

ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Научно-практический рецензируемый журнал №3, 2015

ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
Научно-практический рецензируемый журнал

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия. Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ТУ74-00953

Адрес редакции: 454048, г. Челябинск, ул. Яблочкина, 24

Редакция журнала:
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ»
тел.: 8 (351) 232-00-13
E-mail: sumed74@mail.ru
www.sumj.ru

При информационной поддержке:
Министерства здравоохранения Челябинской области
ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Издательство:
Журнал отпечатан с оригинал-макетов в дизайн-студии «ТЕТА», г. Челябинск, ул. Яблочкина, 23. Номер подписан в печать по графику 29 сентября 2015 г. в 18:00. Фактически 29 сентября 2015 г. в 18:00. Дата выхода 30 сентября 2015 г. Распространяется бесплатно. Перепечатка материала допустима только с письменного согласия редакционного совета.

Перепечатка материалов допускается только с письменного разрешения редакционного совета

18+

Тираж: 500 экземпляров
Выходит 4 раза в год

Главный редактор:
Летяева О.И.

Редакционный совет:
Зиганшин О.Р.
Москвичева М.Г.
Телешева Л.Ф.
Гизингер О.А.
Осиков М.В.

Члены редакционной коллегии:
Абрамовских О.С. (Челябинск)
Алехин Д.И. (Челябинск)
Важенин А.В. (Челябинск)
Волосников Д.К. (Челябинск)
Долгушин И.И. (Челябинск)
Долгушина В.Ф. (Челябинск)

Евстигнеева Н.П. Екатеринбург)
Зуев А.В. (Калининград)
Коркмазов М.Ю. (Челябинск)
Кохан М.М. (Екатеринбург)
Кремлев С.Л. (Челябинск)
Молочков В.А. (Москва)
Охлопков В.А. (Омск)
Привалов А.В. (Челябинск)
Сахарова В.В. (Челябинск)
Шишкова Ю.С. (Челябинск)
Шаназаров Н.А. (Астана)
Юозайтите Э.Б. (Вильнюс)
Юцковская Я.А. (Владивосток)
Jianghua Ou (Харбин)

Технический секретарь:
Дольникова О. А.

СОДЕРЖАНИЕ

- 3** Слово главного редактора

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- 4** Захарова М.А., Чередник И.Б., Стальмаков А.Л.
АНАЛИЗ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬ-
НЫХ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ
ОБЛАСТИ

- 10** А.В. Евстропов
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЛАБОРА-
ТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРА-
ВООХРАНЕНИЯ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ ОТРАСЛИ (12-ЛЕТНИЙ ТРЕНД)

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 22** О.А. Сидоренко, Е.П. Опруженкова, В.В. Старостенко
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ ЛАДОННО-ПОДОШВЕН-
НОГО ПСОРИАЗА У ЖЕНЩИН В ПЕРИ - И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

- 27** Нефедьева Ю. В., Зиганшин О. Р.
НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕ-
ЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ У ЖЕНЩИН
С ХРОНИЧЕСКОЙ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

- 30** М.М. Юдина
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ШАМПУ-
НЯ, СОДЕРЖАЩИЙ 1.5% ЦИКЛОПИРОКСАМИН И 1% ПИРИТИОН ЦИН-
КА, ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

КОСМЕТОЛОГИЯ

- 33** О.А. Гизингер, Ю.С. Шишкова, А.Д. Липская, О.Р. Зиганшин,
П.Ю. Черновол, Ю.В. Кудревич, О.И. Летяева
КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ
КОЖИ ЛИЦА У ЖЕНЩИН ДО И ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ ИНВАЗИВНОЙ БИО-
РЕВИТАЛИЗАЦИИ

О.И. Летяева

СЛОВО ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

Подшло время выхода в свет очередного номера «Южно-Уральского медицинского журнала».

И в первую очередь хочу поздравить всех нас с огромным достижением.

В июле 2015 года, наш журнал вошел в РИНЦ! Это значит, что все публикации теперь находятся на сайте elibrary.ru в полнотекстовом формате, что позволяет не только авторам заявить о себе, познакомить читателей с результатами своих исследований, но и повысить индекс цитирования.

Архив номеров также доступен на официальном сайте журнала <http://sumj.ru/>.

Постепенно расширяется география авторов, в этом номере будут опубликованы статьи коллег из Ростова и Москвы.

Традиционно мы выделяем значительное количество полос для публикаций по организации здравоохранения, фундаментальным исследованиям и косметологии.

Приглашаем к сотрудничеству всех заинтересованных лиц и всегда с нетерпением ждем Ваших статей. Искренне надеюсь, что наше издание будет приносить только пользу активным и талантливым врачам и ученым! Следите за информацией на сайте журнала.

*Главный редактор «Южно-Уральского медицинского журнала», Доктор медицинских наук
Ольга Ивановна Летяева.*



Захарова М.А., Чередник И.Б., Стальмаков А.Л.

АНАЛИЗ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ
ГБУЗ «ЧОККВД»

Захарова М.А. – д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», зам. главного врача по КЭР ГБУЗ «ЧОККВД»

Чередник И.Б. – зам. главного врача по медицинской части ГБУЗ «ЧОККВД»

Стальмаков А.Л. – врач дерматовенеролог клинико-диагностического отделения ГБУЗ «ЧОККВД»

РЕЗЮМЕ

Проведен анализ временной нетрудоспособности больных, проживающих в Челябинской области, с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки и инфекциями, передающимися половым путем с 2012 по 2014 гг.

За последние три года отмечается уменьшение числа случаев временной нетрудоспособности по заболеваниям при незначительном увеличении средней длительности случая, в основном за счет уменьшения случаев нетрудоспособности и доли пациентов с некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями в общей структуре заболеваемости.

Ключевые слова: временная нетрудоспособность, заболеваемость, инфекции, передающиеся половым путем, болезни кожи

Key words: temporary disability, incidence, sexually transmitted diseases, skin diseases

ВВЕДЕНИЕ

Экспертиза временной нетрудоспособности является важной функцией здравоохранения. Через заболеваемость с временной утратой трудоспособности система здравоохранения существенно влияет на экономику страны [1].

Всестороннее изучение экспертизы нетрудоспособности, предупреждение трудопотерь представляют большой научно-практический интерес, с точки зрения сохранения здоровья, а в условиях прогнозируемого дефицита тру-

довых ресурсов приобретает особое народно-хозяйственное значение [2].

Уровень здоровья населения и здоровье каждого индивидуума оказывают существенное влияние на рост благосостояния и экономический потенциал страны. При этом огромное значение имеют показатель здоровья взрослого населения трудоспособного возраста, так как именно эта группа наиболее активно участвует в реализации социально-экономических преобразований [3].

Несмотря на усиление внимания государства и общественности к проблеме сохранения здоровья нации в современной России, заболеваемость дерматозами среди взрослого и детского населения не только остается на высоком уровне, но и продолжает стабильно возрастать [4].

Хронические дерматозы остаются важной клинической проблемой, что связано с их широкой распространенностью, рецидивирующим течением, ростом тяжелых форм; высоким удельным весом больных, нуждающихся в стационарном лечении. Это сопровождается временной, а в ряде случаев стойкой утратой трудоспособности, формированием психопатологических расстройств [5].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать и изучить экспертизу временной нетрудоспособности пациентов дерматовенерологического профиля, обратившихся в кожно-венерологические диспансеры Челябинской области за период 2012-2014 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью проведен анализ годовой статистической формы № 16 – ВН, утвержденной постановлением Госкомстата России от 29.06.99 №49, кожно-венерологических диспансеров Челябинской области за период 2012-2014 год, годовые статистические отчеты заместителей глав-

ных врачей по клинико-экспертной работе кожно-венерологических диспансеров Челябинской области, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 05.12.2005г. № 408 «Об утверждении формы отчета лечебно-профилактических учреждений по клинико-экспертной работе».

В 2012 году началась реорганизация дерматовенерологической службы путем присоединения менее мощных диспансеров к наиболее крупным: ГБУЗ «ОКВД №6» (г. Златоуст и г. Сатка), ГБУЗ «ОКВД №7» (г. Чебаркуль), ГБУЗ «ОКВД №8» (г. Троицк) присоединились структурными подразделениями к ГБУЗ «ЧОККВД», а диспансеры ГБУЗ «ОКВД №5» (г. Копейск), ГБУЗ «ОКВД №11» (г. Коркино и г. Еманжелинск) стали структурными подразделениями ГБУЗ «ОКВД №3». На начало 2015 года на террито-

рии Челябинской области функционирует три кожно-венерологических диспансера: ГБУЗ «ОКВД №3» (г. Челябинск), ГБУЗ «ОКВД №4» (г. Магнитогорск) и ГБУЗ «ЧОККВД» (г. Челябинск), являющийся организационно-методическим центром дерматовенерологической службы Челябинской области и клинической базой ГБОУ ВПО «ЮУГМУ» Минздрава РФ.

В течение трех последних лет отмечается динамика снижения количества круглосуточных коек и увеличения коек дневного пребывания при поликлинике, что соответствует приоритетным направлениям стратегии совершенствования системы здравоохранения в Российской Федерации в условиях экономического кризиса – все более широкое использование стационарзамещающих технологий (табл. 1).

Год	Количество обслуживаемого населения		Мощность		
	Всего	В т.ч. работающего	Стационар круглосуточный (коечный фонд)	Стационар дневной при поликлинике	Поликлиника (посещений в смену)
2012	3 479 600	2 217 409	416	141	2 983
2013	3 284 998	1 197 601	303	154	2 929
2014	3 216 114	1 121 937	277	456	2 929

Таблица 1. Динамика мощности кожно-венерологических диспансеров с 2012 по 2014 гг.

С 2012 по 2014 гг. возросла укомплектованность врачебными кадрами с 66,1 до 74% при общем снижении количества врачей дерма-

товенерологов, работающих в кожно-венерологических диспансерах Челябинской области (табл. 2).

Год	Укомплектованность (всего врачебные кадры/%)	Врачи (всего физических лиц)		Врачи, имеющие право выдачи листков нетрудоспособности	
		стационар	поликлиника	стационар	поликлиника
2012	137/66,1 %	26	111	26	111
2013	121/68,2 %	20	101	20	101
2014	119/74 %	18	101	18	100

Таблица 2. Кадры дерматовенерологической службы.

Клинико – экспертная работа проводится в полном объеме с проведением аппаратных совещаний и конференций по вопросам ЭВН

на протяжении всего исследуемого периода (табл. 3).

Год	Проведение первичных инструктаж-жей по ЭВН (всего)	Проведение зачета по ЭВН	Больничные советы, аппаратные совещания, конференции по ЭВН, МСЭ	Издано приказов по вопросам ЭВН, МСЭ	Вынесено административных взысканий по вопросам ЭВН, МСЭ
2012	11	3	Больничных советов – 4 Аппаратных совещаний – 12 Конференций по ЭВН - 5	8	1

2013	21	-	Больничных советов – 8 Аппаратных совещаний – 22	10	1
2014	4	5	Конференций по ЭВН - 5 Аппаратных совещаний – 6 Конференций по ЭВН - 5	10	0

Таблица 3. Организация клиничко-экспертной работы.

Заместителями главных врачей по клиничко-экспертной работе ежегодно проводятся тестовые контроли знаний врачей кожно-венерологических диспансеров, выдающих листки нетрудоспособности, по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности.

Не реже одного раза в неделю проводились заседания подкомиссий по ЭВН лечеб-

ных комиссий, и в разные годы количество заседаний составляло от 6,3 до 13 в зависимости от потребности. В ГБУЗ «ЧОККВД» таких подкомиссий по ЭВН несколько, учитывая наличие отдаленных структурных подразделений в городах Челябинской области - Златоуст, Сатка, Чебаркуль, Троицк (табл. 4).

Год	Количество заседаний ВК в неделю по годам	Средняя нагрузка на одно заседание		Представлено пациентов на ВК:				
		стационар	поликлиника	Всего (абс.ч./%)	В том числе (абс.ч./%):			
					Продление л / н	На МСЭ	Льготное лек. обеспечение	Прочие
2012	7,7	1,1	1,4	1958/ 100%	1168/ 59,6%	11/0,6%	89/4,6%	690 35,2%
2013	6,3	1,7	1,9	2477/ 100%	1003/ 40,5%	13/0,5%	26/1,1%	1435/ 57,9%
2014	13	1,5	1,6	1773/ 100%	936/ 52,8%	4/0,2%	23/1,3%	810/ 45,7%

Таблица 4. Организация работы подкомиссий врачебных комиссий по ЭВН дерматовенерологической службы.

Ежегодно на заседания подкомиссии представлялось в среднем 2069 пациентов. На заседаниях рассматривались в основном вопросы продления листа нетрудоспособности и сроков лечения, их доля составляла от 40,5 до 59,6%, направления на медико-социальную экспертизу ежегодно уменьшались и составили в 2012г. – 0,6%, 2013 г. – 0,5%, 2014 г. – 0,2% и прочие вопросы, в том числе подтверждение и изменение диагнозов, составили в 2012г. – 35,2%, 2013 г. – 57,9%, 2014г. – 45,7%.

По сравнению с 2012 годом в 2014 году средняя нагрузка на одно заседание по стациона-

ру увеличилась с 1,1 до 1,5, в поликлинике также возросла с 1,4 до 1,6. Количество экспертиз в 2014 году уменьшилось на 185 по сравнению с 2012 годом, основная часть экспертиз 52,8% в 2014 году проведена с целью продления листка нетрудоспособности.

Общее число листов нетрудоспособности, выданных в кожно-венерологических диспансерах Челябинской области составило в 2012 г. - 2981, 2013г. - 2930, 2014г.- 2984. За трехлетний период исследования количество выданных листов нетрудоспособности практически не изменилось и в среднем составило 2 965 (табл. 5).

Годы	Всего выдано ЛН (абс.ч.)	В.т.ч. испорчено ЛН:					
		Всего		стационар		поликлиника	
		Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
2012	2981	191	6,4	122	63,9	69	36,1
2013	2930	154	5,3	82	53,3	72	46,7
2014	2984	70	2,4	47	67,2	23	32,8

Таблица 5. Организация работы по выдаче листков нетрудоспособности (ЛН)

Положительная динамика отмечается в уменьшении доли испорченных листов нетрудоспособности с 6,4 до 2,4% в 2012 г. и 2014 г. соответственно преимущественно за счет выданных в поликлинических отделениях, причем больше ошибок в заполнении листов нетрудоспособности допускается в стационарных отделениях и составляет 63,9 – 67,2 %

в 2012 г. и 2014 г. соответственно.

Основной причиной порчи листов нетрудоспособности в 2014 году явились ошибки в заполнении строки «место работы» в листке нетрудоспособности и составили практически половину испорченных бланков – 48,6% (табл. 6).

№ п/п	Причины порчи ЛН	Абс. ч. 70/100%, в т.ч.
	Ошибки в строке «место работы»	34/48,6%
	Сбой программы печати ЛН	16/22,9
	Ошибки в строке «освобождение от работы»	9/12,8%
	Ошибки в строке «ФИО больного»	3/4,3%
	Ошибки в строке «первичный», «дубликат»	2/2,9%
	Ошибки в строке «ФИО, должность врача»	2/2,9%
	Ошибки в строке «адрес медицинской организации»	1/1,4%
	Ошибки в строке «дата рождения больного»	1/1,4%
	Ошибки в строке «причина нетрудоспособности»	1/1,4%
	Строка «должность врача» заполнена шариковой ручкой	1/1,4%

Таблица 6. Анализ причин порчи листов нетрудоспособности.

С 2013 года в ГБУЗ «ЧОККВД» и ГБУЗ «ОКВД №3» листки нетрудоспособности заполняются с применением программных комплексов и печатающих устройств.

При анализе сезонного распределения листов нетрудоспособности в 2014 году от-

мечается весеннее с марта по май и осеннее с августа по октябрь увеличение доли выданных листов нетрудоспособности 9,0 – 9,2 – 8,8 % и 8,4 – 8,9 – 8,3 % соответственно с максимальной долей в апреле месяце (табл.7).

Месяц года	Выдано листов нетрудоспособности	
	Абс.ч. 2984, в т.ч.	100%, в т.ч.
Январь	196	6,5
Февраль	257	8,6
Март	270	9,0
Апрель	273	9,2
Май	263	8,8
Июнь	256	8,6
Июль	228	7,6
Август	249	8,4
Сентябрь	266	8,9
Октябрь	246	8,3
Ноябрь	239	8,0
Декабрь	241	8,1

Таблица 7. Сезонное распределение случаев временной нетрудоспособности.

Увеличение доли выданных листов нетрудоспособности в весенне-осенний период объясняется весенне - осенним обострением хронических дерматозов и инфекций, передающихся половым путем, которое отмечается ежегодно в это время года.

При анализе заболеваемости с 2012 по 2014 год отмечается уменьшение числа случаев временной нетрудоспособности по заболеваниям в 1,3 раза с 3444 до 2744 случаев и числа дней временной нетрудоспособности с 50019 до 40463 дней при увеличении средней длительности случая с 14,5 до 14,7 дней (табл.8).

