Medical Journal

16+

Лечащий Врач

Медицинский научно-практический журнал № 11 2014

Симпозиум



ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

- Демодекоз
- Сифилис
- Алопеция
- Герпес 6-го типа
- Инфекционные заболевания урогенитального тракта

Коллоквиум



ИНФЕКЦИИ. ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА

- Лихорадка Эбола
- Грипп среднетяжелого течения
- Респираторные инфекции
- Грипп А (H1N1)pdm09
- Хронический вирусный гепатит С

Страничка педиатра • Парвовирусная инфекция В19 • Иммунодепрессивная терапия детей, больных атопическим дерматитом

Актуальная тема • Растворимые кальциевые препараты второго поколения • Внебольничная пневмония • Бронхообструктивные заболевания • Подготовка кишечника к колоноскопии • Дисбиоз кишечника и состояние внутрисердечной гемодинамики у больных циррозом печени

Клиническая фармакология • Резолюция Саммита специалистов по антимикробной терапии

Клинические исследования • Перелом берцовой кости • Генитальная микст-инфекция • Лечение ОРВИ и гриппа у часто болеющих детей

ISSN 1560-5175

App Store Google play

Скачай мобильную версию

Подписные индексы по каталогам:
«Пресса России» **38300**, «Почта России» **99479**

Medical Journal
Лечащий Врач

Ноябрь 2014, № 11

Журнал входит в перечень изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией (ВАК)

Новости
News
Симпозиум
Symposium



Коллоквиум
Colloquium



Достижения, события, факты . . . 5
Achievements, developments, facts . . . 5
Демодекоз/ А. А. Кубанов, Ю. А. Галлямова, А. С. Гревцева . . . 7
Demodecosis/ A. A. Kubanov, U. A. Gallyamova, A. S. Grevtseva . . . 7
Ошибки диагностики сифилиса в практике врачей различных специальностей/ Г. И. Мавлютова, Л. А. Юсупова . . . 12
Syphilis diagnosis errors in medical practice in different specialties/ G. I. Mavlutova, L. A. Yusupova . . . 12
Применение специализированной инновационной маски в комплексном лечении алопеции/ С. В. Панюкова, И. Л. Соркина, Л. Р. Сакания, И. М. Корсунская . . . 16
Application of special innovative masque in complex alopecia treatment/ S. V. Panyukova, I. R. Sorkina, L. R. Sakania, I. M. Korsunskaya . . . 16
Герпес 6-го типа (эпидемиология, диагностика, клиника)/ Л. В. Вашура, М. С. Савенкова . . . 18
6th type herpes (epidemiology, diagnostics, clinic)/ L. V. Vashura, M. S. Savenkova . . . 18
Инфекционные заболевания урогенитального тракта у подростков и молодежи как фактор риска формирования нарушений репродуктивного здоровья (часть 1)/ Ю. Н. Кузнецова, Н. В. Зильберберг, Н. П. Евстигнеева . . . 26
Infectious diseases of the urogenital tract in adolescents and young people as a risk factor for the reproductive disorders (part 1)/ Y. N. Kuznetsova, N. V. Zilberberg, N. P. Evstigneeva . . . 26
Под стекло . . . 28
Under the glass . . . 28
Причины развития эпидемии лихорадки Эбола в Западной Африке/ М. Ю. Щелканов, N'F. Magassouba, M. Y. Boiro, В. В. Малеев . . . 30
Reasons of Ebola epedemy development in Western Africa/ M. Yu. Schelkanov, N'F. Magassouba, M. Y. Boiro, V. V. Maleev . . . 30
Клинико-лабораторная характеристика больных гриппом среднетяжелого течения, вызванным разными типами/субтипами вируса в эпидсезоны 2009–2013 гг./ Н. Д. Ющук, Н. О. Бокова, К. Р. Дудина, О. О. Знойко, И. П. Балмасова, М. Г. Кулагина . . . 37
Clinical and laboratory picture of patients with moderate influenza caused by different types/subtypes of the virus during 2009–2013/ N. D. Juschuk, N. O. Bokova, K. P. Dudina, O. O. Znoiko, I. P. Balmasova, M. G. Kulagina . . . 37
Профилактика и лечение респираторных инфекций с помошью бактериальных лизатов/ Р. С. Фассахов . . . 42
Prevention and treatment of infections with bacterial lysates/ R. S. Fassakhov . . . 42
Особенности тяжелого течения гриппа А (H1N1)pdm09 с различными исходами/ Н. Д. Ющук, Н. О. Бокова, К. Р. Дудина, О. О. Знойко, Г. Н. Кареткина, И. П. Балмасова, Е. И. Келли, Н. А. Малышев . . . 45
Features of severe influenza A (H1N1)pdm09 with different outcomes/ N. D. Juschuk, N. O. Bokova, K. P. Dudina, O. O. Znoiko, G. N. Karetkina, I. P. Balmasova, E. I. Kelly, N. A. Malyshev . . . 45
Препараты Лайфферон и Реаферон-ЕС в лечении хронического вирусного гепатита С/ Е. И. Петрова, К. И. Чуйкова, С. Н. Таргонский, О. Н. Мухина, М. Г. Шарыпова . . . 49
Medications Lifferon and Reaferon-EC in the treatment of patients with chronic virus hepatitis C/ E. I. Petrova, K. I. Chuikova, S. N. Targonsky, O. N. Mukhina, M. G. Sharypova . . . 49

Страничка педиатра
Pediatrician's page

Парвовирусная инфекция B19/ Ю. Б. Белан, М. В. Старикович 50
Parvovirus infection B19/ Yu. B. Belan, M. V. Starikovich 50
Патогенетическое обоснование и дифференцированное назначение иммунодепрессивной терапии детей, страдающих атопическим дерматитом/ Н. В. Кунгуров, Н. В. Зильберберг, Ю. В. Кениксфест, М. М. Кохан, Н. К. Лечик, Е. И. Стукова 55
Pathogenic basis for prescription of immunosuppressive therapy for children suffering from atopic dermatitis/ N. V. Kungurov, N. V. Zilberberg, Yu. V. Keniksfest, M. M. Kokhan, N. K. Lechik, E. I. Stukova 55

Актуальная тема
Topical theme

Дифференцированный подход к выбору растворимых кальциевых препаратов второго поколения/ О. А. Громова, И. Ю. Торшин, А. В. Пронин, Е. Ю. Егорова, А. Ю. Волков 60
Differentiated approach to the selection of second-generation soluble calcium preparations/ O. A. Gromova, I. Yu. Torshin, A. V. Pronin, E. Yu. Egorova, A. Yu. Volkov 60
Внебольничная пневмония/ В. И. Симаненков, Е. А. Лутаенко 66
Community-acquired pneumonia/ V. I. Simonenko, E. A. Lutaenko 66
Качественные генерики для лечения бронхообструктивных заболеваний: свет в конце тоннеля есть!/ С. К. Зырянов, Ж. А. Галеева, Ю. Б. Белоусов 72
High-quality generics for treatment of broncho-obstructive diseases: There is a light at the end of the tunnel!/ S. K. Zyryanov, Sh. A. Galeeva, Yu. B. Belousov. 72
Новые схемы подготовки кишечника к колоноскопии/ П. Л. Щербаков, А. И. Парфенов, Е. В. Албулова 75
New schemes of preparation of the intestine for colonoscopy/ P. L. Scherbakov, A. I. Parfenov, E. V. Albulova 75
Дисбиоз кишечника и состояние внутрисердечной гемодинамики у больных циррозом печени. Патогенетические связи/ Э. П. Яковенко, Е. В. Аникина, А. В. Яковенко, А. В. Ковтун, Н. А. Агафонова, А. Н. Иванов 81
Intestinal dysbiosis and condition of intracardiac hemodynamics in patients suffering from liver cirrhosis. Pathogenic connection/ E. P. Yakovenko, E. V. Anikina, A. V. Yakovenko, A. V. Kovtun, N. A. Agafonova, A. N. Ivanov 81

