интенсивность зуда зависит от тяжести заболевания.
3. При системном заболевании зуд возникает на фоне неизмененной кожи.
4. При осмотре у пациентов определяются только вторичные морфологическме элементы, такие как экскориации, дисхромии.

У больного кроме зуда могут быть другие признаки системного заболевания:

- бледность кожных покровов, явления глоссита и ангулярного хейлита при заболеваниях крови;

-спленомегалия, асцит, желтуха, ксантелазмы при заболеваниях печени;

-потеря массы тела, общая слабость при онкологическом заболевании;

-повышенная потливость, экзофтальм, блестящая гладкая кожа при гипертиреозе;

-сухая кожа и волосы, ломкие ногти при гипотиреозе

Уремический зуд (почечного генеза): может встречаться у 25 % пациентов с ХПН и чаще всего у тех, кто получает ГД (50-90 %). Почечный зуд является многофакторным, из которых основные:

- накопление токсических продуктов в перерывах между сеансами ГД;

- повышение уровня гистамина в плазме (является пруритогеном и стимулирует нервные окончания посредством Н1-рецепторов);

- повышение уровня серотонина в плазме (участвует в передаче боли, является отягощающим фактором в ощущении зуда);

- повышение содержания микроэлементов (фосфора, кальция, алюминия, магния); и др.

- гипервитаминоз витамина А;

- железодефицитная анемия;

- пролиферация тучных клеток;

- микроангиопатия;

- атрофия сальных и эккриновых потовых желез;

- нарушение иннервации кожи.

Холестатический зуд (печеночного генеза): любое заболевание печени может сопровождаться зудом, однако чаще всего зуд ассоциируется с холестазом. Холестаз – это уменьшение или задержка потока желчи.

- первичный билиарный цирроз;

- первичный склерозирующий холаегит;

- хронический гепатит С;

- холедохолитиаз;

- обструктивная карцинома поджелудочной железы или билиарной системы;
- холестаз беременных;
- терминальная стадия цирроза печени;
- вирусные гепатиты;
- алкогольный цирроз печени

Гематологический зуд: одной из причин возникновения гематологического зуда является недостаток железа. Агрегация тромбоцитов приводит к высвобождению серотонина и других пруритогенных факторов, включая гистамин. Гематологически зуд встречается при ЖДА, полицитемии, миеломной болезни, лимфогранулематозе, парапротеинемии, мастоцитозе и др.

Эндокринный зуд встречается при гипотиреозе, гипертиреозе; сахарном диабете; При сахарном диабете зуд чаще всего локализованный в области вульвы, перианальной области, волосистой части головы, что является следствием кандидозной и дерматофитной инфекции.

Зуд при злокачественных опухолях: персистирующий необъяснимый зуд или же отсутствие реакции на традиционную терапию, должны вызывать подозрение на наличие злокачественного заболевания. Зуд может наблюдаться при прогрессировании злокачественного заболевания или же быть его ранним признаком.

Причины зуда: Поступление в системное кровообращение токсических продуктов некротических опухолевых клеток, производство опухолью химических медиаторов аллергические реакции неспецифический для опухоли антиген, усиление протеолитической активности и вовлечение гистамина.

Принципы лечения

1. Учитывая, что зуд при системных заболеваниях является мультифакториальным, успешное лечение подразумевает всесторонний скрининг на наличие заболеваний, лежащих в основе зуда.
2. Первичной целью лечения должно быть немедленное облегчение зуда.
3. В зависимости от причины зуда проводят этиотропное лечение:

- специфическая системная терапия,
- антигистаминная терапия,
- хирургическое лечение при онкологических заболеваниях,
- местное лечение, включая кортикостероиды.

Приводим наше наблюдение из клинической практики: на прием обратилась женщина 60 лет, пенсионерка, жительница села, с жалобами на зуд кожных покровов.

