

# Всероссийская междисциплинарная научно-практическая конференция

«Инфекции, передаваемые половым путем  
и репродуктивное здоровье населения.  
Современные методы диагностики и  
лечения кожных заболеваний»



г. Казань  
2016 год

Министерство здравоохранения РФ

Министерство здравоохранения РТ

ГБОУ ВПО Казанский Государственный медицинский университет  
ГАУЗ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер» МЗ РТ

Татарстанское региональное отделение Российского научного общества  
дерматовенерологов и косметологов

Академия наук Республики Татарстан

**ВСЕРОССИЙСКАЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
«ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ И  
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ.  
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ  
И ЛЕЧЕНИЯ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

Сборник научных статей и тезисов под общей редакцией  
д.м.н., член-корр. АН РТ проф. Абдрахманова Р.М.

18 марта 2016 г.

г. Казань

**УДК (616.5+616.97)-08 (06)**

Инфекции, передаваемые половым путем и репродуктивное здоровье населения. Современные методы диагностики и лечения кожных заболеваний.

**Научные редакторы:**

Зав. кафедрой дерматовенерологии ГБОУ ВПО КГМУ д.м.н., проф. Абдрахманов Р.М.

Профессор кафедры дерматовенерологии ГБОУ ВПО КГМУ, д.м.н. Файзуллина Е.В.

Профессор кафедры дерматовенерологии ГБОУ ВПО КГМУ, д.м.н. Шапов Б.А.

Доцент кафедры дерматовенерологии к.м.н. Дядькин В.Ю.

© ГБОУ ВПО Казанский Государственный  
медицинский университет, 2016

## СОДЕРЖАНИЕ

АБДРАХМАНОВ Р.М.

**ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ  
У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....6**

ВИЛОВА К.Г., КАШУТИН С.Л.

**СООТНОШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ МОНОЦИТОВ И  
НЕЙТРОФИЛОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И  
В КОЖЕ ПРИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ.....10**

ДЯДЬКИН В.Ю.

**СЛУЧАЙ АКРОКЕРАТОЗА ПСОРИАЗИФОРМНОГО БАЗЕКСА.....18**

МУБАРАКШИНА Н.Ю., ДЯДЬКИН В.Ю.

**СЛУЧАЙ АКРОКЕРАТОЗА БОРОДАВЧАТОГО ГОПФА.....21**

ФАЙЗУЛЛИНА Е.В., ДАВЫДОВ Ю.В.

**ТОКСИКОДЕРМИЯ И КРАПИВНИЦА:**

**ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБНОГО ОБСЕМЕНЕНИЯ КОЖИ.....23**

ФАЙЗУЛЛИНА Е.В.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ**

**КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВАВАГИНИТА.....26**

ФАЙЗУЛЛИН Я.В., ДАВЫДОВ Ю.В.,

ФАЙЗУЛЛИНА Е.В., КАДЫРОВА М.А., АЛЕКСАНДРОВА Н.В.

**ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЖИРНОЙ  
МАЗИ 0,1% МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНА АЦЕПОНАТА  
ПРИ СИНДРОМЕ КОЖНОГО ЗУДА.....29**

ФАЙЗУЛЛИНА Е.В., ЛЕВУШКИНА А. Е., ТАГИЕВА Ф. М.

**ДЕРМАТОСКОПИЯ: ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ  
НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ.....31**

ШАМОВ Б.А., ТЕРЕНТЬЕВА А.В., СУЛТАНОВА Г.Р.

**СИМПТОМ НИКОЛЬСКОГО В ДИАГНОСТИКЕ  
ПУЗЫРНЫХ ДЕРМАТОЗОВ.....33**

ШАМОВ Б.А., СУЛТАНОВА Г.Р., ТЕРЕНТЬЕВА А.В. <b>ДИНАМИКА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ.....</b>	<b>35</b>
ШАМОВ Б.А., ГАЛИМОВА Э.М., ЛАКШТАУСКАЙТЕ Ю.Э. <b>НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АКНЕ.....</b>	<b>37</b>
ШАМОВ Б.А., АПАНАЕВА К.Р. <b>ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В ПОЛИКЛИНИКЕ.....</b>	<b>38</b>
ШАМОВ Б.А., ТОПУЗЯН Г.Г. <b>СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ТЕРАПИИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ.....</b>	<b>40</b>
ШАМОВ Б.А. <b>ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТРИХОМОНИАЗОМ, ХЛАМИДИОЗОМ, АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ БОРОДАВКАМИ, УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН В 2013-2015 ГГ.....</b>	<b>42</b>
ШАМОВ Б.А. <b>ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ЗА ПЕРИОД 2013-2015 ГГ.....</b>	<b>44</b>
ШАМОВ Б.А. <b>СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОНОРЕЕЙ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН В 2013-2015 ГГ.....</b>	<b>46</b>
ШАМОВ Б.А. <b>ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОНОРЕЕЙ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН В 2013-2015 ГГ.....</b>	<b>47</b>

ШАМОВ Б.А., АБДРАХМАНОВ А.Р.

**ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТРИХОМОНИАЗОМ,  
ХЛАМИДИОЗОМ, АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ БОРОДАВКАМИ,  
УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ В РЕСПУБЛИКЕ  
ТАТАРСТАН В 2013-2015 ГГ.....49**

# ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

АБДРАХМАНОВ Р.М.

ГБОУ ВПО Казанский Государственный медицинский  
университет

В настоящее время требует внимания решение проблем адекватного лечения пациентов с хроническими дерматозами, сопровождающими человека всю жизнь [1]

Общеизвестно, что псориатическая болезнь чаще дебютирует в молодом возрасте.

Появляясь в пожилом и старческом возрасте, это заболевание имеет некоторое своеобразное клинической картины.

Под нашим наблюдением находился 21 пациент (66,2+5,6г.), что составило 4,9% из общего числа обследованных больных псориатической болезнью; среди этих больных в возрасте 60-65 лет было 12 человек, 66-70 лет – 8 человек и 75 лет – 1 пациент.

Давность заболевания составила 12,4 + 1,7 года.

Данные литературы свидетельствуют, что у больных зрелого возраста наблюдается более тяжелое течение чешуйчатого лишая, чем в других возрастах, чаще встречается

осложненный псориаз (артропатическая форма, эритродермия). Но у наблюдаемых нами больных не было ни артропатического псориаза, ни псориатической эритродермии.

У большинства больных (13 человек) – 62,0% заболевание носило распространенный характер, у 12 (57,1%) была стационарная стадия псориаза.

Кожа в старческом возрасте отличается снижением тургора, сухостью, пигментированностью, снижением барьерного фактора, уменьшением уровня водно-липидной мантии. Но, несмотря на это, почти у половины больных этого возраста (47,8%), патологический процесс протекал остро, с экссудативными явлениями, напоминая клинические проявления чешуйчатого лишая в детском возрасте. У 59,8% больных заболевание сопровождалось зудом.

