

на гепатит обнаружены признаки гепатита С: anti-HCV IgM более 3 МЕ/мл, anti-HCV IgG 0,969 МЕ/мл. Сдавать анализ на ВИЧ-инфекцию пациент отказался. Таким образом, у больного был диагностирован вторичный свежий сифилис, гепатит С. При беседе с пациентом выяснилось, что он ведет беспорядочную половую жизнь, никогда не пользовался средствами контрацепции. Кроме того, он нетрадиционной сексуальной ориентации и имеет большое число половых контактов, практикует коммерческий секс. Больному был назначен курс лечения, объяснены последствия при отказе от лечения данного заболевания, тем не менее пациент написал отказ от лечения сифилиса.

Б о л ь н о й К., 1976 года рождения, проживает в Москве, обратился с жалобами на «язвочку» в области головки полового члена, без субъективных жалоб. Из анамнеза известно, что в середине сентября 2016 г. произошел незащищенный половой акт с работницей коммерческого секса, спустя некоторое время появилась безболезненная «язвочка» в области головки полового члена. Самостоятельно использовал противогерпетические средства (без эффекта), затем мазь левомеколь, после применения которой отметил выраженный отек головки полового члена, в связи с чем обратился в кожно-венерологический диспансер по месту жительства. При осмотре были проведены лабораторные исследования и выявлено: МР 4+, РИФ 3+, РПГА-. Больного направили в Клинику кожных и венерических болезней им. Рахманова для уточнения диагноза и последующего лечения в условиях стационара. При осмотре в клинике зафиксировано единичное высыпание диаметром до 12 мм, локализованное на коже головки полового члена. Высыпание представлено округлой эрозией с ровными, валовообразно приподнятыми краями, также отмечается листовидное уплотнение в основании. Дно эрозии гладкое, блестящее, цвета сырого мяса. Отделяемого с поверхности эрозии не отмечается. Кроме того, отмечается двустороннее увеличение паховых лимфатических узлов до размера лесного ореха, плотной-эластической консистенции, безболезненны при пальпации.

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки вне очага поражения без особенностей, ногти и волосы не изменены. Был установлен диагноз Lues I seropositive, проведено лечение согласно стандартным рекомендациям. При беседе с больным было выяснено, что он никогда не пользовался средствами контрацепции, часто пользуется интим-услугами. О заболеваниях, передаваемых половым путем, он слышал, но считал что в условиях нынешнего времени это казуистика и заразиться невозможно.

Данные примеры свидетельствуют о низкой осведомленности населения о половых инфекциях, половой распущенности, доступности интим-услуг. Таким образом, первичный анализ эпидемической ситуации, проведенный в некоторых регионах Московской области за последнее десятилетие, показал, что показатели заболеваемости поздними формами сифилитической инфекции населения региона увеличиваются.

Результаты. Анализ эпидемической ситуации в Московской области за период 2010–2017 гг. показал, что заболеваемость сифилисом населения региона увеличилась, при этом наблюдается рост заболеваемости асимптомным нейросифилисом. В последнее десятилетие в Российской Федерации возросли показатели регистрации нейросифилиса с 19 случаев в 1992 г. до 987 в 2011 г., причем большую (68,6%) часть из них составили поздние формы. В целом показатель заболеваемости нейросифилисом по РФ колеблется в рамках 0,3–0,66 случая на 100 тыс. населения в год по разным регионам страны. В настоящее время поражение нервной системы у больных сифилисом выявляют в 15–20% случаев. На долю нейросифилиса приходится 7–9% всех органических заболеваний нервной системы. Многие авторы называют учащение поражение нервной системы одним из основных признаков современного течения сифилиса.

В условиях роста заболеваемости асимптомным нейросифилисом необходимо более тесное взаимодействие дерматовенерологов и неврологов в вопросах диагностики и лечения нейросифилиса.

Соколова Т.В., Монтег Росель К.В., Малярчук А.П.

К ВОПРОСУ ОБ АКТИВНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ВРАЧАМИ МИКОЗОВ СТОП

Кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии Института медико-социальных технологий ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет пищевых производств» Минобрнауки России, 125080, г. Москва, Россия