Считает себя больной в течении 6 месяцев, когда впервые стал беспокоить зуд кожи. Интенсивность зуда постепенно нарастала от легкого локализованного зуда в области кистей, стоп, в области трения одежды до распространенного, ухудшающегося в ночное время суток, без облегчения от расчесывания. Принимала препараты (супрастин, диазолин) без желаемого эффекта.

Анамнез жизни: Курит. Злоупотребляет алкоголем. Хронические заболевания отрицает, т. к. не посещала терапевта в течение последних 3-х лет.

Объективно: Патологический кожный процесс носит распространенный симетричный характер, представлен множественными экскориациями на коже боковых поверхностей туловища, спины. В области лопаток участки гиперпигментации. Ногтевые пластинки не изменены. На коже вокруг глаз множественные мягкие желтоватые бляшки. Периферические лимфоузлы не увеличены. Демографизм розовый.

Выставлен диагноз: Зуд неуточненный. Ксантелазмы.

Лечение: таб. Дезлоратадин 0,05 в день, местно: крем «Акридерм» х 2 раза в день.

При обследовании:

Кл. ан. крови : Нв – 135; Э – 4,5;Л – 5,7; СОЭ- 28; л – 28 с – 69, М – 2, э – 1;

Об. ан. мочи в норме.

Биохимические анализы крови: глюкоза – 5,2 ммоль/л, билирубин 56,5 мкмоль/л, прямой –18,9, АЛТ – 49 ЕД/л , АСТ – 56 ЕД/л , Щелочная фосфотаза – 458;

Холестерин – 8,2,

ИФА на гепатиты В и С – отр., С-реактивный белок – отр.

УЗИ органов ЖКТ : Признаки билиарного цирроза печени.

Заключение гастроэнтеролога: Первичный билиарный цирроз печени.

Назначено лечение: Холестирамин в суточной дозе 20 мг, фенобарбитал 2-5 мг/, терфенадин до 60 мг 1-2 раза в сутки.

На фоне лечения зуд уменьшился. Рекомендовано наблюдение у гастроэнтеролога и дерматолога.

Выводы:

1. Системные заболевания как причина зуда регистрируются у 10-50 % пациентов, обращающихся за медицинской помощью в связи с зудом.
2. Для исключения системной причины зуда необходимо провести тщательный сбор анамнеза, проведение лабораторных, инструментальных и других методов исследования.
3. В основе терапии зуда лежит лечение системного заболевания.

СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ ТАМБОВСКОГО РАЙОНА АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

И.П. Семенкова
ГБУЗ АО «Тамбовская больница»
с. Тамбовка

Проведен анализ заболеваемости заразными кожными заболеваниями жителей сел Тамбовского района за 2011 – 2013 годы.

Показатели заболеваемости заразными кожными заболеваниями в Тамбовском районе за 3 года. Сравнение показателей приведены в таблице № 1.

Табл. № 1.

Заболевание	2011 г.			2012 г.			2013 г.	
	Абс.	На 100 тыс. нас.	Пок-ль по Ам. обл.	Абс.	На 100 тыс. нас.	Пок-ль по Ам. обл.	Абс.	На 100 тыс. нас.
Чесотка	22	96,9	37,2	20	88,1	26,5	18	79,3
Микроспория	9	39,6	36,6	10	44,1	26,0	12	52,5
Трихофития	-	-	1,8	2	8,7	1,0	3	13,1
Микозы ногтей, стоп	16	70,5	76,3	17	74,9	81,2	16	70,5

Как видно из приведенных статистических данных таблицы № 1, показатели заболеваемости чесоткой в Тамбовском районе на протяжении 3-х лет значительно превышали средние показатели по Амурской области. С 2012 года стали регистрироваться случаи трихофитии, возросла заболеваемость микроспорией. Заболеваемость микозами ногтей, стоп за 3 года в среднем меньше, чем по Амурской области на 15 %.