Более благоприятна по течению зимняя форма псориаза, которая наблюдалась в пожилом возрасте у 5 больных (23,9%), летняя форма – у 6 (28,6%) и форма, не связанная со временем года – у 10(43,5%). Только у 6 больных (28,6%) первые высыпания появились на типичных для псориаза участках кожи, тогда как у 15 (71,4%) локализация первых очагов была необычной – в паховых и подмышечных складках, за ушными раковинами, под грудными железами у женщин, на половых органах, на коже ладоней и подошв.



Такая же локализация патологического процесса отмечалось у этих больных и при повторных обострениях. У 3 больных (14,3%) элементы сыпи располагались по лицу, причем у одного из них напоминали форму «бабочки» как при красной волчанки.

Ногти у пожилых людей обычно лишены блеска, продольно исчерчены, истончены или, наоборот, резко утолщены, когтеобразны.

У больных псориазом, как правило, отмечалось утолщение ногтей с явлениями подногтевого гиперкератоза и точечными углублениями ногтевых пластинок по типу «наперстка». Таким образом, на уже имеющиеся старческие изменения ногтей наслаивались изменения свойственные псориазу.

Довольно закономерным для пожилого возраста являлись изменения сердечно сосудистой и дыхательной систем. Атеросклеротические проявления отмечались нами у 12 больных псориазом (57,1%), у трех больных была гипертоническая болезнь (14,3%), у 7 – (33,3%) различная патология легочной системы.

Этой группе больных была назначена комплексная терапия с включением дезинтоксикационной и противовоспалительной терапии, фототерапия (терапия световолновым

ультрафиолетовым излучением с длиной волны 280 – 320 нм 3-5 раза в неделю на курс до 20 процедур). При наличии зуда назначались антигистаминные препараты [2].

Несмотря на комплексную терапию, регрессирование заболевания происходило медленно, иногда отмечалась плохая переносимость препаратов. После окончания лечения только 3 больных (14,3%) выписаны с полной ремиссией, остальные – 18 (85,7%) с клиническим улучшением.

Таким образом, характер клинической картины псориаза у больных пожилого и старческого возраста, особенности общего состояния, вялость течения патологического процесса, торпидность к терапии обязывают к более внимательному отношению врачей к такому контингенту пациентов.

### **Литература:**

1. Абдрахманов Р.М., Файзуллина Е.В. Качество жизни больных псориазом при лечении современными импульсосупрессивными препаратами, современная дерматовенерология: проблемы и решения. Сборник научных статей, г.Казань, 2015.: стр.111-113).

2. Кубанова А.А., Лисина В.И., «Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем», Русь. Для практикующих врачей. М.: Литтера, 2005; 882с.

# **СООТНОШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ МОНОЦИТОВ И НЕЙТРОФИЛОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И В КОЖЕ ПРИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ**

**ВИЛОВА К.Г., КАШУТИН С.Л.**

**ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский  
университет»**

**Кафедра кожных и венерических болезней**

**(Ректор – д.м.н., профессор, ГОРБАТОВА Л.Н.)**

**г. Архангельск**

Как известно, к основным клеткам, реализующим механизмы противoinфекционной защиты организма, относятся макрофаги и нейтрофилы.

В условиях развития воспалительного процесса своеобразным «отрядом быстрого реагирования» традиционно считаются именно нейтрофильные лейкоциты. [2, 5]. Нейтрофилы обладают всеми функциями фагоцитирующих клеток: адгезивностью, подвижностью, способностью к хемотаксису и захвату бактерий и других частиц, способностью разрушать захваченные микроорганизмы с помощью кислород-зависимых и кислород-независимых механизмов, переваривать захваченные объекты фагоцитоза [8, 12, 13]. Имеются свидетельства о роли нейтрофилов в

представлении антигенов моноцитам и лимфоцитам, а также возможности регулировать функции иммунокомпетентных клеток через продукцию цитокинов [10]. Нейтрофилы, циркулируя в крови весьма непродолжительное время (около 8 часов), мигрируют в ткани, в том числе, и непосредственно в дерму кожи. Длительность их функционирования в тканях составляет от нескольких часов до 7 суток [6]. Кроме того, известно, что сегментация нейтрофилов, с одной стороны, связана с их миграцией из сосудов микроциркуляторного русла в ткань [3], с другой стороны, уровень сегментации нейтрофилов – признак, указывающий на старение популяции этих клеток.

Система мононуклеарных фагоцитов включает монобласты, промоноциты, моноциты и макрофаги. Промоноциты, поступив в кровоток, еще обладают способностью к пролиферации, в то время как, моноциты уже обеспечивают неспецифическую защиту организма за счет своей фагоцитарной активности, а секретируемые ими молекулы выполняют эффекторные и регуляторные функции. Макрофаги постоянно созревают из циркулирующих в крови моноцитов и, покидая кровяное русло, мигрируют в различные ткани организма, принимая активное участие в раннем воспалительном ответе на инфекцию, в запуске

специфического иммунного ответа, в клеточно-опосредованных реакциях. Впоследствии, в условиях развития патологического процесса в ткань мигрируют не только моноциты, но и промоноциты. В тоже время известно, что миграция мононуклеарных фагоцитов в ткань связана с изменениями их рецепторного аппарата [5, 7, 11, 12]. Естественно полагать, что миграция влечет также морфологические изменения как со стороны ядра, так и со стороны цитоплазмы.

В связи с вышесказанным, представляет интерес изучение соотношения содержания нейтрофилов и моноцитов в периферической крови и в коже у пациентов с угревой болезнью, а также исследование фагоцитарной функции данных клеток до и после их миграции в кожу.

Обследовано 48 пациентов с папуло-пустулезной формой угревой болезни. Исследование содержания нейтрофилов и моноцитов периферической крови, а также определение уровня фагоцитарной активности нейтрофилов осуществляли после забора венозной крови утром натощак из локтевой вены.

Для изучения морфофункциональных характеристик нейтрофилов и моноцитов, мигрировавших в кожу, использовалось содержимое пустул. Забор материала

проводили посредством петли Унны, который наносили на предметное стекло, фиксировали, окрашивали по Романовскому-Гимзе.

Определение уровня сегментации проводили по методике Тодорова [9]. Оценка моноцитограммы включала изучение удельного веса моноцитов в целом, а также удельного веса промоноцитов, собственно моноцитов и полиморфноядерных моноцитов в соответствии с методикой, предложенной О.П. Григоровой [1]. Изучение изменений в ядре моноцитов включало определение вакуолизации, в цитоплазме – вакуолизации, зернистости, наличия включений [4].

Для оценки фагоцитарной активности нейтрофилов использовали монодисперсный латекс диаметром 1,3–1,5 мкм. В пробирку с 0,5 мл физиологического раствора вносили клеточное содержимое дермы, инкубировали в термостате при температуре 37,0–37,2<sup>0</sup>С в присутствии частиц латекса в течение 30 минут, затем взвесь наносили на предметное стекло, высушивали, фиксировали и окрашивали гематоксилин-эозином, подсчет активных фагоцитов (в %) и фагоцитарного показателя проводили под увеличением  $\times 1000$ .