В связи с широким распространением микозов (МС) их профилактика является актуальной задачей не только для дерматологов, но и для здравоохранения в целом. Профилактика МС условно подразделяется на общественную и личную. Главной целью профилактических мероприятий при МС должно быть своевременное выявление заболевания на ранних стадиях. Общественная профилактика МС включает несколько направлений. Это активное выявление больных и их полноценная регистрация. Выявление источников заражения и контактов лиц с последующим проведением специфического и профилактического лечения антимикотиками различных групп, диспансеризация больных. Контроль за качеством проведения дезинфекционных мероприятий в местах общественного пользования (бани, бассейны, душевые, спортивные залы, фитнес-центры и др.), замена деревянных и ковровых покрытий на синтетические. Профилактические осмотры декретированного контингента населения. Соблюдение гигиенического режима в местах пользования обезличенной обувью и своевременная ее дезинфекция (боулинги, лыжные базы, катки и т.п.). Пропаганда здорового образа жизни, ориентированная на постоянный приток пациентов в лечебные учреждения. Большинство больных МС имеют длительный микологический анамнез. Часто с момента возникновения заболевания до получения необходимой медицинской помощи проходит значительный промежуток времени, несмотря на то, что пациенты неоднократно обращались к врачам разных специальностей по поводу соматической патологии.

Цель исследования – оценить активность выявления больных МС врачами разных специальностей и акцентировать их внимание на данный раздел работы.

Материал и методы. Работа выполнена на кафедре кожных венерических болезней с курсом косметологии ФГБОУ ВПО МГУПП. В многопрофильном лечебном учреждении проведен осмотр 28 больных (24 мужчины и 4 женщины, что обусловлено спецификой военного медицинского учреждения) в возрасте от 21 года до 72 лет (средний возраст 25,1 года), госпитализированных в отделения различного профиля (гастроэнтерологическое, пульмонологическое, хирургическое, нейрохирургическое). При выявлении больного МС заполняли авторский вариант анкеты. Проверены записи в историях болезни о состоянии кожного покрова больного при поступлении в стационар. Лабораторную диагностику МС осуществляли бактериоскопически. Для забора материала использовали метод скотч-проб [Малярчук А.П., 2016]. Диагноз дерматофитии стоп устанавливали при обнаружении истинного септированного мицелия при микропиривании препаратов с использованием 30% раствора щелочи.

Результаты. После осмотра 28 больных из стационара клинически МС выявлен почти у 12 (42,9%) из них. После однократного бактериоскопического исследования нити септированного мицелия обнаружены у 11 (91,6%). Среди пациентов преобладали лица мужского пола (83,3%), их средний возраст составил 28,5 года. Гипертоническую болезнь имели 4 больных, хронический гастрит – 3, хроническую венозную недостаточность – 3, сахарный диабет – 2, язвенную болезнь – 2, пневмонию – 1,

гепатит С – 1, перелом лучевой кости – 1 больной. В среднем на одного больного приходилось $1,4 \pm 0,4$ диагноза. Давность заболевания известна только у 9 больных, в том числе от 6 мес до 1 года у 6 больных, более 1 года – у 3. При этом все больные получили направление в стационар у соответствующего специалиста, но стопы осмотрены не были и микотической инфекции не выявлена. В поликлинику обращались 3 больных ежегодно в течение 3 лет. Существенно, что диагноз МС мы установили впервые у всех пациентов.

У всех больных процесс локализован на стопах (100%) и был симметричным (100%). Преобладали сквамозно-гиперкератотическая (у 6 больных) и сквамозная (у 5 больных) формы МС. Только у 1 больного пациента выявлена дисгидротическая форма. Существенно, что 7 больных имели также ониомикоз. При этом в историях болезни у всех больных МС имелась стандартная запись «кожа и видимые слизистые оболочки свободны от высыпаний» или описание кожных покровов вообще отсутствовало.

При беседе с пациентами установлено, что они сами не информировали врача о наличии даже при наличии ониомикоза.

Нежелание врачей выявлять и лечить МС в условия непрофильных стационаров объяснялось ограниченными сроками пребывания больного в стационаре. Естественно, что за это время невозможно провести полноценное обследование и лечение больного на наличие различной сопутствующей патологии. Акцент делается только на заболевания, указанные в направлении на госпитализацию, выданном лечащим врачом в поликлинике. Кроме того, в соматическом стационаре невозможно проводить терапию МС из-за отсутствия антимикотических препаратов, так как они не входят в перечень лекарственных средств первой необходимости.

Выводы

• Полученные данные свидетельствуют о нежелании врачей смежных специальностей обременять себя лечением МС. В то же время заболеваемость МС имеет четкую тенденцию увеличиваться с возрастом больного. При этом растет вероятность госпитализации данного контингента населения в стационары разного профиля по поводу хронических заболеваний, что делает актуальной проблему «внутрибольничных МС».

