

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%

соответственно). Клинически атипичные невусы были выявлены у 8 (12%) пациентов (5 женщин и 3 мужчин). Наиболее часто они локализовались в области спины, которая не доступна для самостоятельного осмотра. Половина пациентов с клинически атипичными невусами относилась к I и II фототипу. Врожденные невусы у осмотренных пациентов не наблюдались. В ходе оценки сочетания различных факторов риска МК установлено, что наиболее часто отмечалось сочетание 2 (у 39% пациентов), 3 (у 27% пациентов) и 4 (у 6% пациентов) факторов. Сочетание 3 факторов риска и более имели 38% пациентов. Наиболее часто сочетались II фототип кожи с клинически атипичными невусами (4,5%), посещением солярия (3%), отказом от использования солнцезащитных препаратов во время пребывания в местах активной инсоляции (18%) и солнечными ожогами (16,4%).

Таким образом, практически 40% пациентов, обращающихся к дерматологу, не знают о МК и факторах риска,

способствующих ее развитию. Более половины опрошенных (58%) пребывают в местах активной инсоляции более 2 нед ежегодно и более 15% дополнительно посещают солярий. Солнечные ожоги в анамнезе имеют 40% респондентов. При этом фотозащитными средствами не пользуется почти половина из них (48%). Пациенты до 30 лет подвергаются более длительному и интенсивному воздействию УФ-лучей, что может быть связано с тем, что они склонны оценивать свой фототип как более устойчивый к воздействию УФ-излучения, из них 82% посещают солярий. Клинически атипичные меланогитарные невусы диагностированы у 12% пациентов, половина из которых имеет I и II фототип кожи. Для пациентов характерно наличие нескольких факторов риска МК, чаще всего сочетание II фототипа кожи с клинически атипичными невусами (4,5%), посещением солярия (3%), отказом от использования солнцезащитных препаратов (18%) во время пребывания в местах активной инсоляции и солнечными ожогами (16,4%).

Чеботарев В.В., Асхаков М.С.

К выходу Федеральных клинических рекомендаций. ДЕРМАТОЛОГИЯ, 2016

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, 355017, г. Ставрополь, Россия

Дерматовенерологи с нетерпением ожидали выхода Федеральных клинических рекомендаций (ФКР) «Дерматология 2016», надеясь, что они будут утверждены Минздравом России и приобретут силу нормативного документа. К сожалению, гриф «Минздрав РФ» отсутствует. Чем отличаются ФКР (2016) от предыдущих? В них впервые указана рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций. В зарубежных руководствах всегда были указаны класс рекомендаций (А, В, С, D) и уровень обоснованности (I, II, III, IV), что позволяло нам понимать, почему одни антибиотики являются препаратами выбора, другие входят в альтернативные схемы. Рассмотрим раздел ФКР (2016) по лечению урогенитальной хламидийной инфекции (УХИ), в частности детей и беременных, где в назначении препаратов надо проявлять особую осторожность. В ФКР (2016), как и предыдущих РОДВК (2010, 2012, 2013), в лечении детей с массой тела менее 45 кг указан единственный препарат джозамицин, назначаемый по 500 мг на 1 кг массы тела в сутки, разделенные на 3 приема перорально в течение 7 дней. Эксперты указали класс рекомендаций «D», т. е. самый низкий. Возникает вопрос: возможно ли препарат с подобным классом назначать детям, тем более как единственный. Естественно нет. Второй вопрос: как эксперты рекомендуют дробить на 3 приема суточную дозу джозамицина, если таблетка покрыта оболочкой и неделима? Наверное, врачу для матерей надо будет проводить мастер-класс.

Третий вопрос: если указана масса тела менее 45 кг и не сделано никаких других оговорок, то и новорожденному можно назначать джозамицин? Естественно, нельзя, если бы даже таблетка была делима. Надо читать инструкцию к джозамицину, в которой написано, что его можно назначать лишь при массе тела ребенка 10 кг и выше (это годовалый или полуторагодовалый ребенок). Чем же лечить новорожденного и ребенка с массой тела до 10 кг? Или врачам дали право нарушать инструкцию? В Европейских руководствах (2010, 2015), CDC США (2015) лечение новорожденных проводят эритромицином (класс рекомендаций В).

Есть вопросы и по лечению беременных. В инструкции к джозамицину написано, что ВОЗ рекомендует его у беременных. Это устаревшие данные 2002 г. Уже в ЕР (2010), упомянутом в списке литературы ФКР, джозамицин не входил в схемы лечения беременных. Обосновано это тем, что его класс

рекомендаций «В», уровень обоснованности II (даже при лечении взрослых). В ЕР (2010) препаратами выбора при беременности являлись азитромицин в дозе 1,0 г внутрь однократно, и допустимо также назначение амоксициллина в дозе 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 7 дней. Далее имеется лишь упоминание, что в странах, где зарегистрирован джозамицин, «...он может быть рекомендован для лечения беременных». Подчеркиваем еще раз, что ни в схему выбора, ни в альтернативную схему лечения беременных джозамицин не был включен. Это понятно в связи с тем, что у беременных (как и у детей) класс рекомендаций снижается на ступень: у азитромицина он становится «В», а у джозамицина – «С». С рейтингом «С» препарат не может быть внесен в схему лечения.

В ЕР (2010) приводились данные метаанализа, в который вошли 587 беременных. Было показано, что азитромицин, эритромицин и амоксициллин обладают одинаковой эффективностью. Однако в группе, получавшей азитромицин, побочные явления встречались реже, чем в группе, получавшей эритромицин. Обратимся к результатам поиска данных и метаанализа в Кокрановской библиотеке: общее количество рандомизированных исследований по джозамицину 35, по азитромицину 934, т. е. больше в 26,9 раза (!). Количество метаанализов по джозамицину 0, по азитромицину 79 (!).

Все это обосновало исключение джозамицина из схем лечения беременных и в ЕР (2015). Более того, даже при лечении УХИ нижних отделов мочеполовых органов у взрослых джозамицин указан в третьей линии после эритромицина, офлоксацина, левофлоксацина (вторая линия).

В списке литературы к разделу УХИ указан и CDC (2015). Естественно, что джозамицин в них не фигурирует, так как FDA его не регистрировала.

Полагаем, что при составлении Федеральных рекомендаций эксперты такого высокого класса не могли не знать схемы, представленные в последних Европейских рекомендациях и в CDC, инструкцию к джозамицину, ограничивающую его применение при массе тела до 10 кг, а также неделимость таблетки, упакованной в оболочку. Обо всем этом первый автор статьи неоднократно упоминал на съездах, Российских конференциях, надеясь, что в ФКР (2016) замечания будут устранены. К сожалению, этого не произошло.