Статистическую обработку результатов проводили с помощью сертифицированного пакета статистических

программ SPSS 13.0 for Windows. Распределение параметров было ненормальным, в связи с чем, описание выборок проводили с помощью подсчета медианы (Me) и межквартильного интервала Q1;Q3 (25;75 перцентиль).

### **Результаты и их обсуждение.**

Изучение лейкограммы периферической крови и экссудата пустул у пациентов с угревой болезнью показало уменьшение удельного веса нейтрофилов после их миграции в кожу (с 59,0% (52,0;66,0) до 42,0% (35,0;53,0)) на фоне увеличения фагоцитарной активности в 1,78 раза (с 46,0% (37,5;58,0) до 82,0% (70,7;87,5)) без изменений в уровне фагоцитарного показателя (9,0 (7,0;10,7) и 9,3 (5,3;10,7)). Установлено, что максимальная фагоцитарная активность нейтрофилов в коже связана с нейтрофилами, имеющих три и четыре сегмента в ядре. У палочкоядерных нейтрофилов и нейтрофилов с 5-ью сегментами в ядре и более фагоцитарная активность не превышала 50%. Низкая фагоцитарная активность клеток с 5-ью и более сегментами в ядре, по всей видимости, была связана с лизисом этих клеток. Лизиса у палочкоядерных нейтрофилов не наблюдалось, но при этом фагоцитарную активность они проявляли незначительно.

Уровень моноцитов в коже, наоборот, возрастал: с 6,0% (4,5;8,0) до 19,0 % (13,0;25,0), что, вероятно,

свидетельствовало о высокой миграционной активности моноцитов в кожу. При этом накопление моноцитов связано с их морфологическими изменениями. Так изменения ядра в виде вакуолизации регистрировали у 1,0% (0;2,0) промоноцитов, у 4,0% (2,0; 6,0) собственно моноцитов и у 2,0% (0; 4,0) полиморфноядерных моноцитов. Изменения только в цитоплазме клеток, в виде зернистости и вакуолизации, наблюдали у 6,0% (4,0; 14,0) промоноцитов, у 19,0% (14,0; 27,0) собственно моноцитов и у 5,0% (2,0;9,0) полиморфноядерных моноцитов. Среди сочетанных изменений регистрировали вакуолизацию ядра и цитоплазмы у 2,0% (0;4,0) промоноцитов, у 6,0% (2,0; 12,0) собственно моноцитов и у 3,0% (1,0; 5,0) полиморфноядерных моноцитов; вакуолизацию ядра и зернистость цитоплазмы - только у 4,0% (2,0; 6,0) собственно моноцитов и у 1,0% (0;3,0) полиморфноядерных моноцитов, вакуолизацию ядра и вакуолизацию с зернистостью цитоплазмы - у 3,0% (0; 6,0) промоноцитов, у 11,0% (8,0; 14,0) собственно моноцитов и у 3,0% (1,0; 6,0) полиморфноядерных форм, вакуолизация ядра в сочетании с вакуолизацией, зернистостью и включениями в цитоплазме регистрировали только у собственно моноцитов в пределах 2,0% (0; 4,0).

Создается впечатление, что при угревой болезни



снижение концентрации нейтрофильных лейкоцитов в коже может быть связано с усилением их деградации по причине высокой функциональной активности 3-х и 4-х сегментных форм, тогда как выраженная миграционная активность моноцитов в кожу приводит к их накоплению и сопровождается значительными изменениями в ядре и цитоплазме.

### **Литература:**

1. Григорова О.П. Лимфоцитарная реакция как показатель реактивности организма в динамике инфекционного процесса. Вопросы охраны материнства и детства. 1963. №10. С. 39-41.

2. Долгушин И. И., Бухарин О. В. Нейтрофилы и гомеостаз / И. И. Долгушин, О. В. Бухарин. – Екатеринбург, 2001. – 278 с.

3. Игнатьева С. Н. Метаболические адаптационные возможности организма к обучению у студентов медицинского ВУЗа на Европейском севере /С. Н. Игнатьева, Р. В. Кубасов // Вестник РАМН. – 2014. – № 11-12. – С. 84-88.

4. Кассирский Н. А. Клиническая гематология / Н. А. Кассирский, Г. А. Алексеев. – М.: Медицина, 1970. – 799 с.

5. Кошевенко Ю. Н. Механизмы клеточного иммунитета в коже / Ю. Н. Кошевенко // Косметика и медицина. – 2001. – № 3. – С. 15-26.
6. Мяделец О. Д. Морфофункциональная дерматология /О. Д. Мяделец, В. П. Адаскевич. – М.: Медлит, 2006. – 752 с.
7. Пальцев М. А., Иванов А. А. Межклеточные взаимодействия. М.: Медицина, 1995.
8. Пинегин Б. В. Нейтрофилы: структура и функция / Б. В. Пинегин // Иммунология. – 2007. – №6. – С. 374-382.
9. Тодоров Й. Т. Клинические лабораторные исследования в педиатрии / Й. Т. Тодоров. – 6-е рус. изд. – София: Медицина и физкультура, 1968. – 1064 с.
10. Фрейдлин И. С. Иммунная система и ее дефекты. Санкт-Петербург: НТФФ Полисан; 1998.
11. Фрейдлин И. С. Клетки иммунной системы / И. С. Фрейдлин, А. А. Тотолян – СПб.: Наука, 2001. – 390 с.
12. Цинкернагель Р. Основы иммунологии / Р. Цинкернагель. – Мир, 2008. – 134с.
13. Ярилин А. А. Кожа и иммунная система / А. А. Ярилин // Косметика и медицина – 2001. –№2. – С. 5-13.

# СЛУЧАЙ АКРОКЕРАТОЗА ПСОРИАЗИФОРМНОГО БАЗЕКСА

ДЯДЬКИН В.Ю.

ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский  
университет

Проблема паранеоплазий кожи (ПНК) не теряет своей актуальности в связи с увеличением общего числа больных злокачественными новообразованиями внутренних органов, особенно в свете запоздалой диагностики онкопатологии. В структуре паранеопластических синдромов на долю кожных поражений приходится около 70%. Дерматозы могут развиваться задолго до появления клинических симптомов опухолевого процесса, параллельно или вслед за ними и исчезать после радикального удаления опухоли, возникая заново при рецидиве или метастазах. Паранеоплазии представляют собой заболевания, возникшие в результате опосредованного влияния опухоли на организм через обменные или другие процессы. Злокачественные новообразования, изменяя физиологические процессы в организме, приводят к накоплению в нем опухолевых антигенов и биологически активных веществ (факторов роста, гормонов, ферментов). Последние в свою очередь

стимулируют прогрессирование злокачественного процесса и появление новых клинических симптомов. Акrokerатоз псориазиформный Базекса (АПБ) относится к облигатным паранеоплазиям, так как опухоли при данной патологии встречаются в 75-100% случаев. Заболевание чаще (67%) предшествует возникновению опухоли, но может развиваться одновременно с ней (18%) или после ее появления (15%). Кожные изменения развиваются постепенно: вначале появляется застойная эритема с фиолетовым оттенком и шелушением на коже лица, ушных раковинах, затем на конечностях с локализацией в области кистей, стоп. Позже развиваются дистрофии ногтевых пластин, паронихии. Высыпания на коже лица имитируют красную волчанку, экзематиды, на кистях и стопах больше напоминают псориаз.