Отмечается ежегодное незначительное снижение заболеваемости чесоткой. Напротив, случаи микроспории и трихофитии стали выявляться чаще. Заболеваемость микозами ногтей, стоп остается примерно на одинаково высоком уровне.

За период 2011 – 2013 гг. на диспансерный учет взято всего больных с заразной кожной патологией 145 человек. По диагнозам больные были распределены следующим образом: чесотка 41,4 %; микроспория 21,4 %; трихофития 3,4 %; микозы ногтей, стоп 33,8 %. Наибольшую возрастную группу составили больные в возрасте от 0 до 14 лет (44,8 %). Из них не организованных детей выявлено 27,7 %. Далее идут лица от 40 лет и старше (30,3 %). Одинаковый уровень заболеваемости прослеживался среди больных в возрасте от 18 до 29 лет и от 30 до 39 лет (11 %). Незначительная регистрация заразной кожной патологии отмечена у подростков от 15 до 17 лет (2,8 %). Следует отметить, что среди детей преобладала заболеваемость чесоткой, микроспорией и трихофитией. В категории пациентов от 40 лет и старше, в подавляющем большинстве случаев, регистрировались микозы ногтей, стоп. Среди 30 – 39 летних больных одинаково часто встречались случаи дерматофитий и чесотки. Социальный состав взрослого населения: 48,7 % неработающие; 26,3 % пенсионеры; 8 % работники колхозов; 5,3 % продавцы; 3,9 % военнослужащие; медицинские работники и учителя по 2,6 %; другие профессии – 2,6 %. Эти данные позволяют выделить две группы риска: дети от 0 до 14 лет из организованных коллективов – 72,3 %, пенсионеры из возрастной категории 40 лет и старше – 52,3 %. Из всех организованных коллективов района наибольшая заболеваемость дерматофитиями и чесоткой регистрировалась среди учащихся школ (69,7 %). На втором месте распределились МДОУ детские сады района (21,2 %), секция вольной борьбы МАУ районного центра спорта «Олимпик» (21,2 %), на третьем месте профессиональное техническое училище ГОУН ПО СПЛ № 2 (18,2 %), на четвертом месте Резуновский социальный приют «Журавушка» (9,1 %).

У детей, посещающих секцию вольной борьбы, регистрировались в большинстве случаев микроспория – 33,3 % и трихофития – 66,7 %. Из них: микроспория гладкой кожи у всех выявленных больных, трихофития гладкой кожи – 25%, трихофития волосистой части головы – 75 %. Эпидемиологические вспышки были связаны с выездом детей на соревнования в Хабаровский край, Читинскую область. Другим негативным моментом явилось самолечение родителями, тренерами детей из контактных лиц, что способствовало более позднему обращению к дерматологу, несвоевременной дезобработке очагов и проведению противоэпидемических, профилактических мероприятий. Напротив, случаев чесотки в данном организованном коллективе за анализируемый период не зарегистрировано. В муниципальных детских дошкольных образовательных учреждениях района заболеваемость была следующей: микроспория 71,5 %; чесотка 28,5 %; из них наблюдалась микроспория волосистой части головы у 30 %, микроспория гладкой кожи у 70 %. Случаев трихофитии, микозов ногтей стоп не зарегистрировано. Заболеваемость среди учащихся профессионального технического училища распределилась следующим образом: чесотка 60 %, микроспория гладкой кожи 40 %. Случаев трихофитии, микозов у подростков в данных организованном коллективе также не выявлено. В школах района заболеваемость микроспорией и чесоткой на протяжении 3-х лет оставалась на одинаковом высоком уровне. Эпидемические вспышки чесоткой возникали в основном в неблагополучных семьях. Грибковыми заболеваниями дети чаще всего заражались от домашних животных – 62,5 %, выявлено больных из бытовых контактов по микроспории 15,6 %, по чесотке 21,2 %. Все случаи трихофитии выявлены по самообращению. Высокая заболеваемость микозами ногтей, стоп у пенсионеров (80 % от всех случаев микозов) обусловлена, прежде всего, наличием у многих из них нарушения периферического кровообращения, трофическими расстройствами, травматизацией ногтевых пластин. Для людей пожилого возраста свойственно более частое обращение за медицинской помощью. Из всех пенсионеров: обратились к дерматологу по поводу заразного кожного заболевания 35%, обратились по поводу интеркуррентного заболевания 20,5 %. Случаи микроспории и трихофитии у пенсионеров за анализируемый период не встречались, регистрировались единичные случаи чесотки.