Годы	Итого по всем причинам			Всего по заболеваниям		
	Число дней временной нетрудоспособности	Число случаев временной нетрудоспособности	Средняя длительность 1 случая	Число дней временной нетрудоспособности	Число случаев временной нетрудоспособности	Средняя длительность 1 случая
2012	52 810	3 707	14,2	50 019	3 444	14,5
2013	43 844	3 084	14,2	41 998	2 905	14,5
2014	42 504	2 924	14,5	40 463	2744	14,7

Таблица 8. Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

При анализе структуры заболеваемости с временной утратой трудоспособности за три года отмечается уменьшение доли пациентов

в возрасте 15 – 19 лет с 1,5% до 0,9%, в возрасте 20 – 29 лет с 26,1% до 23,8%, в возрасте 40 – 49 лет с 21,6 % до 19,5% (табл. 9).

Возраст (лет)	2012 год	2013 год	2014 год		
	Всего	Всего	Всего	Мужчин	Женщин
15-19	45/1,5%	30/1,2%	26/0,9%	17/1,3%	9/0,7%
20-29	795/26,1%	661/25,4%	652/23,8%	314/23,4%	338/24,0%
30-39	671/22,0%	558/21,4%	646/23,6%	289/21,6%	357/25,4%
40-49	658/21,6%	530/20,3%	535/19,5%	255/19,1%	280/19,9%
50-59	687/22,6%	652/25,0%	684/24,9%	349/26,1%	335/23,8%
Старше 60	189/6,2%	174/6,7%	201/7,3%	114/8,5%	87/6,2%
Итого	3045/ 100,0%	2605/ 100,0%	2744/ 100,0%	1338/ 100,0%	1406/ 100,0%

Таблица 9. Структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности по полу и возрастным группам (случаи/ %).

В распределении по полу мужчины и женщины находятся на листке нетрудоспособности практически в равных долях 48,8% и 51,2% соответственно. Мужчины преобладают в структуре заболевших в возрасте 15 – 19 лет (1,3%), в возрасте 50–59 лет (26,1%) и старше 60 лет (8,5%) по сравнению с женщинами в аналогичном возрасте 0,7% - 23,8% - 6,2 % соответственно.

При анализе заболеваемости по причинам нетрудоспособности за последние 3 года отмечается уменьшение средней длительности случая с 15,4 до 14,7 дней; с некоторыми инфекционными и паразитарными заболеваниями с 16,3 до 15,1 дня, с болезнями кожи и подкожной клетчатки с 15,3 до 14,6 дней (табл. 10).

С 2012 по 2014 год почти в 2,2 раза уменьши-

Причины нетрудоспособности	Средняя длительность (2012г.)	Средняя длительность (2013г.)	Средняя длительность (2014г.)		
			Всего	Мужчины	Женщины
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	16,3	15,6	15,1	14,4	15,8
Болезни кожи и подкожной клетчатки	15,3	14,7	14,6	15,6	13,7
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	17,0	23,5	22	0	22
Всего:	15,4	14,8	14,7	15,4	13,9

Таблица 10. Показатели средней длительности пребывания на листке нетрудоспособности по причинам нетрудоспособности (случаи в днях).

лось количество случаев нетрудоспособности с 633 до 286 соответственно пациентов с некоторыми инфекционными и паразитарными

болезнями, но незначительно увеличилось количество случаев с 2409 до 2456 с болезнями кожи и подкожной клетчатки (табл.11).

Причины нетрудоспо-собности	Дни нетрудоспособности			Случаи нетрудоспособности		
	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	9972/ 21,5%	7331/ 19,0%	4312/ 10,7%	633/ 20,8%	472/ 18,1%	286/ 10,4%
Болезни кожи и подкожной клетчатки	36288/ 78,4%	31142/ 80,8%	36107/ 89,2%	2409/ 79,1%	2130/ 81,8%	2456/ 89,5%
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	57/ 0,1%	47/ 0,1%	44/ 0,1%	3/ 0,1%	2/ 0,06%	2/ 0,1%
Новообразования	-	6/0,02	-	-	1/0,04	-
ИТОГО	46317/ 100%	38526/ 100%	40463/ 100%	3045/ 100%	2605/ 100%	2744/ 100%

Таблица 11. Структура заболеваемости с временной нетрудоспособностью по причинам нетрудоспособности (% к общему числу).

Уменьшение случаев нетрудоспособности и доли пациентов с некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями в общей структуре заболеваемости (2012г. – 20,8%; 2014 г. - 10,4%) объясняется динамикой снижения уровня заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, отмечающейся на протяжении последних 15 лет в Челябинской области.

Отмечается также незначительное уменьшение общего числа случаев нетрудоспособности по всем заболеваниям раздела «Дерматовенерология» в 1,1 раза с 3045 до 2744 при таком же пропорциональном снижении дней нетрудоспособности с 46317 до 40463 соответственно в 2012 и 2014 годах.

ВЫВОДЫ

1) В течение трех последних лет отмечается динамика снижения количества круглосуточных коек и увеличения коек дневного пребывания при консультативно-диагностических отделениях при общем увеличении мощности коечного фонда дермато-венерологических диспансеров с 557 до 733 коек и оптимизации кадрового состава.

2) При анализе заболеваемости с 2012 по 2014 год отмечается уменьшение числа случаев временной нетрудоспособности по заболеваниям в 1,3 раза с 3444 до 2744 случаев и числа дней временной нетрудоспособности с 50019 до 40463 дней при незначительном увеличении средней длительности случая с 14,5 до 14,7 дней. Мужчины преобладают в структуре заболевших в возрасте 15 – 19 лет (1,3%), в возрасте 50 – 59 лет (26,1%) и стар-

ше 60 лет (8,5%) по сравнению с женщинами в аналогичном возрасте 0,7% - 23,8% - 6,2 % соответственно.

3) С 2012 по 2014 год почти в 2,2 раза уменьшилось количество случаев нетрудоспособности с 633 до 286 соответственно пациентов с некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями и их доли в общей структуре заболеваемости (2012г. – 20,8%; 2014 г. - 10,4%).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1) Тишук, Е. А. Очерки здоровья населения Российской Федерации. Современное состояние и тенденции развития / Е. А. Тишук ; под ред. О. П. Щепина. М. : Грант, 2001. - 72 с.

2) Белявский А.И. Методологические, методические и организационные подходы повышения качества экспертизы временной нетрудоспособности / Автореф. диссер. док.мед. наук. - Новосибирск, 2005. – 36 с.

3) Пивень Н.П. Медико – социальные аспекты профилактики хронических дерматозов среди взрослого населения / Автореф. диссер. канд. мед. наук. - М. - 2006. - 30 с.

4) Кубанова А.А. Анализ эпидемиологической ситуации и динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и дерматозами на территории Российской Федерации Текст./ А.А. Кубанова, И.Н. Лесная, 2010.

5) Кунгуров Н. В. Опыт организации контроля качества дерматовенерологической помощи в Российской Федерации / Н. В. Кунгуров, М. М. Кохан, В. А. Игликов и др. // Вестн. дерматол. и венерол. 2004. - № 2. - С. 17 - 20.

Евстропов А.В

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ ОТРАСЛИ (12-ЛЕТНИЙ ТРЕНД)

Дирекция медицинского обеспечения - филиал ОАО «РЖД», г. Москва

Евстропов А. В. - дирекция медицинского обеспечения.

РЕЗЮМЕ

Представлен анализ развития лабораторной диагностики в негосударственных учреждениях здравоохранения железнодорожного транспорта в целом и в разрезе отдельного региона (Южно-Уральской железной дороги) за двенадцатилетний период. Изучена динамика ресурсной базы и показателей деятельности лабораторной службы в целом и при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях. Выявлены опережающие темпы развития лабораторной диагностики по всем основным разделам на Южно-Уральской железной дороге, тенденции существенного роста ресурсной обеспеченности на объем прикреплённого населения. Показана возможность развития лабораторной службы данного региона как эталонной для других железных дорог. Доказана возможность дальнейшего развития государственно-частного партнерства медицинского комплекса железнодорожного транспорта (в частности отдельных его кластеров) и министерства здравоохранения Российской Федерации по совершенствованию клинической лабораторной диагностики.

Ключевые слова: лабораторная служба ОАО «РЖД»; негосударственные учреждения здравоохранения; государственно-частное партнерство; региональные различия; Южно-Уральская железная дорога; объемы диагностических исследований; продуктивность персонала.

Keywords: laboratory services JSCo «RZD»; non-governmental healthcare institutions; public-private partnership; regional differences; South Urals railway; the volume of diagnostic tests; staff productivity.

ВВЕДЕНИЕ

Охрана здоровья населения представляет собой сложную систему, направленную на предоставление качественных и доступных медицинских услуг, обеспечение диагностиро-

вания и лечения максимально широкого спектра болезней [1]. Одним из важнейших этапов оказания медицинской помощи является своевременная и достаточно полная диагностика.

В настоящее время одной из центральных проблем в деятельности практического врача-клинициста является проблема постановки диагноза. В основном врачебные ошибки допускаются при первичной диагностике. Именно лабораторные методы исследования позволяют получить достоверную информацию, необходимую для постановки диагноза, а также для своевременной профилактики заболевания.

Лабораторные данные являются основополагающей диагностической информацией, как по объему полученных сведений, так и при выявлении заболевания, оценки эффективности лечения [2].

Вместе с тем исследовательские проекты, применение новых эффективных методов диагностики и лечения требуют затрат значительных средств. Тенденции удорожания медицинского обслуживания усугубляются еще и тем, что в большинстве развитых стран имеет место процесс старения населения, а пожилые люди являются основными потребителями медицинских услуг [3].

Все это приводит к тому, что установившийся уровень финансирования здравоохранения перестает отвечать потребностям населения в получении медицинской помощи. Для решения этих проблем во многих странах осуществляется реформирование системы управления здравоохранением.

К основным стратегическим направлениям политики Российского государства в области здравоохранения относятся: завершение структурной перестройки отрасли в условиях рыночных отношений; создание, поддержка и регулирование многоукладности здравоохранения и разнообразия его форм, включая государственное и региональное, деятельность фондов и ассоциаций, обязательное и добровольное медицинское страхование, частную медицинскую практику (4).

Это создает условия для применения в управлении здравоохранением межсекторальных подходов при сохранении методи-

ческой и программной централизованной координации медицинской деятельности в отрасли.

В ряде экономически развитых государств одним из конкретных направлений реформирования является поддержка и развитие государственно-частного партнерства в сфере медицины [5,6]. И генеральным партнером для взаимодействия с МЗ РФ может быть медицинский комплекс железнодорожного транспорта. В настоящее время он представляет из себя крупную сеть НУЗ (негосударственных учреждений здравоохранения) ОАО «РЖД» (Российские железные дороги). Она имеет в своем составе по состоянию на декабрь 2014 года 285 клиничко-диагностических лабораторий (из них 6 централизованных), 680 штатных должностей врачей клинической лабораторной диагностики. В 2013 году в НУЗ было произведено более 85 миллионов лабораторных исследований в стационарах и поликлиниках, в том числе более 29 миллионов гематологических и более 17 миллионов биохимических исследований.

Для успешного развития государственно-частного партнерства (ГЧП) необходимо достоверно знать ресурсы, динамику и тренды развития медицинского комплекса железнодорожного транспорта в этом разделе. При этом следует сказать, что основное внимание необходимо уделить не только агрегированным показателям за всю сеть, но и стратифицированным показателям по отдельным регионам (железным дорогам). И в первую очередь уделить внимание тем регионам, где отмечается наиболее высокий и современный уровень развития. В связи с этим нами было проанализировано развитие лабораторной службы не только в целом по ОАО «РЖД», но и в Южно-Уральском регионе (железнодорожной).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Работа проведена в Дирекции медицинского обеспечения – филиал ОАО РЖД. Материалами для работы явились данные сводных статистических отчетов медицинских учреждений железнодорожного транспорта в течение 2002-2013 гг., выполненные на основании форм государственной статистической отчетности в целом и стратифицированные показатели по отдельным железным дорогам. Объектом исследования явилась деятельность лабораторной службы в негосударственных учреждениях здравоохранения железнодорожного транспорта в различных условиях оказания медицинской помощи. Предметом исследования были результаты

деятельности по реализации медицинских технологий клинической лабораторной диагностики лечебно-диагностического процесса в НУЗ, медико-статистические показатели объемов работы за 12-летний период.

Методологически работа проводилась по стандартным методикам исследований по анализу деятельности медицинских организаций (учреждений). Обработка цифровых данных осуществлена с использованием дескриптивной (описательной) статистики. Во всех процедурах статистического анализа уровень значимости (p) принимался равным 0,005.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Во-первых, нами было исследована динамика числа лабораторных исследований за двенадцатилетний период в негосударственных учреждениях здравоохранения ОАО «РЖД» в абсолютном выражении (были проанализированы данные в целом, в поликлиниках и круглосуточных стационарах). Выявлено, что общее число тестов сохраняется на прежнем уровне (порядка 85 миллионов в год), но при этом происходит перераспределение структуры за счет увеличения доли амбулаторных пациентов и уменьшения круглосуточных стационаров (рис. 1).

Во-вторых, было проанализировано изменение числа отдельных видов лабораторных исследований в абсолютном выражении по годам (рис.2). Выявлено, что отмечается небольшой рост гематологических исследований и существенное увеличение биохимических в целом по ОАО «РЖД».

Затем, для более точной оценки изменения тренда развития лабораторной диагностики в целом, нами были рассчитаны коэффициенты наглядности для числа лабораторных тестов всего и в расчете на 10000 населения (рис.3). Таким образом, из полученных данных можно сделать вывод что, несмотря на стабилизацию числа исследований, отмечается существенное увеличение обеспеченности лабораторной диагностикой в расчете на объем прикрепленного населения (более чем на 60% за период наблюдения).

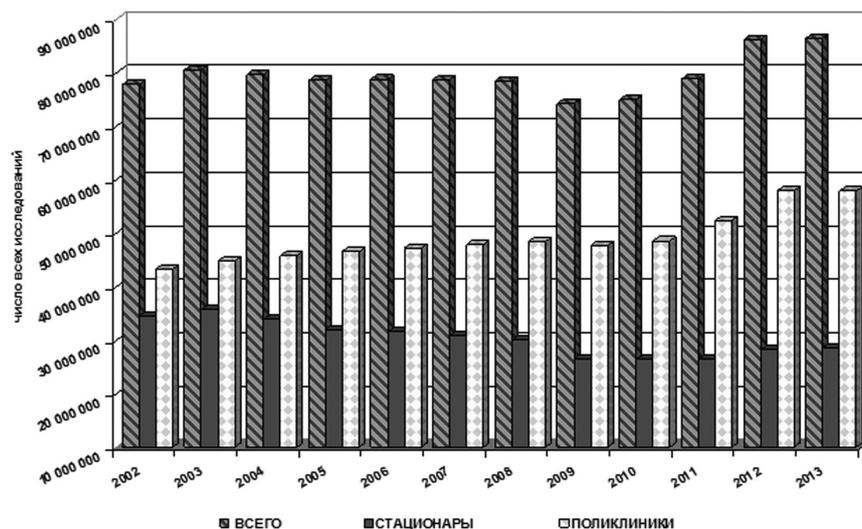


Рис. 1. Число лабораторных исследований в различных условиях оказания помощи в НУЗ ОАО «РЖД» (всего, в стационарах, в поликлиниках) в 2002-2013 гг.

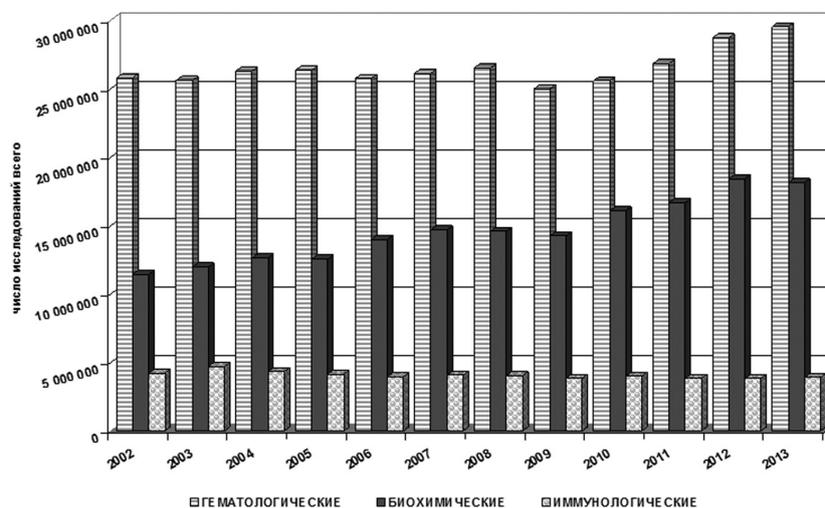


Рис. 2. Число различных видов лабораторных исследований всего в НУЗ ОАО «РЖД» в 2002-2013 гг.