В связи с редкостью АПБ и наличием в отечественной литературе лишь единичных сообщений о данном дерматозе приводим собственное наблюдение.

Б-я Ф. заболела зимой 2014 когда на коже голени появились первые высыпания. В январе 2015 года, не смотря на проводимое лечение, сыпь постепенно распространилась на другие участки кожного покрова. Больная отмечает, что после прекращения наружной терапии клинические проявления вновь возобновлялись. По поводу образования в

молочной железе была направлена к онкологу, где при биопсии был выявлен рак молочной железы. При осмотре на коже кистей и нижней трети левого предплечья имеется по одному очагу поражения 5-7 см в поперечнике розового цвета, кольцевидной формы слегка инфильтрированных, покрытых толстыми, рыхлыми, беловатыми корочечками. Аналогичные очаги поражения размером 3-5 см располагаются на коже живота. Ногтевые пластины обеих стоп грязно-желтого цвета, деформированы, на отдельных пальцах частично разрушены. Кожа ногтевых валиков отечна, гиперемирована, инфильтрирована, активно шелушится, местами покрыта серозными корками. Общие анализы крови, мочи, биохимический анализ крови патологии не выявили. Гистологическое исследование биоптата кожи, взятого из очага поражения, оказалось малоинформативным в связи с неспецифичностью выявленных изменений. В эпидермисе наблюдался гиперкератоз, паракератоз, акантоз, фокальный спонгиоз, в дерме — воспалительный смешанный инфильтрат.

Учитывая клиническую картину дерматоза и наличие опухоли молочной железы, установлен диагноз «акрокератоз псориазиформый Базекса»

# СЛУЧАЙ АКРОКЕРАТОЗА БОРОДАВЧАТОГО ГОПФА

МУБАРАКШИНА Н.Ю., ДЯДЬКИН В.Ю.

ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский  
университет

Акрокератоз бородавчатый Гопфа – редко встречающийся дерматоз с аутосомно-доминантным типом наследования, возможны спорадические случаи заболевания. Высказываются предположения о вирусном происхождении этого заболевания на фоне генетических изменений. Большинство авторов, в настоящее время, считает, что верруциформный акрокератоз является проявлением болезни Дарье.

Характеризуется бородавчатыми очагами поражения на дистальных отделах конечностей. Первые признаки заболевания обычно появляются при рождении или в раннем детском возрасте, однако возможны случаи более позднего развития болезни (3-5-е десятилетие жизни). На коже тыла кистей (чаще), стоп, реже на других участках кожного покрова (ладони, подошвы, коленные и локтевые суставы, предплечья, голени по ходу радиального и срединного нервов, пяточных сухожилий) появляются плотные бородавчатые папулы цвета кожи диаметром 0,5 – 0,7 см, высотой 3-4 мм, расположенные изолированно, группами или линейно. Более мелкие

элементы (диаметром 1-2 мм) полушаровидные, имеют гладкую поверхность. Кожа ладоней и ногти могут быть диффузно утолщены.

Учитывая редкость заболевания, приводим собственное наблюдение. Больной Ш., 1971 года рождения, направлен на консультацию на кафедру дерматовенерологии КГМУ, с жалобами на высыпания на тыле кистей и стоп. Болен с детства. Со слов пациента аналогичные высыпания имеются у матери и сестры. Ранее за медицинской помощью не обращался. Также у пациента отмечается контрактура Дюпюитрена обеих кистей. По поводу которой, рекомендовано оперативное вмешательство, и для исключения противопоказаний со стороны кожного заболевания был направлен к дерматологу. При осмотре преимущественно на тыльной поверхности кистей и стоп, обнаруживаются мелкие полигональных очертаний папулы, сходные с бородавками. Поверхность их гладкая, но часть элементов покрыта гиперкератотическими наслоениями, есть явления веррукоза. Цвет их мало отличается от нормальной кожи или слегка красновато-коричневатый. Отдельные папулы слились в небольшие веррукозные бляшки. Наряду с этим отдельные элементы располагаются на предплечьях. Общий анализ крови от 30.11.15: Эритроциты -  $3,8 \times 10^{12}/л$ ; Нв

- 116 г/л; ЦП - 0,92; Лейкоциты -  $6,7 \times 10^9$ ; эозинофилы - 4%, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 57%, лимфоциты - 23%, моноциты - 15%. СОЭ - 20 мм в час. Общий анализ мочи без особенностей. ЭМ отрицательный.

На основании клинических признаков установлен диагноз: «Акрокератоз бородавчатый Гопфа».

## **ТОКСИКОДЕРМИЯ И КРАПИВНИЦА: ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБНОГО ОБСЕМЕНЕНИЯ КОЖИ**

ФАЙЗУЛЛИНА Е.В., ДАВЫДОВ Ю.В.

(ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский  
университет МЗ РФ, г. Казань)

Зуд на первично воспаленной коже выступает в роли главного диагностического симптома. При пруритогенных дерматозах (атопическом дерматите, крапивнице, токсикодермии и др.), опосредованный гистамином или нейропептидами зуд возникает в сочетании с клиническими признаками невrogenного воспаления, такими как эритема и отек [1]. Нередко процесс «рассчесывания» чреват развитием осложнений в виде присоединения микробной составляющей.

**Целью** данной работы явилось изучение микробного



состава флоры кожи при токсикодермии и аллергическом дерматите.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 30 пациентов с токсикодермией (21 с диссеминированной и 9 фиксированной сульфаниламидной эритемой) и 28 больных с аллергическим дерматитом, вызванным преимущественно детергентами. Мужчин в исследовании было 37, женщин – 21 человек. Все больные обследованы клинически (сбор анамнеза, биохимическое тестирование, общий анализ крови с лейкоформулой) и микробиологически. Материал для исследования получали с помощью соскобов и смывов дистиллированной водой с центральной и периферической части высыпных элементов. Посевы выращивали на чашке Петри в течение 5 суток при 30°C. Микроскопические и биохимические методы идентификации грибов (ферментация углеводов, тесты на трубки прорастания), проводили по общепринятым методам.