Активность выявления всех случаев заразных кожных заболеваний за 3 года составила 54,5 %, в том числе чесотки 66,7 %; микроспории 38,7 %; микозов стоп и ногтей 55,5 %.

За период 2011 – 2013 гг. зарегистрировано 26 очагов микроспории, 5 очагов трихофитии, 41 очаг чесотки. Выезд дезинфектора осуществлен в 38 очагов, заключительная обработка проводилась с использованием сульфохлорантина. Обработка камерным методом не проводилась, так как помещение, в котором находилась дезинфекционная стационарная камера, подлежало капитальному ремонту. Социально-неадаптированные больные чесоткой получали бесплатное лечение, за счет выделения денежных средств по муниципальной подпрограмме: «Предупреждение и борьба с инфекциями, передаваемыми половым путем и заразными кожными заболеваниями в Тамбовском районе на 2010-2012 гг.». Медицинская профилактика заразных кожных заболеваний заключалась в проведении профилактических осмотров контактных лиц, населения района, санитарно-просветительной работы в форме бесед, лекций, врачом дерматовенерологом и смежными специалистами, в тесном взаимодействии с другими медицинскими работниками района. Помимо этого ежегодно для врачей, медицинских работников района проводились семинары.

Профилактические осмотры населения района за 3 года приведены в таблице № 2.

Таблица № 2.

Профилактически осмотрено человек	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Всего:	15685	23239	15542
врачом дерматовенерологом	6465	6450	5199
другими специалистами	9220	16789	10343

Все вышеизложенное позволяет сделать следующее заключение: резких скачков заболеваемости заразными кожными заболеваниями в Тамбовском районе за 3-х летний период не наблюдалось. Среднее количество регистрируемых случаев чесотки и дерматомикозов – 47 в год. Напряженная эпидситуация сохраняется по трихофитии. Заболеваемость среди детского населения остается стабильно высокой, преимущественно дети подвергаются заражению микроспорией, трихофитией в результате нарушения правил личной гигиены, а также от домашних животных, от больных детей. Без полного, точного и оперативного учета дерматомикозов и чесотки, эффективные мероприятия, направленные на снижение распространения дерматофитий и чесотки в районе, невозможны. Только полноценный учет и диспансерное наблюдение за больными и их контактами будут способствовать постепенному снижению уровня заболеваемости заразными кожными заболеваниями. Немаловажное значение имеет диагностика грибковых заболеваний и чесотки. Отсутствие в «Тамбовской больнице» культурального метода диагностики заразных кожных инфекций, единичные случаи обнаружения чесоточного клеща в лабораторных условиях поликлиники, также неблагоприятным образом сказываются на уровне заболеваемости, страдает качество оказываемого лечения и диспансерного наблюдения. В целях прекращения дальнейшего распространения в районе заразных кожных заболеваний ежеквартально проводятся заседания штабов, Межведомственных комиссий, с принятием конкретных решений. Разработан комплексный план совместных мероприятий с заинтересованными службами по профилактике заразных кожных заболеваний. Дерматовенерологом осуществляются выезды в села района с целью оказания консультативно-методической помощи медицинским работникам амбулаторий, ФАПов, оказания лечебно-профилактической помощи населению. МАУ районный центр спорта «Олимпик» (секция вольной борьбы), находится на постоянном контроле у дерматовенерологической службы района, дети профилактически осматриваются дерматологом, при его отсутствии другими медицинскими работниками ежемесячно, перед соревнованиями, а также через 3-5 дней после соревнований, по прибытию из других районов или областей.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЕЗНИ ДАРЬЕ У ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО

Л.Н. Федотова, А.А. Кречкивский, Н.Е. Мельниченко
Военно-медицинская служба в/ч №51956,
ГБОУ ВПО «Амурская ГМА» Министерства здравоохранения РФ
г. Благовещенск

Дарье Болезнь- (дискератоз фолликулярный Дарье) – наследственный дерматоз. Характеризуется образованием фолликулярных гиперкератотических вегетирующих папул, обусловленных нарушением процесса кератинизации по типу дискератоза. Тип наследования аутосомно-доминантный. В основе заболевания лежит дефект в синтезе, организации или созревании комплекса тонофиламенты-десмосомы. Клиническая картина может иметь различные формы: классическую (себорейная-90 % случаев) или более редкие гипертрофическую, везикулобуллезную, абортивную. Первые проявления болезни возникают обычно в 10-20 лет, постепенно усиливаются в зрелом возрасте и ослабляются в пожилом. Возможно, более позднее начало заболевания – у взрослых до 30 лет, часто с ослабленными клиническими признаками. Поражения кожи характеризуются фолликулярными плоскими, плотными, шаровидными папулами диаметром 0,2-0,5 см желто-коричневого цвета с роговой чешуйкой. Вначале элементы сыпи располагаются изолированно на коже туловища и конечностей. Постепенно высыпания сливаются в бляшки, главным образом на коже груди, межлопаточной области, в крупных складках, в так называемых себорейных зонах, и покрываются грязно-коричневыми корками, при снятии которых обнажается сухая или влажная поверхность с центральным углублением. На волосистой части головы высыпания напоминают себорею, плоские бородавки или имеют папилломатозный характер. На лице папулы располагаются преимущественно в височных областях, на лбу и в носогубных складках. В процесс могут быть вовлечены ушные раковины и наружный слуховой проход. Поражение слизистой оболочки при болезни Дарье встречается редко. На слизистой оболочке языка, нёба, щёк, задней стенки глотки расположены мелкие белесоватые папулы, при слиянии которых поражение напоминает лейкоплакию. Возможны изменения костей кистозного характера, остеомаляции, поражение глаз (миопия, косоглазие), снижение интеллекта, дисфункция половых желёз, гиперпаратиреоидоз. Диагноз ставят на основании клинических и гистологических данных. Дифференциальный диагноз проводят с доброкачественной семейной пузырчаткой Хейли-Хейли, акрокератозом Гопфа, болезнью Гровера, себорейной экземой. Лечение представляет сложности. Основными средствами остаются естественные и синтетические ретиноиды. Течение хроническое с ремиссиями и обострениями. Процесс может прогрессировать.

В связи трудностью дифференциальной диагностики везикулобуллезной формы болезни Дарье приводим описание собственного клинического наблюдения диагностика, которого способствовала смене профессиональной деятельности пациента. Военнослужащий В., кок корабля, 28 лет, житель Амурской области обратился с жалобами на высыпания в области верхних конечностей, подмышечных впадин, в области грудной клетки, поясницы, паховой области, сопровождающиеся жжением, незначительным зудом.

Со слов пациента впервые высыпания появились в возрасте 16 лет. Начало заболевания ни с чем не связывает. Высыпания локализовались на волосистой части головы, за ушными раковинами; процесс сопровождался обилием корочек, эрозий. Обратился к дерматологу по месту жительства, получал лечение по поводу «дерматита». Во время службы в армии высыпания не беспокоили. Из данных амбулаторной карты повторные высыпания в области волосистой части головы, на шее, предплечья появились в апреле 2005 года, когда служил по контракту. Обратился к дерматологу поликлиники ВМС. Высыпания носили симметричный характер в виде эритематозных очагов, на фоне которых имелись узелки, корочки, экскориации. Выставлен диагноз: «Контактно-аллергический дерматит в области шеи, предплечий. Себорейный дерматит». На фоне проведённой терапии улучшения не было. Ввиду затяжного обострения и данных анамнеза (по отцовской линии – экзема, со слов больного) выставлен диагноз: «Ограниченный нейродермит в области шеи. Себорея