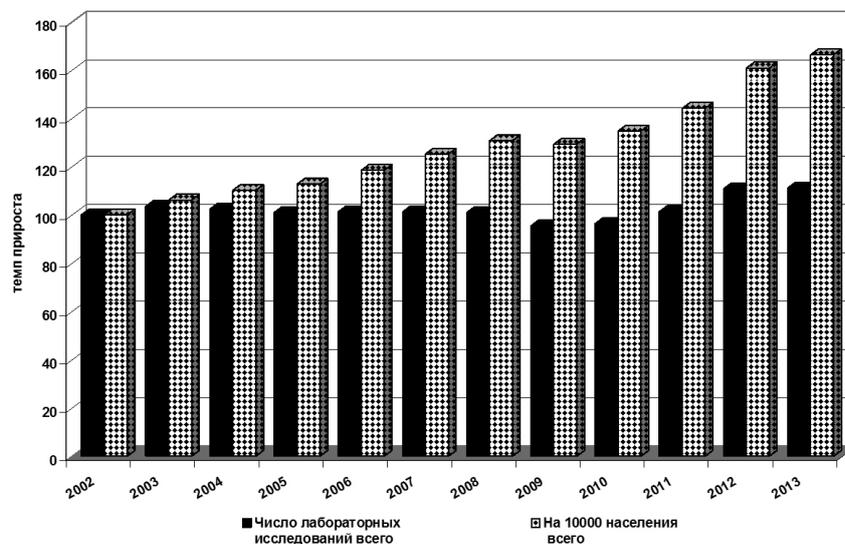


Рис. 3. Число лабораторных исследований в НУЗ ОАО «РЖД» всего и на 10000 населения в 2002-2013 гг. в коэффициентах наглядности.

Следует сказать, что агрегированные показатели (в данном случае итоговые данные в целом по всем НУЗ ОАО «РЖД») не всегда отражают истинную картину. В связи с этим нами были рассчитаны стратифицированные показатели обеспеченности лабораторными исследованиями в расчете на объем прикрепленного населения для отдельных железных дорог за 12-летний период (рис.4). Сообразно с этим нами были рассмотрены регионы, имеющие наилучшие показатели. В лучшую сторону необходимо отметить лабораторную службу

Южно-Уральской жд., где уровень обеспеченности в 2002 году был ниже общесетевого. А за период наблюдения увеличился более чем в 2 раза и к 2013 году значительно превышает таковой в целом по ОАО «РЖД».

Кроме того, при анализе темпа прироста уровня обеспеченности прикрепленного населения лабораторными исследованиями (рассчитаны коэффициенты наглядности на рис.5), динамика его изменения на Южно-Уральской железной дороге также является максимальной.

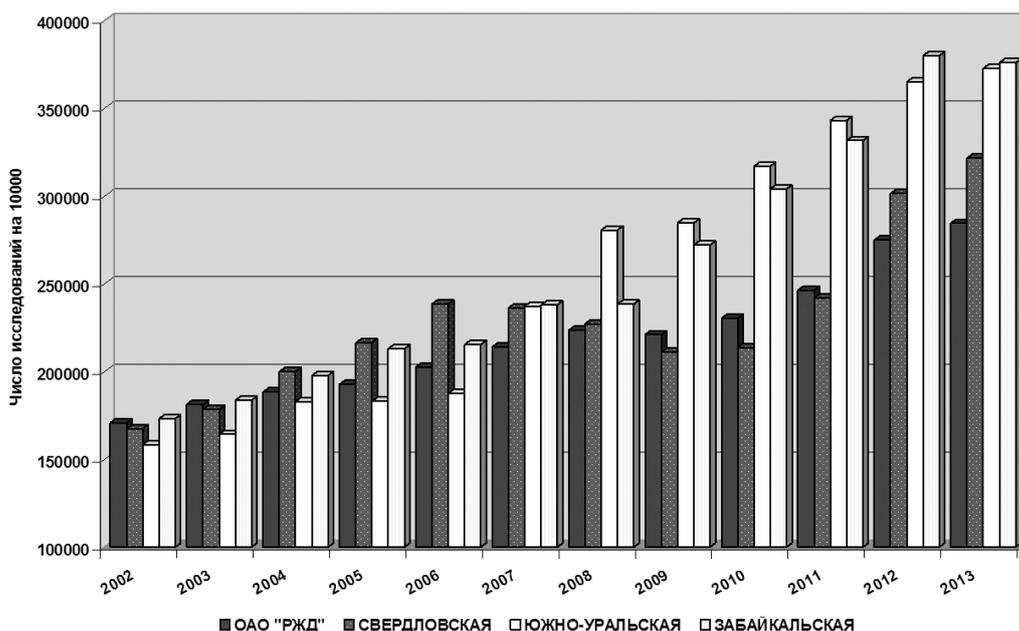


Рис. 4. Число лабораторных исследований всего на отдельных железных дорогах (регионах) в НУЗ ОАО «РЖД» на 10000 населения в 2002-2013 гг.

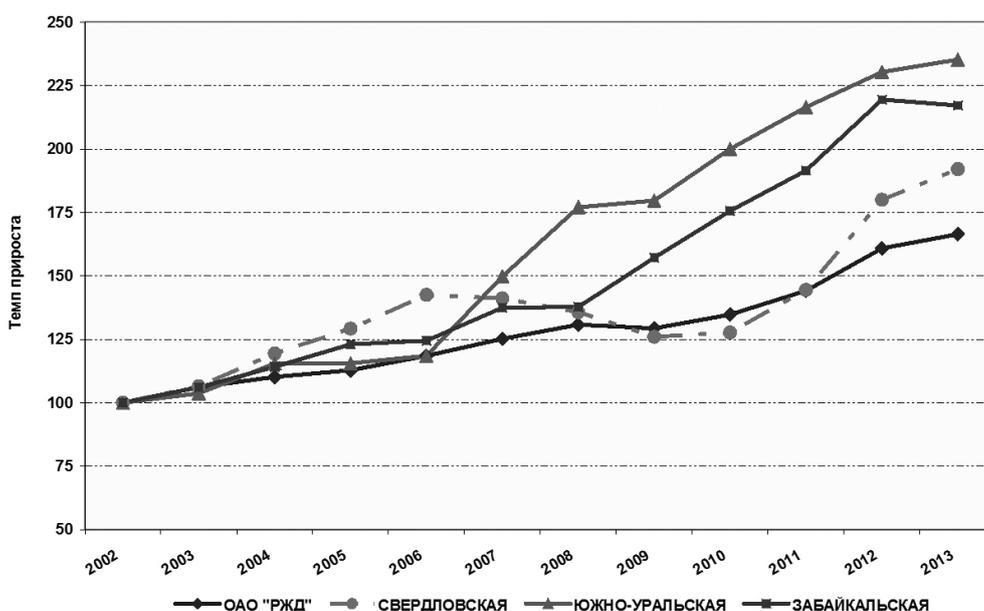


Рис. 5. Число лабораторных исследований всего на 10000 населения в НУЗ ОАО «РЖД» на отдельных железных дорогах в 2002-2013 гг. в коэффициентах наглядности.

Рассмотрев агрегированные показатели состояния лабораторной диагностики в НУЗ ОАО «РЖД» в целом, перейдем к анализу стратифицированных показателей по отдельным видам исследований. В первую очередь проанализируем динамику гематологических тестов как наиболее значимых в общей структуре исследований (25-30%) и в определенной степени отражающие уровень развития диагностической базы.

В связи с тем, что величина ресурсной базы разных дорог неодинакова, был рассмотрен в первую очередь уровень ресурсной обеспеченности гематологическими исследованиями

в расчете на объем прикрепленного населения в различных условиях оказания помощи (динамика числа исследований в абсолютном выражении не дает возможности корректного сравнения разных дорог). Таким образом, отмечается существенный рост этого показателя в основном за счет амбулаторной медицинской помощи (рис.6). При анализе стратифицированных показателей в абсолютном выражении и в расчете на 10000 прикрепленного населения наиболее сильно выраженная динамика выявлена на Южно-Уральской ж.д. (рис.7, 8).

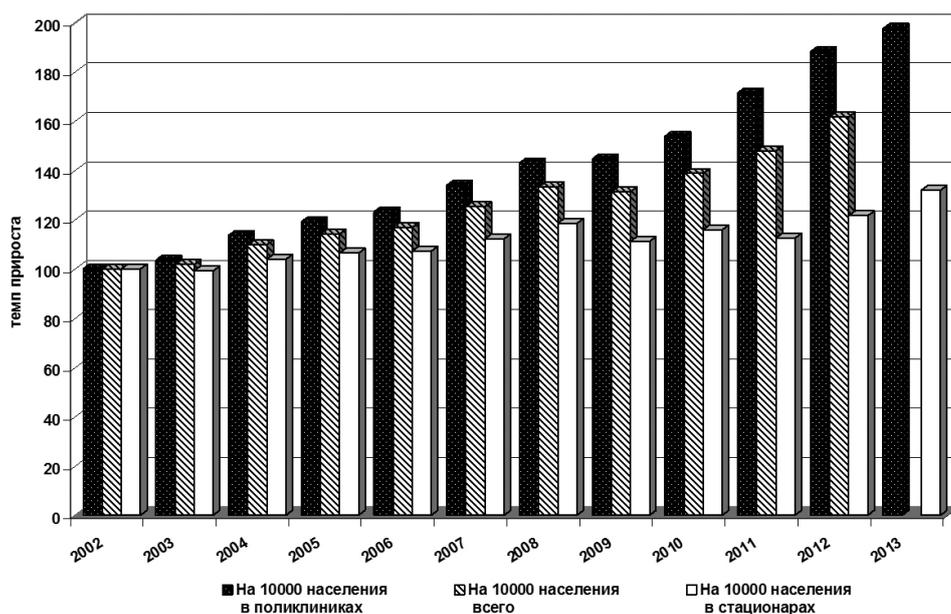


Рис. 5. Число лабораторных исследований всего на 10000 населения в НУЗ ОАО «РЖД» на отдельных железных дорогах в 2002-2013 гг. в коэффициентах наглядности.

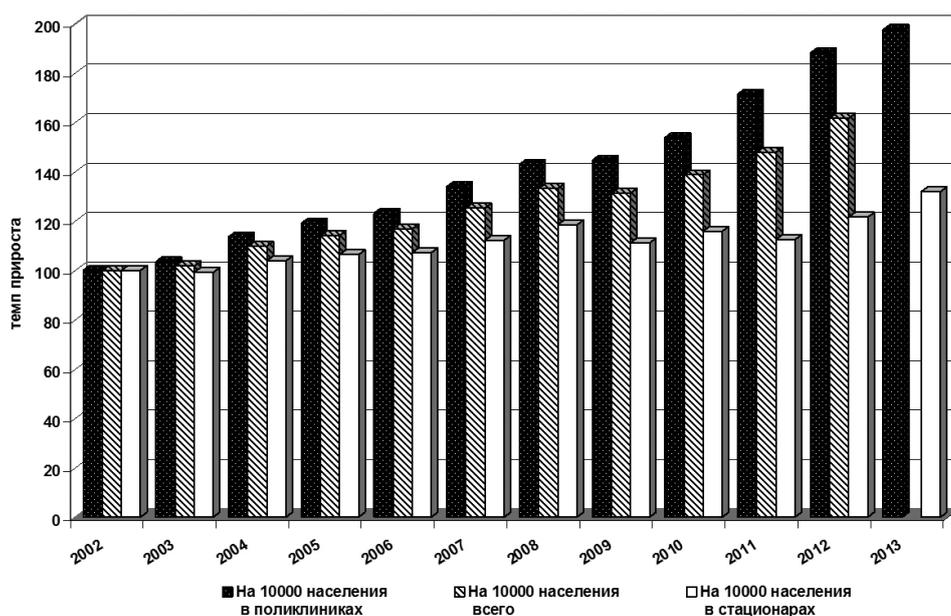


Рис. 6. Число гематологических лабораторных исследований на 10000 в НУЗ ОАО «РЖД» в различных условиях оказания помощи в 2002-2013 гг. в коэффициентах наглядности

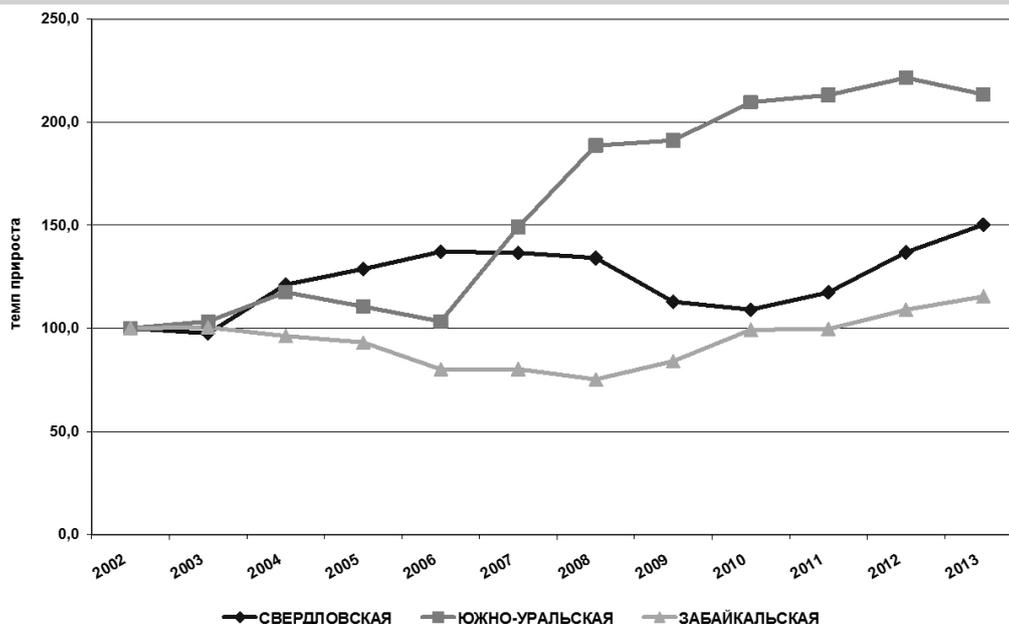


Рис. 7 Число гематологических лабораторных исследований в НУЗ ОАО «РЖД» на отдельных железных дорогах в 2002-2013 гг. в коэффициентах наглядности.

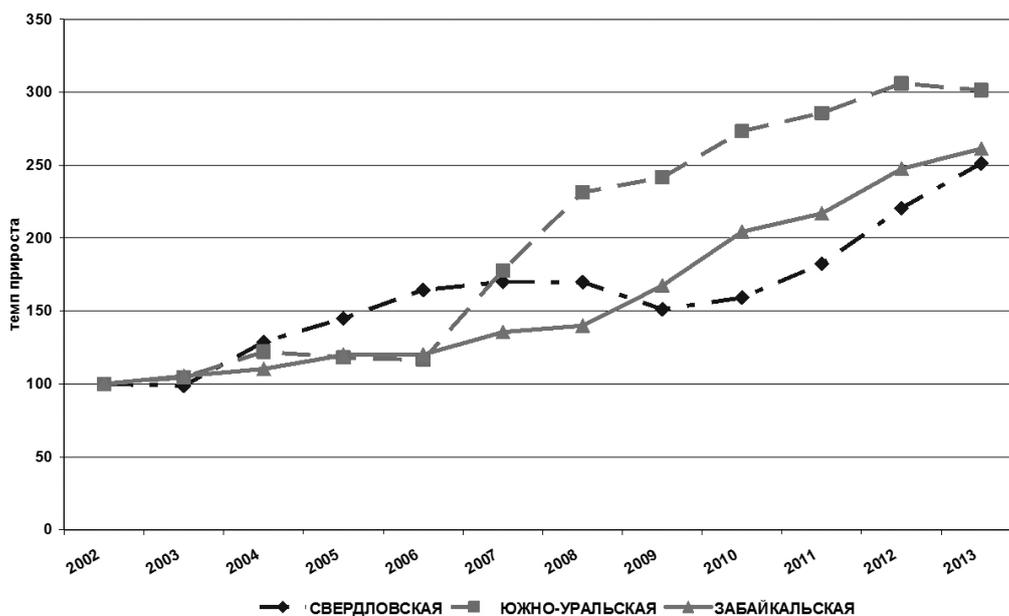


Рис. 8. Число гематологических лабораторных исследований на 10000 в НУЗ ОАО «РЖД» на отдельных железных дорогах в 2002-2013 гг. в коэффициентах наглядности.

Необходимо остановиться в дальнейшем на рассмотрении тренда развития биохимических исследований. Этот раздел лабораторной диагностики в первую очередь отражает уровень службы, ее соответствие современным требованиям. Сообразно с этим нами было проведено сравнение изменения числа биохимических тестов и их удельного веса в целом в НУЗ ОАО «РЖД» и на Южно-Уральской железной дороге (рис.9;10).

Далее рассмотрим динамику (темпы роста) количества биохимических исследований в абсолютном выражении и в расчете на объем

прикрепленного населения в целом за медицинский комплекс ОАО «РЖД» и на отдельных дорогах, где этот вид исследования получил наибольшее развитие (рис.11,12). Полученные данные позволяют сделать вывод, что тренд развития биохимического раздела лабораторной диагностики в Южно-Уральском кластере железнодорожной медицины существенно опережает другие регионы. Число проведенных биохимических тестов выросло более чем в 2,5 раза за 12 лет, а уровень обеспеченности на объем прикрепленного населения увеличился почти в 4 раза.

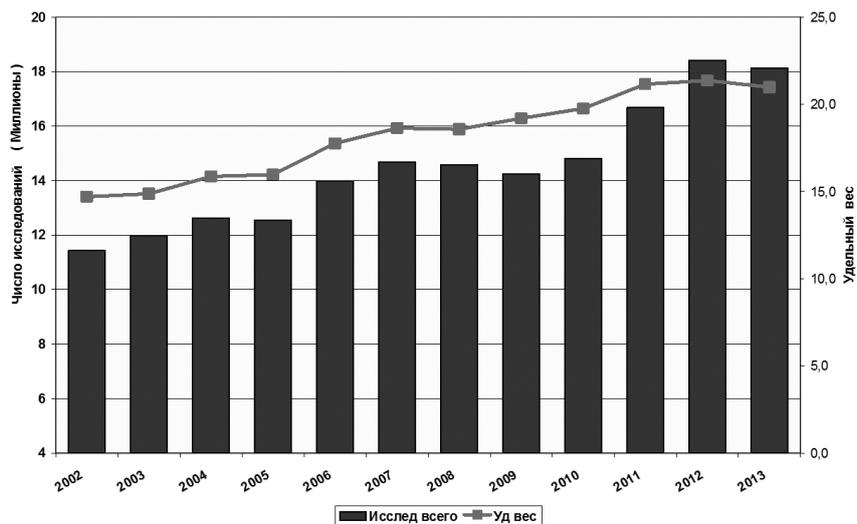


Рис. 9. Динамика биохимических исследований в лабораториях НУЗ ОАО «РЖД» в целом в 2002-2013 гг

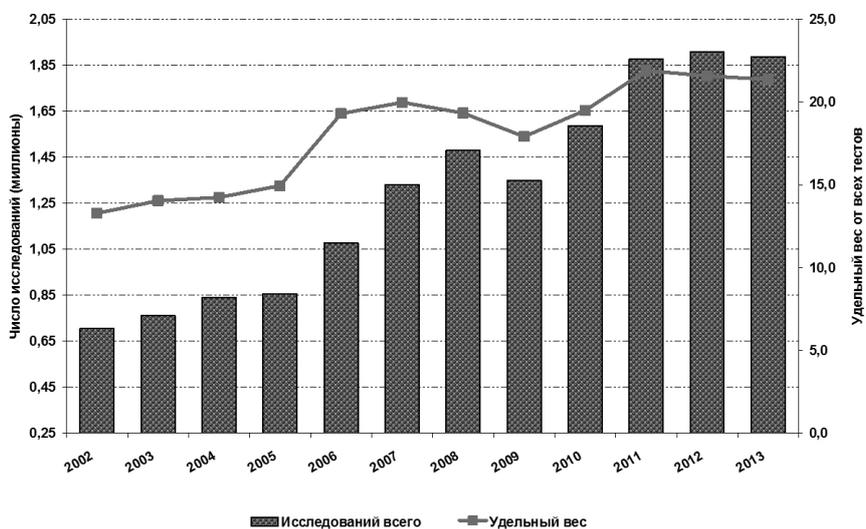


Рис. 10. Динамика биохимических исследований в лабораториях НУЗ ОАО «РЖД» на Южно-Уральской ж.д. в 2002-2013 гг

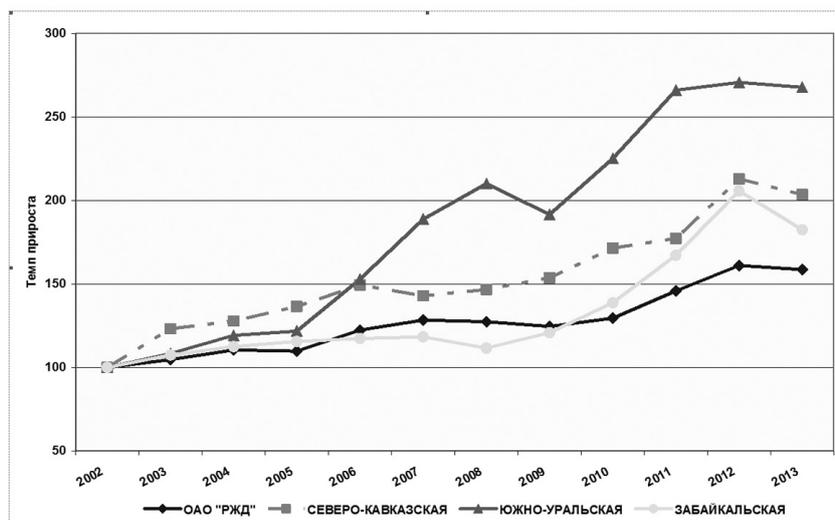


Рис. 11. Число биохимических исследований в НУЗ ОАО «РЖД» в целом и на отдельных железных дорогах в 2002-2013гг.

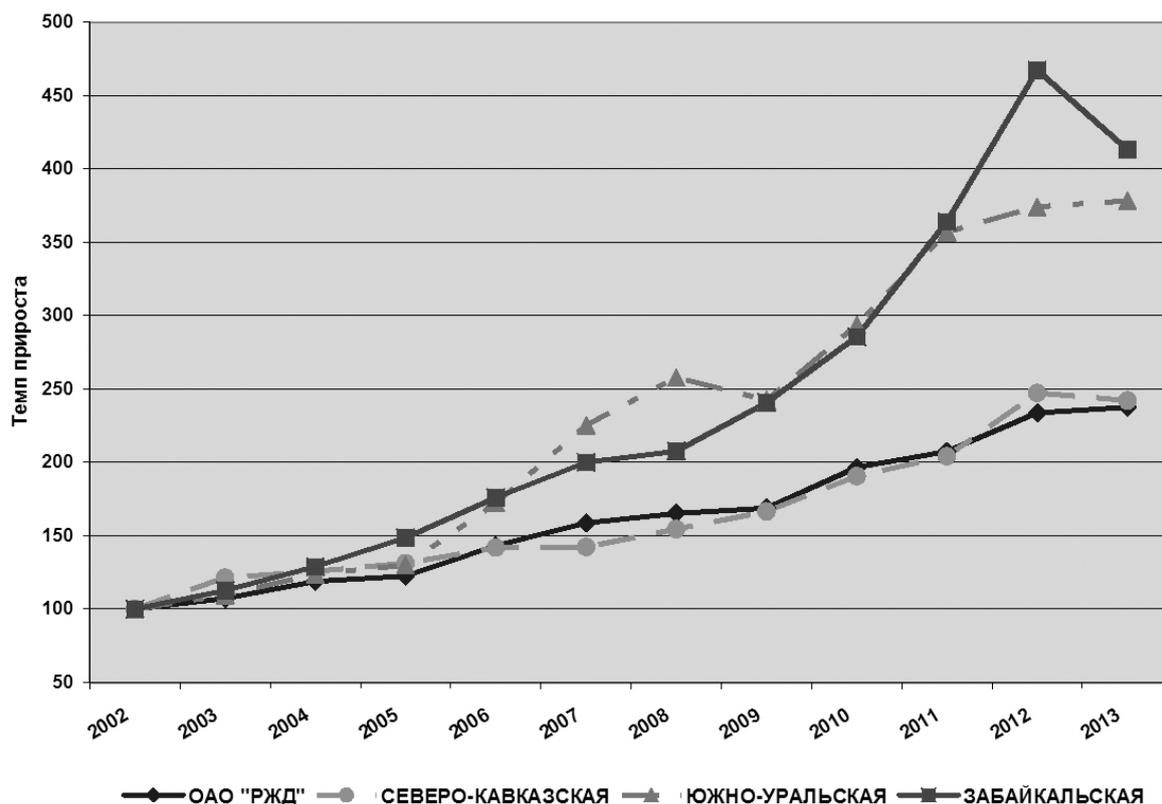


Рис. 12. Число биохимических исследований на 10000 населения в НУЗ ОАО «РЖД» в целом и на отдельных железных дорогах в 2002-2013гг

Далее рассмотрим динамику интенсивности лечебно-диагностического процесса в различных условиях оказания медицинской помощи применительно к лабораторной диагностике. В связи с этим нами были рассчитаны показатели, отражающие число проведенных лабораторных тестов на 100 посещений в амбулаторных условиях и на 100 использованных больных в круглосуточных стационарах (рис.12, 14). Сообразно с этим были получены стратифицированные показатели на отдельных дорогах, которые нами сравнивались с результатами ОАО «РЖД» в целом в абсолютном выражении и в коэффициентах наглядности (рис. 13,15).

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что интенсивность лечебно-диагностического процесса применительно к лабораторной диагностике за период наблюдения существенно выросла (особенно при оказании амбулаторной помощи). Число лабораторных исследований на 1 посещение в поликлинике увеличилось со 100 до 200 в целом по сети и до

300 исследований на отдельных дорогах.

Количество лабораторных тестов на 1 использованного больного в условиях круглосуточных стационаров также существенно выросло с 3500 в 2002 году до 4500 в 2013 году. Наиболее выраженная динамика увеличения числа исследований в круглосуточных стационарах наблюдается на Южно-Уральской железной дороге, где оно составило в 2013 году более 5500.

Также нами были проанализированы темпы прироста проведенных лабораторных тестов в различных условиях оказания медицинской помощи в коэффициентах наглядности. Эти показатели более точно отражают тренды развития данного раздела диагностики. Следует сказать, что наибольшую динамику роста показывают в амбулаторных условиях лабораторные службы Забайкальской и Южно-Уральской железные дороги, а при оказании медицинской помощи в круглосуточных стационарах аналогичные результаты демонстрирует Южно-Уральская и Октябрьская.

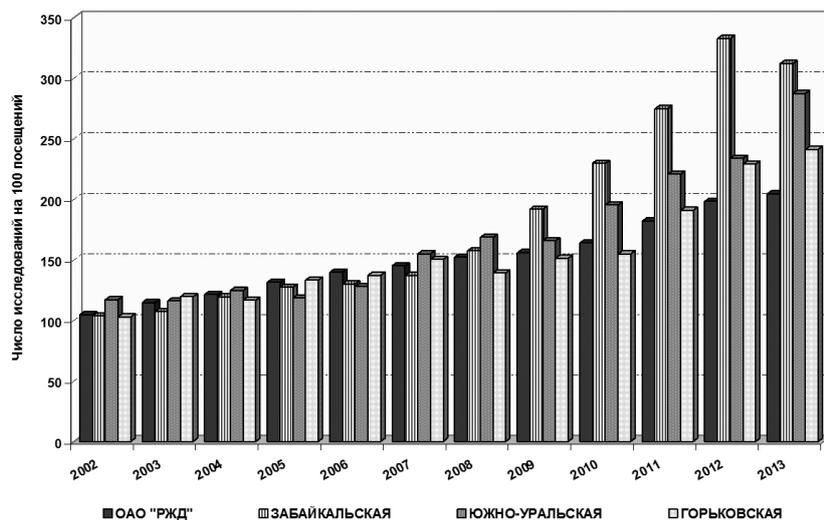


Рис. 13 Число исследований на 100 посещений в НУЗ ОАО «РЖД» в целом и на отдельных железных дорогах в 2002-2013 гг

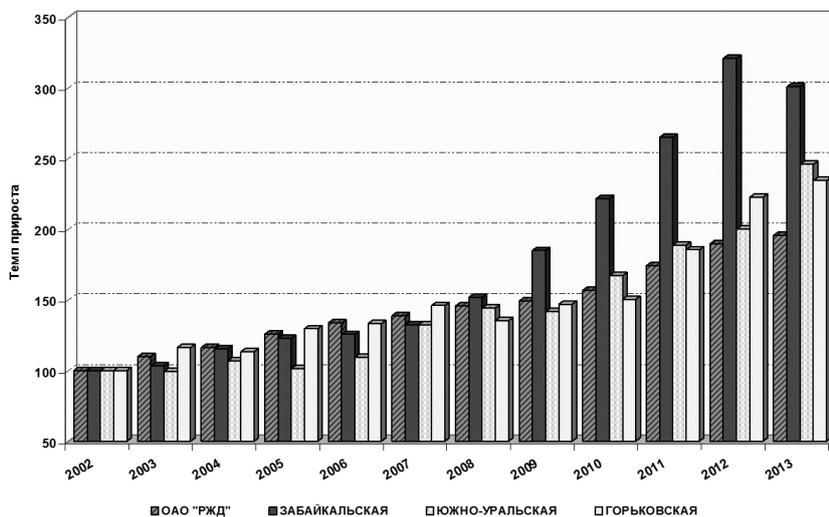


Рис. 13 Число лабораторных исследований на 100 посещений (коэффициенты наглядности) в НУЗ ОАО «РЖД» в целом и на отдельных железных дорогах в 2002-2013 гг

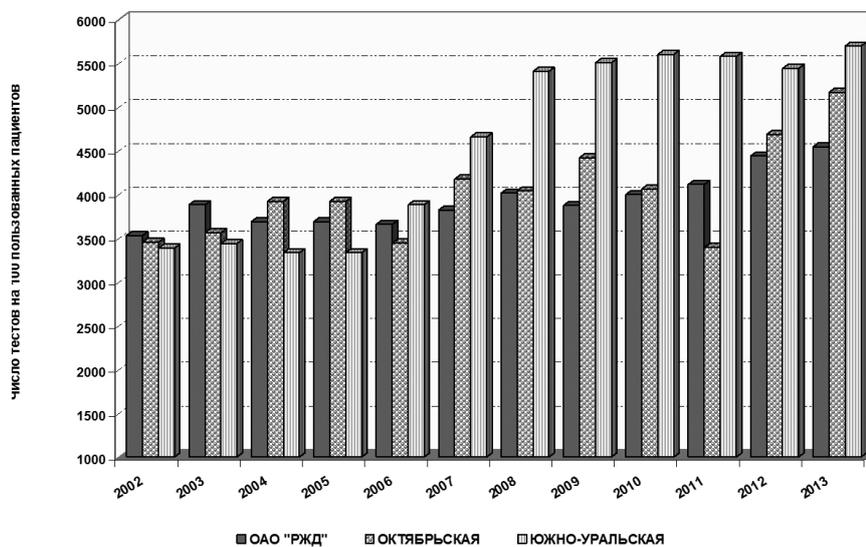


Рис. 14 Число лабораторных исследований на 100 использованных больных в НУЗ ОАО «РЖД» в целом и на отдельных железных дорогах в 2002-2013 гг

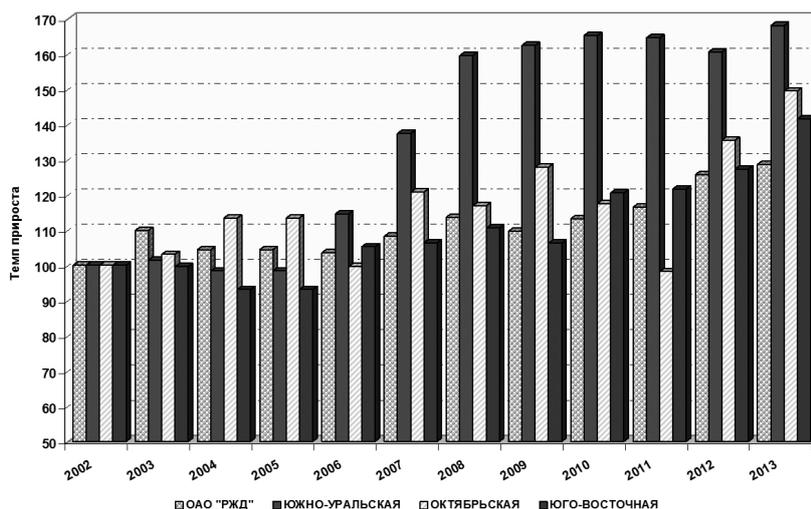


Рис. 14 Темп прироста лабораторных исследований на 100 использованных больных в НУЗ ОАО «РЖД» в целом и на отдельных железных дорогах в 2002-2013 гг

В заключение рассмотрим динамику нагрузки на одного специалиста клинической лабораторной диагностики в течение периода наблюдения. Прежде всего, необходимо отметить, что в целом по сети отмечается стабильный ее рост. Если в 2002 году она составляла 15647 на специалиста, то в 2013 году выросла до 27455. Между тем, в лабораторной службе НУЗ Южно-Уральской жд эти цифры существенно отличаются. В 2013 году нагрузка на одного специалиста лаборатории составила более 35000, что почти на 35% превышает общесетевые показатели всего медицинского комплекса в целом (рис.15).

Для более полного представления тренда изменения технологичности лабораторной диагностики (и возможности более корректного сравнения различных по мощности дорог) были проанализированы темпы прироста нагрузки на одного специалиста лабораторной диагностики в коэффициентах наглядности. Выявлено несколько железных дорог (регионов) где темпы этого прироста значительно превосходят таковые по всему комплексу ме-

дицины ОАО «РЖД». Наибольшие темпы имеют место на Забайкальской, Южно-Уральской и Свердловской дорогах (на первых двух этот показатель увеличился в 2 раза, а на Свердловской вырос более чем в 2,5 раза).

В заключение необходимо кратко остановиться на роли отдельных типов НУЗ ОАО «РЖД» в проведении лабораторной диагностики. Нами был рассчитан уровень нагрузки на одного специалиста в дорожной клинической больнице Южно-Уральской жд в период 2009-2013 годов (данных за более ранний период в нашем распоряжении не было). К 2013 году за 6 лет он вырос более чем на 20% и составляет почти 45000 исследований на одного специалиста (рис. 16). Это почти двукратно превышает средний уровень по ОАО «РЖД» и существенно приближается к уровню лабораторий США [7 Свещинский]. Все сказанное позволяет сделать вывод, что наибольший уровень развития лабораторной диагностики существует в дорожных клинических больницах, являющихся системообразующими элементами всей железнодорожной медицины.

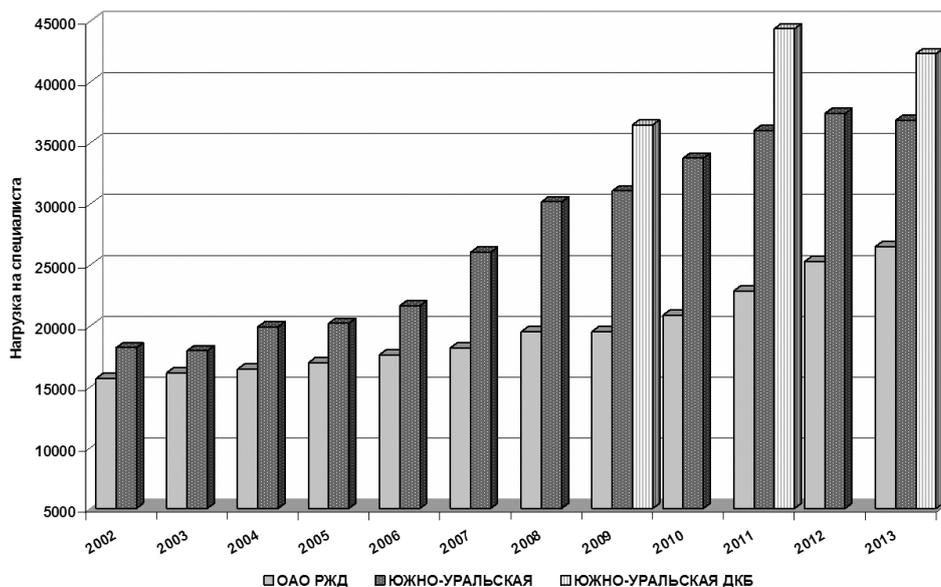


Рис. 16 Нагрузка на специалиста (число исследований в абсолютном выражении) в лабораториях НУЗ ОАО «РЖД» в целом, на Южно-Уральской ж.д., в дорожной клинической больнице на ст. Челябинск в 2002-2013 гг.

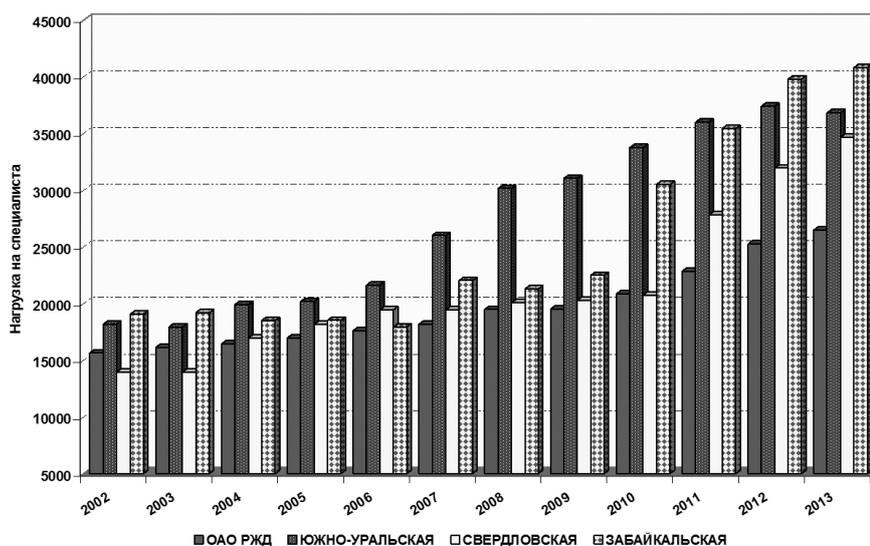


Рис. 15 Нагрузка на специалиста (число исследований в абсолютном выражении) в лабораториях НУЗ ОАО «РЖД» в целом и на отдельных дорогах в 2002-2013 гг

ВЫВОДЫ

На современном этапе уровень развития лабораторной службы НУЗ ОАО «РЖД» соответствует предъявляемым требованиям.

Основным трендом развития лабораторной диагностики является незначительный рост количества исследований в абсолютном выражении, обусловленный в основном деятельностью амбулаторно-поликлинических учреждений (при некотором снижении числа исследований в стационарах).

При анализе отдельных видов диагностических тестов отмечается преимущественный

рост биохимических исследований со стабилизацией уровня гематологических исследований и некотором снижении общеклинических.

При этом необходимо отметить, что при расчете ресурсной обеспеченности на объем прикрепленного населения имеет место существенный рост практически всех показателей, отражающих деятельности лабораторий (в том числе рост наблюдается и в круглосуточных стационарах).

При анализе региональных особенностей развития лабораторной диагностики железнодорожного медицинского комплекса сле-

дует сказать, что наиболее существенная положительная динамика практически по всем разделам отмечается на Южно-Уральской железной дороге (регионе), и в первую очередь за счет дорожной клинической больницы. Темпы прироста наиболее современных клинических исследований, уровень ресурсной обеспеченности прикрепленного населения, уровень нагрузки персонала (как критерий эффективности использования имеющегося оборудования) значительно превосходят таковые по медицинскому комплексу железнодорожного транспорта в целом.

Развитие лабораторной службы в Южно-Уральском регионе (железнодорожной дороге) следует считать оптимальным. Другим регионам необходимо использовать опыт менеджмента данной железной дороги в своей деятельности.

В свете современных направлений реформирования системы охраны здоровья населения страны очень важным является развитие государственно-частного партнерства между негосударственными учреждениями здравоохранения железнодорожного транспорта (Южно-Уральской жд) и государственными органами управления здравоохранения данного региона. Государственными органами управления здравоохранения разного уровня должны учитываться ресурсные возможности медицинского комплекса железнодорожного транспорта. Необходимо продолжить процесс сотрудничества и дальнейшего «встраивания» структуры железнодорожного медицинского комплекса на территории данного кластера в единую систему здравоохранения страны (в т.ч. и при проведении лабораторной клинической диагностики).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кочетов А.Г. Роль медицинских лабораторных сообществ в системе здравоохранения Российской Федерации. / А.Г. Кочетов, О.В. Лянг // Справочник заведующего КДЛ. — 2013. — № 11. С. — 4.

2. Егоров А.М. Обеспечение развития и широкого практического применения клинической лабораторной диагностики // Справочник заведующего КДЛ. — 2014. — № 4. С. 9 — 10.

3. Ольховский И.А. Зарубежный опыт взаимодействия государственных органов управления здравоохранением и общественных профессиональных организаций специалистов клинической лабораторной диагностики // Справочник заведующего КДЛ. 2014. — № 4. С. 12 — 14.

4. Щепин О.П. О развитии здравоохранения Российской Федерации // Проблемы социаль-

ной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2013. — № 5. С. 2 — 5.

5. Краевой С.А. Интервью журналу ГЧП <http://www.pppjournal.ru/> (полнотекстовая электронная версия журнала «ГЧП Журнал»). Дата обращения к ресурсу 16.12.2014г.

6. Решение Координационного совета Минздрава России по государственно-частному партнерству (протокол от 18 ноября 2014 г. № 07/23/133).

7. Свещинский М.Л. Тренды развития лабораторной службы в России. / М.Л. Свещинский // Менеджер здравоохранения — 2013. — № 10. С. 49 — 57

О.А. СИДОРЕНКО, Е.П. ОПРУЖЕНКОВА, В.В. СТАРОСТЕНКО

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО ПСОРИАЗА У ЖЕНЩИН

В ПЕРИ - И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Сидоренко Ольга Анатольевна, доктор медицинских наук, доцент кафедры кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО «РостГМУ» Минздрава России.

Опруженкова Евгения Павловна, аспирант кафедры кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО «РостГМУ» Минздрава России.

Старостенко Вячеслав Владимирович, ассистент кафедры кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО «РостГМУ» Минздрава России.

Автор, ответственный за переписку: Опруженкова Евгения Павловна; 344018, Россия, г. Ростов-на-Дону, пер. Соборный 90, кв. 107, Тел.: +79185002119, e-mail: eva.opruzhenkova@mail.ru.

РЕЗЮМЕ

В статье представлены сведения о клинических формах ладонно-подошвенного псориаза, дифференциальной диагностике с клинически сходными дерматозами. Приведены примеры клинических случаев ладонно-подошвенной формы псориаза у женщин в перименопаузальном и постменопаузальном периоде, требующие гистологического исследования кожи. В состав комплексной терапии этих пациенток после консультации гинеколога и определения уровня половых гормонов была включена менопаузальная гормональная терапия (МГТ). Нию клинической лабораторной диагностики.

Ключевые слова: ладонно-подошвенный псориаз у женщин, дифференциальная диагностика, гистологическое исследование, менопаузальная гормональная терапия (МГТ).
Keywords: palmoplantarpsoriasisinwomen, differentialdiagnosis, histologicalresearch, menopausalhormonaltherapy (MHT).

ВВЕДЕНИЕ

Охрана здоровья населения представляет собой сложную систему, направленную на предоставление качественных и доступных медицинских услуг, обеспечение диагностиро-

вания и лечения максимально широкого спектра болезней [1]. Одним из важнейших этапов оказания медицинской помощи является своевременная и достаточно полная диагностика.

В настоящее время одной из центральных проблем в деятельности практического врача-клинициста является проблема постановки диагноза. В основном врачебные ошибки допускаются при первичной диагностике. Именно лабораторные методы исследования позволяют получить достоверную информацию, необходимую для постановки диагноза, а также для своевременной профилактики заболевания.

Лабораторные данные являются основополагающей диагностической информацией, как по объему полученных сведений, так и при выявлении заболевания, оценки эффективности лечения [2].

Вместе с тем исследовательские проекты, применение новых эффективных методов диагностики и лечения требуют затрат значительных средств. Тенденции удорожания медицинского обслуживания усугубляются еще и тем, что в большинстве развитых стран имеет место процесс старения населения, а пожилые люди являются основными потребителями медицинских услуг [3].

Все это приводит к тому, что установившийся уровень финансирования здравоохранения перестает отвечать потребностям населения в получении медицинской помощи. Для решения этих проблем во многих странах осуществляется реформирование системы управления здравоохранением.

К основным стратегическим направлениям политики Российского государства в области здравоохранения относятся: завершение структурной перестройки отрасли в условиях рыночных отношений; создание, поддержка и регулирование многоукладности здравоохранения и разнообразия его форм, включая.

Согласно современным представлениям, псориаз (П) - это хронический дерматоз мультифакториальной природы с доминирующим значением в его развитии генетических факторов, характеризующийся гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением

дифференцировки кератиноцитов, воспалительной инфильтрацией в дерме, а также изменениями в различных органах и системах [1]. В настоящее время среди научного сообщества существует согласие по поводу того, что П является иммунным заболеванием и опосредуется Т-клетками [2].

Учитывая особенности клинических проявлений П, анамнестические данные и результаты генетических исследований, выделяют два типа П. Для 1 типа характерно раннее начало заболевания (пик 16 лет и 21 год). У больных отмечается большая распространенность высыпаний и часто рецидивирующее течение, в большинстве случаев присоединяются системные нарушения в виде поражения костно-суставной системы, функции печени, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы. П 2 типа характеризуется более поздним началом (пик заболеваемости на 5-ом десятилетии жизни), более благоприятным течением, сочетанием П этого типа с явлениями остеопороза [3]. При 1 типе четко прослеживается ассоциация с наследственностью (44%), а частота аллелей HLA составляет для Sw6/(85%), для DR7/(70%), тогда как при 2 типе связь с наследственностью равна 1%, частота аллелей соответственно (14 и 30%) [4].

Причинно-значимые факторы возникновения П 2 типа носят противоречивый характер. У пациентов женского пола П очень часто впервые дебютирует в пери- и постменопаузальном периоде [5].

Среди всех клинических форм П 2 типа основные диагностические сложности связаны с ладонно-подошвенным П у женщин в пери- и постменопаузальном периоде. Это обусловлено тем, что клинические проявления этой формы дерматоза имеют ряд сходств с таковыми при тилотической (роговой) экземе и кератодермии климактерической (Хакстхаузена).

Различают 3 клинические формы ладонно-подошвенного псориаза:

- типичная папулезно-бляшечная;
- роговая или так называемые "псориатические мозоли";
- везикуло-пустулезная [6]

При типичной форме ладонно-подошвенного псориаза высыпания могут быть изолированными, а могут сопровождаться высыпаниями на других участках кожного покрова, обычно располагаются симметрично, имеют четкие границы, представлены плотными, плоскими (почти не выступают над уровнем кожи) эритематозно-сквамозными папулами, размерами от лентикулярных до бляшек, покрытыми обильными, трудноотделяемыми серебристо-белыми чешуйками, псориатические

феномены вызываются с трудом. Зачастую высыпания при этой разновидности дерматоза распространяются на тыльные поверхности ладоней и подошв, где представляется возможным получить псориатическую триаду. Выраженная инфильтрация и кератоз приводят к глубоким, болезненным трещинам [6,7].

Роговая форма ладонно-подошвенного псориаза клинически проявляется округлыми, желтоватого цвета гиперкератотическими папулами, имитирующими омозолелости («псориатические мозоли») размерами от лентикулярных до крупных бляшек. Характерны четкие границы очагов. При слиянии "роговых" папул в очаги, захватывающие всю поверхность ладоней или подошв, возникает клиническая картина, сходная с кератодермией [7].

При везикуло-пустулезной форме ладонно-подошвенного псориаза (тип Барбера) на гиперемизированных участках ладоней (в области тенара и гипотенара) и подошв появляются поверхностные пустулы 2-5 мм в диаметре, окаймленные ярко-красным, резко очерченным венчиком. Некоторые сливаются, образуя «гнойные озера». Содержимое пустул всегда стерильно. Одновременно присутствуют элементы сыпи на разных стадиях развития: не вскрываясь, пустулы постепенно подсыхают с образованием коричневых корок, другие появляются им на смену. Кончики пальцев обычно не поражены. Процесс локализуется как унилатерально, так и симметрично [7,8].

Целый ряд дерматозов, возникающих у пациенток данных возрастных групп, имеет свои клинические особенности. При тилотической (роговой экземе) процесс ограничен областью ладоней и подошв, имеет нечеткие границы, представлен очагами гиперкератоза в виде омозолелостей, глубокими, болезненными трещинами. В острой стадии проявляется везикулами с серозным содержимым на гиперемизированном основании, выраженным мокнутием, трещинами. Эритематозная стадия выражена незначительно из-за утолщенного рогового слоя, который гиперплазируется с образованием участков гиперкератоза в виде омозолелостей [9].

Кератодермия Хакстхаузена (гипоэстрогенный кератодерматит ладоней и подошв, кератодермия климактерическая) наблюдается у женщин в возрасте 45-55 лет. Заболевание является фрагментом климактерического синдрома. Клинически проявляется симметричным очаговым или диффузным утолщением рогового слоя кожи ладоней и подошв. Кожа становится сухой, появляются болезненные трещины. Везикуляция, мокнутие и другие проявления экземы отсутствуют.

Нередко больные жалуются на зуд. Течение волнообразное, с относительными ремиссиями и обострениями [10].

Клинически зачастую сложно дифференцировать типичную и роговую формы ладонно-подошвенного псориаза от тилотической экземы или кератодермии. Нередко пациентки годами наблюдаются с диагнозом тилотическая экзема и получают соответствующую терапию (антигистаминные препараты, витамины, топические глюкокортикостероиды, эмоленды и т.д.), дающие лишь временный эффект.

Представляется интересным описать 2 клинических случая ладонно-подошвенного псориаза из нашей практики. Диагностика П осуществлялась на основании клинических проявлений в сочетании с гистологическим исследованием кожи, которое проводилось под местной анестезией (0,5 мл 2% раствора лидокаина) с использованием панч - биопсии из пораженного участка.

Пациентка Н., 51 год. Со слов пациентки, дебют заболевания в 48 лет, высыпания изначально локализовались изолированно на подошвенной поверхности стоп, сопровождались болезненными трещинами. В течение трех лет наблюдалась у дерматовенеролога по месту жительства с диагнозом: «Тилотическая экзема». Получала инъекции глюконата кальция, антигистаминные препараты, витамины. Наружно – кортикостероидные мази с салициловой кислотой, эмоленды. Терапия давала временный, нестойкий эффект.

В июне 2013 года обратилась в консультативную поликлинику РостГМУ. После оценки клинической картины (рис.1) было проведено гистологическое исследование.

В гистологическом срезе обнаружены участки гиперкератоза, единичные микроабсцессы Мунро в роговом слое, умеренно - выраженный акантоз с псориазиформным типом гиперплазии эпидермиса, экзоцитоз, сосочки дермы местами отечны, капилляры извиты и расширены, периваскулярные умеренно выраженные гистиолимфоцитарные инфильтраты с примесью нейтрофилов (рис.2).

Учитывая клинические проявления и данные гистологического исследования, пациентке был поставлен диагноз: ладонно-подошвенный псориаз.