**Результаты и обсуждение:** У больных с токсикодермией в 56,7% случаев (17 пациентов) отмечалось грибковое обсеменение папулезных высыпаний. У пациентов с обнаруженной грибковой микрофлорой мицелиальные дерматофиты регистрировались в 3,7% случаев, грибы рода *Candida* 51,3%, золотистый стафилококк – в 29,8%, *Malassezia*

furfur – в 18,5% случаев. Структура грибковой колонизации при аллергических дерматитах была следующей: *Malassezia furfur* – в 56,4%, грибы рода *Candida* со *Staph. aureus* – в 18,5%, грибковые ассоциации *Malassezia furfur* и грибов рода *Candida* – 29,6%, мицелиальные дерматофиты – 3,2%. У пациентов с обнаруженной грибковой микрофлорой выявлены дрожжеподобные грибы рода *Candida* в 58,5%, золотистый стафилококк выявлен в 52,2%, *Aspergillus* или мицелиальные дерматофиты по 11,3%, *Rhodotorula rubra* – 12,5%. На первом месте в структуре грибковой колонизации находятся грибы рода *Candida*, ассоциированные с *Staph. aureus* – 41,7%, на 2-м – грибы рода *Candida* – 16,7%, на 3-м – *St. Aureus* и *Rhodotorula rubra* в ассоциации со стафилококком по 12,5%, *Aspergillus* и мицелиальные дерматофиты – по 8,3%. Является ли столь значительная колонизация длительно существующих очагов хронического зуда случайной находкой или микробный фактор играет при синдроме зуда значительную роль? Существует ли необходимость применения комбинированных топических кортикостероидов, содержащих антимикотические средства и антибиотики? Однозначного ответа нет. Во многих случаях необходима комбинация системной и топической терапии: сочетание антигистаминных препаратов и антагонистов опиоидных

рецепторов (налмефен и др.) с местной терапией препаратами цинка и серы, обладающими в том числе, противогрибковым и антибактериальным эффектом [2].

### **Литература:**

1. Ständer S, Weisshaar E, Mettang T, Szepietowski JC et al. Clinical classification of itch. A position paper of the International Forum for the Study of Itch. Acta Dermatol Venerol 2007; 87:291 – 294.
2. Насогова J. Topical anti-itch therapy. Dermatol Ther 2005; 18:341 – 343.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВАВАГИНИТА**

**ФАЙЗУЛЛИНА Е.В.**

ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский  
университет МЗ РФ, г. Казань, Российская Федерация

## **THE TREATMENT OF VULVOVAGINAL CANDIDIASIS**

**FAIZULLINA E.V.**

Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation

Известно, что наиболее частыми симптомами кандидозного вульвовагинита у женщин являются появление дискомфорта во влагалище, выделений творожистого

характера и зуда. Нередко кандидозной инфекции сопутствуют другие инфекции, передаваемые половым путем. Цель исследования: сравнительная оценка применения препарата итраконазолового ряда 200 мг внутрь в течение 3 дней и интравагинальное введение препарата сертаконазола нитрата в дозе 300 мг в свечах однократно (группа сравнения) у пациенток с давностью кандидозной инфекции урогенитального тракта более трех лет.

Всего нами было обследовано 1268 женщин с жалобами на появление симптомов вагинального зуда и творожистых выделений из половых путей. Из всех обследованных пациенток 826 (65%) имели кандидоз влагалища, 335 (26,5%) – сочетанную уреаплазмо-микоплазменную инфекцию; 8,5% - 107 человек – бактериальный вагиноз. Под нашим наблюдением находилось 47 женщин с вульвовагинальным кандидозом от 30 до 52 лет с давностью заболевания от 3 до 5 лет. Большинство (78%) не подозревали о наличии заболевания, были выявлены гинекологами и предъявляли жалобы на периодически возникающую «молочницу». У 22 пациенток применяли внутрь препарат итраконазолового ряда (основная группа), 25 женщин получали интравагинальное введение препарата в форме свеч (группа сравнения). Результаты лечения прослеживались через один, три и шесть

месяцев от начала лечения. Через месяц нуждались в повторном курсе лечения 13 пациенток группы сравнения и 4 пациентки основной группы. Через три месяца от начала лечения у 19 женщин (86,4%), получавших препарат итраконазолового ряда внутрь грибы рода *Candida* лабораторно обнаружены не были, в группе сравнения – у 15 женщин (60,0%), т.е. меньше почти в полтора раза ( $P < 0,05$ ,  $\chi^2 = 5,49$ ). Через шесть месяцев лечения у 20 женщин (90,9%), получавших per os препарат итраконазолового ряда наступило выздоровление, в группе сравнения – у 16 женщин (64,0%) ( $P < 0,05$ ,  $\chi^2 = 6,35$ ).

Препараты итраконазолового ряда в терапевтических дозировках могут быть рекомендованы в клиническую практику пациенткам с высокой давностью вагинальных кандидозов в виде трехкурсового лечения с терапевтическим эффектом более 90%.

**ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ  
ЖИРНОЙ МАЗИ 0,1% МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНА  
АЦЕПОНАТА ПРИ СИНДРОМЕ КОЖНОГО ЗУДА**

ФАЙЗУЛЛИН Я.В.<sup>1,2</sup>, ДАВЫДОВ Ю.В.<sup>1</sup>,  
ФАЙЗУЛЛИНА Е.В.<sup>1</sup>, КАДЫРОВА М.А.<sup>1</sup>,  
АЛЕКСАНДРОВА Н.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский  
университет МЗ РФ

Кафедра дерматовенерологии

<sup>2</sup> Institut für Sportwissenschaft und Sport der FAU  
Erlangen-Nürnberg

Университет Фридрих Александра (Эрланген-Нюрнберг),  
Германия

Зуд находится в ряду основных ощущений, изначально присущих коже, симптомам, исходящим от кожи, и определяется как «особое чувство раздражения, вызывающее желание ее расчесать». Зуд, продолжающийся более шести месяцев, определяется как хронический. Хроническая форма зуда мучительна для пациентов и существенно ухудшает качество жизни. Хронический зуд присущ большинству дерматозов (экземе, атопическому дерматиту, нейродермиту, токсикодермии и хронической крапивнице). Целью

исследования явилось сравнительное изучение влияния топической терапии жирной мази 0,1% метилпреднизолона ацепоната при синдроме кожного зуда у больных хроническими дерматозами на фоне базисной системной противозудной терапии по сравнению с базисной терапией и применения топической индифферентной мази. Задачи: определить степень тяжести зуда и интенсивность расчесов у пациентов с хроническими дерматозами, получающими местное лечение жирной мазью 0,1% метилпреднизолона ацепоната на фоне базисной противозудной терапии (антигистаминные препараты, антидепрессанты, препараты кальция) (исследовательская группа) и пациентов, получающих базисную терапию и цинковое масло (Zinci Oxidi 30,0; Olei Helianti 70,0), местно (группа контроля). Материалы и методы: для определения степени тяжести зуда у 26 пациентов основной группы и у 30 пациентов группы контроля использован Эппендорфский опросник по зуду, опросник, позволяющий изучить влияние зуда на качество жизни. Результаты: у пациентов исследовательской группы интенсивность зуда снизилась с «4» - сильный зуд и «5» - очень сильный зуд до «2» - слабый зуд и «1» - зуд отсутствует на  $13,08 \pm 0,5$  день лечения, в группе контроля – на  $18,0 \pm 0,4$  день лечения. Оценен индекс профиля тяжести кожного зуда.

# **ДЕРМАТОСКОПИЯ: ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ**

ФАЙЗУЛЛИНА Е.В., ЛЕВУШКИНА А. Е., ТАГИЕВА Ф. М.

ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский  
университет МЗ РФ

Кафедра дерматовенерологии

Цель исследования: изучение дерматоскопической картины новообразований кожи опухолевой природы: себорейный кератоз, солнечное лентиго, актинический кератоз, пигментная базалиома, гемангиома, ангиокератома, дерматофиброма, пигментная форма плоскоклеточного рака кожи. Задачи: 1. Исследование особенностей структуры новообразований кожи (глобулы, петли и другие) 2. На основании изучения дерматоскопической картины провести клиническую диагностику у пациентов в поликлиниках дерматовенерологического профиля. Материалы и методы исследования: дерматоскопия 19 пациентов с новообразованиями кожи на дерматоскопе Heine delta 20 (Германия).

Результаты. Выявлены следующие дерматоскопические особенности новообразований кожи: для себорейного кератоза основными критериями являются: резкая демаркация; множественные милиоподобные кисты;



псевдофолликулярные отверстия; извилины и борозды; маленькие капилляры в форме шпилек для волос; тонкие сосуды, окруженные светлой зоной; структуры по типу отпечатка пальцев; край «изъеденный молью»; поверхность по типу «извилины мозга»; псевдосеть. Для актинического кератоза характерна: асимметричная пигментированная псевдосеть коричневого цвета; ячейки сети расширенные. Дерматоскопическими признаками пигментной базалиомы являются: отсутствие пигментной сети; древообразно ветвящиеся сосуды; участки в форме кленового листа; множественные сине-серые структуры по типу глобул; структуры по типу колеса со спицами; изъязвление; розово – белые, белые «блестящие» участки. Основным дерматоскопическим критерием дерматофибромы является содержание множественных, коричневых, глобулоподобных структур с периферии окруженных гиперпигментированной сеткой коричневого оттенка. Дерматоскопически плоскоклеточный рак характеризуется: гломерулярными сосудами; сосуды в форме шара или петли, похожие на клубочек почки; точечные сосуды; имеется очаговое белое шелушение.

Заключение: дерматоскопия – современный метод визуальной диагностики заболеваний кожи, при котором с помощью аппарата для люминесцентной микроскопии с

увеличением в 10 раз подтверждаются или отвергаются признаки злокачественного новообразования кожи. Среди 19 пациентов с новообразованиями кожи злокачественной меланомы выявлено не было.

## **СИМПТОМ НИКОЛЬСКОГО В ДИАГНОСТИКЕ ПУЗЫРНЫХ ДЕРМАТОЗОВ**

**ШАМОВ Б.А., ТЕРЕНТЬЕВА А.В., СУЛТАНОВА Г.Р.**

**ГБОУ ВПО «Казанские государственные медицинский  
университет»**

Проблема диагностики пузырных дерматозов в практической деятельности врача дерматовенеролога представляется одной из актуальных. Применение симптома Никольского помогает дифференцировать пузырные дерматозы, в частности, позволяет немедленно установить диагноз пузырчатки. Однако в зарубежной литературе нередко неверно описывается симптом Никольского и оспаривается его клиническое значение.

Цель: предоставить точное описание симптома Никольского и других механических симптомов, используемых в диагностике пузырных дерматозов.

Был проведен анализ отечественной и зарубежной литературы по описанию симптома Никольского. Симптом Никольского впервые был описан в 1986 г. П.В. Никольским. Автор описывает два варианта определения данного признака: 1. При потягивании за разорванную покрывку пузыря можно удалить роговой слой на далекое пространство, даже на коже по виду совершенно здоровой; 2. При трении здоровой по виду кожи роговой слой легко сходит, обнажая едва влажную поверхность подлежащего (зернистого) слоя.

Симптом Никольского возникает в результате внутриэпидермального расслоения кожи, что наблюдается при акантолизе, имеющего место при пузырьчатке вульгарной, листовидной и вегетирующей. Описание положительного симптома Никольского при других заболеваниях ошибочно и связано с неправильной техникой проведения данного симптома.

Все остальные "механические" приемы являются или дополнением к симптому Никольского, или вообще не имеют никакого отношения ни к акантолизу, ни к данному симптому.

Таким образом, правильное проведение и трактовка механических симптомов при буллезных дерматозах не только дает возможность установить диагноз у постели

больного и назначить адекватную терапию, но и оценить эффективность проводимой терапии.

## **ДИНАМИКА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ**

**ШАМОВ Б.А., СУЛТАНОВА Г.Р., ТЕРЕНТЬЕВА А.В.**

**ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский  
университет»**

**Кафедра дерматовенерологии**

В последние десятилетия продолжается рост хронических дерматозов (ХД), которые занимают около 15% в структуре всей кожной патологии. К хроническим дерматозам (ХД) относят атопический дерматит (АД), псориаз (П), экзему, и др. Их нередко относят к группе так называемых «болезней цивилизации» (Довжанский С.И., 2001). По данным Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова (2009) у 48-67% дерматологических больных патологический процесс имеет хронический характер.

Цель работы: оценить динамику заболеваемости хроническими дерматозами в дерматовенерологическом стационаре.

Материалы. Был проведен анализ статистических данных по госпитализации больных хроническими дерматозами в стационарном отделении ГАУЗ «РККВД» МЗ РТ за период с 2013 г по 2015 г.

Согласно данным отчётов, госпитализация в дерматовенерологическом стационарном отделении больных ХД составила 754 пациента в 2013 г, 743 пациента в 2014 г и 737 пациента в 2015 г. В процентном соотношении показатели ХД в общей структуре заболеваемости составили 65,9% в 2013 г, 64,3% в 2014 г и 62,5% в 2015 г.

Повторная госпитализация пациентов с хроническими дерматозами в этом же году имело волнообразную динамику: 7,44% в 2013 г, в 2014 г показатели повысились до 12,2%, а в 2015 г отмечалось снижением показателей до 10,6%.

В результате проведенных лечебных мероприятий сократилось время среднего пребывания больного с ХД на стационарной койке: в 2013 г - 19,0 дней, в 2014 г - 16,2 дня, в 2015 г – 16,0 дней.

Таким образом, пациенты с ХД в стационарном отделении ГАУЗ «РККВД» МЗ РТ за период с 2013 г по 2015 г составили 62-65% от общего числа госпитализированных пациентов. Время пребывания на стационарной койке сократилось с 19,0 дней в 2013 г до 16,0 дней в 2015 г.

## НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АКНЕ

ШАМОВ Б.А., ГАЛИМОВА Э.М., ЛАКШТАУСКАЙТЕ Ю.Э.

ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский  
университет

Введение. Акне является серьезной медико-социальной проблемой. Лечение акне не всегда эффективно в связи с полиэтиологичностью заболевания и включает в себя антибиотики и ретиноиды.

Цель: провести анализ возможности использования мезотерапии в лечении больных акне. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов работы Лучиной Е.Н. "Патогенетическое обоснование использования мезотерапии в лечении больных акне". Среди 94 пациентов с акне различной формой тяжести, 60 человек составили основную группу (5% мужчин и 95% женщин от 19 до 30 лет), 34 человека составили контрольную группу (мужчин 30%, женщины 70% в возрасте от 18 до 30 лет). В лечении основной группы использовали мезотерапевтическое введение лекарственных средств (антибактериальные, витаминные и иммуностимулирующие коктейли). В контрольной группе назначались препараты соответственно тяжести заболевания: доксициклин, нистатин и линекс.

Результаты исследований. У 70% пациентов с акне в

основной группе наблюдалось исчезновение симптомов заболевания, в контрольной группе эффект отмечался у 47% больных. Эффективность мезотерапии проявляется значительным сокращением сроков существования симптомов и уменьшением их выраженности по сравнению с пациентами контрольной группы, на 21% сократилось количество пациентов с папуло-пустулезными высыпаниями, на 15,9% сократилось количество пациентов с повышенной жирностью кожи, на 4,4% сократилось количество пациентов с застойными пятнами, на 8,7% с рубцами.

Вывод. Использование мезотерапии в лечении акне патогенетически обосновано и эффективно.

## **ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В ПОЛИКЛИНИКЕ**

**ШАМОВ Б.А., АПАНАЕВА К.Р.**

**ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский  
университет»**

Актуальность: Инфекции, вызываемые вирусами, известны человечеству давно. Проявлению вирусной инфекции способствуют: инфекционные заболевания, иммунодефицит, интоксикации, нарушения обмена, болезни

крови, охлаждение, травмы. Вирус папилломы человека (ВПЧ) чрезвычайно широко распространен во всех странах мира. Два типа ВПЧ (16 и 18 тип) вызывают 70% всех случаев рака шейки матки и предраковых патологических состояний.

Цель: анализ частоты обращаемости с клиническими проявлениями заболеваний, вызываемых ВПЧ в поликлинику в течение шести месяцев.

В поликлинику №6 ГАУЗ РККВД МЗ РТ с 1.09.2015 г по 29.02.2016 г обратилось 4825 человек в связи с проявлениями инфекций передаваемых половым путём (ИППП). Из них было выявлено с ВПЧ 2026 пациентов (1602 человек – женщины, 424 человека мужчины). Возрастные характеристики пациентов были следующие: 512 человека - женщины в возрасте от 15 до 20 лет, 352 человека - в возрасте от 21 до 25 лет, 350 человека - в возрасте от 26 до 30 лет, оставшиеся 385 - женщины старше 30 лет. На высокоонкогенные штаммы ВПЧ прошли обследование 256 женщин, из них у 58 человек был обнаружен ВПЧ 16 и 18 типов. Пациентам с аногенитальными бородавками было назначено лечение противовирусными средствами (аллокин-альфа, генферон, изопринозин) и рекомендована деструкция высыпаний. Из 1602 обратившихся женщин 1425 удаляли аногенитальные бородавки в условиях поликлиники ГАУЗ



РККВД МЗ РТ.

Вывод: Наиболее часто ВПЧ встречалось у женщин в возрасте моложе 20 лет. Всего 16% женщин согласились обследоваться на наличие высокоонкогенных штаммов ВПЧ. При этом частота встречаемости ВПЧ 16 и 18 типов составила 22%.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ТЕРАПИИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ**

**ШАМОВ Б.А., ТОПУЗЯН Г.Г.**

**ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский  
университет»**

Актуальность опоясывающего лишая (ОЛ) обусловлена широкой распространённостью заболевания среди здоровых людей и у иммунокомпетентных больных (лица со злокачественными лимфопролиферативными новообразованиями, реципиенты трансплантированных внутренних органов, пациенты, получающие системную терапию кортикостероидами, а также больные СПИДом), а также влиянием на качество жизни человека.

Цель: изучение применения современных препаратов в терапии опоясывающего лишая.

Для эффективного воздействия на течение вирусной инфекции необходимо назначение противовирусных препаратов. Наружное лечение направлено на ускорение регресса кожных высыпаний, уменьшение признаков воспаления и предупреждение бактериальной суперинфекции.

Назначение противовирусных препаратов наиболее эффективно первые в 72 часа развития клинических проявлений заболевания. Рекомендованные схемы лечения: ацикловир 800 мг 5 раз в сутки перорально в течение 7 дней или фамцикловир 500 мг 3 раза в сутки перорально в течение 7 дней или валацикловир 1000 мг 3 раза в сутки перорально в течение 7 дней.

Ацикловир является блокатором синтеза вирусной ДНК. Противовирусное действие оказывает активный метаболит ацикловира - ацикловира трифосфат, который образуется в клетках, пораженных вирусом герпеса. Ингибируя вирусную ДНК-полимеразу, ацикловира трифосфат блокирует синтез вирусной ДНК. Валацикловир, один из препаратов, используемых в терапии ОЛ, быстро всасывается и почти полностью превращается в ацикловир. Биодоступность препарата превышает 50%. В результате после приема валацикловира внутрь в крови создается такая концентрация ацикловира, которая в несколько раз выше самого

ацикловира. Фамцикловир еще один из препаратов, используемых в терапии ОЛ, быстро всасывается и превращается в активный пенцикловир. Биодоступность составляет 77%. Связывание с белками плазмы пенцикловира и его 6-дезоксипредшественника составляет менее 20%.

Таким образом, на современном этапе терапия ОЛ основывается на комплексном применении противовирусных лекарственных средств с различным механизмом действия.

**ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ  
ТРИХОМОНИАЗОМ, ХЛАМИДИОЗОМ,  
АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ БОРОДАВКАМИ,  
УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ В РЕСПУБЛИКЕ  
ТАТАРСТАН В 2013-2015 ГГ.**

**ШАМОВ Б.А.**

**ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский  
университет**

Инфекции передаваемые половым путём поражают значительные группы населения в относительно короткие сроки и имеют эпидемический характер. По оценкам ВОЗ, ежегодно в мире заболевает более 340 млн. человек. Данные о

заболеваемости инфекциями передаваемыми половым путём (ИППП) в Республике Татарстан (РТ) имеют различные показатели.

Уровень заболеваемости трихомониазом в 2015 г составили 67,3 на 100 тыс. населения, в 2014 г. был установлен в 73,9 случаев на 100 тыс. населения, в 2013 г. составил 87,7 случаев на 100 тыс. населения.

Заболеваемость хламидиозом в 2015 г составили 64,6 на 100 тыс. населения, в 2014 г. была установлена 77,5 случаев на 100 тыс. населения, в 2013 г. составил 99,2 случаев на 100 тыс. населения.

Заболеваемость аногенитальными бородавками была установлена в 2015 г составили 102,9 на 100 тыс. населения, в 2014 г. 104,5 случаев на 100 тыс. населения, в 2013 г. составил 105,6 случаев на 100 тыс. населения.

Заболеваемость урогенитальным герпесом в 2015 г составили 20,2 на 100 тыс. населения, в 2014 г. установлена 20,4 случаев на 100 тыс. населения, в 2013 г. составили 17,7 случаев на 100 тыс. населения.

Таким образом, показатели заболеваемости трихомониазом, хламидиозом, аногенитальными бородавками, в РТ в 2013-2015 гг. значительно снизились. А показатели заболеваемости урогенитальным герпесом имели некоторое

повышение, что может быть объяснено совершенствованием диагностики и частотой обращаемости и учёта заболевания в учреждениях практического здравоохранения.

**ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ  
СИФИЛИСОМ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН  
ЗА ПЕРИОД 2013-2015 ГГ.**

ШАМОВ Б.А.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский  
университет»

Снижение заболеваемости сифилисом в Республике Татарстан (РТ) продолжается.

При этом показатели заболеваемости у взрослых и детей имеют различия.

Среди детей в возрасте от 0 до 17 лет в РТ в 2015 г было зарегистрировано 12 случаев, в 2014 г было зарегистрировано 17 случаев, в 2013 г было зарегистрировано 28 больных сифилисом.

Среди детей в возрасте от 0 до 14 лет в 2015 г было зарегистрировано 7 больных сифилисом, в 2014 г – 9 больных, в 2013 г так же было зарегистрировано 9 больных

сифилисом.

Заражение сифилисом у детей от 15 до 17 лет в 2015 г было установлено у 5 подростков, в 2014 г – у 8 подростков, а в 2013 г. было установлено у 19 подростков.

В 2015 г заболеваемость ранним врожденным сифилисом составила 5 детей, в 2014 г заболеваемость ранним врожденным сифилисом составила 3 детей в 2013 г. заболеваемость ранним врожденным сифилисом составила 8 детей.

Сифилис среди детей в 2015 г был зарегистрирован на 8 административных территориях РТ из 45, в 2014 г был зарегистрирован на 11 административных территориях, в 2013 г. был зарегистрирован на 9 административных территориях РТ из 45. Сельских жителей в 2015 г было 25%, в 2014 – 29,4%, в 2013 г. - 40%.

Таким образом, в РТ в 2015 г. продолжается снижение показателей заболеваемости сифилисом среди детей в возрасте от 0 до 17 лет по сравнению с предыдущими годами. Среди больных сифилисом детей преобладали городские дети.

# **СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОНОРЕЙ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН В 2013-2015 ГГ.**

**ШАМОВ Б.А.**

**ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский  
университет**

Показатели заболеваемости гонорей у детей и взрослых в Российской Федерации и в Республике Татарстан (РТ) продолжают снижаться.

В РТ показатели заболеваемости гонорей у взрослых в 2015 г были 24,8 на 100 тысяч населения, в 2014 г. были 38,0 на 100 тысяч населения, в 2013 г. они составили 53,2 случаев на 100 тысяч населения.

В РТ среди несовершеннолетних больных в возрасте от 0 до 17 лет гонорей в 2015 г заболело 20 детей, в 2014 г. было установлено 37 человек, в 2013 г. было зарегистрировано 55 детей.

Доля заболеваемости гонорей у детей в возрасте от 0 до 17 лет от общей заболеваемости гонорей по РТ имеет положительную динамику. Так, в 2015 г она была установлена в 2,1%, в 2014 г. она была установлена в 2,5%, в 2013 г. в 2,7% от общей заболеваемости гонорей по РТ.

Таким образом, в РТ за период 2013-2015 гг. продолжает снижаться заболеваемость гонореей среди взрослых и несовершеннолетних детей в возрасте от 0 до 17 лет.

## **ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОНОРЕЕЙ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН В 2013-2015 ГГ.**

ШАМОВ Б.А.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

Показатели заболеваемости гонореей в Республике Татарстан (РТ) за период 2013-2015 гг. были следующими.

В РТ среди детей в возрасте от 0 до 17 лет в 2015 г. было зарегистрировано 20 человек больных гонореей, в 2014 г. было зарегистрировано 37 человек больных гонореей, в 2013 г. было зарегистрировано 55 человек больных гонореей.

В 2015г. у детей в возрасте от 0 до 14 лет гонорея не выявлялась, в 2014 г. их было 11 человек, а в 2013 г. было зарегистрировано 9 человек больных гонореей. При этом, мальчики больные гонореей в возрасте от 0 до 14 лет в 2014 г. не выявлялись, а девочек было 11 человек, в 2013 г. мальчиков было 2 человека, а девочек было 7 человек.



Заражение гонореей у детей от 15 до 17 лет в 2015 г было установлено у 20 подростков, в 2014 г. – у 26 подростков, в 2013 г. установлена у 46 подростков от 15 до 17 лет. Мальчиков из них в 2015 г было 14 человек, в 2014 г. – 15 человек, в 2013 г. было 46 человек. В 2015 г. девочек больных гонореей было 6 человек, в 2014 г. – 11 человек, в 2013 г. девочек больных гонореей в возрасте от 15 до 17 лет было 17 человек.

В 2015 г дети больные гонореей, были зарегистрированы в 8 из 45 административных территорий РТ, в 2014 г – в 15 территориях, в 2013 г. дети больные гонореей, были зарегистрированы в 10 из 45 административных территорий РТ.

Таким образом, за период 2013-2015 гг. имеется значительное снижение показателей заболеваемости гонореей среди детей в возрасте от 0 до 17 лет.

**ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ  
ТРИХОМОНИАЗОМ, ХЛАМИДИОЗОМ,  
АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ БОРОДАВКАМИ,  
УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ В РЕСПУБЛИКЕ  
ТАТАРСТАН В 2013-2015 ГГ.**

**ШАМОВ Б.А., АБДРАХМАНОВ А.Р.**

ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский  
университет

Показатели заболеваемости инфекциями передаваемыми половым путём (ИППП) в Республике Татарстан (РТ) имеют следующие показатели в динамике за период в 2013-2015 гг.

Уровень заболеваемости трихомониазом в 2015 г. был установлен в 67,3 случаев на 100 тыс. населения, в 2014 г. был установлен в 73,9 случаев на 100 тыс. населения, в 2013 г. составил 87,7 случаев на 100 тыс. населения.

Заболеваемость хламидиозом в 2015 г. была установлена 64,6 случаев на 100 тыс. населения, в 2014 г. была установлена 77,5 случаев на 100 тыс. населения, в 2013 г. составил 99,2 случаев на 100 тыс. населения.

Заболеваемость аногенитальными бородавками была установлена в 2015 г. составила 102,9 случаев на 100 тыс. населения, в 2014 г. 104,5 случаев на 100 тыс. населения, в

2013 г. составил 105,6 случаев на 100 тыс. населения.

Заболеваемость урогенитальным герпесом в 2015 г. составили 20,2 случаев на 100 тыс. населения, в 2014 г. установлена 20,4 случаев на 100 тыс. населения, в 2013 г. составили 17,7 случаев на 100 тыс. населения.

Таким образом, показатели заболеваемости трихомонозом, хламидиозом, аногенитальными бородавками, урогенитальным герпесом в РТ в 2013-2015 гг. продолжают снижаться.