волосистой части головы». Ежегодно появлялись высыпания на гладкой коже туловища, конечностей вне зависимости от времени года. Получал терапию антигистаминными, противовоспалительными препаратами, ТГКС. С 2010г по декабрь 2012г высыпания не беспокоили. В конце декабря 2012 г наблюдалось обострение кожного процесса, в связи с ношением «термобелья» и перегреванием. Высыпания на коже носили распространенный характер с локализацией в крупных складках: подмышечных, пахово-бедренных, локтевых, а так же на бедрах, ягодицах, представлены многочисленными сгруппированными папулами ярко-розового цвета с чешуйками на поверхности, геморрагическими корочками, экскориациями. Выставлен диагноз: «Атопический дерматит? Простой раздражительный дерматит». Получал лечение (противовоспалительными, антигистаминными препаратами, ТГКС комбинированного действия) наблюдалось улучшение кожного процесса. Спустя 9 месяцев, вновь обострение кожного процесса, которое пациент связывает с перегреванием (кок на корабле). Находился на лечении у дерматолога в поликлинике ВМС диагнозом: «Атопический дерматит. Простой раздражительный дерматит». По окончанию лечения наблюдалась положительная динамика, выписан с клиническим улучшением. Следующее обострение в мае 2014 года, жалобы на высыпания, зуд. Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. Щитовидная железа визуально не увеличена. Суставы визуально не изменены, при пальпации безболезненные. Мышечная система развита хорошо. Пульсация периферических артерий хорошая, вены нижних конечностей не расширены. Границы легких в пределах нормы. Перкуторно над всей поверхностью лёгких ясный легочный звук. ЧДД 16 в минуту. Аускультативно- в лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные, ритмичные. АД 120\ 80 мм. рт. ст., Пульс 71 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения на обеих руках. Язык влажный, обложен у корня беловатым налётом. Живот обычной формы, мягкий не вздут, равномерно участвует в дыхании, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Поколачивание в области проекции почек безболезненное с обеих сторон. Стул и диурез не нарушены. Чувствительных, двигательных, рефлекторных нарушений нет. Наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу. ЛОР-органы и зрение без видимой патологии.

Дерматологический статус: патологический процесс носит распространенный, симметричный характер. Локализуется в аксиллярных областях, с переходом на боковые поверхности грудной клетки и животе, на ягодицах, пахово-бедренных складках, бедрах, локтевых сгибах. Процесс представлен многочисленными ярко-розовыми, фолликулярными папулами, диаметром до 0,2-0,3 см, шаровидной формы, с гиперкератотическими плотносидящими чешуйками, серо-желтого цвета. На коже пахово-бедренных складок, ягодицах, грудной клетке сгруппированные микровезикулы, серозно-геморрагические корочки.

Результаты специальных исследования: общий анализ крови и мочи без патологий анализы крови на ВИЧ, HBsAg, ЭДС отрицательные. Биохимический анализ крови: билирубин крови общий-10,3 ммоль/л, непрямой-8,0 ммоль/л, прямой- 2,3 ммоль/л, Асат-25,0 ммоль/л, Алат- 24,6 ммоль/л, фибриноген- 2800, ПТИ -91, мочевина -5,7 ммоль/л, бета-липопротеиды-6900, холестерин- 5,0, триглицериды 2,0 ммоль/л, глюкоза 5,1 ммоль/л.