После консультации гинеколога исследования крови на половые гормоны (Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) - 61,3 мМЕ/мл; Лютеинизирующий гормон (ЛГ) - 42,5 мМЕ/мл; Пролактин - 213,5 мМЕ/л; Эстрадиол - 11,2 пг/мл; Прогестерон - <0,5 нмоль/л; Тестостерон - 1,12



Рис.1. Пациентка Н., 51 год. Ладонно-подошвенный псориаз

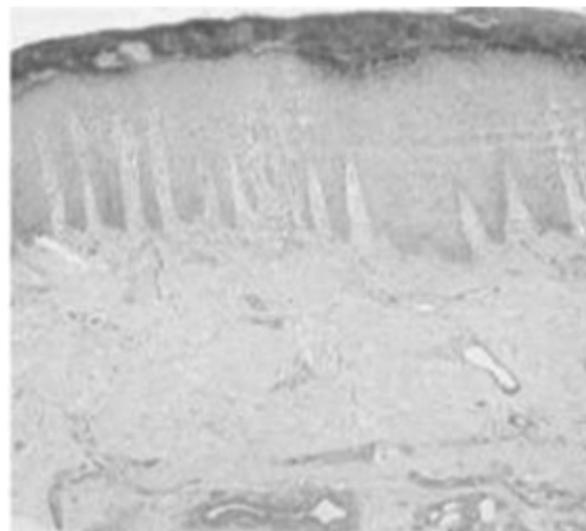
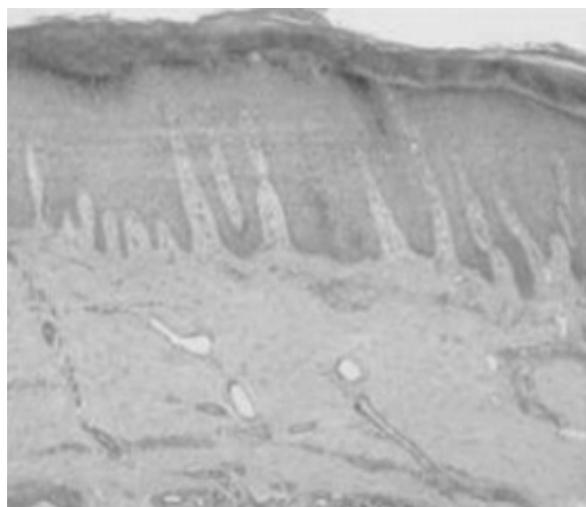


Рис. 2. Гистология пациентки Н., 51 год

нг/мл; ЛГ/ФСГ - 0,69), было принято решение о включении в состав комплексной терапии псориаза менопаузальной гормональной терапии (МГТ).

В результате комплексной терапии клинические проявления П регрессировали, наблю-

далась стойкая ремиссия в течение семи месяцев.

Пациентка А., 49 лет. Со слов пациентки, впервые высыпания появились на ладонной поверхности кистей в 45 лет, со временем аналогичные высыпания появились на подошвенной поверхности стоп, периодически возникали глубокие болезненные трещины, значительно ухудшавшие качество жизни (рис.3).



Рис. 3. Пациентка А., 49 лет. Ладонно-подошвенный псориаз

Наблюдалась с диагнозами: «Климактерическая кератодермия» и «Экзема роговая». Проходила неоднократные курсы терапии, включавшие тиосульфат натрия, витамины А, Е, антигистаминные препараты, длительное время применяла топические глюкокортикостероиды, смягчающие, увлажняющие средства. Стойкого положительного эффекта достигнуто не было. В августе 2013 года обратилась в консультативную поликлинику РостГМУ.

В результате проведенного гистологического исследования, было выявлено: очаги массивного гиперкератоза, участипаракератоза, умеренного акантоза, участки вакуольной дистрофии шиповатых клеток, утолщение стенок сосудов в верхних отделах дермы, слабо выраженные периваскулярныегистиолимфоцитарные инфильтраты с нейтрофилами (рис. 4).

На основании данных анамнеза, клинической картины и результатов гистологического был поставлен диагноз: ладонно-подошвенный псориаз.

После оценки гормонального фона (ФСГ – 54,9 мМе/мл; ЛГ – 41,1 мМе/мл; Пролактин – 414,5 мМе/л; Эстрадиол – 13,4 пг/мл; Прогестерон – 0,27 нмоль/л; Тестостерон – 0,23 нг/мл; ЛГ/ФСГ – 0,75) и консультации гинеколога, в состав комплексной терапии псориаза была включена МГТ. Стойкая ремиссия наблюдалась в течение шести месяцев.

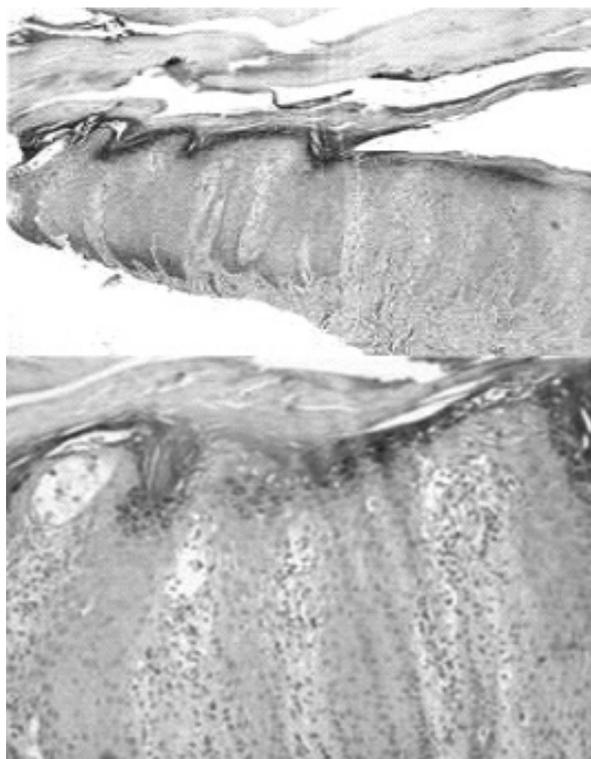


Рис. 4 Гистология пациентки А., 49 лет. Ладонно-подошвенный псориаз

Лечение П у данных пациенток проводилось в течение 3-х месяцев. Базисная терапия включала: гаммаглутамилтриптофан 0,1% в форме назального спрея по 0,5 мл в каждый носовой ход-7 дней, 3 курса с интервалом 2 дня; наружно - крем кальципотриол 50 мкг/г 2 раза в день -1 месяц, затем – 1 раз в день – 2 месяца. В качестве МГТ применяли комбинированный эстроген-гестагенный препарат (дроспиренон 3 мг+ этинилэстрадиол 20 мкг) по 1 таблетке в день – 3 месяца. Динамическое наблюдение за пациентками продолжается.

Таким образом, в связи с наличием клинически сходных дерматозов, таких как кератодермияХакстхаузена и тилотическая экзема, также возникающих у пациенток в пери- и постменопаузальном периоде, при диагностике ладонно-подошвенного П у пациенток данных возрастных периодов целесообразно осуществление гистологического исследования кожи, определение уровня половых гормонов и совместное наблюдение с гинекологом, что помогает установить правильный диагноз, назначить адекватную терапию, включающую МГТ, и добиться стойкого положительного эффекта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клиническая дерматовенерология: Руководство в 2 томах. Под ред. Ю.К. Скрипкина,

Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т.II, гл. 8. С.212.

2. Европейское Руководство по лечению дерматологических болезней / под ред. А. Д. Кацамба, Т.М. Лотти; пер. с англ. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс - информ, 2014.- С. 392.

3. Филиппов О.С., Шапранова Э.Д., Шапранова И.М., Камленок Н.В. Состояние репродуктивной функции женщин страдающих псориазом. Российский Вестник акушера-гинеколога, 2006; 4: 27-29.

4. Шульман А.Я. Генетические аспекты проблемы псориаза // Российский журнал кожных и венерологических болезней, 2006; 5: 37-38.

5. Третьякова Н.Н. Дифференциальная диагностика и принципы терапии ладонно-подошвенных форм псориаза. Клиническая лекция. Клиническая дерматология и венерология, 2010; 5: 98-104.

6. Псориаз. Под ред. С.И. Довжанского. Саратов: Саратовский Университет 1976.- С. 141-142.

7. Кожные и венерические болезни. Пособие к курсу практических занятий. Под ред. Е.В. Соколовского. - СПб: Фолиант, 2006.- С. 231-232.

8. Вульф К., Джонсон Р., Сюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фицпатрику. Пер с англ. М: Практика, 2007. - С.108.

9. Родионов А.Н. Кожные и венерические заболевания. Полное руководство для врачей // Наука и техника, 2012. – С.257-259.

10. Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Клиническая дерматология: редкие и атипичные дерматозы. Ереван: Айастан, 1989.- С.194-196.

Нефедьева Ю. В., Зиганшин О. Р.

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра дерматовенерологии ГБОУ ВПО Южно-Уральского государственного медицинского университета Минздрава России, 454048 Челябинск, Воровского, 64

Нефедьева Ю.В. - к.м.н. ассистент кафедры дерматовенерологии.

Зиганшин О.Р. - д.м.н. заведующий кафедрой дерматовенерологии.

E-mail: women200681@mail.ru

Телефон/факс: 8 (965) 853-86-43

Абстракт: В работе установлен характер иммунных нарушений на системном и локальном уровнях у женщин с хронической гонококковой инфекцией.

Ключевые слова: Гонококковая инфекция, иммунные нарушения.

Keywords: gonococcal infection, immune disturbances.

ВВЕДЕНИЕ

В Российской Федерации гонококковая инфекция остается социально значимой инфекцией, что обусловлено ее распространением и неблагоприятным влиянием на репродуктивное здоровье населения [1].

Заболеваемость гонококковой инфекцией в Челябинской области в 2014 г. составила 22,8 случаев на 100 000 населения, что на 25,6% ниже, чем в 2013 г. (28,1 случаев на 100 000 населения) [2].

Инвазия гонококков сопровождается как гуморальной, так и клеточной иммунными реакциями. При этом мишенью для иммунных воздействий служат поверхностные молекулы N. gonorrhoeae, в первую очередь пили. Длительное течение гонококковой инфекции способствует развитию вторичного иммунодефицита, преимущественно выражающегося в нарушении системного и местного иммунитета [3, 4].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление наиболее информативных иммунологических показателей периферической крови и цервикальной слизи у женщин с хронической гонококковой инфекцией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На клинической базе Южно-Уральского государственного медицинского университета – Челябинском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере проведено краткосрочное, проспективное, рандомизированное исследование у 90 женщин от 18 до 45 лет (средний возраст $26,27 \pm 0,13$), больных гонококковой инфекцией нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез. Для диагностики заболевания и доказательства эрадикации гонококков применяли бактериоскопический и бактериологический методы (микроскопия препарата, окрашенного по Граму, культуральное исследование). Контрольную группу составили 30 здоровых женщин без урогенитальных инфекций. Основными критериями включения в исследование явились: возраст от 18 до 45 лет; наличие гонорейного эндоцервицита и уретрита без абсцедирования парауретральных и придаточных желез А 54.0 (МКБ 10), подтвержденных клиническими и лабораторными данными.

Критерии исключения из исследования: женщины с соматической патологией, с другими инфекциями, передаваемыми половым путем, больные, использовавшие иммунопрепараты или антибактериальные препараты в течение последних шести месяцев, участвующие в других испытаниях.

Всем пациенткам проводилось иммунологическое обследование. Для оценки антимикробной защиты репродуктивного тракта женщин материалом для исследования была цервикальная слизь. В цервикальной слизи оценивали общее количество лейкоцитов, абсолютное и относительное содержание жизнеспособных клеток в 1 л секрета. Поскольку нейтрофилы являлись доминирующими клетками в этих секретах, проводился углубленный анализ их функциональной активности.

В периферической крови определялся уровень различных субпопуляций лимфоцитов,

активность, интенсивность фагоцитоза, НСТ-тест, иммуноглобулины А, М, G, цитокины.

Для выявления (определения) наиболее информативных иммунологических показателей периферической крови и цервикальной слизи у женщин с хронической гонококковой инфекцией, использован один из методов многомерного статистического анализа – дискриминантный анализ.

Для построения математической модели были использованы следующие показатели: общее количество лейкоцитов, количество палочкоядерных нейтрофилов, сегментоядерных Нф, моноцитов, абсолютное и относительное количество лимфоцитов и их субпопуляций, функциональная активность нейтрофилов, концентрации Ig A, Ig M, Ig G, компонентов комплемента, ЦИК, цитокины и другие показатели в сыворотке крови; количество лейкоцитов секрета, жизнеспособность нейтрофилов, фагоцитоз нейтрофилов, НСТ-тест спонтанный и индуцированный, цитокины и другие показатели в цервикальном секрете; характер выделений (гнойные, слизисто-гнойные, слизистые), жалобы пациенток, которые были получены при обследовании каждой больной. Всего для построения математической модели использовано 75 показателей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пошаговый метод дискриминантного анализа выявил 12 наиболее информативных показателей: палочкоядерные нейтрофилы, CD8+ лимфоциты, CD20+ лимфоциты, HLA DR лимфоциты, интенсивность фагоцитоза ней-

трофилов, НСТ спонтанный индекс, общий Ig M, С3 компонент комплемента, РАИЛ-1 периферической крови; НСТ-тест спонтанный Нф интенсивный цервикальной слизи, количество лейкоцитов во влагалище, гнойные выделения. Именно эти показатели были включены в математическую модель.

Результатом дискриминантного анализа явились:

1. Дискриминирующая функция вида:

$$F(x) = -23,36 + 0,499 \times \text{количество CD20 лимфоцитов} - 0,109 \text{ HLADR} + 4,972 \times \text{интенсивность фагоцитоза нейтрофилов} + 12,009 \times \text{НСТ спонтанный индекс} - 9,012 \times \text{общий Ig M} + 4,286 \times \text{С3 компонент комплемента} + 89,405 \text{ РАИЛ-1} - 14,379 \times \text{НСТ-тест спонтанный НФ интенсивный цервикальный слизи} - 0,08 \times \text{количество лейкоцитов во влагалище} + 1,487 \times \text{выделения гнойные}.$$

2. Разделение числовой оси на две области (здоровые и больные) с указанием центров этих областей.

Коэффициенты дискриминирующей функции приведены в таблице 1, координаты центров распределений для групп в таблице 2.

Цель дальнейшей программной обработки результатов заключалась в вычислении параметров дискриминантной функции, определяющей работоспособность модели. Для изучаемой группы женщин полученное значение лямбда-Уилкса составило 0,152, при уровне значимости $p < 0,001$.

В данной модели процент правильно классифицированных случаев составил 97,8% (таблица 3).

Таблица 1. Весовые коэффициенты классифицирующих функций у обследуемых женщин

Исследуемые показатели	Коэффициенты классифицирующих функций
Палочкоядерные Нф	0,499
CD8 лимфоциты	-
CD20 лимфоциты	0,265
HLADR лимфоциты	-
Интенсивность фагоцитоза нейтрофилов	4,972
НСТ спонтанный индекс	12,009
Общий IgM	-
С3 компонент комплемента	4,286
РАИЛ-1	89,405
НСТ-тест спонтанный интенсивный цервикальной слизи	-
Количество лейкоцитов во влагалище	-
Выделения гнойные	1,487
Constant	-

Таблица 2. Функции в центроидах групп

Группы	Функция
Больные хронической гонококковой инфекцией	2,323
Здоровые женщины	-

Таблица 3. Результаты валидации модели

Диагноз	Количество обследуемых женщин	Правильно классифицируемые случаи	Неправильно классифицируемые случаи
Гонорейный эндоцервицит (группа беталейкина)	30	30 (100%)	0 (0%)
Гонорейный эндоцервицит (группа бестима)	30	29 (96,7%)	1 (3,3%)
Гонорейный эндоцервицит (группа гоновакцины)	30	29 (96,7%)	1 (3,3%)
Всего	90	88 (97,8%)	2 (2,2%)

ВЫВОД

Таким образом, наиболее информативными показателями, свидетельствующими о нарушениях в иммунной системе у женщин с хронической гонококковой инфекцией, являются общее количество Нф, CD8+, CD20+, HLADR лимфоцитов, интенсивность фагоцитоза нейтрофилов, индекс НСТ спонтанного, содержание Ig M, С3 компонента комплемента, РАИЛ-1 в периферической крови; НСТ-тест спонтанный Нф в цервикальной слизи, количество лейкоцитов во влагалище, гнойные выделения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Безпалько Ю. В. Бестим и Беталейкин в комплексной терапии хронической гонококковой инфекции мочеполовых органов у женщин / Ю.В. Безпалько, О.Р. Зиганшин, В.Л. Рышков, А.А. Колобов, А.С. Симбирцев // Цитокины и воспаление. – 2008. – Т. 7, № 4. – С. 58-62.
2. Нефедьева Ю.В. Иммунокорректирующая терапия хронической гонококковой инфекции у женщин / Ю.В. Нефедьева, О.Р. Зиганшин, И.И. Долгушин, О.А. Гизингер // Южно-Уральский медицинский журнал. – 2014. -- № 4. – С. 24-29.
3. Нефедьева Ю.В. Иммуномониторинг терапии хронической гонококковой инфекции

у женщин / Ю.В. Нефедьева, О.Р. Зиганшин // Российский иммунологический журнал. – 2014. – Том 8 (17). – № 3. – С. 835-838.

4. Летяева О.И. Использование иммунотропных эффектов ультразвуковой кавитации в терапии воспалительных заболеваний урогенитального тракта / О.И. Летяева, О.А. Гизингер, И.В. Семенова, Ю.А. Семенов, Ю.В. Нефедьева // Российский иммунологический журнал. – 2014. – Том 8 (17). – № 3. – С. 662-664.Ц

ЮДИНА М.М.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ШАМПУНЯ, СОДЕРЖАЩИЙ 1.5% ЦИКЛОПИРОКСАМИН И 1% ПИРИТИОН ЦИНКА, ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

Европейский Медицинский Центр, г. Москва

Юдина М.М. врач дерматовенеролог, к.м.н.,
Европейский Медицинский Центр, г. Москва

РЕЗЮМЕ

Циклопироксамин и пиритион цинка относят к эффективным противогрибковым средствам, используемым для лечения себорейного дерматита (СД). Данное исследование было проведено для оценки клинической эффективности комбинированного шампуня, содержащего 1.5% циклопироксамин и 1% пиритион цинка, для лечения СД. В процессе исследования, в которое было включено 442 пациента с СД, была показана его высокая эффективность в отношении основных симптомов заболевания (уменьшение интенсивности эритемы на 93%, десквамации на 79%). В 94% случаев пациенты отмечали уменьшение субъективных ощущений (зуда). В исследовании показана хорошая переносимость шампуня, а также высокая удовлетворенность эффектом терапии как среди пациентов, так и среди врачей, проводивших лечение.

Ключевые слова: себорейный дерматит, циклопироксамин, пиритион цинка, *Malassezia*

Keywords: seborrheic dermatitis, ciclopiroxamine, pyrithione zink, *Malassezia*.

ВВЕДЕНИЕ

Себорейный дерматит (СД) представляет собой хроническое воспалительное заболевание кожи, распространенность которого в среднем составляет 3-5% среди населения земного шара [4, 5]. Как правило, мужчины страдают СД чаще, чем женщины (М>F, 2:1). Согласно современным представлениям, перхоть относят к легкой невоспалительной форме СД [4].

Клинические проявления СД включают эритематозные пятна и бляшки с шелушением на поверхности на участках с наибольшей концентрацией сальных желез: в области волосистой части головы, лица (брови, носогубные складки, перианальная область) и наружных

слуховые проходов, а также грудной клетки, в некоторых случаях паховой и аногенитальной областей и складок под молочными железами. Зуд является необязательным, но достаточно частым симптомом при СД [18].

Предположение о том, что причиной перхоти и СД могут являться грибы, впервые высказал французский микробиолог Л.Ш.Малассез еще в начале 20-го века, когда обнаружил дрожжеподобное вещество в чешуйках при СД (L.Malassez, 1842-1909). Позже выделенные грибы были отнесены к несовершенным дрожжеподобным базидиомицетам рода *Malassezia*. Как правило, их обнаруживают в средних и поверхностных отделах рогового слоя, между роговыми чешуйками и в волосяных фолликулах [9]. Наиболее часто при СД отмечается повышенный рост *M. restricta* and *M.globosa* [3,16]. В многочисленных исследованиях была показана их ключевая роль в развитии СД; кроме этого, была также подтверждена эффективность применения местных противогрибковых средств, в т.ч. циклопироксамина, для лечения СД [2, 10, 15].

Циклопироксамин является неимидазольным противогрибковым средством широко спектра действия, обладающим фунгистатическим и фунгицидным действием. Кроме этого, вещество оказывает также определенный противовоспалительный эффект за счет ингибирования синтеза простагландинов и лейкотриенов [6, 12]. Наибольшая эффективность циклопироксамина отмечается в концентрации 1-1.5% [1, 7, 14], а также при сочетанном использовании с веществом пиритион цинка, который, как известно, обладает кератолитическим и также противогрибковым действием [8, 17].

Комбинированный препарат, содержащий 1.5% циклопироксамин и 1% пиритион цинка, был первоначально исследован *in vitro* в отношении *M. globosa* и *M. restricta* и показал за счет синергического действия большую эффективность по сравнению с 2% кетоконазолом [11, 13].

Целью данного исследования стало подтверждение результатов ранее проведенных

исследований и оценка клинической эффективности использования комбинированного шампуня, содержащего 1.5% циклопироксамин и 1% пиритион цинка, для лечения СД. Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи: оценить проводимую терапию по параметрам эффективности, безопасности (отсутствия или минимальных проявлений побочных действий), результативности, удовлетворенности проводимым лечением, а также оценить влияние терапии на качество жизни пациентов с СД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование всего включено 442 пациентов с СД (239 мужчин и 203 женщины) в возрасте от 18 до 76 лет, применявших по рекомендации лечащего врача шампунь, содержащий 1.5% циклопироксамин и 1% пиритион цинка (Kelual DS, DUCRAY, Pierre-Fabre, Франция). В исследовании принимали участие 60 врачей из различных регионов и городов России (в т.ч. г.Москва, г.Санкт-Петербург, г. Екатеринбург, г.Челябинск, г. Уфа, г.Самара, г. Казань, г.Нижний Новгород, г.Новосибирск, г. Красноярск и др.).

На первичной консультации проводился сбор анамнеза в отношении ранее проведенного лечения, а также клинический осмотр с оценкой основных симптомов СД (в т.ч. интенсивности эритемы, десквамации и зуда).

Шампунь Kelual DS назначался на срок 3 нед. с частотой использования 2 раза в неделю и количеством двух аппликаций за одно мытье. Время воздействия активных компонентов во время второй аппликации шампуня составляло не менее 5 минут.

В процессе исследования для каждого пациента заполнялся формуляр (см. приложение 1). Оценка эффективности терапии проводилась лечащим врачом и пациентом в период 3-4 нед. от начала исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Средний возраст мужчин, принявших участие в исследовании, составил 35 лет, женщин - 31 год. До назначения основного лечения препаратом Kelual DS шампунь более половины пациентов (59%) использовали шампуня против перхоти без назначения врача, при этом 85% из них отмечали низкую эффективность используемых шампуней против перхоти. Менее половины пациентов (41%) пользовались шампунями против перхоти, назначенные врачом, и 67% из них отмечали среднюю и высокую эффективность использу-

емых шампуней против перхоти.

На момент первичного осмотра у 66% пациентов проявления СД определялись только на коже волосистой части головы, в 34 % очаги поражения наблюдались и на других участках кожи – наиболее часто в области бровей и крыльев носа.

После проведенного курса лечения у большинства пациентов (93%) по оценке лечащего врача отмечалась выраженная положительная динамика в отношении интенсивности эритемы и десквамации (уменьшение на 93% и 79% соответственно). В 94% случаев пациенты отмечали уменьшение субъективных ощущений. Интенсивность зуда в процессе лечения снижалась в среднем с 1.9 балла до 0.3 балла по 3-х бальной шкале.

В 98% нежелательные явления после применения шампуня Kelual DS отсутствовали. У 2% пациентов побочные реакции проявлялись в виде сухости кожи головы, ощущения дискомфорта и покалывания и имели умеренный характер.

Удовлетворенность эффектом шампуня Kelual DS в целом составила 98% среди пациентов и 99% среди врачей, наблюдавших пациентов. Более 2/3 пациентов (78%) применяют шампунь Kelual DS в качестве поддерживающего лечения по настоящее время.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование подтвердило клиническую эффективность шампуня, содержащего 1.5% циклопироксамин и 1% пиритион цинка, для лечения СД. Шампунь Kelual DS (DUCRAY, Pierre-Fabre, Франция) показал высокую безопасность и результативность. Удовлетворенность проведенным лечением составила свыше 98%. Высокая степень удовлетворенности терапией подтверждается также тем фактом, что большая часть пациентов (78%) продолжили использовать шампунь после окончания исследования.

В целом, комбинированный шампунь, содержащий 1.5% циклопироксамин и 1% пиритион цинка, можно рекомендовать как эффективное и безопасное средство для лечения СД.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Altmeyer P, Hoffmann K, Loprox Shampoo Dosing Concentration Study Group. Efficacy of different concentrations of ciclopirox shampoo for the treatment of seborrheic dermatitis of the scalp: results of a randomized, double-blind, vehicle-controlled trial. Int J Dermatol 2004; 43 (Suppl 1): 9-12.

2. Ford GP, Farr PM, Ive FA, Shuster S. The response of seborrhoeic dermatitis to ketoconazole. *Br J Dermatol* 1984; 111: 603-7.
3. Gemmer CM, De Angelis YM, Theelen B et al. Fast, non-invasive method for molecular detection and differentiation of *Malassezia* yeast species on human skin and application of the method to dandruff microbiology. *J Clin Microbiol* 2002; 40: 3350-3357.
4. Gupta AK, Madzia SE, Batra R. Etiology and management of Seborrheic dermatitis. *Dermatology* 2004; 208: 89-93.
5. Johnson M-L, Roberts J. Prevalence of dermatological diseases among persons 1-74 years of age: United States. Advance data report No. 4. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1977.
6. Lassus A, Nolting KS, Savopoulos C. Comparison of ciclopirox olamine 1% cream with ciclopirox 1%-hydrocortisone acetate 1% cream in the treatment of inflamed superficial mycoses. *Clin Ther* 1988; 10: 594-9.
7. Lee JH, Lee HS, Eun HC, Cho KH. Successful treatment of dandruff with 1.5% ciclopirox olamine shampoo in Korea. *J Dermatolog Treat* 2003; 14: 212-5.
8. McGinley KJ, Leyden JJ. Antifungal activity of dermatological shampoos. *Arch Dermatol Res* 1982; 272: 339-42.
9. Mittag H. Fine structural investigation of *Malassezia furfur*. Size and shape of the yeasts cells and consideration of their ploidy. *Mycoses*-1994. Vol 37, N 11-12. P. 393-394.
10. Ortonne JP, Lacour JP, Vitetta A, Le Fichoux Y. Comparative study of ketoconazole 2% foaming gel and betamethasone dipropionate 0.05% lotion in the treatment of seborrhoeic dermatitis in adults. *Dermatology* 1992; 184: 275-80.
11. Roques C., Brousse S., Panizzutti C. In vitro antifungal efficacy of ciclopiroxolamine alone and associated with zinc pyrithione compared to ketoconazole against *Malassezia globosa* and *Malassezia restricta* reference strains. *Am Acad Dermatol* 1990; 22: 993-8.
12. Rosen T, Schell BJ, Orengo I. Anti-inflammatory activity of antifungal preparations. *Int J Dermatol* 1997; 36: 788-92.
13. Saple DG, Ravichandran G, Desai A. Evaluation of safety and efficacy of ketoconazole 2% and zinc pyrithione 1% shampoo in patients with moderate to severe dandruff – a postmarketing study. *J Indian Med Assoc* 2000; 98: 810-811.
14. Shuster S, Meynadier J, Kerl H, Nolting S. Treatment and prophylaxis of seborrheic dermatitis of the scalp with antipityrosporal 1% ciclopirox shampoo. *Arch Dermatol* 2005; 141: 47-52.
15. Shuttleworth D, Squire RA, Boorman GC, Goode K. Comparative clinical efficacy of shampoos containing ciclopirox olamine (1.5%) or ketoconazole (2%; Nizoral®) for the control of dandruff/seborrhoeic dermatitis. *J Dermatolog Treat* 1998; 9: 157-62.
16. Sugita T, Suto H, Unno T et al. Molecular analysis of molecular microflora on the skin of atopic dermatitis patients and healthy subjects. *J Clin Microbiol* 2001; 39: 3486-3490.10.
17. Van Cutsem J, Van Gerven F, Franssen J, Schrooten P, Janssen PA. The in vitro antifungal activity of ketoconazole, zinc pyrithione, and selenium sulfide against *Pityrosporum* and their efficacy as a shampoo in the treatment of experimental pityrosporiasis in guinea pigs. *J Am Acad Dermatol*. 1990 Jun; 22(6 Pt 1):993-8.
18. Viodé C, Lejeune O, Turlier V, Rouquier A, Casas C, Mengeaud V, Redouls D, Schmitt AM. Cathepsin S, a new pruritus biomarker in clinical dandruff/seborrhoeic dermatitis evaluation. *Exp Dermatol*. 2014 Apr;23(4):274-5.

О.А. ГИЗИНГЕР, Ю.С. ШИШКОВА, А.Д. ЛИПСКАЯ, О.Р. ЗИГАНШИН,
П.Ю. ЧЕРНОВОЛ, Ю.В. КУДРЕВИЧ, О.И. ЛЕТЯЕВА

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ КОЖИ ЛИЦА У ЖЕНЩИН ДО И ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ ИНВАЗИВНОЙ БИОРЕВИТАЛИЗАЦИИ

Южно-Уральский государственный медицинский университет,
кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии и клинической
лабораторной диагностики, кафедра дерматовенерологии. г. Челябинск,
Россия Минздрава России

Гизингер О.А. — д.б.н. профессор кафедры микробиологии, вирусологии, иммунологии и клинической лабораторной диагностики.

Шिशкова Ю.С. — д.м.н. профессор кафедры микробиологии, вирусологии, иммунологии и клинической лабораторной диагностики.

Липская А.Д. — старший лаборант кафедры микробиологии, вирусологии, иммунологии и клинической лабораторной диагностики.

Зиганшин О.Р. — д.м.н. заведующий кафедры дерматовенерологии.

Черновол П.Ю. — студентка 3 курса ЮУГМУ.

Кудревич Ю.В. — к.м.н. доцент кафедры дерматовенерологии.

Летяева О.И. — д.м.н. профессор кафедры дерматовенерологии.

Автор, ответственный за переписку:

Гизингер Оксана Анатольевна

E-mail: ogizinger@gmail.com

Телефон/факс: 8 (904) 811-05-62

РЕЗЮМЕ

Важное значение популяции стафилококков в поддержании экосистемы кожных покровов, в этиологии и патогенезе возможных осложнений после процедуры инвазивной биоревитализации кожи лица делают необходимым проведение микробиологических исследований при проведении инвазивных косметологических процедур. Проведено клиническое и микробиологическое исследование качественного состава и количества бактерий семейства Staphilococcaceae, выделенных с кожи лица 15 пациенток, до и после процедуры инвазивной биоревитализации препаратом «RestylaneVital». Результаты исследований выявили достоверные изменения качественного состава и количества бактерий семейства Staphilococcaceae в биотопе кожных покровов лица до и после процедуры инвазивной биоревитализации на фоне выраженных позитивных клинических изменений состояний кожи лица у 82,3% пациенток: уве-

личение упругости кожи -70,5%, уменьшение более глубоких складок -52,9% пациенток.

Ключевые слова: стафилококки, кожа, биоревитализация, гиалуроновая кислота

Keywords: Staphilococc, skin, biorevitalization, hyaluronic acid.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Биоревитализация – один из методов профилактики и коррекции косметических недостатков кожи путем насыщения её глубоких слоев гиалуроновой кислотой. В современной косметологии биоревитализация – метод подкожного инъекционного введения препаратов на основе немодифицированной высокомолекулярной гиалуроновой кислоты. Основной целью данной методики является пополнение водного резерва тканей, воссоздание в коже естественных условий для функционирования клеток и активизации механизма ауторегуляции синтеза эндогенной гиалуроновой кислоты и других компонентов внеклеточного матрикса дермы. Ключевыми звеньями этого метода являются: восполнение эндогенного дефицита и стимуляция синтеза гиалуроновой кислоты фибробластами, улучшение метаболических процессов в дерме. Указанные эффекты реализуются гиалуроновой кислотой благодаря физико-химическим свойствам и взаимодействию с многочисленными рецепторами фибробластов к данному компоненту: CD44, RHAMM, INHBP, ICAM, LIVE-1[2]. Взаимодействуя с данными рецепторами, гиалуроновая кислота активирует и регулирует клеточно-матриксное взаимодействие фибробласта с окружающей средой, создавая тем самым наиболее благоприятный микроклимат для фибробласта. Таким образом, происходит опосредованная стимуляция синтетической деятельности фибробласта. Состояние и функция основных внеклеточных компонентов соединительной ткани, коллагеновых, эластических

и ретикулярных волокон и межклеточного матрикса зависят от функциональной активности фибробластов. Кроме того фибробласты кожи синтезируют и выделяют в окружающую среду большое количество биологически активных веществ, среди которых можно выделить различные факторы роста (EGF, FGF, TGF, KGF), компоненты внеклеточного матрикса (ГАГ, ГК, хондроитин сульфат) и ферменты [1]. Обладая высокой гигроскопичностью, ГК во многом определяет вязкоэластические свойства кожи, обеспечивая упругость тканей и создавая достаточный запас влаги, необходима для передвижения клеток [3]. Гидрофильные и гидрофобные участки цепи гиалуроновой кислоты формируют особую трехмерную сеть, которая способствует направленной диффузии веществ по межклеточным промежуткам [1, 2, 4]. Видимыми признаками биоревитализации являются: улучшение тургора кожи, разглаживание микрорельефа, выравнивание тона. Кроме того, повышается стрессоустойчивость кожи к внешним неблагоприятным воздействиям и повышается ее потенциал [5].

Процедуры биоревитализации лидируют в списке косметологических методов омоложения кожи и профилактики возрастных изменений.

На сегодняшний день представлено большое количество как монопрепаратов гиалуроновой кислоты, так и комплексных средств, содержащих в своём составе аминокислоты, микро-и/или макроэлементы, витамины. Классический курс биоревитализации включает в себя от 3 до 5 процедур подкожного введения гиалуроновой кислоты с интервалом 1-3 недели [1].