• В соответствии с канонами медицины врач обязан осматривать больного полностью, включая кожные покровы и слизистые оболочки. Учитывая минимальный срок госпитализации пациентов в соматические стационары, определенный Минздравом России, с акцентом только на определенный диагноз, указанный в направлении, больные с выявленным МС и ониомикозом должны направляться на амбулаторное лечение к дерматологу. Однако это требует изучения приверженности самих больных к лечению МС и разработки проблемы дерматологического сопровождения пациентов от стационара до поликлиники.

• МС, являясь инфекционным заболеванием, может быть причиной инфицирования не только членов семьи, но и соседей по палате. В стационарах это возможно при пользовании общими душевыми.

• Врачи всех специальностей должны иметь настороженность в плане возможного развития микотической инфекции или ее обострения при назначении системных антибиотиков, стероидных гормонов, цитостатиков, гормональных контрацептивов.

• Необходимо устранить формализм при выдаче справок для посещения бассейнов, фитнес-центров, спортивно-оздоровительных комплексов об отсутствии МС. Многолетний опыт наблюдения за лицами, посещающими бассейны, свидетельствует о наличии у части из них МС и ониомикоза.

Спиридонов В.Е., Майстрёнок А.М.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО СИФИЛИСУ В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии», 210015, г. Витебск, Республика Беларусь

Сифилис – заболевание, представляющее одну из серьезных медико-социальных проблем медицины. Несмотря на снижение показателей заболеваемости в последние годы, актуальность проблемы сифилитической инфекции определяется структурным перераспределением клинических форм с возрастанием числа скрытых ранних и поздних форм сифилиса, в том числе нейросифилиса и висцерального сифилиса, трудностями диагностики ввиду широкого использования антибиотиков по поводу интеркуррентных заболеваний, способствующих иммуносупрессии и изменяющих клинику и течение сифилитического процесса.

Цель работы – изучить эпидемиологическую ситуацию, динамику и структуру заболеваемости сифилисом в Витебской области в период с 1995 по 2015 г.

Материал и методы. Проведен анализ конъюнктурных отчетов УЗ «Витебский областной клинический кожно-венерологический диспансер» за 1995–1999 гг., статистических данных АИС «АМУР», форм государственной статистической отчетности (форма № 9, форма 1-ИППП) за 1998–2016 гг.

Результаты. В Витебской области последняя волна роста уровня заболеваемости сифилисом началась в 1993 г. (12,4 случая на 100 тыс. населения) с подъемом до 115,5 случаев в 1995 г. и максимумом заболеваемости в 1997–1998 гг. (196,2; 181,9 случая на 100 тыс. населения соответственно).

На волне подъема заболеваемости в 1995–1999 гг. по Витебской области зарегистрировано 11 373 случая сифилиса: первичного 3179 (27,9%), вторичного 5246 (46%), скрытого сифилиса 2936 (25,8), 1 случай нейросифилиса, 11 случаев врожденного сифилиса. Учитывая сложившуюся эпидемиологическую ситуацию, в целях повышения доступности диагности-

ки, привлечения к раннему обследованию и снижения числа случаев самолечения, пресечения «теневой венерологии» открыты кабинеты анонимного обследования и лечения в областном центре и крупных городах. При венерологических отделениях организованы отделения дневного пребывания, в которых широко использовались стационарно-амбулаторные схемы терапии, кодирование пациентов, обратившихся за венерологической помощью. На высоком уровне проводилась противоэпидемическая работа, направленная на активное выявление больных, источников и контактов, налажено междисциплинарное взаимодействие с акушерско-гинекологической службой по раннему выявлению сифилиса у беременных, с инфекционистами – по лечению врожденного сифилиса, проведению профилактического лечения детей, взаимодействие с органами РОВД по привлечению к обследованию. Комплекс проведенных организационных мероприятий привел к постепенному снижению уровня заболеваемости в 1999 г. до 135,41 случая на 100 тыс. населения, в 2000 г. – до 105,5 на 100 тыс. населения, в 2001 г. – до 79,03 на 100 тыс. населения. В период с 2001 по 2005 г. отмечено снижение уровня заболеваемости на 33,9%, с 2005 по 2010 г. – на 29,7%, с 2010 по 2015 г. – на 55,9%. В 2015 г. в Витебской области зарегистрировано 93 случая сифилиса (7,74 случая на 100 тыс. населения).

С 2000 г. на фоне снижения заболеваемости сифилисом отмечено изменение в структуре регистрируемых форм. Так, в период с 2000 по 2004 г., как и в период подъема, преобладали ранние формы заболевания (первичный, вторичный, ранний скрытый сифилис – 99,8%). Однако в структуре раннего сифилиса увеличилась доля раннего скрытого сифилиса до 44,1%, первичный и вторичный сифилис составили 23,4 и 32,1%