Гистологическое исследование от 11.05.2014 г.: № 2015: в готовых препаратах фрагменты кожи с небольшим очаговым гиперкератозом со скоплениями кератина в углублениях эпидермиса. Эпидермис незначительно утолщен, лишь на ограниченном участке видны мелкие разряжения эпителиального пласта (акантолиз), возможно, как начало образования внутриэпидермального пузыря. В дерме неспецифическая лимфо-гистоцитарная инфильтрация по ходу кровеносных сосудов. Придатки сохранены. Заключение: гистологическая картина малоспецифична. Можно предполагать болезнь Дарье. Наблюдение, повторная биопсия в области волосистой части головы, на шее, предплечьях.

Диагноз: Выставлен диагноз: Болезнь Дарье везикуло-буллезная форма. Обострение. Доброкачественная семейная пузырчатка Хейли-Хейли? Назначено лечение: ретинол,

токоферола ацетат, рибофлавин, никотиновая кислота, глюконат кальция, диазолин. Наружно: ТГКС, мазь Ретин-А, фукорцин. В процессе лечения прежние высыпания регрессировали, появлялись новые. Затяжной характер принял процесс заживления постбиопсийной раны.

Для верификации диагноза, обследования и лечения пациент был направлен в дерматовенерологическое отделение Главного клинического военного госпиталя Федеральной службы безопасности РФ. В ходе обследования дважды проведено гистологическое исследование. Гистологическое исследование от 16.07.2014 г.: в готовых препаратах фрагменты кожи с неравномерным слабым акантозом, гиперкератозом, фолликулярным кератозом в эпидермисе, в верхних отделах дермы умеренная периваскулярная лимфоидная инфильтрация. Признаков акантоза и дискератоза в пределах исследованного материала нет. Гистологическое исследование от 23.07.2014 г.: кусочки кожи с очагами умеренного гиперкератоза, с паракератозом в эпидермисе. В некоторых участках расположенных определённо в устьях волосяных фолликулов фокусы слабовыраженного азоцитоза и экзоцитоза лимфоцитов в эпидермисе. Отдельные гиперкератотические и роговые наслоения содержат нейтрофилы и ядерную пыль. В верхней дерме умеренные периваскулярные инфильтраты с примесью лимфоцитов, единичных нейтрофилов и эозинофилов. Однако при разрезе материалов с блоков видны отчётливые эрозивные дефициты кожи на фоне которых являются структуры верхней дермы с выраженной лимфоцитарной инфильтрацией. Расположенные эрозии также с устьев фолликулов. Умеренный очаговый акантоз.

Выставлен диагноз: болезнь Дарье. Код МКБ X-Q-82.8.

В ходе лечения достигнуто клиническое улучшение по основному заболеванию в виде отсутствия жалоб, регресса патологических элементов с формированием пятен вторичной гиперпигментации.

В настоящее время пациент находится под динамическим наблюдением у дерматолога поликлиники ВМС. Решением врачебной комиссии даны рекомендации по трудоустройству, в связи с исключением работ, связанных с перегреванием, в горячих цехах. Данный случай указывает на важность своевременного выявления наследственной патологии кожи.

СОДЕРЖАНИЕ:

1. М.П. Гулевич, А.В. Платонов, О.В. Ермаковская
О СОСТОЯНИИ ОКАЗАНИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ И МЕРАХ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТИ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ……3

2. М.И. Аршинский, А.В. Найденова, Ю.В. Чибисов
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА……10

3. А.В. Платонов, Е.К. Базанов, А.В. Козлова, К.Ю. Решетов
ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАМКАХ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ» В ГБУЗ АО «АОКВД» ……15

4. М.И. Аршинский, З.В. Фролова, О.А. Чудина, М.И. Бабкова
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ ГРИБКОВОМ ПОРАЖЕНИИ КОЖИ И НОГТЕЙ……..19

5. Е.К. Базанов, В.А. Кузина, А.Н. Джабилов, А.В. Козлова
УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБ ИНФЕКЦИЯХ, ПРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ……..21

