

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 онихомикоз. 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 онихомикоза.

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 онихомикозом 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 онихомикоза.

*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%

соответственно. Доля поздних форм сифилиса составила 0,2% (был установлен у 10 больных), 1 случай нейросифилиса, 3 случая врожденного сифилиса.

В период с 1999 по 2004 г. наибольшее количество заболевших отмечено в возрастной группе 20–29 лет (45,3–45,5%), больные в возрасте 30–39 лет составили 23,3–23,8%, отмечен рост в возрастной группе старше 40 лет – с 13,2 до 20,3% за счет снижения заболевших среди детей и подростков на 68,7%. С 2010 г. доля подростков снизилась до 4,1%, доля молодых людей в возрасте 20–29 лет, которые в прежние годы преобладали среди больных сифилисом, снизилась до 28,2% при росте больных в возрастных группах 30–39 лет и 40 лет и старше (33,3 и 34,3% соответственно).

В периоды высокого уровня заболеваемости сифилис регистрировали в 76% случаев у жителей городов, на периоде спада заболеваемости отмечен рост заболеваемости у сельских жителей (в 2006–2007 гг. до 38–41%), в последние 5 лет сельские жители составляют 36,2–25,8% от всех выявленных больных.

Как на волне подъема, так и в периоды спада заболеваемости сифилисом отмечалось незначительное преобладание женщин над мужчинами. Доля заболевших женщин варьировала с 52% в 1999 г. до 52,7% в 2015 г.

Таким образом, за последние 10 лет в структуре заболеваемости сифилисом преобладали формы скрытого раннего сифилиса (52,1%). Наряду с этим из негативных тенденций можно отметить рост поздних форм сифилиса: за период с 2005 по 2009 г. выявлено 63 случая позднего сифилиса, 5 случаев нейросифилиса, с 2010 по 2015 г. – 143 случая позднего и 11 нейросифилиса, рост на 55,9 и 54,6% соответственно. Учитывая увеличение поздних форм и нейросифилиса, приказом управления здравоохранения Витебского облисполкома № 407 от 13.09.16 «Об улучшении диагностики сифилиса»,

утвержден реверсивный алгоритм обследования, приоритетным диагностическим тестом в котором является метод ИФА как наиболее специфичный и чувствительный для использования при скрининговом обследовании населения и наиболее диагностически эффективный для выявления скрытых и поздних форм. Проведена активная работа по взаимодействию с врачами-неврологами, кардиологами, офтальмологами и другими специалистами по выявлению поздних форм сифилиса.

#### Выводы

- заболеваемость сифилисом в Витебской области носит волнообразный характер;
- максимум заболеваемости сифилисом пришелся на 1997–1998 гг., уровень заболеваемости составил 196,2 и 181,9 случая на 100 тыс. населения соответственно;
- в период подъема заболеваемости регистрировали активные формы сифилиса, в частности вторичный сифилис выявляли в 46% случаев, в дальнейших периодах наблюдения преобладали скрытые ранние формы заболевания; гендерный состав пациентов за весь анализируемый период характеризуется преобладанием женщин;
- внедрение и широкое использование стационарзамещающих технологий, возможностей анонимного обследования, современных методов лабораторной диагностики, новых методов профилактической работы позволило снизить и стабилизировать уровень заболеваемости сифилисом в Витебской области;
- современная эпидемиологическая ситуация диктует высокие требования к организации обследования пациентов, обращающихся за медицинской помощью, в том числе в медицинские учреждения первичного звена и специализированные стационары кардиологического, офтальмологического, неврологического профилей, с применением трепонемных тестов в качестве первых методов обследования.

*Ткаченко Ю.А., Оганесян М.В., Смирнова И.О., Петунова Я.Г., Дудко В.Ю.*

## ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА МЕЛАНОМЫ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ К ДЕРМАТОЛОГУ

Кафедра инфекционных болезней эпидемиологии и дерматовенерологии Санкт-Петербургского государственного университета, 199034, г. Санкт-Петербург, Россия;  
СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер»,  
192102, г. Санкт-Петербург, Россия

Факторы риска развития меланомы кожи (МК) – активное ультрафиолетовое (УФ) облучение, солнечные ожоги, I и II фототип кожи, большое количество невусов и другие, хорошо известны. Значимость каждого из них варьирует в разных странах.

Цель исследования – изучить факторы, повышающие риск развития меланомы кожи у пациентов, обращающихся к дерматологу на амбулаторный прием.

**Материал и методы.** В период с 2015 по 2016 г. проводили бесповторную выборку пациентов старше 18 лет, обращающихся на прием к дерматологу по поводу острых и хронических заболеваний кожи в СПб ГБУЗ «Городской КВД». В исследовании приняли участие 67 человек (26 мужчин и 41 женщина). Возраст пациентов от 20 до 90 лет (средний возраст  $43,7 \pm 19,8$  года). Пациенты принимали участие в анкетировании, и их осмотрел дерматолог. По данным анкетирования оценивали информированность пациента о МК и наследственные факторы, повышающие риск ее возникновения, а также частоту и длительность естественной инсоляции, посещение соляриев, использование солнцезащитных препаратов, наличие в анамнезе солнечных ожогов. При клиническом осмотре проводили оценку числа, локализации и распределения меланоцитарных невусов. При оценке невусов отдельно отмечали количество клинически атипичных меланоцитарных невусов и врожденные невусы. Фототип кожи (по Fitzpatrick, 1975) оценивал специалист, а также проводилась самооценка пациентом.

**Результаты и обсуждение.** Что такое МК и каковы ее факторы риска ее развития, не знали 25 (37%) пациентов. Более половины – 39 (58%) опрошенных пребывают в местах активной инсоляции более 2 нед ежегодно и 11 (16%) дополнительно посещают солярий. При этом фотозащитными средствами не пользуются 32 (48%) пациента. На солнечные ожоги в анамнезе указали 26 (39%) респондентов. При дополнительном ранжировании пациентов по возрасту установлено, что лица до 30 лет подвергаются более интенсивному и длительному воздействию УФ-лучей, из них 82% посещают солярий и почти в 3 раза чаще указывают на наличие солнечных ожогов (68% по сравнению с 21% среди пациентов в возрасте старше 30 лет). Более 20 посещений солярия в год отметили 4,5% пациентов, все они были в возрасте до 30 лет. Большинство пациентов оценивают свой фототип кожи как III и II (54 и 37% соответственно), к IV и V фототипу отнесли себя 9% пациентов. При оценке специалистом также преобладали III и II фототипы (58 и 37% соответственно), тем не менее у 3 (5%) человек диагностирован I фототип, к которому никто из пациентов себя не относит. Напротив, IV и V не выявлены ни у одного человека. Число пигментных невусов у пациентов варьировало от 2 до 96 и в среднем составило  $17,7 \pm 6$  на человека. Имели более 50 пигментных невусов 3 (5%) пациента, из них 2 – молодые люди до 30 лет. Наиболее часто пигментные невусы локализовались в области туловища, рук и ног (39,6; 27,9 и 14,5%