При проведении инвазивных косметологических процедур весьма актуальным вопросом является контроль возникшей воспалительной реакции, поскольку, нередко, результаты клинических исследований регистрируют повышенную частоту инфекционных осложнений, возможно связанных с увеличением количества стафилококков на поверхности кожи, вследствие нарушения факторов антиинфекционной защиты кожных покровов. Кожа человека- место обитания огромного количества микроорганизмов, большинство из которых сосредоточено на её поверхности. Стафилококки не только является наиболее представленной составляющей микробиоценоза кожи человека, но и участвует во многих патологических процессах [6]. По данным Grice E.A. с соавторами (2008) на поверхности кожи может обитать в 8 миллиардов бактерий семейства *Staphylococcus*, из расчёта 0,8 миллиона на каждый квадратный сантиметр,

поэтому любое нарушение целостности кожных покровов, в том числе и при проведении инъекционных косметологических процедур, способно изменить устоявшееся микробное равновесие, а нарушенный вследствие проведения процедуры биоревитализации эпидермальный барьер позволит бактериальным агентам проникать через кожу и реализовать свое прямое патогенное действие, а также опосредованное через антиген-презентирующие и иммунные клетки-эффекторы и даже переводить изначально благоприятное течение периода реабилитации после процедуры в возможность формирования неблагоприятного исхода, путём развития постинъекционных осложнений, тем более, что равновесие между макро- и микроорганизмом может быть нарушено как эндогенными факторами (нарушение деятельности нейроэндокринной системы, истощение механизмов адаптации организма, сопутствующая соматическая хроническая патология) [7], так и экзогенными факторами, такими как биоревитализация.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить клинические и микробиологические изменения качественного состава и количества бактерий семейства *Staphylococcus* в биотопе кожных покровов лица до и после процедуры инвазивной биоревитализации.

Материалы и методы: Работа выполнена в дизайне сравнительного открытого исследования с использованием микробиологических, и статистических методов. Степень достоверности полученных результатов определялась достаточным количеством пациентов, адекватными сертифицированными лабораторными методами исследования. От всех участников исследования было получено письменное информированное согласие в соответствии с основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан, правил проведения клинической практики в РФ», (приказ МЗ РФ № 266 от 19.07.03 г.; приказ Росздравнадзора № 2325-Пр/06 от 17.10.06 г.). В исследовании принимало участие две группы женщин в возрасте 35-45 лет. 1 группа (15 женщин) получила процедуру биоревитализации в виде интрадермальных инъекций. 2 группа (12 женщин) - препарат не вводили. Процедура биоревитализации проводилась препаратом «Restylane Vital», анестезия обеспечивалась нанесением 5% крема «ЭМЛА» («AstraZeneca»). Воздействию подвергалась кожа лица в периоральной области, введение проводилось внутрикожно справа и слева от носовых складок в равном количестве

(по 0,25 мл), с использованием техники «Сетка». Забор материала для микробиологического исследования проводили с 2 см² поверхности кожи доичерез 5 дней после завершения процедуры с помощью стерильного тампона. Посев материала производили на желточно-солевой и 5% кровяной агарполюколичественным методов «тампон-петля» в микробиологической лаборатории кафедры микробиологии, вирусологии иммунологии и клинической лабораторной диагностики ГБОУ ВПО ЮУГМУ г. Челябинска. Идентификацию стафилококков проводили с помощью коммерческих тест-систем фирмы "Лахема" (Чехия). Количественный учет плотности популяции микроорганизмов на кожных покровах проводили путем пересчета числа колониеобразующих единиц (КОЕ) на 1 см² поверхности. Статистический анализ полученных результатов осуществляли с использованием программы Statistica 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе степени удовлетворенности результатами от курса биоревитализации (в исследовании принимали участие 15 женщин, в возрастном интервале от 35 до 45 лет) основными моментами, на которые обращали внимание пациентки, явились исчезновение или уменьшение мелких морщин (удовлетворены остались 14 женщин, что составило 82,3% пациенток), увеличение упругости кожи (на это обратили внимание 12 женщин, 70,5%), уменьшение более глубоких складок (отметили 9 женщин, что составило 52,9% пациенток), немаловажным моментом для пациенток явилось то, что окружающие заметили изменения

кожи лица и шеи в лучшую сторону (об этом сказали 7 пациенток, что составило 41,1%). Меньший процент удовлетворенности пришелся на такие результаты, как выравнивание цвета лица (5 человек, 29,4%), отбеливание пигментных пятен (2 человека, 11,7%). По результатам опроса были сделаны выводы, что процедура биоревитализации кожи лица и шеи по оценкам самих пациентов приносит видимые результаты, степень удовлетворенности результатами достаточно высокая, процедура положительно воспринимается пациентками.

В результате проведенного исследования установлено, что до процедуры биоревитализации на поверхности кожных покровов периоральной зоны высевался *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) в среднем титре 101,6 КОЕ/см² и *Staphylococcus epidermidis* (*S. epidermidis*) в среднем титре 103,6 КОЕ/см², при этом отмечено преобладание *S. epidermidis* (38,69%), который выявлялся либо в виде монокультуры, либо в ассоциации с другими микроорганизмами. Ассоциация *S. aureus* и *S. epidermidis* встречалась в 2,55%.

Результаты микробиологического исследования, полученные на пятый день после процедуры биоревитализации, показали, что микрофлора была представлена *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) в среднем титре 103 КОЕ/см² и *Staphylococcus epidermidis* (*S. epidermidis*) в среднем титре 107 КОЕ/см², на этапе реабилитации после биоревитализации у пациенток уменьшилась высеваемость микроорганизмов в монокультурах в пользу ассоциаций *S. aureus* и *S. epidermidis*, которая встречалась уже в 7,99% ($p < 0,5$) (рисунок 1).

Таким образом, полученные нами ре-

Средний титр микроорганизмов до и после процедуры биоревитализации, КОЕ/см²

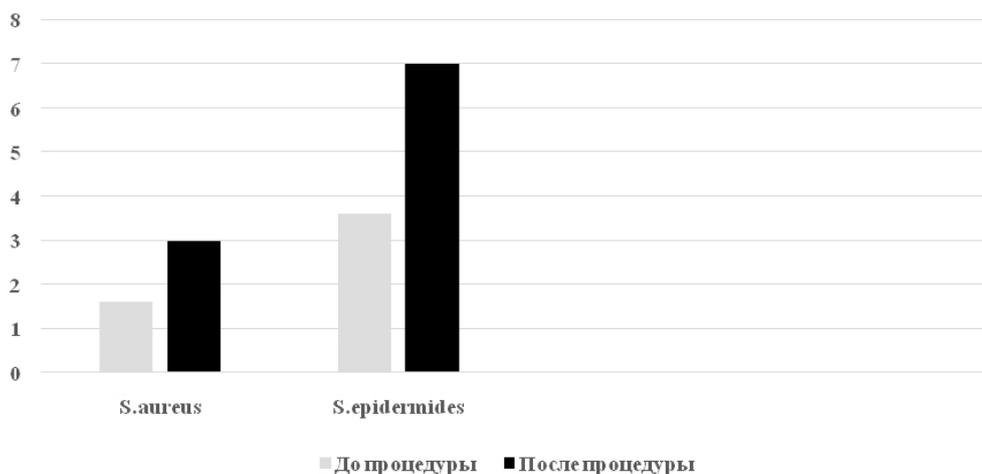


Рисунок 1 - Средний титр *S. aureus* и *S. epidermidis* на поверхности кожи лица до и после процедуры инвазивной биоревитализации

зультаты убедительно показывают, что после процедуры инвазивной биоревитализации происходит расширение видового спектра и увеличение количества стафилококков на поверхности кожи периоральной области лица. Скорее всего, это может быть связано со снижением местной защиты кожных покровов после инъекционной процедуры. Этот факт необходимо учитывать для предупреждения инфекционных осложнений косметологических процедур. Полученные результаты открывают перспективы изучения состояния факторов противоинфекционной защиты кожных покровов лица и разработки новых подходов профилактики осложнений в косметологии.

ВЫВОДЫ

1. Анализ клинической эффективности процедуры инвазивной биоревитализации показал: исчезновение или уменьшение мелких у 82,3% пациенток, увеличение упругости кожи у 70,5%, уменьшение более глубоких складок у 52,9% пациенток, выравнивание цвета лица у 29,4%, отбеливание пигментных пятен у 11,7% пациенток.

2. Поверхность кожи лица женщин колонизации микроорганизмами семейства *Staphylococcaceae*: *S. aureus* в среднем титре 101,6 КОЕ/см² и *S. epidermidis* в среднем титре 103,6 КОЕ/см².

3. После процедуры инъекционной биоревитализации количество *S. aureus* и *S. epidermidis* на поверхности кожи лица повышается в 2 раза, при этом чаще выявляются микробные ассоциации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белова О.В., Арион В.Я., Орлова В.Ф. и соавт. Иммуотропные препараты из кожи влияют на пролиферацию эпидермоидных клеток карциномы А431. Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2003; 1: 28-32.

2. Новиков Д.К., Сергеев Ю.В., Новиков П.Д. Лекарственная аллергия. М.: Национальная академия микологии; 2001.

3. Mosmann TR, Coffman RL. Heterogeneity of cytokine secretion patterns and functions of helper T cells. *Adv Immunol* 1989; 46:111-47.

4. Шарова А.А. Новая косметология. Инъекционные методы в косметологии. Косметика и медицина. 2014:480.

5. Cardona I.D. Staphylococcal enterotoxin B inhibits regulatory T-cells by inducing glucocorticoid-induced TNF receptor-related protein ligand on monocytes. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2006; 117: 688.

6. Лапатина Н.Г., Шарова А.А., Губанова И.Е. Оценка эффективности препарата нестабилизированной гиалуроновой кислоты Viscoderm 1,6 для биоревитализации кожи лица и рук. Эстетическая медицина. 2008; 7(4): 459-470.

7. Pierre A. New trends in facial rejuvenation by hyaluronic acid injections. *J. Cosmet. Dermatol.* 2008; 7(4): 251-258.

8. Jinnestål C.L, Belfrage E, Bäck O, Schmidtchen A, Sonesson A. Skin barrier impairment correlates with cutaneous *Staphylococcus aureus* colonization and sensitization to skin-associated microbial antigens in adult patients with atopic dermatitis. *Int J Dermatol.* 2014; 53(1):27-33.

9. Летяева О.И. Состояние микробиоценоза после применения иммуномодулятора Лавомакс у женщин с микоплазменной инфекцией урогенитального тракта. Материалы III Всероссийский конгресс дерматовенерологов. Тезисы научных работ; 2009:87

10. Miedzobrodzki J., Kaszycki P., Bialecka A. et al. Proteolytic activity of *Staphylococcus aureus* strains isolated from the colonized skin of patients with acute phase atopic dermatitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2002; 21:269-76.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ ДЛЯ ЖУРНАЛА «ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ»

«Южно-Уральский медицинский журнал» является регулярным печатным изданием, в нем публикуются научные работы сотрудников образовательных, научно-исследовательских медицинских учреждений. В журнал принимаются статьи, содержащие результаты научных исследований, обзоры современной научной литературы во всех областях медицины, клинические наблюдения.

1. Поступившие статьи могут быть отклонены в случае нарушения установленных правил оформления рукописей.

Принятые к рассмотрению рукописи направляются на рецензирование членам редакционной коллегии либо внешним рецензентам.

Окончательное решение о публикации статьи принимается редакционной коллегией на основании мнения рецензентов, авторы извещаются об этом заранее. Рукописи не возвращаются. Редакция не несет ответственности за достоверность собственных клинических исследований авторов статей.

Объем статьи не должен превышать 12 страниц машинописного текста (формата А4) через 1,5 интервала, включая и список литературы.

2. Материалы в редакцию представляют по электронной почте sumed74@mail.ru в текстовых файлах. Тексты печатаются четким шрифтом без переносов на одной стороне стандартного листа белой бумаги. Основной текст набирается Times New Roman Cyr, 14 – кегль, сноски набираются размером 12 – кегль тем же шрифтом. Красная строка абзаца набирается отступом в 3 символа, т.е. 0,7 см. При использовании специфических символов – шрифты должны прилагаться.

3. Титульная страница должна содержать:

- Название статьи (должно быть по возможности кратким (обычно не более 10 слов) и отражать предмет исследования;
- Фамилию и инициалы автора, место работы, должность;
- Наименование учреждения, в котором выполнена работа;
- Фамилию, имя, отчество, полный почтовый адрес и e-mail, номера телефона и факса автора, ответственного за контакты с редакцией и читателями, фамилию руководителя учреждения.

В левом верхнем углу титульного листа должна быть виза и подпись руководителя учреждения или научного руководителя, заверенная круглой печатью учреждения.

Статья должна состоять из следующих частей: Введение является началом любой статьи. Во введении автор должен отразить актуальность проблемы и состояние вопроса на момент публикации, приведя данные подобных исследований. Необходимо также

сформулировать научную гипотезу, которая будет подтверждена или опровергнута данным исследованием, четко определить объект исследования, сформулировав цель и задачи исследования. Материалы и методы – необходимо достаточно детализированное описание всех этапов исследования. В этой части следует описать исследуемую группу, указать время прохождения исследования и его характер, метод статистического анализа полученных данных. В результатах необходимо отразить, как проведенное исследование соотносится с научной гипотезой, высказанной во введении. Следует сравнить полученные результаты с таковыми в контрольной группе, проверить, все ли данные получены с помощью описанных методов, правильно статистически проанализированы. Если используются относительные величины показателей, необходимо указывать также абсолютные значения. Единицы измерений должны соответствовать Международной системе единиц. Таблицы и диаграммы должны сделать полученные результаты наглядными и понятными читателю, но не должны дублировать текст статьи. Подписи к рисункам и описание деталей на них под соответствующей нумерацией необходимо представлять на отдельной странице. Место, где в тексте должны быть помещены рисунок или таблица, отмечается на полях страницы квадратом с номером рисунка или таблицы. Обсуждение – В обсуждении следует объяснить результаты проведенной работы, как они могут быть применены на практике. В обсуждении не следует повторять содержание раздела «Результаты».

Выводы – должны кратко и точно отражать полученные результаты

Указатель литературы. В нем должны быть указаны научные статьи, использованные в работе. При отсутствии последних редакция может отказать в публикации работы. В указателе все работы (отечественные и иностранные) перечисляются в порядке их цитирования по тексту статьи, а не по алфавиту. Порядок составления списка следующий: авторы, название книги или статьи, выходные данные. В библиографическом описании книги (после ее названия) приводятся город (где она издана), после двоеточия название издательства, после точки с запятой год издания. В библиографическом описании статьи из журнала (после ее названия) приводятся сокращенное название журнала, год издания, номер отечественного журнала (для иностранных журналов номер тома, в скобках номер журнала), страницы – первая и последняя (через тире). Список литературного

обзора, как правило, должен иметь не менее 35 и не более 70 ссылок на научные статьи и книги. Резюме печатается на отдельной странице, оно должно быть структурированным: а) цель исследования; б) материалы и методы; в) результаты; г) заключение. Объем резюме должен быть не более 200–250 слов. Ключевые слова: на русском и английском языке от 3 до 6 слов

Таблицы. Каждая таблица должна иметь название и порядковый номер соответственно первому упоминанию ее в тексте. Все разъяснения, включая расшифровку аббревиатур, надо размещать в примечании к таблице в виде сносок. Рисунки могут быть выполнены в формате наиболее распространённых графических файлов JPG, TIF, EPS и CDR. Рисунки должны быть пронумерованы последовательными арабскими цифрами. В подписях к рисунку даётся его описание и объяснение всех обозначений, указанных на нём.

Подпись к каждому рисунку состоит из его названия и «легенды» (объяснения частей рисунка, символов, стрелок и других его деталей). В подписях к микрофотографиям надо указывать метод обработки материала (окраска), кратность увеличения.

Фотографии должны быть чёткими, контрастными, хорошо проработанными в деталях, выполненными на белой глянцевой бумаге. На обороте каждого рисунка или фотографии должны быть указаны фамилии авторов, название статьи, номер рисунка.

Математические формулы следует набирать отдельным абзацем при помощи редактора формул типа Microsoft Equation (входит в состав пакета MS Word). Нумеруют только те формулы и уравнения, на которые впоследствии ссылаются.

4. Статья сопровождается:

- заявлением автора (авторов) на имя гл. редактора журнала с просьбой о публикации статьи в журнале (в свободной форме);
- фотографией автора (авторов) размером 10 x 15 см (цветная или чёрно-белая), с указанием фамилии и инициалов автора (на обороте фотографии);
- служебным и домашним адресами автора (авторов) с почтовыми индексами;
- номерами телефонов (домашнего и служебного) автора (авторов).

Направляя рукопись в редакцию журнала, автор гарантирует, что данная статья не была ранее опубликована и не направлена одновременно в другое издание.

Редколлегия оставляет за собой право сокращать и редактировать статьи.

Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

5. За содержание опубликованных материалов ответственность несёт автор статьи.

6. Публикуемые материалы, сопроводительное письмо направлять по адресу: 454048, г. Челябинск, ул. Яблочкина, 24 или по e-mail: sumed74@mail.ru.