Клиническая фармакология
Clinical pharmacology

Резолюция Саммита специалистов по антимикробной терапии: «Меньше слов, больше дела!»/ Р. С. Козлов, Х. Т. Абдулкеримов, В. А. Багин, Л. И. Бахарева, М. К. Ермакова, Г. Р. Зарипова, Г. Г. Кетова, Н. В. Минаева, Э. А. Ортенберг, А. Д. Петрушина, О. С. Поздеева, С. А. Царькова, И. П. Шуляк, Т. А. Юшкова 85
Summit resolution for specialists in antibacterial therapy: «less conversation — more action!»/ R. S. Kozlov, H. T. Abdulkerimov, V. A. Bagin, L. I. Bakhareva, M. K. Yermakova, G. R. Zaripova, G. G. Ketova, N. V. Minaeva, E. A. Ortenberg, A. D. Petrushina, O. S. Pozdeeva, S. A. Tsarkova, I. P. Shulyak, T. A. Yushkova. 85

Клинические исследования
Clinical trials

Роль остеотропных минералов в профилактике и комплексном лечении перелома берцовой кости: результаты рандомизированного плацебо-контролируемого эксперимента/ О. А. Громова, И. Ю. Торшин, В. И. Демидов, Н. Ю. Жидоморов, А. Ю. Волков, Н. Ю. Сотникова 89
Meaning of osteotropic minerals in prevention and complex treatment of cannon-bone fracture: results of randomized placebo-controlled experiment/ O. A. Gromova, I. Yu. Torshin, V. I. Demidov, N. Yu. Zhidomorov, A. Yu. Volkov, N. Yu. Sotnikova 89
Место дезоксирибонуклеата натрия в терапии пациентов с генитальной микст-инфекцией/ Ю. Н. Перламутров, Н. И. Чернова 95
Place of sodium deoxyribonucleate in therapy of patients with genital mixed infection/ Yu. N. Perlamutrov, N. I. Chernova. 95
Лечение ОРВИ и гриппа у часто болеющих детей/ Е. П. Селькова, Т. А. Гренкова, А. С. Лапицкая, Н. Н. Гудова 100
Treatment of acute respiratory viral infections and flu in ailing children/ E. P. Selkova, T. A. Grenkova, A. S. Lapitskaya, N. N. Gudova 100

Alma mater

Последипломное образование. 104
Postgraduate education 104

110-летний юбилей



История ГБУЗ НСО Городская инфекционная клиническая больница № 1, одного из старейших лечебных учреждений Новосибирской области, тесно связана с историей города.

В октябре 1900 г. в поселке Новониколаевск был открыт сельский врачебный участок. Он обслуживал, кроме поселка, еще 20 сел и деревень на правом берегу Оби (в общей сложности с 30-тысячным населением). В самом поселке к тому времени было 20 тысяч жителей.

В 1904 г. был открыт в наемном помещении «заразный барак», предназначенный для госпитализации больных холерой. Лечением занимался один ротный фельдшер под наблюдением доктора Востокова, врачебный участок которого был сравнительно недалеко — на Гудимовской улице. С этого времени и ведет свое летоисчисление инфекционная клиническая больница, ставшая ныне крупнейшей в Сибири.

Больница бы не состоялась, не будь в ней достойного персонала. Весь персонал работал уверенно, умело и просто замечательно. Многие медики, работавшие в Новосибирске, считали за честь трудиться в инфекционной больнице. Все они работали в военные годы, практически не выходя из больницы — она для многих из них стала вторым домом.

Сегодня ГБУЗ Новосибирской области «Городская инфекционная клиническая больница № 1» — лечебно-профилактическое учреждение, оснащенное современным оборудованием, позволяющим оказывать высококвалифицированную помощь инфекционным больным. В ее стенах получили лечение более 2 млн пациентов. Мощность стационара — 405 коек, из них 35% боксированных, развернуто 7 лечебных отделений, отделение реанимации и интенсивной терапии. Много сил и творческой энергии в развитие больницы вкладывают главный врач к.м.н. Л. Л. Позднякова, заместитель по лечебной работе С. Г. Сибирцева, заместитель по методической работе Л. Л. Вовней.

В последнее десятилетие, несмотря на финансовые трудности, значительно улучшена материальная база ГБУЗ НСО ГИКБ № 1, успешно завершена реконструкция и ремонт корпусов. В арсенале больницы — новейшие медицинские технологии диагностики и лечения инфекционных больных. Этому во многом способствует тесное сотрудничество ГБУЗ НСО ГИКБ № 1 с кафедрой инфекционных болезней НГМУ, НИИ СО РАМН, с Государственным научным центром «Вектор», НИИ клинической иммунологии СО РАМН и другими структурами.

На базе больницы организован Территориальный центр инфекционных болезней Новосибирска и Новосибирской области — путем расширения функций стационара до городского и областного амбулаторно-консультативного, лечебно-диагностического, организационно-методического центра всех инфекционных болезней.

В коллективе больницы трудятся более 330 человек. 78% врачей имеют квалификационные категории, из них 56% — высшую, семь кандидатов медицинских наук, четыре заслуженных врача РФ, шесть человек награждены знаком «Отличник здравоохранения». Сотрудники больницы — постоянные участники как городских, так и международных научно-практических конференций. В 2014 году больница награждена Почетной грамотой г. Новосибирска за большой вклад в оказание медицинской помощи жителям города Новосибирска.

Детство пройдет, а лишний вес может остаться!

Избыточная масса тела у детей постепенно становится одной из самых главных проблем здравоохранения в XXI веке, бьют тревогу российские и международные эксперты. Если еще во времена Советского Союза встретить страдающего ожирением ребенка было редкостью, сегодня ожирение у российских детей становится едва ли не обыденным явлением. По этим не внушающим оптимизма показателям мы движемся в общеевропейском русле и успешно вошли в топ-20 самых «толстых» стран мира.

На днях депутат Госдумы, заместитель председателя комитета по образованию Алена Аршинова выступила с инициативой о необходимости разработки федеральной программы, в рамках которой предусматривалось бы проведение в школах специальных уроков по здоровому питанию. С соответствующими запросами депутат обратилась в Министерство образования и науки РФ и Министерство здравоохранения РФ.

Хотя медики рассматривают ожирение как результат действия целого комплекса факторов, самой очевидной причиной является глобальное изменение рациона питания. Практически ежедневно дети употребляют сладкие снэки, газировку, различный фаст-фуд, где содержится рекордное количество сахара, а вот витаминов и питательных веществ практически нет. Вредную пищу дополняет отсутствие физической активности. И вот результат — распространенность избыточной массы тела и ожирения среди детей от 5 до 15 лет в России составляет в среднем 19,9% среди мальчиков и 5,6% среди девочек.

Всемирный день борьбы с инсультом

Ежегодно 29 октября специалисты всего мира стараются привлечь внимание общественности к проблеме инсульта. Ведь только в России оцениваемые потери национального дохода от болезней сердца, инсульта и диабета с 2005 по 2015 гг. составят 303 млн долл. При этом около 80% преждевременных болезней сердца и инсульта можно предотвратить.

Несмотря на достижения медицины, число инсультов постоянно растет.

По данным Всемирной организации инсульта, 15 млн человек в год переносят инсульт.

В первые 4,5 часа (270 минут) после инсульта крайне важно оказать пациенту квалифицированную помощь. Однако, согласно первым данным международного проекта Quick, который стартовал в этом году в России и направлен на повышение качества медицинской помощи при лечении инсульта, около 70% пациентов попадают в больницу уже после того, как драгоценное время для проведения современной процедуры системного тромболизиса прошло. А это существенно уменьшает шансы больных на восстановление после инсульта.

Инсультным отделениям больниц дают рекомендации, как можно улучшить и ускорить оказание помощи человеку, пострадавшему от инсульта. Для пациентов проводятся широкие информационные кампании. Например, в Свердловской области, где, по словам специалистов, уровень летальности и инвалидизации вследствие инсульта самый высокий в России, стартовала социальная программа «Останови инсульт!».



Главные наркологи России обсудили проблему лечения алкоголизма

В Москве прошло ежегодное совещание главных наркологов органов управления здравоохранением с участием представителей Министерства здравоохранения РФ. Одновременно состоялась конференция «Совершенствование правовых основ наркологической помощи», где обсуждались законодательные и правовые аспекты работы наркологической службы страны.

Одной из важных проблем современной наркологии, оказавшихся в центре внимания участников совещания и конференции, стала терапия алкогольной зависимости. Данная проблема сегодня в России носит не только медицинский, но и социально-экономический характер. Так, в 2012 г. российской наркологической службой было зарегистрировано 2 358 453 больных с алкогольной наркологической патологией, что составляет 2% от населения страны в возрасте старше 14 лет. По расчетам экспертов ВОЗ (2011), у 16,29% мужчин и у 2,58% женщин данной возрастной группы в России имелись расстройства, связанные с приемом алкоголя.

Средняя доля потребления алкоголя в России составляет 15,1 литра на душу населения в год — по этому показателю страна находится на 4-м месте в мире.

Участники конференции констатировали, что лечение алкоголизма является одной из серьезных проблем современной медицины. Однако решение ее осложняется несовершенством законодательной и правовой базы. Созданию единых федеральных клинических рекомендаций на основе доказательного терапевтического подхода был посвящен доклад заведующего кафедрой медицинской и общей психологии Казанского ГМУ, д.м.н., профессора В. Д. Менделевича.

Руководитель отдела наркологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, главный нарколог Ленинградской области, доктор медицинских наук, профессор Е. М. Крупицкий в своем докладе подчеркнул важность разработки стандартов оказания наркологической помощи на основе неукоснительного соблюдения научных критериев оценки эффективности терапии и в строгом соответствии с принципами доказательной медицины.

Продажи в фарминдустрии в 2014 году составят 1 трлн долларов

Подразделение по научным исследованиям и интеллектуальной собственности компании Thomson Reuters (Intellectual Property & Science), мирового лидера в области предоставления аналитической информации для бизнеса и профессионалов, представило ежегодный краткий обзор тенденций в фармацевтической индустрии. В отчете обобщено несколько позитивных тенденций в области биофармацевтики, включая рекордный уровень продаж и увеличение числа новых химических соединений и препаратов, которые успешно прошли клинические испытания на последних стадиях.

Можно особо отметить следующие факты из отчета CMR Factbook:

- В 2013 г. мировые продажи фармпрепаратов достигли рекордного уровня — приблизительно $980 млн, а в этом году ожидается рост до $1 трлн.
- Количество новых химических соединений, выпущенных в 2013 г., стало третьим по объему показателем за последние 10 лет.
- Как и прежде, самый большой объем инвестиций направляется на разработку лекарств против рака.
- Фарминдустрия повышает уровень продаж успешных препаратов, научившись «быстро и дешево избавляться от неэффективных средств». На ранних этапах клинических разработок фиксировался спад в объемах, однако на более поздних этапах наблюдается тенденция к стабильным успехам.

Демодекоз

А. А. Кубанов, *доктор медицинских наук, профессор*
Ю. А. Галлямова, *доктор медицинских наук, профессор*
А. С. Гревцева[1]

ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ, *Москва*

Резюме. Рассмотрена проблема возникновения демодекоза, обсуждена роль клеща *Demodex* в формировании папул и пустул на коже лица, приведены методы диагностики и подходы к лечению пациентов, меры профилактики.
Ключевые слова: демодекоз, *Demodex*, папулопустулезные дерматозы, метронидазол, ретиноиды, изотретионоин.

Abstract. The problem of demodecosis occurrence was considered, the role of *Demodex* tick in formation of papula and pustula on the skin of the face was discussed, methods of the diagnostics and approaches to the treatment of the patients were given, as well as the preventive measures.
Keywords: demodecosis, *Demodex*, papulopustulous dermotoses, metronidasol, retinoids, isotretionoine.

Папулопустулезные дерматозы, основной локализацией которых является кожа лица (акне, розацеа, периоральный дерматит), остаются актуальной проблемой в дерматовенерологии. Среди различных причин возникновения этих заболеваний определенная роль отводится паразитарной теории [1]. Согласно ей, формированию папул и пустул на коже лица способствует клещ-железница (*Demodex*). Клещ принадлежит роду *Demodex*, семейству *Demodicidae*, подотряда *Trombidiformes*, отряда *Acariformes*. Впервые клеща выявил F. Berger в ушной сере слухового прохода человека в 1841 году, в том же году F. Henle обнаружил клеща на коже человека. Через год, в 1842 году, G. Simon установил наличие паразита в волосяных фолликулах и впервые описал морфологические свойства, назвав их *Acarus folliculorum* (от греч. — «сальное животное»). Позже G. Simon (1842) и R. Owen (1843) отнесли найденных клещей к роду *Demodex*. Намного позднее, более чем через полвека, английский акаролог S. Hirst (1917–1923) выделил 21 вид и несколько подвидов клещей рода *Demodex* у животных. Впоследствии, изучая паразитирование клеща на коже человека, Л. Х. Акбулатова (1970) обнаружила и описала две формы: *Demodex folliculorum longus* и *Demodex folliculorum brevis* [2].

Демодекоз (Demodecosis) — распространенное хроническое заболевание, преимущественно кожи лица. По разным данным, заболеваемость демодекозом составляет от 2% до 5% и стоит на седьмом месте по частоте среди кожных болезней [3, 4]. В структуре акнеформных дерматозов демодекоз составляет 10,5% [5]. Частота осложнений демодекозом у больных розацеа встречается в 88,7%, а периоральным дерматитом в 58,8% случаев [6].

Клещи рода *Demodex* одинаково распространены среди всех рас и всех возрастных групп [7]. Описаны редкие случаи обнаружения клеща у новорожденных [8], и в целом у детей регистрируется невысокий уровень обсемененности. По всей вероятности, это связано с более низкой выработкой кожного сала у детей по сравнению с взрослыми людьми [9]. Так, у пациентов моложе 20 лет распространенность клещей *Demodex* составляет 13–20%, а к 70 годам увеличивается до 95–100% [6]. У больных после 45 лет активность клещей поддерживается возрастными изменениями кожи и желез, климактерическими гормональными перестройками, а также различной соматической патологией. Наибольшее количество случаев поражения демодекозом отмечается у людей в возрастной группе 20–40 лет [10]. В лабораторных исследованиях *Demodex folliculorum longus* выявляется чаще, чем *Demodex folliculorum brevis* [1], в соотношении у мужчин — 4:1, у женщин — 10:1 [11].

Этиология и патогенез демодекоза

Как демонстрируют многие исследования, даже при наличии на кожном покрове клещей, клиническая картина заболевания развивается не всегда. Исходя из этого, можно утверждать, что клещи рода *Demodex* являются условно-патогенными паразитами [7]. До настоящего времени не установлены точные причины, приводящие к патогенности клещей рода *Demodex*, существующие теории разнообразны и противоречивы [12].

Самое распространенное мнение, что одним из пусковых факторов развития заболевания является нарушение микрофлоры кожного покрова. Следуя данной теории, развитию патогенности клеща благоприятствуют изменения функций сальных желез с последующим изменением состава кожного сала и микробиоценоза, что приводит к дисбактериозу кожи. Пусковым фактором для развития заболевания является нарушение симбиоза коринобактерий и условно-патогенной микрофлоры [5], а также усиление микробной колонизации вследствие изменения количества поверхностных липидов [13].

Согласно мнению многих авторов, успех терапии метронидазолом, не обладающим прямым антипаразитарным действием, связан с тем, что *Demodex* проявляет свои патогенные свойства в качестве переносчика микробов и вирусов в более глубокие отделы волосяных фолликулов и сальных желез [14]. Дополнительным фактором для развития воспалительного гнойно-некротического процесса является возможность занесения патогенных пиококков и *Pityrosporum* spp. в глубокие слои фолликул и сальных желез при перемещении клещей [14, 15].

Заслуживают внимания и другие теории развития воспаления в коже при демодекозе. Бацилла (*Bacilluss oleronius*), найденная на поверхности клеща, в результате своей жизнедеятельности способна повышать активность самих клещей, а также стимулировать другие микроорганизмы (стрептококки, стафилококки, *Propionibacterium acnes*, грибы рода *Malassezia*) [16],

[1] Контактная информация: agrevtseva@mail.ru

вырабатывать провоспалительные белки 62-Da и 83-Da, запуская каскад иммунных реакций [17].

Благоприятным фактором для возникновения демодекоза является наличие очагов хронической инфекции, нарушения функций желудочно-кишечного тракта, печени, нервной системы, эндокринных желез, длительного применения топических кортикостероидов [18–20]. Многими авторами отмечена связь подъема заболеваемости в весенне-летний период с повышенной инсоляцией, изменением температуры внешней среды [18]. Скорее всего, это можно объяснить тем, что выработка витамина D под действием ультрафиолетового излучения вызывает повышенный синтез кателицидинов (LL-37), поддерживающих активность воспалительного процесса [21, 22].

Большую роль в развитии инвазии клещами рода *Demodex* играет реактивность иммунной системы. Ряд авторов показали, что *Demodex folliculorum* встречается чаще у пациентов декретированных групп, например, при гемодиализе и Т-клеточных лимфомах [23], первичном или вторичном иммунодефиците [24], вирусе иммунодефицита человека, острой лимфобластной лейкемии и других злокачественных новообразованиях [25], после кортикостероидной [26] или цитостатической терапии [27].

Фактором для развития клещевой инвазии, поддержания активности патологического процесса, а также неэффективности проводимой терапии, по мнению большинства авторов, является дисбаланс в цитокиновом каскаде [3, 13, 28–30]. Обнаружено наличие инфильтратов вокруг клещей *Demodex* из эозинофилов и типичных гранулем, состоящих из $CD4^+$ Т-хелперов [31], повышение готовности лимфоцитов к апоптозу и увеличенное количество NK клеток с Fc-рецепторами [32], снижение абсолютного числа лимфоцитов и увеличение уровня IgM [33].

Клиническая картина заболевания

Источником заражения демодекозом является человек (больной или носитель) и домашние животные. Клещи паразитируют у собак, лошадей, крупного рогатого скота. Демодекоз может быть первичным и протекать как самостоятельное заболевание и вторичным, как следствие уже имеющихся болезней кожи (розацеа, периоральный дерматит, себорейный дерматит и др.) [34].

Основная локализация клещей — сальные железы кожи лица, ушных раковин, спины, груди, мейбомиевые железы, фолликулы кожи в области сосков, редко — в области спины [2]. Атипичные локализации, где может быть найден *Demodex*, — половой член, ягодицы, эктопические сальные железы, слизистая оболочка рта. N. Stcherbatchoff (1903), обнаружив клещей в ресничных фолликулах век человека, доказала роль клеща в развитии блефаритов и блефароконъюнктивитов. Этиопатогенетическое влияние клещей при заболеваниях глаз достаточно велико и в настоящее время описывается многими авторами [35].

Заболевание возникает внезапно. Субъективно у больных появляются ощущения зуда, жжения, ползания, распирания и жара. Патологический кожный процесс локализуется преимущественно в области Т-зоны лица. Классические клинические проявления демодекозной инфекции — *Pityriasis folliculorum*, сопровождаются ощущениями зуда и жара, кожа становится истонченной, приобретая вид папирусной бумаги [1]. Акнеформный тип характеризуется преобладанием папул на коже лица, а наличие папулопустулезных элементов и диффузной эритемы говорят о розацеоподобном типе [1]. Клиническая картина *demodicosis gravis* имеет схожесть с гранулематозной формой розацеа, также характеризующейся наличием гранулем в дерме [1].

Интересно, что разные виды клеща вызывают различную клиническую картину, что связано, предположительно, с размерами самих клещей. При обнаружении *Demodex folliculorum* чаще наблюдается эритема и десквамация эпителия, при выявлении *Demodex brevis* — симметричные папулопустулезные элементы [36].

При поражении глаз отмечается гиперкератоз с наличием чешуек на ресничном крае и «воротничка» вокруг ресниц [37, 38]. Пациенты жалуются на чувство зуда и ощущение инородного тела в глазах [39].

В научной литературе существует предположение о роли *Demodex* в формировании андрогенной алопеции [40]. Возможно, механизм развития облысения связан с формированием инфильтрата в волосяном фолликуле, вызванным присутствием клещей *Demodex*. Активированные воспалением Т-лимфоциты индуцируют синтез коллагена, что, в конечном счете, приводит к фиброзному перерождению волосяного фолликула [35].

Длительное хроническое течение демодекоза характеризуется утолщением кожи, чувством стягивания, уменьшением эластичности и мягкости, наличием серозных или кровянисто-гнойных корочек. Присоединение вторичной пиококковой инфекции сопровождается возникновением крупных пустул, нодулярных элементов, макроабсцессов, что может приводить к обезображиванию лица [34].

Диагностика демодекоза

Диагностика демодекоза может проводиться несколькими методами. Лабораторная диагностика является наиболее простым методом. В ходе нее составляется акарограмма, которая основывается на подсчете личинок, нимф, яиц и имаго. Клеща возможно обнаружить на поврежденном участке кожи, при экстракции содержимого фолликула или извлечении ресниц или бровей без повреждения волосяных фолликулов [41]. Исследуемый материал помещают на предметное стекло с 10% раствором щелочи (с целью определения активности клещей применяют глицерин), накрывают предметным стеклом и просматривают под малым увеличением микроскопа. Для более точного микроскопического подсчета обнаруженных клещей рекомендуется добавлять в исследуемый материал раствор красителя флюоресцеина [42]. Микроскопический метод является единственным для определения наличия клещей в волосяных фолликулах. Критерием клещевой активности служит количество более 5 взрослых особей, личинок или яиц на 1 $см^2$ [34]. При диагностике демодекоза ресниц нормой считается обнаружение одного клеща на 2–4 ресницах [43].

Преимущество методики заключается в возможности анализа сразу нескольких участков поражения, а также извлечении клещей не только с поверхности кожного покрова, но и непосредственно из сальных желез. Здесь возникает другая проблема — не всегда удается добраться до клещей в глубине сальных желез. В связи с этим соскоб не является высокоинформативным методом и не доказывает отсутствие клещей [44]. К недостаткам метода также относятся травматизация эпителия, обследование небольших по величине участков поражения, относительная болезненность процедуры и дискомфорт пациентов после эпиляции [45].

Для оценки проводимой терапии делают повторные акарограммы, с целью подсчета количества и определения активности клещей [45]. Если в соскобе обнаружены исключительно продукты жизнедеятельности и пустые яйцевые оболочки, проводят повторное исследование, т. к. в процессе лечения

Demodex перемещается в зоны, необработанные акарицидными средствами. В таких случаях чаще всего клещи локализуются у кромки волосистой части головы [5].

Другим модифицированным методом диагностики является проведение поверхностной биопсии («скотч-проба») [44]. На обезжиренное покровное стекло наносят каплю клея цианокрилата (БФ-6, сульфакрилат), затем приклеивают к пораженной поверхности на 1 минуту. Во втором варианте используют скотч, размером 1 $см^2$, который после снятия приклеивается к покровному стеклу. При удалении покровного стекла или скотча на их поверхности остается слой эпидермиса, содержимое сальных желез с имеющимися там клещами. Затем наносится раствор щелочи, накрывается поверх покровным стеклом и рассматривается под микроскопом на малом увеличении. В сравнении с прямым микроскопическим исследованием данный метод позволяет диагностировать демодекоз в большем числе случаев [46]. Преимущество метода — это проведение процедуры на любом участке кожного покрова, а также простота применения. Травматизация эпителия, трудность получения материала с крыльев носа, неполная стерильность получаемых препаратов являются недостатками метода [45].

М. В. Камакина (2002) выявила достоверную статистическую вероятность отрицательного результата лабораторного анализа на наличие клещей на коже при выраженной клинической картине заболевания, которая составила 1,5% [47]. Следовательно, лабораторные методы не являются абсолютно достоверными.

Более информативным методом диагностики демодекоза является проведение кожной биопсии с последующей гистологией полученных препаратов. С этой целью пункционным (панч) или эксцизионным (скальпель) методом берут небольшой участок кожи, фиксируют его в течение суток 10% нейтральным раствором формалина, уплотняют парафином и окрашивают гематоксилин-эозином. Гистологическое исследование дает массу преимуществ. В частности, можно полностью посмотреть сальную железу и окружающие ее участки. При ретроспективном патоморфологическом исследовании биоптатов кожи головы в 15% случаев наблюдалось сочетание демодекоза с грибковыми, воспалительными поражениями, невусами, фиброзом [48]. Главным недостатком метода является травматизация кожи с образованием рубца, а также невозможность обследования большой поверхности кожного покрова [45].

В качестве диагностического инструмента для выявления *Demodex* R. Segal и соавт. (2010) предложили использовать дерматоскоп. Метод дерматоскопии позволяет визуализировать клещей на поверхности кожного покрова, а также расширенные сосуды кожи [49]. Другим неинвазивным методом оценки наличия клещей *Demodex* является применение оптической когерентной томографии, позволяющей в режиме реального времени оценить состояние кожи больных в двух проекциях [50].

С появлением конфокального лазерного микроскопа стал доступен новый метод обследования больных на наличие клещей *Demodex*. Конфокальная лазерная сканирующая микроскопия позволяет визуализировать поверхностные слои кожного покрова *in vivo*, а также получить объемное четырехмерное изображение [51]. Преимуществами метода является высокая информативность, неинвазивность и, как следствие, отсутствие дискомфорта у пациентов.

Лечение демодекоза

При выборе терапии демодекоза необходимо учитывать клиническую картину заболевания, тяжесть процесса, а также сопутствующую патологию пациента [52, 67–69].

До сих пор на протяжении многих лет самым эффективным препаратом в терапии демодекоза остается метронидазол, являющийся производным нитроимидазольной группы [53]. Метронидазол обладает выраженным противовоспалительным [22], противоотечным [54], иммуномодулирующим действием [55]. Стандартная схема лечения метронидазолом — 250 мг 3 раза в день в течение 2–4 недель [52].

Другим препаратом выбора является орнидазол, назначаемый по схеме 500 мг два раза в день курсами по 10 дней [52]. Препарат имеет как противопаразитарное, так и бактериостатическое действие, повышает активность нейтрофилов, стимулирует адренергические структуры, усиливает репаративные процессы [52, 56].

Наружная терапия также должна включать антипаразитарные средства. Наиболее часто используется метронидазол (Клион, Метрогил) в виде мази или геля 2%, применяемый в течение 14 дней. В качестве альтернативной терапии возможно применение мази бензилбензоат [1, 10, 43, 57].

С целью достижения элиминации клещей назначают акарицидные препараты. Из фармакологической группы пиретроидов, обладающих антипаразитарными свойствами, доказал свою эффективность перметрин [4, 58]. Небольшое количество мази тонким слоем наносят на пораженные участки кожи. Мазь смывают водой через 24 часа. В большинстве случаев достаточно однократного применения, но при недостаточной эффективности (появление новых элементов сыпи, сохранение зуда) процедуру рекомендуется повторить через 14 дней.

Хорошо переносится и не вызывает серьезных нежелательных лекарственных реакций препарат Спрегаль, содержащий раствор эсдепалетрина и пиперонила бутоксида [18, 59].

При наличии папулопустулезных высыпаний показано назначение классических редуцирующих мазей и паст (цинк-ихтиоловая [60], 1–2% дегтярная и 1–2% ихтиоловая мази, 1% ихтиол-резорциновая паста) [61].

Некоторые авторы высоко оценивают терапевтическую эффективность геля Демотен (сера, гиалуроновая кислота, сок алоэ вера, поливинилпирролидон) [62].

Однако, несмотря на успешную терапию с применением классических средств, в практике дерматовенеролога все чаще встречаются резистентные к терапии и рецидивирующие формы демодекоза. В связи с этим разрабатываются новые методы и методики лечения. Например, Л. Р. Беридзе (2009) рекомендует использовать сочетанную методику криотерапии с кремом Розамет (метронидазол 1%) [57].

В случае акнеформного типа демодекоза или резистентности к антипаразитарным препаратам целесообразно использовать системные ретиноиды (изотретиноин) в дозировке 0,1–0,5 мг/кг массы тела в сутки в течение 2–4 месяцев [63].

При лечении демодекоза глаз используются антихолинэстеразные средства (холиномиметики): физостигмин, 0,02% фосфакол, 0,01% армин, 0,5% тосмилен [38]. Хорошие результаты лечения наблюдаются при применении Блефарогеля 1 и 2, Блефаролосьона [64].

Из физиотерапевтических методик рекомендуется использовать свойства узкополосного синего света (405–420 нм). Длины волн голубого света несколько больше длин волн ультрафиолетового излучения, поэтому узкополосный синий свет достигает сетчатого слоя дермы, проникая на глубину до 2,5 мм, соответствующей расположению сальных желез. Единичные наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности данного метода при лечении акне, осложненных демодекозом [65].

Меры профилактики сводятся к соблюдению общегигиенических правил, адекватного и рационального ухода за кожей лица, полноценного питания и отдыха. Важно применение защитных средств против ультрафиолетового излучения, а также ограничение пребывания на солнце [66].

Таким образом, несмотря на то, что демодекоз часто встречающееся заболевание, до сих пор не раскрыты этиологические факторы, приводящие к патогенности клеща, и не установлен точный механизм развития воспаления кожи, не оценена роль *Demodex* в возникновении воспалительных дерматозов на коже лица. Противоречивость мнений различных авторов вызывает много споров и вопросов, требующих дальнейшего исследования. Лечение антипаразитарными средствами не всегда эффективно и часто провоцирует развитие хронически резистентных к терапии форм. ■

Литература

1. *Baima B., Sticherling M.* Demodicidosis revisited // Acta Derm Venereol. 2002; 82: 3–6. [PubMed: 12013194].
2. *Акбулатова Л. Х.* Морфология двух форм клеща Demodex folliculorum hominis и его роль в заболеваниях кожи человека. Автореф дис. канд. мед. наук. Ташкент, 1968.
3. *Бутов Ю. С., Акилов О. Е.* Факторы успешной колонизации клещами Demodex spp. кожи человека // Вестн. последипломн. мед. образ. 2002; 1: 87.
4. *Верхогляд И. В.* Современные представления о демодекозе // Лечащий Врач. 2011; 5.
5. *Сюч Н. И.* Лабораторная диагностика чесотки и демодекоза. Учебное пособие. М.: РМАПО, 2003. 25 с.
6. *Елистратова Л. Л.* Клинико-микробиологические особенности акнеподобных дерматозов, осложненных демодекозом. Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб, 2013. 20 с.
7. *Lacey N., Kavanagh K., Tseng S. C.* Under the lash: Demodex mites in human diseases // Biochem (Lond). 2009. 31, 2–6.
8. *Gutierrez Y.* Diagnostic Pathology of Parasitic Infections with Clinical Correlations, 2 nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2000.
9. *Ozdemir M. H., Aksoy U., Sonmez E., Akisu C., Yorulmaz C., Hilal A.* Prevalence of Demodex in health personnel working in the autopsy room // Am J Forensic Med Pathol. 2005. 26, 18–23.
10. *Адаскевич В. П.* Акне и розацеа. СПб: Ольга, 2000. С. 97, 112–113.
11. *Bohdanowicz D., Raszeja-Kotelba B.* Demodex in the pathogenesis of certain skin diseases // Post Dermatol Alergol. 2001. 18, 51–53.
12. *Whitfeld M., Gunasingam N., Leow L. J., Shirato K., Preda V.* Staphylococcus epidermidis: a possible role in the pustules of rosacea // J Am Acad Dermatol. 2011. 64, 49–52.
13. *Бутов Ю. С., Акилов О. Е.* Роль иммунных нарушений в патогенезе демодикоза кожи // Рос. журн. кожных и венерич. бол. 2003; № 3, с. 65–68.
14. *Wolf R., Ophir J., Avigad J., Lengy J., Krakowski A.* The hair follicle mites (Demodex spp.). Could they be vectors of pathogenic microorganisms? // Acta Derm. Venereol. 1988; 68: 535–537. [PubMed: 2467494].
15. *Clifford C. W., Fulk G. W.* // J Med Entomol. 1990. Vol 27, № 4, p. 467–470.
16. *O'Reilly N., Bergin D., Reeves E. P., McElvaney N. G., Kavanagh K.* Demodex-associated bacterial proteins induce neutrophil activation // Br J Dermatol. 2012; 166: 753–760. [PubMed: 22098186].
17. *Li J., O'Reilly N., Sheha H., Katz R., Raju V. K., Kavanagh K., Tseng S. C.* Correlation between ocular Demodex infestation and serum immunoreactivity to Bacillus proteins in patients with Facial rosacea // Ophthalmology. 2010; 117: 870–877.
18. *Данилова А. А., Федоров С. М.* Паразитарные болезни кожи. Демодекоз // Русский медицинский жернал. 2001. Т. 8, № 6, с. 249–254.
19. *Коган Б. Г.* Клинико-иммунопатологические особенности, диагностика и лечение демодикоза. Автореф. дис. канд. мед. наук. К., 1995, 23 с.
20. *Кошевенко Ю. Н.* Кожа человека. Руководство для врачей и студентов. М.: Изд-во «Медицина», 2008. 753 с.
21. *Peric M., Lehmann B., Vashina G., Dombrowski Y., Koglin S., Meurer M.* et al. UV-B-triggered induction of vitamin D3 metabolism differentially affects antimicrobial peptide expression in keratinocytes // J Allergy Clin Immunol. 2010; 125: 746–749. [PubMed].
22. *Persi A., Rebora A.* Metronidazole in the treatment of rosacea // Arch Dermatol. 1985; 121: 307–308.
23. *Nakagawa T., Sasaki M., Fujita K., Nishimoto M., Takaiwa T.* Demodex folliculitis on the trunk of a patient with mycosis fungoides // Clin Exp Dermatol. 1996; 21: 148–150. [PubMed: 8759206].
24. *Gothe R.* Demodicosis of dogs — a factorial disease? // Berl Munch TierarztlWochenschr. 1989; 102: 293–297. [PubMed: 2679540].
25. *Kaya S., Selimoglu M. A., Kaya O. A., Ozgen U.* Prevalence of Demodex folliculorum and Demodex brevis in childhood malnutrition and malignancy // PediatrInt. 2013. 55 (1): 85–9. [PubMed].
26. *Boge-Rasmussen T., Christensen J. D., Gluud B., Kristensen G., Norn M. S.* Demodexfolliculorum hominis (Simon): Incidence in a normomaterial and in patients under systemic treatment with erythromycin or glucocorticoid // Acta Derm Venereol. 1982; 62: 454–456. [PubMed: 6183907].
27. *Bosch R. J., Fernandez F., Sunchez P.* et al. Abstract of the 19-th World Congress of Dermatology. Sydney. 1997. P. 4101.
28. *Кусая Н. В.* Особенности иммунного и цитокинового статуса у пациентов с демодекозом кожи. Автореф. дис. канд. мед. наук. Владивосток, 2009. 22 с.
29. *Сюч Н. И.* Паразитарные болезни кожи. Демодекоз: этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика // Consilium medicum. 2004. Т. 6, № 3, с. 191–194.
30. *Юцковская Я. А., Кусая Н. В., Ключник С. Б.* Обоснование патогенетической терапии при акнеподобных дерматозах, осложненных клещевой инвазией Demodex folliculorum // Клинич. дерматол. и венерол. 2010. № 3, с. 60–63.
31. *Rufli T., Buchner S. A.* T-cell subsets in acne rosacea lesions and the possible role of Demodex folliculorum // Dermatologica. 1984; 169: 1–5.
32. *Akilov O. E., Mamcuoglu K. Y.* Immune response in demodicosis // Eur Acad Dermatol Venereol. 2004; 18: 440–444. [PubMed: 15196158].
33. *El-Bassiouni S. O., Ahmed J. A., Younis A. I., Ismail M. A., Saadawi A. N., Bassiouni S. O.* A study on Demodex folliculorum mite density and immune response in patient with facial dermatoses // J Egypt Soc Parasitol. 2005; 35: 899–910. [PubMed: 16333898].
34. *Бутов Ю. С., Акилов О. Е.* Клинические особенности и вопросы классификации демодикоза кожи // Рос. журн. кожных и венерич. бол. 2003; № 2, с. 53–58.
35. *Whiting D. A.* Diagnostic and predictive value of horizontal sections of scalp biopsy specimen in male pattern androgenetic alopecia // J Am Acad Dermatol. 1993; 28: 755–63. [PubMed: 8496421].
36. *Akilov O. E., Butov Y. S., Mamcuoglu K. Y.* A clinic-pathological approach to the classification of human demodicosis // J Dtsch Dermatol Ges. 2005. 3, 607–614.
37. *Березнюк Л. Г., Сакович В. К., Татаринова В. В.* // Офтальмологический журнал. 1995. № 3. С. 186–187.
38. *Парпаров А. Б., Величко М. А., Жилина Г. С.* // Офтальмологический журнал. 1988. № 5. С. 278–279.
39. *Kheirkhah A., Casas V., Li W., Raju V. K., Tseng S. C.* Corneal manifestations of ocular Demodex infestation // Am J Ophthalmol. 2007; 143: 743–749.
40. *Mahé Y. F.* Inflammatory perifollicular fibrosis and alopecia // Int J Dermatol. 1998; 37: 416–417. [PubMed: 9646123].
41. *Hom M. M., Mastrota K. M., Schachter S. E.* Demodex // Optom Vis Sci. 2013, Jul; 90 (7): e198–205. [PubMed: 23748846].
42. *Kheirkhah A., Blanco G., Casas V., Tseng S. C.* Fluorescein dye improves microscopic evaluation and counting of demodex in blepharitis with cylindrical dandruff // Cornea. 2007, Jul; 26 (6): 697–700. [PubMed: 17592319].
43. *Азнабаев М. Т., Мальханов В. Б., Гумерова Е. И.* Демодекоз глаз. Уч.-метод. пос. Уфа, 2002. 8 с.
44. *Crawford G. H., Pelle M. T., James W. D.* Rosacea: Etiology, pathogenesis, and subtype classification // J Am Acad Dermatol. 2004; 51: 327–344. [PubMed: 15337973].

45. *Сирмайс Н. С., Абесадзе Г. А., Устинов М. В.* Демодекоз: патогенетические аспекты при различных дерматозах лица. Метод пособие. М., 2013. 26 с.
46. *Aşkin U., Seçkin D.* Comparison of the two techniques for measurement of the density of Demodex folliculorum: standardized skin surface biopsy and direct microscopic examination // Br J Dermatol. 2010, May; 162 (5): 1124–1126. [PubMed: 20199545].
47. *Камакина М. В.* Акне у взрослых. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2002. 27 с.
48. *Karaman U., Celik T., Calik S., Sener S., Aydin N. E., Daldal U. N.* Demodex spp. in hairy skin biopsy specimens // Turkiye Parazitol Derg. 2008; 32 (4): 343–345. [PubMed: 19156609].
49. *Segal R., Mimouni D., Feuerman H., Pagovitz O., David M.* Dermoscopy as a diagnostic tool in demodicidosis // Int J Dermatol. 2010; 49 (9): 1018–1023. [PubMed: 20931672].
50. *Maier T., Sattler E., Braun-Falco M., Ruzicka T., Berking C.* High-definition optical coherence tomography for the in vivo detection of demodex mites // Dermatology. 2012; 225 (3): 271–276. [PubMed: 23257730].
51. *Митрошина Е. В.* Оптический имиджинг в приложении к исследованию нейробиологических систем мозга Электронное учебно-методическое пособие. Нижний Новгород: Нижегородский госуниверситет, 2012. 40 с.
52. *Франкенберг А. А., Шевченко В. А., Кривко С. В., Шляхова В. К.* Опыт применения препарата «Орнизол» в комплексной терапии демодикоза // Червень. 2007. № 2, с. 10–12.
53. *Patrizi A., Neri I., Chieregato C.* Demodicosis in immunocompetent young children: report of eight cases // Dermatology. 1997; 195: 239–242.
54. *Jansen T., Plewig G.* Klinik und Therapie der Rosazea. H+G. B 71, H 2, 1996; 88–95.
55. *Тодор Г. Ю., Завгородняя В. П., Чеибер З. Т.* и др. // Офтальмологический журнал. 1990. № 7, с. 443–445.
56. *Barnhorst D., Foster J., Chern K.* The efficacy of topical metronidazole in the treatment of ocular rosacea // Ophthalmology. 1996; 103 (11): 1880–1883.
57. *Beridze L. R., Katsitadze A. G., Katsitadze T. G.* Cryotherapy in treatment of skin demodecosis // Georgian Med News. 2009. [PubMed: 19556638].
58. *Forton F., Seys B.* Density of Demodex folliculorum in rosacea: a case-control study using standardized skin-surface biopsy // Br J Dermatol. 1993; 128 (6): 650–659.
59. *Коган Б. Г.* Современные аспекты патогенеза и клинического течения демодикоза // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. 2002, № 6.
60. *Fulk G. W., Clifford C.* // J Am Optom Assoc. 1990. Vol. 61, № 8. P. 637–639.
61. *Junk A. K., Lucask A., Kampik A.* // Klin. Monatbl. Augenheilkd. 1998. Vol. 213. P. 48–50.
62. *Сирмайс Н. С., Устинов М. В.* Клиническая эффективность геля «Демотен» в комплексном лечении и профилактике демодикоза и розацеа // Вестник дерматологии и венерологии. 2011, № 6, с. 85–90.
63. *Forton F. M. N.* Papulopustular rosacea, skin immunity and Demodex: pityriasis folliculorum as a missimg link // JEADV. 2012. 26, 19–28.
64. *Полунин Г. С., Сафонова Т. Н., Федоров А. А., Полунина Е. Г., Пимениди М. К., Забегайло А. О.* Роль хронических блефароконъюнктивитов в развитии синдрома сухого глаза // Бюллетень СО РАМН. 2009, № 4 (138), с. 123–126.
65. *Махмудов А. В.* Фототерапия синим светом угревой болезни с учетом изучения антимикробного пептида LL-37 и ультразвукового дермасканирования кожи. Автореф дис. канд. мед. наук. М., 2012.
66. *Wang T. T., Nestel F. P., Bourdeau V., Nagai Y., Wang Q., Liao J.* et al. Cutting edge: 1,25-dihydroxyvitamin D3 is a direct inducer of antimicrobial peptide gene expression // J Immunol. 2004; 173: 2909–2912. [PubMed].
67. *Schauber J., Gallo R. L.* The vitamin D pathway: a new target for control of the skin's immune response? // Exp Dermatol. 2008; 17: 633–639. [PubMed].
68. *Акилов О. Е.* Клиническая оценка взаимосвязи нарушения иммунной системы и особенности HLA-гистиотипа у больных демодекозом кожи. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2002.
69. *Батыршина С. В., Гордеева А. М., Богданова М. А., Булгакова Д. Р.* Эффективность геля скинорен в наружной терапии больных угревой болезнью и розацеа // Вестн. дерматол. и венерол. 2005; 4: 44–46.

КАЛЕНДАРЬ СОБЫТИЙ

НОЯБРЬ

IX НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ
12–14 ноября, Москва, Международный выставочный центр «Крокус Экспо»
РНМОТ
Тел.: (495)518-26-70
E-mail: congress@nc-i.ru
www.congress.rnmot.ru

III СЪЕЗД ДЕТСКИХ АЛЛЕРГОЛОГОВ, ИММУНОЛОГОВ, ПЕДИАТРОВ РОССИИ, РАБОТАЮЩИХ С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ИЛИ ИМЕЮЩИМИ ДРУГИЕ ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ
21–22 ноября, Москва
Ассоциация детских аллергологов и иммунологов России
Тел.: (495)518-31-09
E-mail: adair@adair.ru
www.adair.ru

IV МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»
22 ноября, Москва, Здание Правительства Москвы, ул. Новый Арбат, 36/9
«ИнфоМедФарм Диалог»
Тел.: (495)797-62-92
E-mail: info@imfd.ru www.imfd.ru

ДЕКАБРЬ

ЕЖЕГОДНЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ «ПИТАНИЕ И ЗДОРОВЬЕ»
4–6 декабря, Москва, Площадь Европы, д.2 (гостиница «Рэдиссон Славянская»)
www.congress-pitanie.ru

РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОНИСТОВ
11–13 декабря, Москва
Проспект Вернадского, д.84 (здание РАГС, 2 корпус)
Ассоциация педиатров-инфекционистов
Тел.:(499)236-25-51
E-mail: ch-infection@mail.ru

ФЕВРАЛЬ

ВЕЙНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ
11-я ежегодная конференция посвященная памяти академика А.М.Вейна
6–7 февраля 2015, Москва, ул.Русаковская, д.24 (гостиница «Холидей ИНН Сокольники»)
www.veinconference.paininfo.ru

XVIII КОНГРЕСС ПЕДИАТРОВ РОССИИ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ»
22-я МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА «ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА-2015»
13–15 февраля 2015,
Москва, ЦМТ, Краснопресненская наб., д.12
www.pediatr-russia.ru

МАРТ

VII ЕЖЕГОДНЫЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ
30 марта–1 апреля 2015, Москва, Площадь Европы, 2 (гостиница «Рэдиссон Славянская»)
www.congress-infection.ru

АПРЕЛЬ

XXII РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО» 2015
6–10 апреля 2015, Москва, Проспект Вернадского, д.84 (здание РАГС)
www.medlife.ru

С более подробной информацией о предстоящих мероприятиях Вы сможете ознакомиться на сайте журнала **«Лечащий Врач»** http://www.lvrach.ru в разделе **«мероприятия»**

реклама

Ошибки диагностики сифилиса

в практике врачей различных специальностей

Г. И. Мавлютова[1], *кандидат медицинских наук*
Л. А. Юсупова, *доктор медицинских наук, профессор*
ГБОУ ДПО КГМА МЗ РФ, Казань

Резюме. Приводятся данные структурного анализа диагностических ошибок на основании наблюдения больных ранним манифестным сифилисом и пациентов со скрытой формой заболевания. Рассматриваются случаи сифилиса со значительными отклонениями от стандартного течения заболевания.
Ключевые слова: сифилис, ошибки диагностики, инфекции, передаваемые половым путем, микроскопия в темном поле, экстрагенитальные твердые шанкры, серологические реакции.

Abstract. The data of structural analysis of misdiagnosis based on observations of patients with early syphilis and the manifest patients with latent form of the disease are presented. The cases of syphilis patients with significant deviations from the standard of the disease are reviewed.
Keywords: syphilis, error diagnosis, infections, sexually transmitted infections, dark-field microscopy, extragenital chancres, serological tests.

Сифилис является социально значимой инфекцией из группы заболеваний, передаваемых половым путем, и характеризуется длительным течением, системностью поражений, способностью приводить к необратимым поражениям внутренних органов и нервной системы, инвалидности и летальным исходам. Наблюдаемый в последние годы высокий уровень заболеваемости и клиническое многообразие проявлений свидетельствуют о несомненной актуальности проблемы и определяют контроль сифилитической инфекции в качестве приоритетного направления в мировом здравоохранении [1–4].

Одним из серьезных вопросов сифилидологии, требующим особого внимания, изучения и отношения, были и остаются диагностические ошибки. Они способствуют распространению инфекции, развитию тяжелых, нередко инвалидизирующих больного поражений внутренних органов и нервной системы, затрудняют возможность контроля эпидемиологической ситуации [2–7]. По данным российских авторов частота диагностических ошибок при сифилисе составляет около 30% по отношению к числу зарегистрированных больных, причем большая часть (84,5–99,7%) приходится на ранние формы заболевания [8–11]. Наиболее часто ошибки совершают акушеры-гинекологи (22,5–35,3%), терапевты (20–35,3%), дерматовенерологи (14–24%), что объясняется более частой обращаемостью больных к этим специалистам. Особенно много ошибок допускается в отношении больных с экстрагенитальным расположением сифилидов, специфическими поражениями внутренних органов и центральной нервной системы (ЦНС), наличием других инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) [3, 7, 12–15].

Материалы и методы исследования

Структурный анализ диагностических ошибок проводился на основании наблюдения 387 больных ранним манифестным сифилисом и 108 пациентов со скрытой формой заболевания. В комплексе обследования использовались прямая детекция бледной трепонемы методом темнопольной микроскопии; микрореакция преципитации (МРП); реакция иммунофлюоресценции (РИФ) в модификациях: РИФ-абс (РИФ с абсорбцией) и РИФ-200 (тестируемую сыворотку перед реакцией разводят в 200 раз); иммуноферментный анализ (ИФА); реакция пассивной гемагглютинации (РПГА). Для диагностики ИППП применялись микроскопия, посев, метод пассивной иммунофлюоресценции (ПИФ), полимеразно-цепная реакция (ПЦР), аминная проба. Статистическая, математическая и графическая обработка полученных данных осуществлялась при помощи пакета статистических программ Statistica 6.0, Биостат, программ Microsoft Office Excel 2007 и Microsoft Office Word 2007.

Результаты и их обсуждение

По нашим данным ошибки диагностики были допущены в отношении 39 (10,8%) из 387 больных ранним манифестным сифилисом. Причем в отношении названных 39 пациентов было допущено 47 диагностических ошибок: 12 — дерматовенерологами, 9 — акушерами-гинекологами, по 8 — хирургами и терапевтами, 3 — отоларингологами, 2 — урологами, по 1 — онкологом, фтизиатром, педиатром, проктологом, офтальмологом. После ошибочных диагнозов 24 пациента получали различные виды местной и системной терапии. Неадекватное лечение удлинило диагностический маршрут и в 3 случаях ухудшило состояние пациентов в виде осложнения контактным дерматитом. 2 пациента подверглись необоснованному хирургическому вмешательству (обрезание крайней плоти и лапароскопия).

Из 12 больных сифилисом, обратившихся к дерматовенерологам, в 3 случаях установлен диагноз: пиодермия, по 2 — чесотка и алопеция, по 1 —

[1] Контактная информация: guzel.mavljutova@jandex.ru