6. А.В. Бунин, Е.В. Кондрашин, В.А. Кузина
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП У ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ МУЖСКОГО ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ГБУЗ АО «АОКВД» за 2011-2013 годы……...23

7. А.В. Козлова, Е.К. Базанов, Н.И. Попова
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ……...25

8. М.С. Корень, А.В. Козлова, Н.Е. Мельниченко, Л.Н. Федотова, А.А. Кречкивский
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКОЗАМИ СТОП В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 5 ЛЕТ. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ СИСТЕМНЫМИ АНТИМИКОТИКАМИ ПО ДАННЫМ МИКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ГБУЗ АО «АОКВД»……31

9. Л.С. Корнеева
ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ. ЧТО МЫ ЗНАЕМ? ЧТО МЫ МОЖЕМ?...34

10. В.А. Кузина
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИППП В ОРГАНИЗОВАННЫХ МОЛОДЕЖНЫХ КОЛЛЕКТИВАХ ……...37

11. Н.А. Леонтьева, М.М. Левин, А.В. Козлова
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В Г. СВОБОДНОМ И СВОБОДНЕНСКОМ РАЙОНЕ (2009 – 2013ГГ.) ……41

12. Н.Е. Мельниченко, Л.С. Корнеева, В.В. Ковалева, И.В. Гранина, Э.Ю. Аристова
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕТИНОИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ РОЗОВЫХ УГРЕЙ……44

13. Н.Е. Мельниченко, Л.С. Корнеева, В.В. Ковалева, И.В. Гранина, Э.Ю. Аристова
СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА У РЕБЕНКА. ……48

14. Ю. А. Молчанов, Д.Г. Шерешевский
МЕЛАНОЗ РИЛЯ, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ У ЮНОШИ ПРИ ПРИЗЫВЕ НА ВОЕННУЮ СЛУЖБУ……51

15. Ю. А. Молчанов, К. В. Кузнецов
МАСТОЦИТОЗ, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ ПРИ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПОСТАНОВКЕ ГРАЖДАН НА ВОИНСКИЙ УЧЁТ……..53

16. Ю. А. Молчанов
ДВА СЛУЧАЯ ПАРАПСОРИАЗА, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ ГРАЖДАН ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАТЕГОРИИ ГОДНОСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ……..54

17. Ю. А. Молчанов, В. С. Куклин
К ВОПРОСУ О ПРОВЕДЕНИИ ВИЗУАЛЬНОГО ОСМОТРА ПРИЗЫВНИКОВ В КАБИНЕТАХ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ……55

18. Ю. А. Молчанов, К. А. Туфанов
СИНДРОМ ЛЕВАНДОВСКОГО-ЛУТЦА, ВЫЯВЛЕННЫЙ ПРИ КОНТРОЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ ПРИЗЫВНИКОВ……..57

19. Ю. А. Молчанов, В. С. Куклин
ДИАГНОСТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ГРАЖДАН ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ КАТЕГОРИИ ГОДНОСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ ……59

20. Н.Н. Патрушева
ОСОБЕННОСТИ СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА……62

21. О.А. Пантелеева, М.М. Левин
СОЦИАЛЬНО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ В г. СВОБОДНОМ И СВОБОДНЕНСКОМ РАЙОНЕ……65

22. Г.В. Реснянская, А.А. Платонов
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ В ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГБУЗ АО «АОКВД» ……..66

23. Е.А. Салатова ……..68
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ СИФИЛИСА У БЕРЕМЕННЫХ И НОВОРОЖДЕННЫХ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

24. Т.Н. Собакарь
ЗУД КОЖИ СИМПТОМ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ……...72

25. И.П. Семенкова …….....76
СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ ТАМБОВСКОГО РАЙОНА АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ.

26. Л.Н. Федотова, А.А. Кречкивский, Н.Е. Мельниченко ……....79
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЕЗНИ ДАРЬЕ У ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО