

«МЕДИЦИНСКАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ НЕДЕЛЯ: НАУКА И ПРАКТИКА – 2020»

20–27 ноября 2020 г.

nmoconf.rudn.ru

Конференция традиционно проводится в рамках реализации модели непрерывного медицинского образования. Научная программа мероприятия будет подана на рассмотрение Координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования для обеспечения участников мероприятия образовательными кредитами (кредитами НМО). Возможны как очные формы участия, так и заочные (в формате вебинара)

В рамках конференции
будет проведен
XXVI междисциплинарный
симпозиум

«НОВОЕ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ,
КОСМЕТОЛОГИИ, АНДРОЛОГИИ
И ГИНЕКОЛОГИИ. НАУКА И ПРАКТИКА»,

который состоится
26 ноября 2020 г.
в Центральном доме ученых

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ ПРИНИМАЮТСЯ
до 10 октября 2020 г.
e-mail: dermrudn-fpk@yandex.ru

ПО ВОПРОСАМ УЧАСТИЯ ОБРАЩАТЬСЯ:
ФНМО МИ РУДН, тел.: 8 (495) 787-38-03,
доб. 20–19, 20–06;
e-mail: programma.fnmo@rudn.ru

НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- аллергология-иммунология
- акушерство и гинекология
- гастроэнтерология
- гематология
- гепатология
- дерматовенерология
- косметология
- диабетология
- диетология
- кардиология
- клиническая андрология
- косметология
- лечебная физкультура и спортивная медицина
- нефрология
- онкология
- организация здравоохранения и общественное здоровье
- офтальмология
- педиатрия
- психиатрия
- психотерапия
- психиатрия-наркология
- пульмонология
- ревматология
- рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение
- рефлексотерапия
- стоматология детская
- стоматология ортопедическая
- стоматология хирургическая
- стоматология терапевтическая
- телемедицина
- терапия
- урология
- физиотерапия
- функциональная диагностика
- челюстно-лицевая хирургия

ФАКУЛЬТЕТ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА РУДН (ФНМО МИ РУДН):

– более 1 100 программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки по основным медицинским специальностям для врачей, медицинских сестер, провизоров и фармацевтов; обучение в клинической ординатуре, интернатуре, аспирантуре и докторантуре;

– более 10 тысяч слушателей ежегодно;

– среди сотрудников кафедр факультета мировые лидеры медицинской науки и здравоохранения, в числе которых 132 доктора и 28 кандидатов медицинских наук, заслуженные деятели науки, заслуженные работники образования и здравоохранения РФ, члены-корреспонденты и академики РАН;

– актуальные формы обучения: дистантное, интерактивное и симуляционное, которые сегодня рассматриваются как ключевые направления развития, позволяющие наиболее эффективно донести до слушателя наполнение образовательной программы при помощи современных технологий и существенно улучшить качество образовательного процесса, – это активное участие в процессе непрерывного медицинского образования.

Слушатели ФНМО становятся не только успешными участниками аккредитованных программ повышения квалификации, но и могут освоить разработанные с использованием образовательных стандартов и клинических рекомендаций дистанционные образовательные модули. Материалы конференции будут опубликованы в журнале «Вестник последипломного медицинского образования» № 4 за 2020 год.

РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ Факультет непрерывного медицинского образования

КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

(зав. кафедрой – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор Баткаев Э.А.)

ПЛАН РАБОТЫ КАФЕДРЫ НА 2020 г.

ОРДИНАТУРА «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ» 2 года (с 20.09.2020 г.)

Сертификационные циклы: «Дерматовенерология» (144 часа)

27.01.2020 – 24.02.2020	13.07.2020 – 10.08.2020
23.03.2020 – 20.04.2020	14.09.2020 – 12.10.2020
25.05.2020 – 22.06.2020	02.11.2020 – 30.11.2020

«Косметология» (144 часа)

20.01.2020 – 17.02.2020	07.09.2020 – 05.10.2020
16.03.2020 – 13.04.2020	26.10.2020 – 23.11.2020
18.05.2020 – 15.06.2020	30.11.2020 – 28.12.2020
06.07.2020 – 03.08.2020	

ПЕРВИЧНАЯ ПЕРЕПОДГОТОВКА

«Дерматовенерология» (576 часов)

20.01.2020 – 25.05.2020	01.09.2020 – 30.12.2020
16.03.2020 – 20.07.2020	

Врачей-дерматовенерологов по программе «Косметология»

(576 часов, прерывистое обучение)

02.03.2020 – 31.07.2020	28.09.2020 – 27.02.2021
25.05.2020 – 31.10.2020	

ТЕМАТИЧЕСКОЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПО ТЕМАМ (актуальные даты будут представлены по мере набора группы на сайте кафедры – www.dermatovenerology.pro)

- Высокочастотная ультразвуковая визуализация кожи в дерматовенерологии и косметологии
- Трихология
- Детская дерматовенерология
- Криотерапия

- Радиоволновая терапия в дерматовенерологии и косметологии
- Лазерная медицина в дерматовенерологии и косметологии
- Плазмолитерапия в дерматовенерологии и косметологии
- Лазерная терапия в дерматовенерологии и косметологии
- Деструктивные методы в дерматовенерологии

ТЕМАТИЧЕСКОЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ

«Радиоволновая терапия в дерматовенерологии»

(18 часов – при регистрации через сайт <https://edu.rosminzdrav.ru>. После прохождения обучения выдается сертификат на 18 кредитов)

«Криотерапия»

(18 часов – при регистрации через сайт <https://edu.rosminzdrav.ru>. После прохождения обучения выдается сертификат на 18 кредитов)

«Плазмолитерапия в дерматовенерологии и косметологии»

(18 часов – при регистрации через сайт <https://edu.rosminzdrav.ru>. После прохождения обучения выдается сертификат на 18 кредитов)

«Нормативно-правовые требования организации

косметологической помощи населению»

(18 часов – при регистрации через сайт <https://edu.rosminzdrav.ru>. После прохождения обучения выдается сертификат на 18 кредитов)

Телефоны для записи: 8 (915) 023-09-87, 8 (915) 023-07-61,
8 (495) 964-46-55;
e-mail: dermrudn-fpk@yandex.ru;

адрес: г. Москва, Коломенский проезд, д. 4, кор. 12, кафедра,
проф. Баткаеву Э. А.

111538, г. Москва, ул. Косинская, д. 3, Клиника им. В.Г. Короленко (кафедра РУДН, проф. Баткаеву Э.А.)

ВЕСТНИК ПОСЛЕДИПЛОМНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ научно-практический и информационный журнал № 1, 2020

Главный редактор:

Э. А. Баткаев, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФНМО МИ РУДН, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор.

Зам. главного редактора:

Н. В. Баткаева, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФНМО МИ РУДН, к.м.н., доцент.

Члены редакционного совета:

Р. М. Абдрахманов,

заведующий кафедрой кожных и венерических болезней Казанского ГМУ, чл.-корр. АНТ, д.м.н., профессор;

И. В. Виноградов,

заведующий кафедрой андрологии ФНМО МИ РУДН, д.м.н., профессор;

О. А. Доготарь,

заместитель директора ЦСО Медицинского института РУДН, ученый секретарь Ученого совета факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН, доцент кафедры внутренних болезней, кардиологии и клинической фармакологии факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН, к.м.н., доцент;

В. А. Иванов,

заведующий кафедрой ультразвуковой диагностики и хирургии ФНМО МИ РУДН, д.м.н., профессор;

А. В. Майорова,

заведующая кафедрой эстетической медицины ФНМО МИ РУДН, к.м.н., доцент ФНМО МИ РУДН;

П. П. Огурцов,

заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсом лабораторной диагностики, директор Центра изучения печени РУДН. Руководитель отделения соматической реабилитации Национального научного центра наркологии МЗСР РФ. Член рабочей группы Общественной палаты РФ по совершенствованию антинаркотической политики и реформе системы наркологической помощи. Профессор, д.м.н.;

Ю. Ф. Сахно,

заведующий кафедрой функциональной диагностики РУДН, д.м.н.;

Т. А. Славянская,

доктор медицинских наук, профессор кафедры алергологии и иммунологии РУДН. Член экспертного совета ВАК;

Н. С. Татаурщикова,

доктор медицинских наук, профессор кафедры алергологии и иммунологии РУДН;

М. Б. Хамошина,

профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО МИ РУДН, д.м.н.;

И. А. Чистякова,

доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФНМО МИ РУДН, к.м.н., ст.н.с.;

Д. И. Кича,

профессор, д.м.н., заведующий кафедрой организации здравоохранения, лекарственного обеспечения, медицинских технологий и гигиены ФНМО МИ РУДН. Профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Медицинского института РУДН. Член экспертного совета ВАК.

Содержание

ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Непрерывное медицинское образование в РФ: сегодня и завтра
Доготарь О.А., Рыльцева Л.П., Сопетик В.С., Тигаи Ж.Г.

3

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Редкий случай псевдосаркомы Капоши, тип Мали
Глебова Л.И., Задионченко Е.В., Каткова К.В., Ключникова Д.Е.

8

Оценка эффективности мази «Радевит® Актив» в постпилингвом уходе

Баткаев Э.А., Пустовая К.Н., Карпова А.В., Рассадина З.В., Донченко И.Ю.

11

Эпидемиологические особенности заболеваемости нейросифилисом в Ростовской области

Темников Д.В., Гомберг М.А., Марченко Б.И., Темников В.Е., Темникова Е.В.

15

Медико-социальное исследование поведенческих особенностей пациентов с инфекциями, передающимися половым путем, в современных условиях

Ковтунова В.А., Степанова И.В., Думченко В.В.

20

НЕВРОЛОГИЯ

Применение ботулинического токсина в лечении зуда и онемения как симптомов постгерпетической невралгии

Н.Н. Потекаев, О.Р. Орлова, З.Н. Коновалова, М.А. Кочетков, О.Л. Внукова

23

ТЕРАПИЯ

Вариабельность частоты СНСФВ у симптомных пациентов с АГ высокого риска в зависимости от диагностических критериев
Гудиева Х.М., Кабельо Ф.Э., Доготарь О.А., Сафарова А.Ф., Кобалава Ж.Д.

26

Распространенность и формы ВГВ-инфекции у беременных вьетнамской популяции, проживающих в России

Нгуен Т.Х., Мазурчик Н.В., Огурцов П.П.

32

ПСИХИАТРИЯ

Некоторые организационно-социологические аспекты совершенствования оказания психиатрической помощи больным
Тер-Израелян А.Ю., Евдокимова Т.Е., Коровяков А.В.

37

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

На пороге открытия
Белова Л.В., Баткаева Н.В.

44



POST-QUALIFYING MEDICAL EDUCATION HERALD

research-to-practice and informational magazine № 1, 2020

Managing editor:

E. A. Batkaev,

Head of the Department of Dermatovenereology and Cosmetology Peoples' Friendship University of Russia, honored doctor of Russia, MD, Professor.

Deputy chief editor:

N. V. Batkaeva,

Associate Professor in the Department of Dermatovenereology and Cosmetology Peoples' Friendship University of Russia, PhD, associate Professor.

Members of editorial team:

R. M. Abdrakhmanov,

Head of the Department of skin and venereal diseases of Kazan State Medical University, corresponding member, interviewer ANT, MD, Professor;

I. V. Vinogradov,

Head of the Department of andrology Peoples' Friendship University of Russia, MD;

Professor O. A. Dogotar,

Deputy Director of the CSD Medical Institute of PFUR, academic Secretary of the Academic Council of the faculty of advanced training of medical workers, peoples' friendship University, associate Professor of the Department of internal medicine, cardiology and clinical pharmacology of the faculty of advanced training of medical workers, peoples' friendship University, PhD, associate Professor;

V. A. Ivanov,

Head of Department "Ultrasonic diagnostics and surgery" Peoples' Friendship University of Russia, MD, Professor;

A. V. Mayorova,

Head of chair of aesthetic medicine Peoples' Friendship University of Russia, candidate, associate Professor Peoples' Friendship University of Russia;

P. P. Ogurtsov,

Head of Department of hospital therapy with course of laboratory diagnostics, Director of the Center for the study of liver PFUR. The head of the somatic rehabilitation Department of National research center narcology MHSD of the Russian Federation. Member of the working group of the Public chamber of the Russian Federation for improvement of drug policy and the reform of the system of narcological assistance. Professor, MD;

Y. F. Sakhno,

Head of Department of functional diagnostics Peoples' Friendship University of Russia, MD;

T. A. Slavyanskaya,

Doctor of medical Sciences, Professor of the Department of Allergology and immunology, Peoples' Friendship University of Russia. Member of the expert Council of VAK;

N. S. Tataurschikova,

Doctor of medical Sciences, Professor of the Department of Allergology and immunology, Peoples' Friendship University of Russia;

M. B. Khamoshina,

Department of obstetrics, gynecology and reproductive medicine Peoples' Friendship University of Russia, MD;

I. A. Chistyakova,

Associate Professor in the Department of Dermatovenereology and Cosmetology Peoples' Friendship University of Russia, PhD, senior researcher;

D. I. Kitcha,

professor, MD, head of Department of organization of health care, provision of medicines, medical technology and hygiene Peoples' Friendship University of Russia. Professor of the Department of public health, health and hygiene of the medical Institute of Peoples' Friendship University of Russia. Member of the expert Council of VAK.

Content

POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION

Continuous medical education in the Russian Federation: today and tomorrow

Dogotar O.A., Ryltseva L.P., Sopetnik V.S., Tigai Zh.G.

3

DERMATOVENEROLOGY

Rare case of Kaposi's pseudosarcoma, type of Mali

Glebova L.I., Zadionchenko E.V., Katkova K.V., Klyuchnikova D.E.

8

Radevit® Active ointment effectiveness evaluation in post-peeling care

Batkaev E.A., Pustovaya K.N., Karpova A.V., Rassadina Z.V., Donchenko I.Yu.

11

Epidemiological features of the incidence of neurosyphilis in the Rostov region

Temnikov D.V., Gomberg M.A., Marchenko B.I., Temnikov V.E., Temnikova E.V.

15

The medical-social study of the behavioural characteristics of the patients with sexually transmitted diseases in the present conditions

Kovtunova V.A., Stepanova I.V., Dumchenko V.V.

20

NEUROLOGY

The use of botulinum toxin in the treatment of itching and numbness as symptoms of postherpetic neuralgia

Potekaev N.N., Orlova O.R., Konovalova Z.N., Kochetkov M.A., Vnukova O.L.

23

THERAPY

Incidence of heart failure with preserved ejection fraction using different diagnostic algorithms among high-risk hypertensive patients

Gudieva K., Cabello F.E., Safarova A., Kobalava Z.

26

Prevalence and forms of HBV infection in pregnant Vietnamese population living in Russia

Nguyen T.H., Mazurchik N.V., Ogurtsov P.P.

32

PSYCHIATRY

Some organizational and sociological aspects of improving the provision of psychiatric care to patients

Ter-Israelyan A.Yu., Evdokimova T.E., Korovyakov A.V.

37

HISTORY OF MEDICINE

On the threshold of opening

Belova L.V., Batkaeva N.V.

44

Непрерывное медицинское образование в РФ: сегодня и завтра

О.А. Доготарь, Л.П. Рыльцева, В.С. Сопетик, Ж.Г. Тигай

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Актуальность. В настоящее время Россия вступила в эру перемен в медицинском образовании. На протяжении последних лет активно внедряется система непрерывного медицинского образования (НМО). Исчез такой вид последипломного образования, как интернатура, доживает последние месяцы привычная нам система сертификации как допуск к профессиональной деятельности. В этой статье подробно рассказывается об изменениях, которые уже состоялись и о том, что ждет нас впереди.

Цель – проанализировать особенности системы НМО в России с точки зрения организации процедуры контроля качества полученного медицинского образования на разных этапах становления врача, включая первичную, первичную специализированную и периодическую аккредитации.

Материалы и методы: изучены и проанализированы данные научных статей, диссертаций, руководств, информационных медицинских ресурсов за период 2003–2020 гг.

Заключение. На сегодняшний день в России создана современная система непрерывного медицинского образования, призванная улучшить качество оказываемой медицинской помощи. Она формировалась с учетом лучшего зарубежного опыта и реального состояния сфер здравоохранения и медицинского образования в РФ. Регулирование качества медицинского обслуживания тесно связано с профессионализмом сотрудников сферы здравоохранения и включает систему их аккредитации на всех этапах становления специалиста. Эффективность внедряемых изменений зависит не только от сознательности и ответственности всех участников процесса, но и от своевременности обратной связи, а также быстрого реагирования на новые вызовы современности.

Ключевые слова: непрерывное медицинское образование, аккредитация, ОСКЭ, тестирование, практические навыки, ситуационные задачи, портфолио

ABSTRACT

Continuous medical education in the Russian Federation: today and tomorrow

O.A. Dogotar, L.P. Ryltseva, V.S. Sopetik, Zh.G. Tigai

Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russia

Relevance. Currently, Russia has entered an era of change in medical education. Over the past few years, a system of continuing medical education (CME) has been actively introduced. This kind of postgraduate education, such as internship, has disappeared, the certification system habitual to us as an access to professional activity has been living out the last months. This article details the changes that have already taken place and what lies ahead.

Purpose: to analyze the features of the CME system in Russia from the point of view of organizing the quality control procedure of the received medical education at various stages of the medic's formation, including primary, primary specialized and periodic accreditation.

Materials and methods: the data of scientific articles, dissertations, manuals, medical information resources for the period 2003–2020 were studied.

Conclusion. Today, Russia has created a modern system of continuing medical education, designed to improve the quality of medical care provided. It has been formed taking into account the best foreign experience and the real state of the spheres of healthcare and medical education in the Russian Federation. The regulation of the quality of medical care is closely linked with the professionalism of healthcare professionals and includes a system for their accreditation at all stages of specialist development. The effectiveness of the implemented changes depends not only on the consciousness and responsibility of all participants in the process, but also on the timeliness of feedback, as well as quick response to new challenges of our time.

Key words: continuing medical education, accreditation, OSCE, testing, practical skills, situational tasks, portfolio



В последние годы все профессиональное медицинское сообщество РФ поэтапно вовлекается в новую систему НМО. Ведь именно усовершенствование собственной системы медицинского образования является ключом в достижении успеха реформ отечественного здравоохранения. Что же послужило мощным толчком, приведшим к таким масштабным изменениям по всей стране?

Известно, что в числе приоритетных задач государства в сфере здравоохранения выступают удовлетворение потребностей граждан в высококвалифицированной и качественной медицинской помощи, а также гарантирование ее безопасности. Для выполнения этих задач безусловно необходимо создание новых действенных методов управления и оценки качества медицинской помощи с их последующим внедрением в практику здравоохранения.

О необходимости модернизации системы здравоохранения в Российской Федерации говорил и низкий уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи, который в период с 2010 по 2015 г. составлял 34,7–40,4% [1]. Анализ профессиональной квалификации врачей на тот момент определил ряд недостатков: отсутствие профессиональных стандартов во всех специальностях, а также отсутствие независимого органа, оценивающего квалификационные компетенции врачей [2, 3]. Выявленные проблемы требовали реформирования в системе медицинского образования.

Для решения таких задач в России обратились к опыту других стран, в которых имелся целый набор механизмов (как добровольных, так и предписанных законом) для проведения периодической проверки деятельности медицинских организаций на основе уставленных стандартов, которые предназначены для обеспечения контроля качества на должном уровне [4, 5, 6].

Существует два вида контроля: аккредитация и лицензирование. Ведущим компонентом обеих стратегий служит внешнее соответствие установленным стандартам. Однако отличие аккредитации заключается в том, что основное внимание направлено на постоянное улучшение качества предоставляемых медицинских услуг, в то время как цель лицензирования соответствовать минимальным стандартам для достижения безопасности пациентов [6].

Стандарты, действующие в аккредитационных системах таких стран, как Канада и США, заметно превышают тот минимальный уровень, который представляется подходящим для лицензирования. Заимствование этих стандартов достаточно длительный и трудоемкий процесс [6].

В 1999 г. Международное общество по обеспечению качества в здравоохранении (ISQua) запустило «Программу лидерства в области аккредитации в системе здравоохранения» (АЛЬФА), призванную содействовать развитию, распространению и взаимной согласованности программ аккредитации медицинских учреждений во всем мире [7]. Тем не менее лишь немногие правительства решились принять аккредитацию как метод контроля качества медицинского обслуживания. Для некоторых стран введение собственной системы аккредитации является невозможным, т.к. разработка стандартов – это дорогостоящий и трудоемкий процесс, а для малобюджетных

систем здравоохранения важно поскорее добиться качественного процесса.

Для обучения врачей на территории РФ была подготовлена программа непрерывного медицинского образования, включающая создание системы аккредитации, обучающие модули которой основаны на активно используемой модели врачами первичного звена в Великобритании, а также в Австрии, Испании и др. – всего более чем в 50 странах [8].

В основе НМО заложено несколько принципов, в которых отражена непрерывность процесса, разнообразие образовательных активностей, высокое качество материалов и мероприятий с учетом контроля образовательной активности специалиста [9].

План развития системы аккредитации стал носить последовательный характер с 1 января 2016 г., когда вступил в силу Федеральный закон № 389 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». Последний, в свою очередь, внес изменения в Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и определил поэтапность развития системы аккредитации. Были выбраны сроки и этапы процедуры аккредитации для специалистов с медицинским или фармацевтическим образованием в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 февраля 2016 года № 127н «Об утверждении положения об аккредитации специалистов». Согласно данному приказу первичная аккредитация – это процедура, допускающая к профессиональной деятельности лиц, закончивших получение высшего медицинского и фармацевтического образования, начиная с 2016 года [10–12].

Аккредитация призвана не допустить к медицинской деятельности неподготовленных работников, снизить количество ошибок вследствие низкой квалификации и оценить качество готовности специалиста к практической деятельности после окончания образования.

Первоначально были выделены основные принципы, регламентирующие проведение процедуры аккредитации – это объективность, достоверность и сопоставимость баллов специалистов. Оценочная модель для первичной аккредитации представляет собой многоступенчатую систему, состоящую из трех этапов: оценивание знаний и умений испытуемых с помощью теста, практических навыков в симулированных условиях и решения ситуационных задач в форме мини-кейсов [13].

На первом этапе используется комбинация вопросов легкой, средней и высокой степени трудности, что направлено не только на проверку освоения знаний, но и оценку компетентности специалиста и сформированного у него клинического мышления [14].

Второй этап аккредитации основан на совершенно новой для российских вузов технологии – объективном структурированном клиническом экзамене (ОСКЭ), который состоит из последовательности станций, где в соответствии с требованиями профессионального стандарта оцениваются практические клинические навыки с использованием симуляционных технологий [15].

Популярность метода ОСКЭ за прошедшие 40 лет после изобретения постоянно растет, метод развивается



и используется во всем мире для проведения экзаменов у студентов и ординаторов. На сегодняшний день ОСКЭ используется в качестве: средства оценки выпускников, претендующих на лицензию для занятия должности или на сертификат для практической деятельности, средства оценки интернов при назначении их на более высокие должности в королевских коллегиях врачей различных специальностей в Великобритании, а также как средство оценки достижения минимального приемлемого стандарта для студентов и резидентов при переводных и выпускных экзаменах в большинстве медицинских школ США и Канады. На модели ОСКЭ основаны вторая часть экзамена PLAB в Великобритании, квалификационный экзамен II Медицинского совета Канады и оценка клинических умений для получения медицинской лицензии в США (USMLE) [9, 16]. Используется он и на постсоветском пространстве. Так, в Казахстане ОСКЭ является обязательным экзаменом после III, V и VII курсов во всех медицинских вузах.

Третий этап аккредитации состоит из ситуационных кейс-задач, в которых предлагается решить реальную ситуацию, отражающую практическую проблему и владение профессиональными компетенциями [2].

В 2016 году начали проводить процедуру первичной аккредитации по специальностям «Стоматология» и «Фармация», а с 2017 года аккредитации подлежали лица, закончившие основные образовательные программы по всем специальностям.

С 2018 года планировалось запустить первичную специализированную аккредитацию (ПСА) для допуска к профессиональной деятельности лиц, завершивших обучение по программам ординатуры или переподготовки в рамках дополнительного профессионального образования. Однако сроки внедрения ПСА были изменены, и лишь в январе 2019 года был запущен пилотный проект, в котором принимали участие 6 специальностей: «Терапия», «Педиатрия», «Неврология», «Кардиология», «Общая врачебная практика», «Онкология». Ее итоги оправдали ожидания, и с января 2020 года должна была стартовать процедура аккредитации по всем специальностям ординатуры.

Согласно нормативным документам остальные категории лиц до 2021 года должны были допускаться к медицинской деятельности через процедуру сертификации в соответствии с приказом Минздрава России от 29 ноября 2012 г. № 982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста».

20 января 2020 г. были внесены изменения в форму проведения процедуры аккредитации среди специалистов медицинского и фармакологического профиля приказом Министерства здравоохранения РФ № 34н «О внесении изменений в Положение об аккредитации специалистов, утвержденное приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2016 г. № 334н»:

1) периодическая аккредитация будет состоять из одного этапа – оценка портфолио (ранее включало еще тестирование);

2) первичная специализированная аккредитация будет разделена на аккредитацию для лиц, с высшим обра-

зованием (тестирование, оценка практических навыков в симулированных условиях и решение ситуационных кейс-задач) и со средним образованием (тестирование и оценка практических навыков в симулированных условиях, а решение ситуационных задач – для лиц получивших после 1 января 2020 г. среднее медицинское образование, на которых могут быть возложены отдельные функции лечащего врача в соответствии с частью 7 статьи 70 Федерального закона № 323-ФЗ) [17].

Однако пока перечисленные выше изменения не удалось воплотить в жизнь. На этот раз отсрочку организовала природа. 11 марта 2020 г. ВОЗ объявила о пандемии коронавируса, что коренным образом изменило ситуацию во всем мире. Сфера медицинского образования не осталась в стороне, и в связи с риском распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 был принят Федеральный закон от 1 апреля 2020 г. № 98-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций», после которого вышел приказ Минздрава России от 14 апреля 2020 г. № 327н «Об особенностях допуска физических лиц к осуществлению медицинской деятельности и (или) фармацевтической деятельности без сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста и (или) по специальностям, не предусмотренным сертификатом специалиста или свидетельством об аккредитации специалиста». Согласно этому документу введен мораторий на срок до 1 января 2021 г. на получение сертификатов специалиста и свидетельств об аккредитации специалиста. При этом остается возможность продолжать и зачисляться на обучение по программам профессиональной переподготовки и повышения квалификации (т.н. сертификационные циклы), но выдача сертификатов специалиста и свидетельств об аккредитации приостановлена. Кроме того, данный документ продлевает срок действия истекших сертификатов специалиста на 1 год. Также установлены случаи допуска специалистов к медицинской и фармацевтической деятельности без сертификата об аккредитации. Так, например, для лиц, завершивших обучение, но не успевших пройти процедуру аккредитации в срок до 1 января 2021 г., разрешается допуск к трудовой деятельности. А лицам, в настоящее время получающим образование по программам ординатуры, предложена возможность быть трудоустроенными на должность врача-стажера [18, 19]. Данные меры предприняты для того, чтобы сократить количество преград во время трудоустройства и работы специалистов, уменьшить риск заражения людей во время прохождения процедуры аккредитации, обеспечить больницы наибольшим количеством медицинского персонала в условиях пандемии.

Вызванная эпидемиологической ситуацией «пауза» с проведением процедуры первичной специализированной аккредитации неизбежно приведет к дополнительной нагрузке на аккредитационные центры РФ в 2021 году. Учитывая, что введенный мораторий носит временный характер, лица, которые не смогли пройти процедуру аккредитации в 2020 году, для получения допуска к профессиональной деятельности в обязательном порядке должны будут сделать это после 31.12.2020.



Какие же нововведения ожидают нас в обозримом будущем? С 2021 года для лиц, завершивших освоение профессиональных программ в сфере медицинского или фармакологического образования, с целью обеспечения непрерывного совершенствования профессиональных знаний и навыков, а также расширения квалификации во время всей трудовой деятельности начнется периодическая аккредитация. Таким образом, все специалисты пройдут процедуру аккредитации к 2026 году [20].

На этапе периодической аккредитации будет оцениваться портфолио за период последних пяти лет, в которое входит информация об индивидуальных профессиональных достижениях (оценка от работодателя), трудовом стаже и об освоении образовательных программ, повышающих квалификацию аккредитуемого. При этом мы уходим от привычного обучения единой группы в пять лет и приходим к систематическому ежегодному участию в коротких образовательных программах и научных конференциях. И если раньше представители медицинского сообщества были «обречены» на участие в продолжительном обучении с отрывом от трудовой деятельности (что на практике лишь снижало эффективность повышения квалификации), то сейчас открываются возможности выбора действительно актуальных для конкретного специалиста коротких тем без выпадения из привычного режима. С развитием дистанционных технологий стало реальным довольно частое участие в онлайн-вебинарах флагманов профессиональных сообществ, что очень важно и актуально в стремительно развивающемся потоке научной информации медицинского характера. Каждое посещаемое мероприятие будет иметь свою ценность, исчисляемую в баллах. Учитывая все вышеизложенное, каждый специалист должен за один год собрать не менее 50 баллов, а за 5 лет – 250 баллов образовательной активности (хотя именно эта позиция еще обсуждается). Окончательная методика по оценке портфолио еще находится на стадии согласований и доработки. Однако основные позиции изложены выше. Ожидается, что данные меры будут мотивировать врачей постоянно совершенствовать профессиональные навыки и способствовать повышению их квалификации.

Регулирующие механизмы были созданы ради того, чтобы здравоохранение оставалось всегда безопасным, однако, если их не менять, они могут стать серьезным препятствием на пути прогресса системы. Контролирующие инстанции должны сотрудничать с поставщиками медицинских услуг, анализировать результаты для получения обратной связи с целью коррекции процесса обучения и содействовать новациям [21].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для достижения высоких показателей качества оказываемой медицинской помощи приоритетным является создание условий, способствующих достаточной мотивации специалистов к постоянному стремлению повышать уровень своих знаний и умений. В наши дни система медицинского образования России претерпевает многочисленные изменения, целью которых безусловно является ее улучшение. Еще рано подводить итоги, т.к. оценить эффективность проводимых мероприятий и ре-

формаций можно будет только по окончании внедрения всех этапов аккредитации (первичной, первичной специализированной и периодической). В профессиональных кругах и на площадках конференций до сих пор ведутся дискуссии и о целесообразности, и об ожидаемой пользе проводимых изменений в системе медицинского образования. И это, скорее всего, станет темой будущих многочисленных исследований. Современная система НМО формировалась с учетом лучшего зарубежного опыта и реального состояния сфер здравоохранения и медицинского образования в РФ. Важно удостовериться в том, что принятые меры способствуют достижению высоких профессиональных стандартов, а аккредитация служит средством поддержки высокого качества. Нужно понимать, что эффективность внедряемых изменений будет зависеть не только от сознательности и ответственности всех участников процесса, но и от своевременности обратной связи, а также быстрого реагирования на новые вызовы современности.

Литература

1. Балкизов З.З., Природова О.Ф., Семенова Т.В. и др. Переход на новую систему допуска к медицинской деятельности: аккредитация и непрерывное медицинское образование // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2016. № 4. С. 12–24.
2. Михайлова Ю.В., Хальфин Р.А., Сохов С.Т. и др. Кадровые ресурсы здравоохранения Российской Федерации: пособие для руководителей органов и учреждений здравоохранения. М., 2007. 102 с.
3. Данилова Н.В. Возможности оптимизации подготовки кадров для практического здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2012. № 3. С. 20–24.
4. Кузнецова О.Ю., Фролова Е.В. Нужна ли аккредитация непрерывного последипломного образования семейных врачей в Европе? // Российский семейный врач. 2007. № 2. С. 4–7.
5. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р (ред. от 28.09.2018) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года».
6. Юрьев А.С., Черкасов В.А., Енилеева С.К. и др. Использование метода аккредитации в системах управления качеством в здравоохранении зарубежных стран // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2004. № 4. С. 27–39.
7. Shaw C.D. Toolkit for accreditation programs. International Society for Quality in Healthcare; ALPHA council For World Bank, 2003. 68 p.
8. Свистунов А.А., Сизова Ж.М., Трезубов В.Н. Аккредитация специалиста здравоохранения как стартовая площадка непрерывного медицинского образования // Анестезиология и реаниматология. 2016. № 4. С. 253–256.
9. Свистунов А.А., Улумбекова Г.Э., Балкизов З.З. Непрерывное медицинское образование для улучшения качества медицинской помощи // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2014. № 1. С. 21–31.
10. Федеральный закон от 1 января 2016 г. № 389-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».
11. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 февраля 2016 года № 127н «Об утверждении положения об аккредитации специалистов».
13. Егорова И.А., Шевченко С.Б., Куличенко В.П. и др. Инновационные образовательные технологии в непрерывном медицинском образовании врачей // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2013. № 2–3. С. 154–155.
14. Скачкова Е.И., Короткова А.В., Новожилов А.В. и др. Система обучения методологии управления качеством с использованием дистанционного метода: методическое пособие. М., 2007. 83 с.
15. Скачкова Е.И., Короткова А.В., Камынина Н.Н. и др. Методология и методика системы аккредитации медицинских, фармацевтических организаций, научно-исследовательских, образовательных учреждений и страховых медицинских организаций в системе здравоохранения



Российской Федерации: пособие для организаторов здравоохранения. М., 2006. 66 с.

16. *Догтарь О.А., Ерусланова К.А.* Особенности системы медицинского образования в США: за и против // Вестник последипломного медицинского образования. 2017. № 3. С. 7–13.

17. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 января 2020 г. № 34н «О внесении изменений в Положение об аккредитации специалистов, утвержденное приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2016 г. № 334н».

18. Федеральный закон от 1 апреля 2020 г. № 98-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций».

19. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2020 г. № 327н «Об особенностях допуска физических лиц

к осуществлению медицинской деятельности и (или) фармацевтической деятельности без сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста и (или) по специальностям, не предусмотренным сертификатом специалиста или свидетельством об аккредитации специалиста».

20. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 ноября 2012 г. № 982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста».

21. *Глыбочко П.В.* Непрерывное профессиональное образование врачей: опыт внедрения инновационных технологий // Медицинское образование и вузовская наука. 2014. № 1 (5). С. 4–8.



Редкий случай псевдосаркомы Капоши, тип Мали

Л.И. Глебова¹, Е.В. Задюченко¹, К.В. Каткова², Д.Е. Ключникова¹

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

² Филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» ГБУЗ Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

В статье разобраны клинические и этиологические особенности редкого дерматоза – псевдосаркомы Капоши, известной также под названиями: акроангиодерматит, псевдоангиосаркоматоз Капоши, акроангиосаркодерматит. Рассматриваются основные причины возникновения заболевания, проводится дифференциальная диагностика с заболеваниями, имеющими похожую клиническую картину.

Ключевые слова: псевдосаркома Капоши, акроангиодерматит, ангиопролиферативное заболевание, ангиодерматит, дифференциальный диагноз, сосудистая патология, венозная недостаточность

ABSTRACT

Rare case of Kaposi's pseudosarcoma, type of Mali

L.I. Glebova¹, E.V. Zadionchenko¹, K.V. Katkova², D.E. Klyuchnikova¹

¹ A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

² Moscow Scientific and Practical center of Dermatology and Cosmetology, Moscow, Russia

The article analyzes the clinical and etiological features of a rare dermatosis known as – Kaposi's pseudosarcoma, which has synonyms: acroangioidermatitis, Kaposi's pseudoangiosarcomatosis, acroangiosarco-dermatitis. The main causes of the disease are considered, and a differential diagnosis is performed. Gnostics with diseases that have a similar clinical picture.

Key words: Kaposi's pseudosarcoma, acroangioidermatitis, angioproliferative disease, angioidermatitis, differential diagnosis, vascular pathology, venous insufficiency

Акроангиодерматит, или псевдосаркома Капоши – редкое заболевание, вызываемое ангиодисплазией сосудов кожи. Причина заболевания – компенсаторная пролиферация мелких кровеносных сосудов из-за венозной недостаточности, артериовенозных сосудистых мальформаций вследствие порока эмбрионального развития сосудистой системы, а также из-за синдромов: Прадера-Вилли и Клиппеля-Треноне-Вебера [1, 2]. Акроангиодерматит может развиваться на культе ампутированной конечности и у парализованных больных. Отдельно следует отметить акроангиодерматит, возникающий на фоне искусственных артериовенозных шунтов, сформированных для подключения аппарата искусственной почки у больных на гемодиализе. В этом случае заболевание локализуется на верхних конечностях [3]. Псевдосаркома Капоши – это доброкачественное состояние, клинически напоминающее истинную болезнь Капоши. На разгибательных поверхностях нижних конечностей

чаще всего симметрично располагаются серо-синюшные пятна, папулы, узлы, бляшки, изъязвления. В настоящее время различают два варианта акроангиодерматита:

- Особая форма ангиодерматита, вызванная хронической венозной недостаточностью и описанная в 1965 году Mali и соавторами [4]. Такой тип с поражениями двух конечностей характерен для пациентов зрелого и пожилого возраста.

- Врожденная артериовенозная недостаточность с множественными фистулами тип Стюарта-Блюфарба [5]. Такой тип акроангиодерматита свойственен пациентам до 30 лет, поражения ассиметричны.

Акроангиодерматит необходимо отличать от злокачественного состояния, особенно от саркомы Капоши, в том числе ВИЧ-ассоциированной [6]. Своевременное выявление ложного ангиосаркоматоза Капоши имеет особую значимость, позволяя больным избежать лечения цитостатиками.



Клинический случай

Пациент М., 53 лет, находился на стационарном лечении в дерматологическом отделении филиала Московского центра дерматовенерологии и косметологии «Клиника им. В.Г. Короленко» с предварительным диагнозом «васкулит».

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 7 лет после первых появлений высыпаний на коже голеней в виде пятен и бляшек синюшно-коричневого цвета. Затем у него развились небольшие поверхностные язвочки. Пациент обратился к хирургу по месту жительства, где ему был поставлен диагноз «трофические язвы голени», и он неоднократно получал лечение в условиях дневного стационара в хирургии.

Последнее обострение длилось в течение двух месяцев, тогда пациент и отметил появление мелких язвочек на коже обеих голеней. Лечился в ревматологическом отделении ГКБ № 15, где ему был поставлен диагноз «псевдосаркома Капоши, тип Мали».

Заключение диагностической биопсии: патологические изменения соответствуют картине застойного ангиодерматита с признаками гемосидероза; признаков саркомы Капоши не обнаружено.

Дерматологом по месту жительства был направлен на стационарное лечение.

Клинический осмотр кожи при поступлении

Патологический процесс носит распространенный характер, локализуется на коже обеих голеней в области их средних и нижних третей, голеностопных суставов, стоп. Имеются множественные пурпурного цвета пятна и крупные бляшки синюшно-коричневого цвета. Очаги поражения размером не более ладони, представляют собой плоские инфильтраты с небольшой болезненностью при пальпации. В пределах очагов имеются точечные и линейные эскориации, мелкие поверхностные эрозии, покрытые серозно-геморрагическими корочками. Кожа голеней отечна. В области лодыжек отмечается сетчатая пигментация кожи, распространяющаяся на пальцы стоп.

Результаты клинико-диагностического обследования

Клинический анализ крови: гемоглобин – 106 г/л; эритроциты – 3,41; тромбоциты – 274; лейкоциты – 5,7; сегментоядерные – 50%; палочкоядерные – 2%; лимфоциты – 37%; моноциты – 11%; СОЭ – 40 мм/ч.

Клинический анализ мочи: удельный вес – 1025 ммоль/ммоль; глюкоза – нет; белок – нет; рН – 5,5; цил.-гиал. – 0–1 в п/зр.; лейкоциты – 1–2 в п/зр.

Биохимический анализ крови: АСТ – 45,7 МЕ/л; мочевины – 6,9 ммоль/л; щелочная фосфатаза – 127 МЕ/л; глюкоза – 4,7 ммоль/л; железо – 9,0 мкмоль/л; альбумин – 40,9 г/л; креатинин – 77 мкмоль/л; билирубин общ. – 14,3 мкмоль/л; общий белок – 67,9 г/л.

Консультации специалистов

Терапевт: хронический атрофический гастрит, гастроэзофагальный рефлюкс. Варикозное расширение вен

нижних конечностей. Железодефицитная анемия легкой степени.

Хирург: хроническая лимфовенозная недостаточность.

Учитывая клинику процесса на коже нижних конечностей, данные гистологического исследования, наличие у пациента варикозного расширения вен нижних конечностей на фоне лимфовенозной недостаточности – мы приходим к выводу, что у больного имеется псевдосаркома Капоши, тип Мали.

При дифференциальной диагностике обращаем внимание на такие заболевания, как второй тип псевдосаркомы Капоши, геморрагическую идиопатическую саркому Капоши, ангиодерматит Фавра–Ше; красный плоский лишай, грибовидный микоз, сифилис, лепру.

Для второго типа псевдосаркомы Капоши характерно, что кожные высыпания напоминают болезнь Капоши, множественные врожденные артериовенозные фистулы, ассиметричные кожные и сосудистые проявления. Обычно это молодой встречается в молодом возрасте (20–30 лет). На фоне пятнистых и бляшечных высыпаний видны мелкие язвочки. Могут появляться папилломатозные разрастания. Характерна резкая болезненность. Артериовенозные фистулы трактуются как патология сосудистого русла, где присутствует прямое сообщение между артериями и венами без участия капилляров.

От саркомы Капоши акроангиодерматит отличается гистологически – по четкому дифференциальному признаку в виде сосудистых щелей между скоплениями вертенообразных клеток [8].

Ангиодерматит Фавра–Ше характеризуются яркой охряно-желтым цветом пятен на фоне гипостатической патологии конечностей.

При красном плоском лишае и его локализации на коже голеней отсутствуют багровые и серо-аспидные тона в окраске. Для высыпаний характерна мноморфная сыпь, не склонная к быстрому росту, отеку окружающих тканей и превращению в нодулярные инфильтраты. При наличии веррукозных очагов может потребоваться биопсия кожи.

Т-клеточная лимфома проявляется в виде яркого воспаления, сильного зуда и характеризуется иной гистологической картиной [9].

При третичном сифилисе бугорки изъязвляются, трансформируются в «мозаичные» рубцы и имеют склонность к группировке. Отек конечностей отсутствует. Установить точный диагноз помогают комплекс серологических реакций.

Лепра характеризуется снижением чувствительности в очаге поражения.

В представленном случае у пациента с псевдосаркомой Капоши, тип Мали, прогноз для жизни благоприятный.

После курса лечения антигистаминными и сосудистыми препаратами пациент был выписан в удовлетворительном состоянии, с положительной кожной динамикой. Ему рекомендован следующий курс стационарного лечения через 6 месяцев.



Литература

1. Zutt M., Emmert S., Moussa I., Haas E. et al. Acroangiokeratitis Mali resulting from arteriovenous malformation: report of a case of Stewart-Bluefarb syndrome // Clin Exp Dermatol. 2008. Vol. 33. Pp. 22–5.
2. Pimentel M.I.F., Cuzzi T., Azeredo-Coutinho R.B.G., Vasconcellos É.C.F.E. et al. Acroangiokeratitis (pseudo-Kaposi sarcoma): a rarely-recognized condition. A case on the plantar aspect of the foot associated with chronic venous insufficiency // Anais Brasileiros de Dermatologia. 2011. Vol. 86. No. 4. Suppl. 1. Pp. 13–16. DOI: 10.1590/S0365-05962011000700002.
3. Nakanishi G., Tachibana T., Soga H. et al. Pseudo-Kaposi's Sarcoma of the Hand Associated with Acquired Iatrogenic Arteriovenous Fistula // Indian journal of dermatology. 2014. Vol. 59. No. 4. Pp. 415–416. DOI: 10.4103/0019-5154.13551.
4. Mali J.W., Kuiper J.P., Hamers A.A. Acro-angiokeratitis of the foot // Arch Dermatol. 1965. Vol. 92. No. 5. Pp. 515–8.
5. Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Клиническая дерматология. Редкие и атипичные дерматозы. Ер.: Айастан, 1989. С. 408–412.
6. Singh S.K., Manchanda K. Acroangiokeratitis (Pseudo-Kaposi sarcoma) // Indian dermatology online journal. 2014. Vol. 5. No. 3. Pp. 323–325. DOI: 10.4103/2229-5178.137791.
7. Дифференциальная диагностика кожных болезней: руководство для врачей / под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студницина. М.: Медицина, 1989. С. 353–354.
8. Бакстон П.К. Дерматология. М.: Бином, 2005. 173 с.
9. Browsew I., Burnand K.G., Lea M. Diseases of the veins: pathology, diagnosis, and treatment. London: Edward Arnold, 1989.



Оценка эффективности мази «Радевит® Актив» в постпилинговом уходе

Э.А. Баткаев¹, К.Н. Пустовая², А.В. Карпова^{1,2},
З.В. Рассадина¹, И.Ю. Донченко¹

¹ Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

² АО «Ретиноиды», Балашиха, Московская область, Россия

РЕЗЮМЕ

Актуальность исследования обусловлена популярностью проведения пилингов и необходимостью ухода после процедуры для быстрого восстановления кожи.

Цель исследования – изучить эффективность препарата «Радевит® Актив» после проведения пилинга.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 40 пациентов, разделенных на 2 группы. Первой группе пациентов после проведения гликолевого пилинга наносили мазь «Радевит® Актив», второй – мазевую основу препарата. Исследовали изменения влажности, pH, жирности, уровней микроциркуляции и меланогенеза кожи, проводили клиническую оценку эффективности и переносимости препарата. Пациенты оценивали удобство применения мази по 5-балльной шкале.

Заключение: препарат «Радевит® Актив» обладает репаративными свойствами, нормализует функциональные показатели кожи, сокращает реабилитационный период.

Ключевые слова: пилинг, восстановление кожи, мазь «Радевит® Актив», функциональные показатели кожи

ABSTRACT

Radevit® Active ointment effectiveness evaluation in post-peeling care

E.A. Batkaev¹, K.N. Pustovaya², A.V. Karpova^{1,2}, Z.V. Rassadina¹, I.Yu. Donchenko¹

¹ Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russia

² Pharmaceutical Research and Production Enterprise "Retinoids", Balashikha, Moscow Region, Russia

The relevance of the study based on the popularity of peeling and the relevancy for quick skin repair in after-treatment care.

The purpose of the study was to study the effectiveness of the Radevit® Active drug after peeling manipulations.

Materials and methods. The study involved 40 patients, divided into 2 groups. After the glycolic peeling the first group patients was applied Radevit® Active ointment, the second – the base of the drug. We evaluated changes in moisture, pH, fatness, microcirculation and melanogenesis of the skin, as well as clinical assessment of the effectiveness and tolerance of the drug were carried out. Patients rated the convenience of the ointment application by a 5-point scale.

Conclusion: Radevit® Active drug has reparative properties, normalizes skin functional indicators, shortening the rehabilitation period.

Key words: peeling, skin reparation, Radevit® Active ointment, skin functional parameters

ВВЕДЕНИЕ

Основой механизма действия всех химических пилингов является контролируемый ожог кожи, который происходит под действием одной или нескольких кислот. Эта процедура применяется для лечения гиперпигментации, постакне, рубцов, хроно- и фотостарения, а также в целях поддержания pH кожи и ее нормального клеточного состава. После проведения пилинга происходит омоложение клеточной популяции.

Эффективность пилингов зависит от правильной постпилинговой терапии для достижения быстрого восстановления целостности эпидермиса, его защитной функ-

ции, предупреждающей повреждения от УФ-излучения, вторичного инфицирования и формирования рубцов.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности мази «Радевит® Актив» в постпилинговом восстановительном уходе. В **задачи** работы входило проведение клинической оценки переносимости, эффективности мази «Радевит® Актив» после процедуры пилинга и функциональных показателей кожи лица (влажность, pH, жирность, уровень микроциркуляции, меланогенеза).



Материалы и методы

В исследовании приняли участие 40 пациентов обоих полов в возрасте 25–30 лет, сходных по типу кожи. Обследуемые были разделены на две группы. В первой группе применяли мазь «Радевит® Актив» после проведения срединного пилинга кожи лица 40–50% гликолевой кислотой. Во второй – после той же процедуры наносили мазевую основу препарата. Перед пилингом проводили профилактику герпеса (прием противовирусного препарата), фотопротоколирование лица, подписывалось информированное согласие. После демакияжа и обработки лица антисептиком пациентам наносили 40–50% гликолевую кислоту, проводили нейтрализацию и повторную обработку очищающими средствами. «Радевит® Актив» наносили тонким слоем на чистую сухую кожу 2 раза в день в течение двух недель, избегая периорбитальной зоны и попадания на слизистые оболочки ротовой и носовой полостей. При этом исключали использование декоративной косметики, травматизацию кожи лица, посещение солярия, сауны, бассейна.

Измерение показателей влажности, жирности и уровня меланогенеза проводили с помощью аппарата Дерматоскоп/трихоскоп Aramo SG (многофункциональная мо-

дель с комплектом принадлежностей для диагностики волос и кожи головы и лица, Южная Корея). Микроциркуляцию определяли методом лазерной доплеровской флоуметрии аппаратом Lazma (Россия). Эти исследования обеспечивали регистрацию изменения потока крови в микроциркуляторном русле (флоуметрия); pH-метрию выполняли аппаратом Amtast AMT28F (США).

Контроль эффективности применения мази «Радевит® Актив» проводили через 7 и 14 дней после начала исследования путем заполнения карточки пациента: возраст, пол, диагноз, функциональные показатели кожи лица, статус локалис, дата проведения пилинга, реакция кожи до и после процедуры, наличие нежелательных явлений. После окончания курса лечения пациенты оценивали удовлетворенность проведенной терапией по 5-балльной шкале, основываясь на переносимости и удобстве применения препарата (5 баллов – «отлично», 4 – «хорошо», 3 – «удовлетворительно», 2 – «неудовлетворительно» и 1 – «глубоко неудовлетворительно»).

Результаты

Полученные результаты оценки функциональных показателей кожи представлены в табл. 1.

Таблица 1

Оценка функциональных показателей кожи лица у пациентов 1-й и 2-й групп до и в результате применения препарата «Радевит® Актив»

	До лечения		Через 7 дней от начала лечения		Через 14 дней от начала лечения	
	1-я гр. (n=20)	2-я гр. (n=20)	1-я гр. (n=20)	2-я гр. (n=20)	1-я гр. (n=20)	2-я гр. (n=20)
Влажность (у.е.) ¹	30±0,82	30,3±1,2	35,8±1,6	33±1,4	37,1±0,83	34,1±1,1
pH (ед.) ²	4,7±0,05	4,85±0,04	5,35±0,057	5,05±0,08	5,65±0,03	5,15±0,04
Жирность (мкг/см2) ³	99,7±4,15	105,8±7,26	88,6±3,3	101,1±5,56	75,6±3,3	92,7±4,5
Уровень микроциркуляции (пф.ед.) ⁴	9,58±1,34	9,36±2,31	12,7±1,6	10,6±2,1	14,5±2,46	12,4±1,9
Уровень меланогенеза ⁵	17,1±4,15	16,3±3,2	16,7±3,3	15,2±5,56	13,2±2,3	14,8±4,2

¹ Различия статистически достоверны в сравнении с показателями до лечения (p<0,01).

² Различия статистически достоверны в сравнении с показателями до лечения (p<0,001).

³⁻⁵ Различия статистически достоверны в сравнении с показателями до лечения (p<0,05).

Результаты показали статистически достоверное увеличение уровней влажности и микроциркуляции, уменьшение степени жирности и процесса меланогенеза, а также сдвиг pH в сторону физиологических значений.

Результаты фотопротоколирования представлены на рис. 1–2.



Рис. 1. Фото пациентки из 1-й группы





Рис. 2. Фото пациентки из 2-й группы

Оценка эффективности мази «Радевит® Актив» в восстановительном периоде после процедуры пилинга показала значительное повышение скорости и качества восстановительных процессов в сравнении с использованием мазевой основы препарата (табл. 2).

Таблица 2

Клиническая эффективность восстановления состояния кожи лица у пациентов до и в процессе лечения препаратом «Радевит® Актив»

Результаты лечения	Количество пациентов	
	1-я гр. (препарат «Радевит® Актив») (n=20)	2-я гр. (группа сравнения) (n=20)
Значительное улучшение	15	7
Улучшение	4	7
Без эффекта	0	6
Ухудшение	1	0
Всего	20	20

Переносимость исследуемого лекарственного препарата 15 пациентов оценили на «отлично», 4 – на «хорошо», 1 пациент прекратил использование из-за обострения процесса. Удобство его применения было определено 13 респондентами как «отличное», 5 – как «хорошее» и 2 – как «удовлетворительное». Использование мази «Радевит® Актив» в течение двух недель в восстановительном периоде способствовало достижению хороших результатов в реабилитации кожи после воздействия гликолевой кислоты, изменению функциональных параметров кожи в лучшую сторону. Пациенты 1-й группы были удовлетворены эффектом проведенного лечения, поэтому препарат «Радевит® Актив» можно рекомендовать как эффективное средство для восстановления кожи в постпилинговом периоде.

Обсуждение

Пилинг – одна из наиболее частых косметологических процедур, так как она не является инъекционной и обладает многими преимуществами: увеличение скорости репарации и регенерации кожи, очищение, уменьшение пигментации, стимуляция выработки коллагена и улучшение микроциркуляции [1–4]. Процесс представляет собой одновременно и уходовую процедуру, и служит

подготовкой к дальнейшему лечению. Основная задача постпилинговой терапии направлена на быстрое восстановление защитной функции кожи (гидролипидной мантии) от УФ-излучения, вторичного инфицирования и нарушения водно-электролитного баланса, а также появления рубцов и демаркационных линий. В зависимости от вида используемой кислоты или их комбинаций мы достигали необходимого эффекта. Е.В. Бронникова и соавторы в своей работе описали основные кислоты и их свойства, а также пред- и постпилинговый уход и возможные осложнения [5]. Например, гликолевая кислота (альфа-гидроксикислота) связывает ионы кальция и способствует снижению их количества в эпидермисе [6], а значит, разрушает десмосомы, способствуя эксфолиации. Эта кислота увеличивает выработку медиаторов, в частности IL-1, которые усиливают синтез нового коллагена и разрушение межклеточного матрикса дермы [7]. Гликолевая кислота, благодаря своей низкой молекулярной массе, может проникать в глубокие слои эпидермиса, за счет чего удается достигать нужной глубины воздействия.

Наиболее эффективному результату после процедуры способствует рациональный уход за кожей. Г.К. Спирина и О.В. Забненкова опубликовали работу с подробной характеристикой веществ и их свойств, использующихся для восстановления кожи после химических пилингов. Липосомы, церамиды, лецитин, полиненасыщенные жирные кислоты и др. восстанавливают эпидермальный барьер кожи. Экстракты водорослей, аминокислоты, гидролизаты кератина и белков соединительной ткани и др. восстанавливают ее гидролипидную мантию и водно-минеральный баланс [8].

По нашему опыту, комбинация витаминов А, Е и Д₃ способствует формированию эпидермального барьера, стимулирует регенерацию и обладает противовоспалительными свойствами. Эти соединения совмещают в себе иммуномодулирующие, репаративные эффекты, нормализуют процессы ороговения [9, 10]. Действие ретиноидов на эпителий кожи сопровождается расширением межклеточных промежутков, ослаблением связи кератиноцитов между собой, облегчением отделения роговых чешуек от подлежащего слоя. Волосяные фолликулы переходят в стадию анагена. В сальных железах увеличивается содержание базальных себоцитов и снижается количество терминально дифференцированных клеток. Для всех эпителиально-клеточных структур



кожи действие ретиноидов сопровождается усилением процессов пролиферации, омоложением клеточной популяции и снижением терминальной дифференцировки клеток [11]. Препарат Ретинола пальмитат стимулирует пролиферативную активность клеток базального и шиповатого слоев эпидермиса, способствуя заживлению пораженных участков и восстановлению эпителиально-клеточного пласта [12]. Таким образом, применение лекарственного препарата «Радевит® Актив» может использоваться не только для восстановления поврежденной кожи, но и для косметологического ухода за ней.

»» ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение препарата «Радевит® Актив», содержащего активно действующие вещества (ретинол, токоферол, колекальциферол) в постпилинговом уходе местно в виде монотерапии оказывает репаративный, противовоспалительный эффекты, нормализует функциональные показатели состояния кожи лица (влажность, pH, жирность, уровень микроциркуляции, меланогенеза), снижая тем самым время реабилитации пациентов. Средство является комфортным для кожи, поврежденной химическим путем. «Радевит® Актив» может применяться врачами-косметологами и дерматологами в лечебно-профилактических учреждениях после трав-

мирующих процедур для восстановления регуляции физиологических процессов в коже.

Литература

1. Gilchrist B.A. A review of skin ageing and its medical therapy // Br. J. Dermatol. 1996. Vol. 135. No. 6. Pp. 867–875.
2. Slavin J.W. Considerations in alpha hydroxy acid peels // Clin. Plast. Surg. 1998. Vol. 25. No. 1. Pp. 45–52.
3. Draelos Z.D. Sensitive skin: perceptions, evaluation and treatment // Am. J. Contact. Dermat. 1997. Vol. 8. No. 2. Pp. 67–78.
4. Maloney B.P., McCollough E.G. Deep-depth chemical peeling // Facial Plast Surg. 1995. Vol. 11. No. 1. Pp. 30–38. DOI: 10.1055/s-2008-1064514.
5. Бронникова Е.В., Чеботарева Н.В., Чеботарев В.В. и др. Современный взгляд на химический пилинг // Вестник молодого ученого. 2016. Т. 15. № 4. С. 22–29.
6. Kim S.J., Kang I.J., Shin M.K. et al. Impact of chemical peeling combined with negative pressure on human skin // Int. J. Cosmetic Sci. 2016. Vol. 38. No. 5. Pp. 440–443.
7. Чеботарева Н.В. Теоретические и практические аспекты успешной работы врача-косметолога: руководство для врачей / под ред. проф. В.В. Чеботарева. Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2015. 140 с.
8. Спирина Г.К., Забненкова О.В. Восстановление кожи после химических пилингов // Вестник дерматологии и венерологии. 2006. № 4. С. 62–66.
9. Зайцева С.Ю., Перламутров Ю.Н. Опыт лечения различных дерматозов мазью «Радевит» // Альманах «Ретиноиды». 1997. Вып. 3. С. 53–56.
10. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем // 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс, 2016. 768 с.
11. Альбанова В.И., Ноздрин В.И., Волков Ю.Т. Ацитретин – новый ретиноид дерматотропного действия (обзор литературы) // Альманах «Ретиноиды». 1997. Вып. 5. С. 57–65.
12. Ноздрин В.И., Гузев К.С., Волков Ю.Т. и др. Изучение специфической активности и безвредности мази «Радевит» // Альманах «Ретиноиды». 1997. Вып. 3. С. 11–17.



Эпидемиологические особенности заболеваемости нейросифилисом в Ростовской области

Д.В. Темников^{1,4}, М.А. Гомберг²,
Б.И. Марченко³, В.Е. Темников⁴, Е.В. Темникова¹

¹ Ростовский государственный медицинский университет
Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

² Московский научно-практический центр дерматовенерологии
и косметологии, Москва, Россия

³ Южный федеральный университет, Ростов-на-Дону, Россия

⁴ ГБУ Ростовской области «Кожно-венерологический диспансер»,
Ростов-на-Дону, Россия

РЕЗЮМЕ

Актуальность проблемы. В Российской Федерации при стабильно благоприятной тенденции по снижению ранних форм сифилиса отмечается негативная тенденция по росту поздних форм этого заболевания, включая нейросифилис (НС). Риск развития НС, как правило, обуславливает скрытое течение сифилитической инфекции. Сформировавшаяся неблагоприятная тенденция к росту нейросифилиса в Ростовской области требует проведения эпидемиологического анализа с целью оптимизации его выявления на как можно более ранней стадии.

Цели и задачи: наметить пути оптимизации лечебно-профилактических и организационных мероприятий по улучшению выявляемости НС в Ростовской области на основании изучения корреляционной зависимости его заболеваемости от других форм сифилиса.

Материалы и методы: в работе использованы данные статистических отчетных форм относительно 46 321 случая сифилиса, зарегистрированного в Ростовской области за период с 1999 по 2017 год, в том числе 1 157 случаев НС.

Результаты. В период с 1999 по 2007 год на фоне высокой заболеваемости сифилисом заболеваемость НС была либо относительно низкой, либо отсутствовала вообще. Однако, начиная с 2008 года, одновременно со снижением суммарной заболеваемости всех клинических форм сифилиса среди населения Ростовской области начала стремительно расти доля случаев НС. По результатам нелинейного корреляционного анализа между частотой случаев НС (Y) и заболеваемостью (X) суммой всех клинических форм сифилиса (A50–A53) выявлена обратная, сильная, высоко значимая ($p < 0,001$) корреляционная связь. Выявлена также обратная, сильная, высоко значимая ($p < 0,001$) корреляционная связь заболеваемости НС с заболеваемостью сифилисом первичным (A51.0), сифилисом вторичным кожи и слизистых (A51.3) и сифилисом ранним скрытым (A51.5). В то же время определена прямая, средней силы, высоко значимая ($p < 0,01$) нелинейная корреляционная связь между частотой случаев НС и суммарной заболеваемостью сифилисом поздним скрытым (A52.8) и сифилисом скрытым, неуточненным как ранним, так и поздним (A53.0)

Выводы. Обратная, сильная, высоко значимая корреляционная связь между частотой случаев НС и общей заболеваемостью сифилисом в Ростовской области с 1999 по 2017 год в целом отражает общероссийскую тенденцию. Обратная, сильная, высоко значимая ($p < 0,001$) корреляционная связь между частотой НС и заболеваемостью ранними формами отражает основные закономерности эпидемиологического процесса. Прямая, средней силы, высоко значимая ($p < 0,01$) нелинейная корреляционная связь между частотой случаев НС и суммарной заболеваемостью сифилисом поздним скрытым (A52.8) и сифилисом скрытым, неуточненным как ранним, так и поздним (A53.0) указывает на то, что рост заболеваемости поздними формами сифилиса сопровождается ростом заболеваемости НС. Такая закономерность может свидетельствовать о том, что основным контингентом, обеспечивающим заболеваемость НС, являются пациенты с поздними скрытыми формами сифилиса. Именно этот контингент требует усиленных мер по выявлению ранних форм НС.

Ключевые слова: нейросифилис, формы сифилиса, диагностика нейросифилиса



ABSTRACT

Epidemiological features of the incidence of neurosyphilis in the Rostov region

D.V. Temnikov^{1,4}, M.A. Gomberg², B.I. Marchenko³, V.E. Temnikov⁴, E.V. Temnikova¹¹ Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia² Moscow Scientific and Practical center of Dermatology and Cosmetology, Moscow, Russia³ Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia⁴ Rostov regional Skin and Venereal Dispensary, Rostov-on-Don Russia

Introductions. In the Russian Federation, with a stable favorable trend in reducing of early forms of syphilis, there is a negative trend regarding the growth of late forms of this disease, including neurosyphilis. It is the latent syphilitic infection that causes a high risk in developing of neurosyphilis. The tendency in growth of neurosyphilis in the Rostov region demands the epidemiological analysis of its interrelationships with other forms of syphilis.

Aims: to outline ways of optimization of medical and preventive and organizational measures to improve the early stage NS detection in the Rostov region on the basis of the study of NS incidence correlations with other forms of syphilis.

Methods: the article is based on the data of statistical reporting forms on 46 321 cases of syphilis registered in the Rostov region in 1999–2017, including 1157 cases of NS.

Results. During the period from 1999 to 2007, despite the high incidence of syphilis in total, the incidence of neurosyphilis was either relatively low or absent at all. However, since 2008, with a decrease in the incidence of clinical forms of early forms of syphilis among the population of the Rostov region at the same time the frequency of cases of neurosyphilis began to grow rapidly. According to the results of nonlinear correlation analysis between the frequency of cases of NS (Y) and the incidence of the clinical forms of syphilis (X), an inverse, strong, highly significant ($p < 0.001$) correlation was revealed. The inverse, strong, highly significant ($p < 0.001$) correlation between the incidence of NS with the incidence of primary syphilis, secondary syphilis, and early latent syphilis was also revealed. At the same time, a direct, medium strength, highly significant ($p < 0.01$) nonlinear correlation between the frequency of NS cases and the total incidence of late latent syphilis and latent syphilis, unspecified as early or late, was determined.

Conclusions. The inverse, strong, highly significant correlation between the incidence of NS and the incidence of total forms syphilis in the Rostov region from 1999 to 2017 generally reflects the all-Russian trend in the incidence of the disease. The inverse, strong, highly significant ($p < 0.001$) correlation between the frequency of NS and the incidence of early forms of syphilis reflects the main regularities of the epidemiological process. A direct, medium strength, highly significant ($p < 0.01$) nonlinear correlation between the incidence of NS cases and the total incidence of late latent syphilis and latent syphilis, unspecified as early or late, indicates that the increase in the incidence of late forms of syphilis is accompanied by an increase in the incidence of NS. This pattern may indicate that the main contingent providing the incidence of NS are patients with late latent forms of syphilis.

Key words: neurosyphilis, forms of syphilis, diagnosis of neurosyphilis

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последнее время в Российской Федерации отмечается стойкая благоприятная тенденция по снижению как сифилиса в целом (–32,5% с 2013 по 2017 год), так и его ранних форм (–51% с 2013 по 2017 год). Однако присутствует неблагоприятная тенденция по росту поздних, а также других и неуточненных форм (34,2% и 56,5% с 2013 по 2017 год соответственно), в том числе нейросифилиса (НС) [1]. К развитию нейросифилиса, как правило, приводит скрытое течение сифилитической инфекции. Опасность НС заключается в его длительном, не имеющем четких патогномоничных симптомов течении что приводит к смерти или стойкой инвалидизации [2].

Исследователями из Санкт-Петербурга был проведен анализ взаимосвязи НС с различными формами сифилиса. Корреляционный анализ данных заболеваемости за

1996–2009 гг. показал, что между частотой встречаемости НС и раннего скрытого сифилиса существует прямая достоверная корреляционная связь ($r=0,582$, $p=0,05$).

Между частотой позднего скрытого сифилиса и частотой НС выявлена высоко достоверная положительная корреляционная связь ($r=0,915$, $p < 0,001$) [3, 4]. Учитывая стремительный рост НС в Ростовской области, представилось необходимым провести такое исследование в нашем регионе.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

Наметить пути оптимизации лечебно-профилактических и организационных мероприятий по улучшению выявляемости НС в Ростовской области на основании изучения корреляционной зависимости его заболеваемости от других форм сифилиса.



Материалы и методы

В работе использованы данные статистических отчетных форм о зарегистрированных в Ростовской области за 1999–2017 годы – 46 321 случае сифилиса, в том числе 1 157 случаях НС. При изучении корреляции между частотой случаев НС и заболеваемостью другими клиническими формами сифилиса применен универсальный метод парного линейного и нелинейного корреляционного анализа с построением соответствующих регрессионных моделей (рис. 1–2). Оценка достоверности коэффициентов корреляции производилась по величинам их средних ошибок на основе t-критерия, характеристика лабильности выявленной связи – по коэффициентам корреляции [5, 6].

Результаты

При анализе заболеваемости сифилиса и НС выявлено, что в период с 1999 по 2007 год на фоне высокой заболеваемости сифилисом заболеваемость НС была низкой, либо отсутствовала вообще, с 2008 года заболеваемость сифилисом в целом стала снижаться, тогда как заболеваемость НС стремительно расти (рис. 3). Такие результаты явились основанием для проведения корреляционного анализа между динамикой регистрации НС в сравнении с различными формами сифилиса для выявления закономерностей данного процесса (табл. 1).

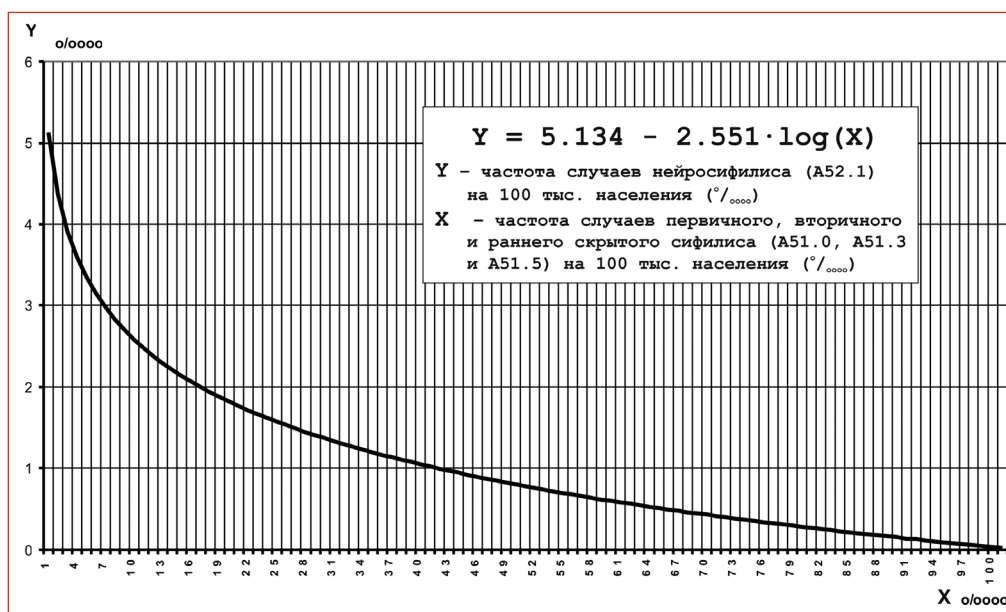


Рис. 1. Регрессионная модель корреляционной связи частоты заболеваний нейросифилисом (A52.1) с частотой случаев первичного, вторичного и раннего скрытого сифилиса (A51.0, A51.3, A51.5) в Ростовской области за период 1999–2017 годов

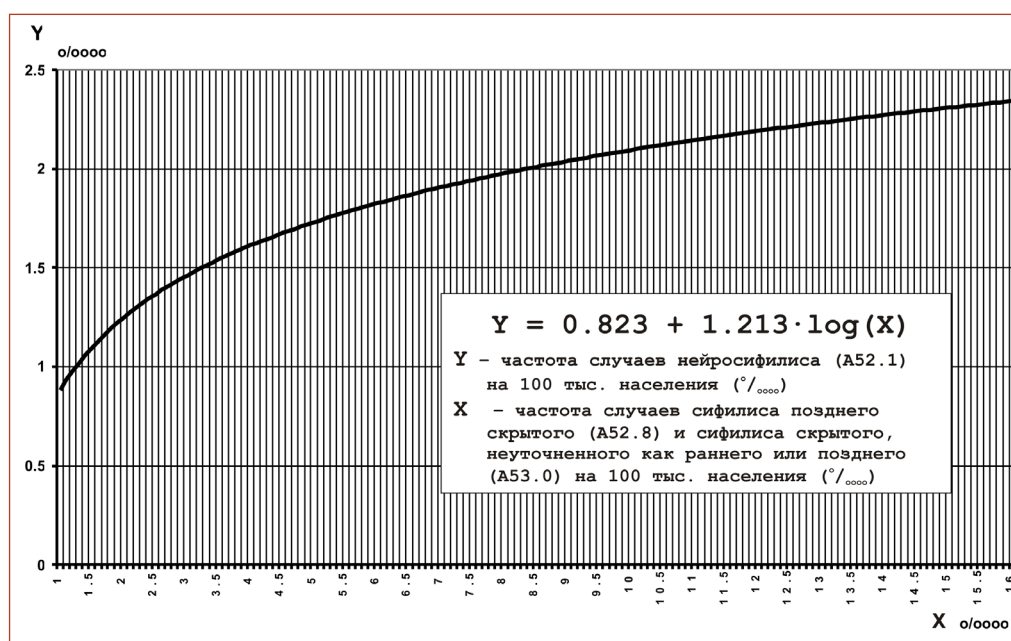


Рис. 2. Регрессионная модель корреляционной связи частоты заболеваний нейросифилисом (A52.1) с частотой случаев сифилиса позднего скрытого (A52.8) и сифилиса скрытого, неуточненного как раннего или позднего (A53.0) в Ростовской области за период 1999–2017 годов



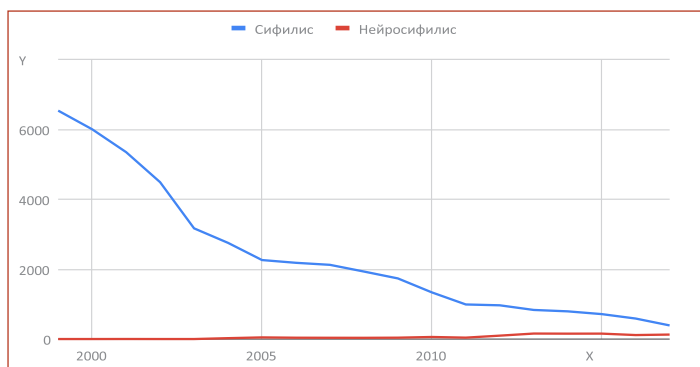


Рис.3. Заболеваемость сифилисом и нейросифилисом в Ростовской области (1999–2017 годы)

X – годы, Y – заболеваемость сифилисом и нейросифилисом (абсолютные значения)

Установлено, что между частотой случаев НС (Y) и суммарной заболеваемостью сифилисом (A50–A53) (X) выявлена обратная, сильная, высоко значимая ($p < 0,001$) корреляционная связь при коэффициенте нелинейной корреляции $-0,838$ и линии регрессии по типу логарифмической зависимости: $Y = 7,529 - 3,714 \times \log(X)$, что соответствует особенностям тенденций их многолетних динамик. Выявлена также обратная, сильная, высоко значимая ($p < 0,001$) корреляционная связь заболеваемости НС с заболеваемостью сифилисом первичным (A51.0), сифилисом вторичным кожи и слизистых (A51.3) и сифилисом ранним скрытым (A51.5) при значениях нелинейных коэффициентов корреляции соответственно $-0,756$, $-0,789$ и $-0,788$ (Рис. 1). В то же время определена прямая, средней силы, высоко значимая ($p < 0,01$) нелинейная корреляционная связь между частотой случаев НС и суммарной заболеваемостью сифилисом поздним скрытым (A52.8) и сифилисом скрытым, неуточненным как ранним, так и поздним (A53.0) при коэффициенте корреляции $+0,626$, линии регрессии логарифмического типа: $Y = 0,823 + 1,213 \times \log(X)$ и предельной ошибке прогноза ($p < 0,05$) равной $0,54\text{‰}$ (рис. 2).

Таблица 1

Нелинейные корреляционные связи между показателями частоты (на 100 тыс. населения, ‰) заболеваний нейросифилисом (Y) и отдельными клиническими формами сифилиса (X) в Ростовской области за период 1999–2017 годов

Наименование клинической формы сифилиса (X)	Характеристика корреляционной связи						Формула линии регрессии (прогнозная модель)
	Значение коэффициента корреляции	Направление	Сила	tЭмп	p-уровень	Достоверность	
Суммарная заболеваемость сифилисом (A50–A53)	$-0,838$	Обратная	Сильная	6,335	$p < 0,001$	Высоко значимая	$Y = 7.529 - 3.714 \times \log(X)$
Сифилис первичный (A51.0)	$-0,848$	Обратная	Сильная	6,590	$p < 0,001$	Высоко значимая	$Y = 2.520 - 1.995 \times \log(X)$
Сифилис вторичный кожи и слизистых (A51.3)	$-0,869$	Обратная	Сильная	7,245	$p < 0,001$	Высоко значимая	$Y = 3.723 - 2.338 \times \log(X)$
Сифилис ранний скрытый (A51.5)	$-0,893$	Обратная	Сильная	8,177	$p < 0,001$	Высоко значимая	$Y = 4.762 - 2.851 \times \log(X)$
Суммарная заболеваемость (A52.8+A53.0)	$+0,626$	Прямая	Средняя	3,309	$p < 0,01$	Высоко значимая	$Y = 0.823 + 1.213 \times \log(X)$

Обсуждения и выводы

Обратная, сильная, высоко значимая корреляционная связь между частотой случаев НС и заболеваемостью сифилисом в Ростовской области с 1999 по 2017 год в целом отражает общероссийскую тенденцию заболеваемости. Обратная, сильная, высоко значимая ($p < 0,001$) корреляционная связь заболеваемости НС с заболеваемостью сифилисом первичным (A51.0), сифилисом вторичным кожи и слизистых (A51.3) и сифилисом ранним скрытым (A51.5) отражает основные закономерности эпидемиологического процесса – в начале эпидемии, когда идет рост заболеваемости сифилисом, преобладают ранние формы. По мере снижения заболеваемости структурная значимость ранних форм снижается, а поздних возрастает [6]. Кроме того, выявленная закономерность показывает,

что рост заболеваемости НС может происходить на фоне снижения заболеваемости сифилисом, в частности сифилисом скрытым ранним ($-0,893$; $Y = 4,762 - 2,851 \times \log(X)$).

Прямая, средней силы, высоко значимая ($p < 0,01$) нелинейная корреляционная связь между частотой случаев НС и суммарной заболеваемостью сифилисом поздним скрытым (A52.8) и сифилисом скрытым, неуточненным как ранним, так и поздним (A53.0), указывает на то, что рост заболеваемости поздними формами сифилиса сопровождается ростом заболеваемости НС ($+0,626$; $Y = 0,823 + 1,213 \times \log(X)$). Такая закономерность может свидетельствовать о том, что основным контингентом, обеспечивающим заболеваемость НС, являются пациенты с поздними скрытыми формами сифилиса. Таким образом, основные диагностические мероприятия по выявлению



нию НС (консультация невролога, офтальмолога, ликворологические исследования) должны особо тщательно проводиться именно в этой группе больных.

Выявленные корреляционные связи между заболеваемостью НС и другими формами сифилиса подтверждают информативную значимость методики, использованной нами для оценки оптимизационных мероприятий по выявлению этого заболевания на отдельных территориях Ростовской области [7].

Литература

1. Кубанова А.А., Мелехина Л.Е., Кубанов А.А. Основные задачи развития дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации на период до 2024 года. Результаты деятельности медицинских организаций по оказанию дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации в 2017 году // Вестник дерматологии и венерологии. 2018. Т. 94. № 5. С. 9–25. URL: <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2018-94-5-9-25>.
2. Вислобоков А.В., Жучков С.А., Хмельницкий Р.А. Поздний нейросифилис – причина смерти // Вестник дерматологии и венерологии. 2018. Т. 94. № 1. С. 78–84. URL: <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2018-94-1-78-84>.
3. Шепило С.А., Разнатовский К.И., Александров Н.Ю. Эпидемиология нейросифилиса в Санкт-Петербурге // Фундаментальные исследования. 2012. Т. 8. № 1. С. 184–189. URL: <http://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=30293>.
4. Агаев Р.А., Горланов И.А., Никифоров Б.Н. Динамика и тенденции течения скрытых форм сифилиса и развития серорезистентности в Ленинградской области и Санкт-Петербурге на современном этапе // Журнал инфектологии. 2011. Т. 3. № 3. С. 18–25.
5. Урбах В.Ю. Биометрические методы (статистическая обработка опытных данных в биологии, сельском хозяйстве, медицине). М.: Наука, 1964. 415 с.
6. Марченко Б.И. Здоровье на популяционном уровне: статистические методы исследования. Таганрог: Сфинкс, 1997. 432 с.
7. Темников Д.В., Темников В.Е., Марченко Б.И. и др. Современное состояние проблемы нейросифилиса в Ростовской области // Клиническая дерматология и венерология. 2019. Т. 18. № 4. С. 405–411. URL: <https://doi.org/10.17116/klinderma201918041405>.



Медико-социальное исследование поведенческих особенностей пациентов с инфекциями, передающимися половым путем, в современных условиях

В.А. Ковтунова¹, И.В. Степанова², В.В. Думченко^{1, 2}

¹ Астраханский государственный медицинский университет Минздрава России, Астрахань, Россия

² ГБУ здравоохранения Астраханской области «Областной кожно-венерологический диспансер», Астрахань, Россия

РЕЗЮМЕ

Проведено анонимное анкетирование среди лиц активного репродуктивного возраста с инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), и находящихся на лечении в венерологическом стационаре. Выявлены социально-гигиенические особенности полового поведения опрошенных, препятствующие элиминации возбудителей ИППП у пациентов и их половых партнеров и увеличивающие вероятность нового заражения. Среди них ведущими факторами оказались: сокрытие диагноза от половых партнеров, непосещение врача для проведения контроля излеченности, планируемая частая смена половых партнеров после лечения, отсутствие информированности пациентов о возможности бессимптомного течения ИППП и несогласие обследоваться при выявлении заболевания у половых партнеров. Вышеперечисленные факторы препятствуют прерыванию эпидемической цепочки, в связи с чем основную часть пациентов, находящихся на лечении в стационаре, можно рассматривать в качестве одной из составляющих «ядерной» группы, поддерживающей уровень заболеваемости ИППП в общей популяции.

Ключевые слова: ИППП, «ядерные» группы, заболеваемость, эпидемиологическая цепочка, информированность

ABSTRACT

The medical-social study of the behavioural characteristics of the patients with sexually transmitted diseases in the present conditions

V.A. Kovtunova¹, I.V. Stepanova², V.V. Dumchenko^{1, 2}

¹ Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

² Regional Center of Skin and Sexually Transmitted Diseases, Astrakhan, Russia

We carried out an anonymous questionnaire survey among people of reproductive age suffering from sexually transmitted diseases (STDs) and undergoing the treatment at venerologic clinics. We found social-hygienic features of social behaviour of people in the survey, preventing the elimination of infectious matters of STDs in patients and their sexual partners and enhancing the likelihood of a new infecting. The major factors turned out to be withholding the diagnosis from the sexual partners, non-attendance of the doctor for the test of cure, planned often change of sexual partners after the curing, the lack of information about the possibility of asymptomatic disease course of STDs, refusal to have a medical check up at the time of case finding in sexual partners. Above listed factors prevent the breaking of chain of infection, that's why the most of patients, undergoing the treatment at hospital, may be considered as a component of the nuclear group, mantaining the level of the number of cases of STDs in the total population.

Key words: sexually transmitted diseases, nuclear groups, incidence, epidemiological chain, awareness

ВВЕДЕНИЕ

Заболеваемость ИППП имеет доказанную волнообразность течения [1]. Даже в периоды относительного эпидемиологического благополучия инфекционные агенты сохраняются в так называемых «ядерных» группах среди основных распространителей [3], потенцируя дальней-

шую заболеваемость. Классически к ним относят «уязвимые» группы населения, в которые включают подростков, работников коммерческого секса, мужчин, имеющих гомосексуальные связи, лиц, употребляющих инъекционные наркотики [2]. Заболеваемость ИППП может поддерживаться из-за недолеченности или реинфицирования



пациентов, страдающих ИППП и их половых партнеров. Проблема недолеченности или реинфицирования не может быть решена только за счет медицинского фактора. Изменение поведенческих особенностей населения может служить отправной точкой для изменения течения эпидемического процесса [4]. Среди рекомендуемых современных методов исследования особое значение приобрели опросы, проводящиеся путем анкетирования определенных групп населения [5].

Цель – совершенствование профилактической работы среди населения для предотвращения инфицирования и реинфицирования ИППП.

»» МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проводилось анонимное анкетирование пациентов, страдающих ИППП и находящихся на лечении в КВО № 2 ГБУЗ АО ОКВД. В анкетировании участвовало 68 женщин и 45 мужчин. Исследуемым был предложен опросник, который состоял из 19 открытых и закрытых вопросов, касающихся анамнеза жизни и болезни, особенностей их полового поведения и информированности об ИППП. Перед анкетированием от всех пациентов было получено письменное добровольное информированное согласие на проводимое исследование.

»» РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среди респондентов преобладали лица раннего фертильного возраста. Средний возраст опрошенных составил 34 года.

28% пациентов из всех анкетированных имели в анамнезе бесплодие. На бесплодие в анамнезе указывали женщины. В качестве причин были названы поликистоз яичников, патологии матки, изменения уровня половых гормонов. При этом все анкетированные мужчины отметили у них факт наличия простатита. Среди женщин 16% указали в анамнезе оофорит.

В ходе исследования было выявлено, что 48% пациентов скрывают свой диагноз от половых партнеров. В качестве причин отказа информировать полового партнера о наличии болезни были названы стыд, боязнь остаться непонятыми, критические высказывания окружающих и т.д.

Сами анкетированные узнавали о своем заболевании при обследовании полового партнера в 28% случаев.

За последний год 44% опрошенных имели одного полового партнера, 28% респондентов – двух половых партнеров, трех и более половых партнеров за последний год указали также 28% анкетированных.

Несмотря на имеющийся диагноз ИППП, только в 44% опрошенных планировали после лечения иметь половые контакты с одним партнером. При этом 16% пациентов были готовы выбрать в дальнейшем полигамные отношения из-за боязни нового заражения. 40% пациентов не отрицали в дальнейшем возможности множественных половых контактов.

После установления диагноза опрошенные в 44% случаев занимались самолечением. В качестве причин самолечения анкетированные указали недоверие к врачам, страх врачебного приема, отсутствие времени на визит к врачу.

Только 60% пациентов были готовы выдерживать сроки контроля излеченности после проведенной терапии.

Большая часть опрошиваемых (84%) пользовалась средствами защиты от ИППП. Использовали мужские презервативы 40% респондентов, из них 60% считают, что этот метод защиты эффективен. Антисептики после незащищенного полового акта применяли 24% опрошенных, и 62,5% из них высказались об эффективности антисептиков. Вагинальные свечи в качестве защиты от ИППП используют – 2,5% анкетированных, 8% опрошенных – женский презерватив. Эффективными считают эти методы все предохраняющиеся такими способами.

Ответили утвердительно на вопрос о необходимости обследования на ИППП даже при отсутствии симптомов болезни 68% опрошенных. Треть анкетированных считает ненужным обследоваться по причинам равнодушного отношения к своему здоровью, стеснения, боязни положительного результата.

Только 36% опрошенных осведомлены о том, что ИППП могут не иметь клинических проявлений.

»» ОБСУЖДЕНИЕ

Большая часть опрошенных пациентов, страдающих ИППП, находилась в активном репродуктивном возрасте. Почти третья часть анкетированных имела в анамнезе бесплодие. О наличии проблем с зачатием высказывались только женщины. Имея в анамнезе воспалительные заболевания органов малого таза, опрошенные женщины никогда не рассматривали ИППП в качестве причины нарушения фертильности. Мужчины не упоминали об имеющемся у них бесплодии. Учитывая тот факт, что все анкетированные мужчины указали на имеющийся у них в анамнезе простатит, вероятно, некоторые из них могли не знать о наличии проблем с зачатием.

Почти половина пациентов, находясь на лечении, скрывает от своих половых партнеров наличие у них ИППП, и столько же анкетированных рассматривает для себя возможным в дальнейшем промискуитет. Значительная часть опрошенных (40%) не собирается посещать врача для проведения контроля излеченности, что снижает эффективность проведенной терапии. Несмотря на то, что большая часть пациентов используют средства защиты от ИППП, эти методы либо мало эффективны, либо неправильно используются. Существенной проблемой остается тот факт, что пациенты в большинстве случаев (64%) не информированы о возможности бессимптомного течения ИППП и треть из них не собирается обследоваться при наличии заболевания у полового партнера.

»» ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Существующие социально-гигиенические особенности пациентов, находящихся на лечении в венерологическом стационаре, в ряде случаев препятствуют окончательному излечению ИППП у них и их половых партнеров, а также увеличивают вероятность реинфицирования. Эти факторы препятствуют прерыванию эпидемической цепочки, что может являться одной из причин, поддерживающих уровень заболеваемости ИППП в общей популяции. В связи с этим пациентов венерологического стационара в большинстве случаев можно рассма-



тривать в качестве лиц, также формирующих «ядерные» группы, что расширяет современные представления о теории развития эпидемического процесса ИППП.

Литература

1. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Мелехина Л.Е. Динамика изменений интенсивных показателей заболеваемости инфекций, передаваемых половым путем, в оценке эпидемиологического процесса и состояния здоровья населения Российской Федерации за 2006–2016 годы // Вестник дерматологии и венерологии. 2018. Т. 94. № 1. С. 27–37.
2. Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021 // Geneva: World Health Organization, 2016. 64 p.
3. Wasserheit J.N., Aral S.O. The dynamic typology of sexually transmitted disease epidemics: implications and preventions strategies // J. Infect. Dis. 1996. Vol. 174. No. 2. Pp. 201–213.
4. Красносельских Т.В., Шаболтас А.В., Скочиллов Р.В. и др. Информированность посетителей учреждений венерологического профиля об ИППП / ВИЧ и рискованном сексуальном поведении // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. 2010. Т. 1. № 1. С. 46–52.
5. Методические рекомендации по проведению исследований оценки уровня информированности населения по вопросам ВИЧ-инфекции. Министерство здравоохранения Российской Федерации; Министерство образования и науки Российской Федерации; ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. Москва, 2017. 31 с.



Применение ботулинического токсина в лечении зуда и онемения как симптомов постгерпетической невралгии

Н.Н. Потекаев, О.Р. Орлова, З.Н. Коновалова, М.А. Кочетков, О.Л. Внукова

Кафедра кожных болезней и косметологии ФУВ РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Резюме

В статье описан клинический случай применения ботулинического токсина А при наиболее частом осложнении постгерпетической невралгии. Среди жалоб у нашего пациента преобладали выраженный зуд и онемение. Была проведена одна процедура ботулинотерапии – внутрикожные и подкожные инъекции в области пораженного участка. Через 10 дней пациентка заметила полное исчезновение зуда, а спустя месяц с помощью исследования в ультрафиолете мы отметили уменьшение пигментации, наблюдалась положительная динамика при сравнении данных ультразвукового исследования кожи – улучшение структуры и повышение плотности дермы. Полученные результаты свидетельствуют о хорошей эффективности и переносимости ботулинотерапии при постгерпетической нейропатии.

Ключевые слова: постгерпетическая невралгия, ботулинический токсин, ботулинотерапия, зуд, боль, опоясывающий герпес

ABSTRACT

The use of botulinum toxin in the treatment of itching and numbness as symptoms of postherpetic neuralgia

N.N. Potekaev, O.R. Orlova, Z.N. Konovalova, M.A. Kochetkov, O.L. Vnukova

Department of Dermatovenerology and Cosmetology, FSAEI HE N.I. Pirogov RNRMU MOH Russia, Moscow, Russia

The article describes the clinical case of the use of botulinum toxin A with the most common complication of postherpetic neuralgia. Among the complaints, severe itching and numbness were prevailed in our patient. One botulinum treatment was performed intradermal and subcutaneous injections in the affected area. Through 10 days, the patient noted the complete disappearance of itching, and a month later, according to a study in ultraviolet, we noted a decrease in pigmentation and positive dynamics was observed when comparing the data of ultrasound examination of the skin showing improved structure and increased the density of the dermis. The results obtained indicate good efficacy and tolerability of botulinum therapy in postherpetic neuropathy.

Key words: postherpetic neuralgia, botulinum toxin, botulinum therapy, pruritus, pain, herpes zoster

Постгерпетическая невралгия (ПГН) – наиболее распространенное осложнение опоясывающего герпеса. В настоящее время является актуальной проблемой, часто трудно поддающейся лечению. На сегодняшний момент, по данным отдела народонаселения ООН, количество пожилых людей в мире составляет 600 млн человек (1/10 от общего числа населения). Как известно, основная категория больных опоясывающим лишаем – лица старше 60 лет; чем старше пациент, тем больше вероятность развития данного осложнения (старше 60 лет – 50%, старше 75 лет – 75%) [2].

Вирус Varicella Zoster – возбудитель ветряной оспы и опоясывающего герпеса, инфекционная природа последнего была доказана в 1925 году К. Кундратитцом путем заражения добровольцев содержимым пузырьков

больных опоясывающим лишаем, при этом у больных развивалась клиническая картина не только опоясывающего герпеса, но и ветряной оспы [4]. В свою очередь, сам вирус герпеса 3-го типа был открыт в 1911 году Араганом [4]. Это ДНК-содержащий вирус, овальной формы, размером 120–200 нм. Во внешней среде погибает через несколько минут, однако при низких температурах –65 градусов по Цельсию и ниже сохраняется длительно [4].

Опоясывающий герпес рассматривают как вторичную инфекцию, развившуюся на фоне снижения иммунитета в результате контакта с вирусом Varicella Zoster в прошлом. Чаще всего болезнь развивается на фоне стресса, переохлаждения, травм, интоксикаций, лечения иммунодепрессантами – эти факторы могут привести к реактивации вируса герпеса 3-го типа, находящегося в ла-



тентном состоянии после перенесенной ранее ветряной оспы. Боль в месте локализации будущей сыпи проявляется за несколько дней до появления на отечно-гиперемизированном фоне по ходу пораженных нервных ветвей мелких везикул 1–3 мм и более, с прозрачным содержимым внутри. С 6–8 дня пузырьки подсыхают, образуются корки. Однако боль, изменение чувствительности в виде аллодинии и зуда могут сохраняться и после исчезновения высыпаний. Если боль сохраняется более 4 месяцев после манифестации *Varicella Zoster*, ее классифицируют как постгерпетическую невралгию.

Отличительными особенностями боли и патологически измененной чувствительности при ПГН является ее природа – боль возникает не вследствие трансформации импульса, поступившего в ответ на физическое повреждение, а как результат патологического возбуждения нейронов в периферической или центральной нервной системе. Нейропатическая боль устойчива к обычным анальгетикам (нестероидные противовоспалительные средства, опиоиды) [3].

Чтобы лучше понимать механизм возникновения нейропатии, коротко напомним, что существует несколько типов ноцицепторов. Первый тип представлен свободными древовидными окончаниями, их миелинизированные волокна (А-волокна) проводят раздражение со скоростью 6–30 м/с. Поражение именно этих волокон будет восприниматься пациентом как острая боль, колющая, пронизывающая, подобная «удару тока». Второй тип представлен безмиелиновыми С-волоконками, проводящими раздражение со скоростью 0,5–2 м/с, которые реагируют на химические, механические и температурные раздражители. Эти волокна содержат трансмиссер – субстанцию Р, а также кальцитонин и вазоактивный интерстициальный пептид. При раздражении второго типа рецепторов пациент ощущает ноющую хроническую боль.

Наряду с болью в области локализации бывших высыпаний пациент может испытывать зуд, в возникновении которого принимают участие нейропептиды, а также аллодинию – боль, возникающую в ответ на незначительный раздражитель (легкое прикосновение, касание одежды).

Все эти проявления у пациентов сопровождаются депрессией, нарушением сна, потерей аппетита, что отрицательно отражается на качестве жизни пациентов и членов их семей.

Лечение ПГН включает в себя:

- антиконвульсанты;
- трициклические антидепрессанты;
- аппликацию пластырей с 5% лидокаином;
- опиоидные анальгетики;
- трансэпидермальную электрическую стимуляцию нервов;
- иглорефлексотерапию;
- эпидуральную стимуляцию спинного мозга.

Однако следует учитывать опасность и плохую переносимость такого лечения, поскольку постгерпетическая невралгия поражает в основном пожилую популяцию, с целым рядом сопутствующих патологий. Ввиду этого поиск новых методов уменьшения боли и зуда чрезвычайно актуален. В литературе описан опыт применения ботулинического нейротропина с целью уменьшения боли при различных состояниях (мышечная дистония,

боль в пояснице, спастичность, миофасциальная боль, мигрень) [9–12]. Кроме того, описано успешное применение БТА при невропатической боли [13, 14], а также при постгерпетической невралгии [18].

Эффективность ботулинического токсина типа А (БТА) при нейропатиях обусловлена не только его способностью вызывать обратимую денервацию и локальное расслабление мышцы-мишени, БТА также блокирует активацию периферических ноцицепторов и, соответственно, патологическую импульсацию по болевым волокнам, что уменьшает периферическую сенситизацию и опосредованно – центральную [16, 17].

Клинический случай

В МНПЦДК «Селезневский» обратилась пациентка Г., 72 лет, с жалобами, возникшими несколько дней назад: боль, зуд, высыпания в области поясницы и паха справа. Ей была назначена противовирусная терапия (валацикловир (А), 1000 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней), обезболивающие препараты; после разрешения высыпаний пациентка прошла курс терапии витаминами группы В, тиоктовой кислотой (600 мг в сутки). Через 4 месяца пациентка вернулась с жалобами на ощущение онемения, периодический выраженный зуд в местах бывших высыпаний, который вызывал большой дискомфорт, особенно во время нахождения пациентки на рабочем месте. Из сопутствующих заболеваний – гипертоническая болезнь II типа. Глюкоза крови и мочи, а также другие биохимические показатели – в пределах нормы. Была произведена фотофиксация пораженной области в обычном и в ультрафиолетовом свете, ультразвуковая диагностика кожи в области пораженного участка. При осмотре в обычном свете визуальные различия не определяются, а при осмотре в ультрафиолетовом свете можно визуализировать границу измененной пигментации кожи, которая практически совпадает с границей субъективных ощущений пациентки. В Центральном институте ботулинотерапии и актуальной неврологии (ЦИБиАН) пациентка Г. была осмотрена неврологом, который поставил диагноз «постгерпетическая невралгия». Никаких препаратов на момент осмотра пациентка не принимала. Больной было предложено принять участие в исследовании применения БНП в лечении осложнений опоясывающего герпеса.

Ход процедуры

После предварительной обработки антисептическим раствором и экспозиции аппликационного анестетика в области пораженного участка были проведены подкожно-внутрикожные и внутримышечные инъекции онаботулотоксина А в стандартном разведении (содержимое одного флакона 100 ЕД разведенного в 2 мл раствора NaCl 0,9%). Шаг между вколами – 1 см (1 ед. на вкол), в зоне, которую пациент обозначил как область наиболее выраженного зуда, шаг уменьшен до 0,5 см. Общая доза препарата составила 100 ед. онаботулотоксина А. После процедуры была проведена повторная обработка антисептиком.



РЕЗУЛЬТАТЫ

После проведенного лечения пациентка Г. была осмотрена на 10-й день и через месяц. На 10-й день пациентка отметила полное исчезновение зуда и ощущения онемения, она вновь стала полностью социально адаптирована.

Через месяц при исследовании в ультрафиолете отмечается было отмечено уменьшение пигментации, практически соответствующее цвету кожи на контрольной стороне. По данным УЗИ кожи отмечается повышение средней плотности дермы с 8 до 15%. Эпидермис без изменений.



Рис. 1. Фото пораженных участков кожи в ультрафиолетовом свете: А – до лечения, Б – после лечения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ботулинотерапия показала хорошую эффективность и переносимость у пациентки с зудом и ощущением онемения как проявлениями постгерпетической нейропатии. Применение ботулинического токсина может быть доступным, эффективным и простым в исполнении методом для лечения людей с ПГН и ускорять регенеративные процессы в дерме.

Литература

1. Грантов В.М. Герпесвирусная инфекция. М.: Издательство НГМА, 2001. С. 17–26.
2. Неврология: национальное руководство / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1035 с.
3. Данилов А.Б., Данилов А.Б. Управление болью. Биопсихосоциальный подход. М.: АММ ПРЕСС, 2012. 568 с. ISBN 978-5-9904135-1-1.
4. Иванова Е.А., Мингазова Л.Р., Карпова Е.И., Данищук О.И. Осложнения в практике врача эстетической медицины // *Метаморфозы*. 2019. № 28. С. 48–49.
5. Филатова Е.Г. Поясывающий герпес и герпес-ассоциированная боль // *Лечащий врач*. 2011. № 5. С. 24–27.
6. Деконенко Е.П. Вирус герпеса и поражение нервной системы // *Российский медицинский журнал*. 2002. № 2. С. 46–49.
7. Скрипкин Ю.К., Матушевская Е.В., Негматов Б.И. и др. VZV-инфекция: лечение и профилактика постгерпетической невралгии // *Современные проблемы дерматологии, иммунологии и врачебной косметологии*. 2009. Т. 45. № 1. С. 16–20.
8. Сергеева И.Г., Криницина Ю.М., Феоктистова Е.А. и др. Поясывающий лишай: возрастные особенности и варианты терапии // *Клиническая дерматология и венерология*. 2005. № 4. С. 57–58.
9. Costa J, Espirito-Santo C, Borges A. et al. Botulinum toxin type A therapy for cervical dystonia // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005. No. 1. Article ID CD003633.
10. Коновалова З.Н., Орлова О.Р. Миофасциальные болевые синдромы: лечение локальными инъекциями ботулотоксина типа А (Релатокс®): часть 1 // *Метаморфозы*. 2015. № 10. С. 82–86.
11. Brin M.F, Swope D.M., O'Brian C. et al. Botox for migraine: double-blind, placebo-controlled, region-specific evaluation // *Cephalalgia*. 2000. Vol. 20. Pp. 421–422.
12. Silberstein S, Mathew N, Saper J. et al. Botulinum toxin type A as a migraine preventive treatment. For the BOTOX Migraine Clinical Research Group // *Headache*. 2000. Vol. 40. Pp. 445–450.
13. Intiso D, Basciani M, Santamato A. et al. Botulinum toxin type A for the treatment of neuropathic pain in neuro-rehabilitation // *Toxins*. 2015. Vol. 7. Pp. 2454–2480.
14. Apalla Z, Sotiriou E, Lallas A. et al. Botulinum toxin A in postherpetic neuralgia // *Clin J Pain*. 2013. Vol. 29. No. 10.
15. Михайлова Н.П., Парфенова И.А. Ботулакс открывает новые горизонты в ботулинотерапии // *Метаморфозы*. 2018. № 21.
16. Aoki K.R. Review of a proposed mechanism for the antinociceptive action of botulinum toxin type A // *NeuroToxicology*. 2005. Vol. 26. Pp. 785–793.
17. Goadsby P.J., Edvinsson L. The trigeminovascular system and migraine: studies characterizing cerebrovascular and neuropeptide changes seen in humans and cats // *Ann Neurol*. 1993. Vol. 33. Pp. 48–56.
18. Мингазова Л.Р., Орлова О.Р. Постгерпетическая невралгия: лечение внутрикожными инъекциями ботулинического токсина типа А (Лантокс) // *Экспериментальная и клиническая дерматокосметология*. 2011. № 2. С. 26–30.
19. Yung B.F, Johnson R.W, Griffin D.R. et al. Risk factors for postherpetic neuralgia in patients with herpes zoster // *Neurology*. 2004. Vol. 62. Pp. 1545–1551.
20. Jonson R.W. Zoster-associated pain: what is know, who is at risk and how can it be managed? // *Herpes*. 2001. Vol. 14. Suppl. 2. Pp. 31A–34A.



Вариабельность частоты СНсФВ у симптомных пациентов с АГ высокого риска в зависимости от диагностических критериев

Х.М Гудиева, Ф.Э. Кабельо, О.А. Доготарь, А.Ф. Сафарова, Ж.Д. Кобалава

Кафедра внутренних болезней с курсом кардиологии и функциональной диагностики имени академика В.С. Моисеева Медицинского института РУДН, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Цель – сравнение диагностических критериев сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) – ESC 2016, ОССН/РКО/РНМОТ 2017 и HFA-PEFF – у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) высокого риска, симптомами СН и фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) $\geq 50\%$.

Материалы и методы. В исследование включено 90 пациентов с АГ высокого риска, симптомами СН и с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) $\geq 50\%$. Для выявления СНсФВ использованы рекомендации европейского (ESC 2016) и российских кардиологических (ОССН/РКО/РНМОТ 2017) обществ и новый диагностический алгоритм HFA-PEFF. Стресс-эхокардиографию проводили с применением пробы с пассивным подъемом ног, неинвазивную оценку ДЗЛА – с использованием уравнения Nagueh (1997) [$ДЗЛА = 1,91 * (1,24 + E/e')$].

Результаты. Частота СНсФВ согласно рекомендациям ОССН/РКО/РНМОТ 2017 составляет 75,8%, ESC 2016 – 46,3%, новому алгоритму HFA-PEFF – 55,7%. Совпадение в выявлении СНсФВ по 3 алгоритмам составило 35 (38,9%) пациентов. 13 (14,4%) пациентов не имели критериев СНсФВ по всем диагностическим алгоритмам.

Заключение. Применение разнообразных критериев диагностики демонстрирует различную вариабельность частоты СНсФВ. Использование нагрузочной пробы с пассивным подъемом ног увеличивает вероятность выявления СНсФВ.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса, неинвазивная оценка ДЗЛА, диастолический стресс-тест, HFA-PEFF

ABSTRACT

Incidence of heart failure with preserved ejection fraction using different diagnostic algorithms among high-risk hypertensive patients

K. Gudieva, F.E. Cabello, A. Safarova, Z. Kobalava

Department of the Internal Diseases with the Course in Cardiology and Functional Diagnostics Named after V.S. Moiseev, Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russia

Aim: we sought to compare various diagnostic algorithms of HFpEF (ESC 2016, OSS/RKO/RNMOT 2017 and HFA-PEFF) in high-risk hypertensive patients with symptoms of HF and left ventricular ejection fraction (LVEF) $\geq 50\%$.

Methods. Study included 90 high risk hypertensive patients with at least one symptom or sign of HF and left ventricular ejection fraction (LV EF) $\geq 50\%$ (70% female, 69.3 ± 10.56 years ($M \pm SD$), obesity 43%, diabetes mellitus 44%, atrial fibrillation 32.2%, chronic kidney disease 45.5%, estimated glomerular filtration rate (eGFR) $58.55(48.63; 72.86)$ ml/min/1.73 m², NT-proBNP level $142(50; 220)$ pg/ml). HFpEF was assessed by ESC 2016, HFA-PEFF algorithms and Russian society of Cardiology guidelines for heart failure 2017. Stress-echo with passive leg raising was used to detect impaired LV diastolic function reserve and the increase in LV filling pressure. PCWP was evaluated by echocardiography (ECHO) using the Nagueh equation (1997) $PCWP = 1.91 * (1.24 + E/e')$.

Results. The incidence of HFpEF according to the Russian society of Cardiology guidelines 2017 is 75.8%, ESC 2016 – 46.3%, and the new HFA-PEFF algorithm – 55.7%. The coincidence in the detection of HFpEF by 3 algorithms was 35 (38.9%) patients. 13 (14.4%) patients did not have HFpEF criteria for all diagnostic algorithms.

Conclusion: thus, the use of different diagnostic criteria demonstrates the different variability of the frequency of HFpEF. The application of the stress test with passive leg raising increases the incidence of identifying HFpEF.

Key words: arterial hypertension, heart failure with preserved ejection fraction, diastolic stress-echocardiography, non-invasive PCWP, HFA-PEFF



ВВЕДЕНИЕ

Сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Распространенность СНсФВ в общей популяции составляет 1,1–5% [1]. Согласно данным регистра IMPROVEMENT-HF (русская часть исследования) среди пациентов, обследованных в амбулаторных и стационарных условиях, доля пациентов с СНсФВ составила 83% [2]. Однако постановка диагноза СНсФВ до сих пор остается сложной задачей.

В качестве основного руководства для диагностики СНсФВ используются рекомендации Европейского кардиологического общества 2016 года (ESC 2016) с жесткой ориентацией на уровень натрийуретических пептидов (НУП) без учета их вариабельности при наличии ожирения, фибрилляции предсердий, хронической болезни почек [3]. В российских рекомендациях по ХСН 2017 года (ОССН/РКО/РНМОТ 2017), в отличие от европейских, повышение НУП не является одним из ключевых параметров диагностики СНсФВ [5]. Доказано, что до 20% пациентов с инвазивно подтвержденной СНсФВ путем катетеризации сердца имели уровни НУП ниже диагностических значений [5]. Так, Хо и соавторы провели инвазивную оценку гемодинамики у 461 пациента с одышкой при нагрузке и ФВ ЛЖ $\geq 50\%$ и сравнили частоту СНсФВ, установленной с использованием различных критериев. Увеличение ДЗЛА было выявлено у 243 (52,7%) больных, в то время как по критериям Американской коллегии кардиологов / Американской ассоциации сердца 2013 г. СНсФВ была диагностирована у 416 (90,2%) пациентов, по критериям Европейского общества кардиологов 2016 г. – у 205 (44,5%), а по критериям Американского общества сердечной недостаточности – у 55 (11,9%) [6]. Данное исследование продемонстрировало значительную гетерогенность клинических профилей и исходов среди пациентов с СНсФВ.

Таким образом, очевидна потребность в более усовершенствованном многогранном подходе к диагностике СНсФВ.

В 2019 году экспертами Европейского общества специалистов по сердечной недостаточности (HFA) и Европейского общества кардиологов (ESC) был предложен новый диагностический алгоритм HFA-PEFF [7], который включает клиническую оценку, ультразвуковое исследование сердца в покое и при нагрузке, определение уровня НУП, а также инвазивную оценку гемодинамики и определение этиологии сердечной недостаточности (СН). Следует отметить, что применение инвазивной оценки гемодинамики в рутинной клинической практике представляется невозможным ввиду некоторых осложнений при ее выполнении.

В нашем исследовании мы использовали модифицированный алгоритм HFA-PEFF с неинвазивной оценкой давления заклинивания легочной артерии (ДЗЛА) при помощи эхокардиографии (ЭхоКГ) [8].

Целью нашего исследования было сравнение диагностических критериев СНсФВ (ESC 2016, ОССН/РКО/РНМОТ 2017 и HFA-PEFF) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) высокого риска, симптомами СН и фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) $\geq 50\%$.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В проспективное исследование включали пациентов с АГ высокого риска с симптомами СН и ФВ ЛЖ $\geq 50\%$, старше 65 лет и/или ≥ 55 лет при наличии ожирения и/или фибрилляции предсердий (ФП) и сахарного диабета (СД) (рис. 1). Критерии исключения: индекс массы тела (ИМТ) ≥ 40 кг/м², острый коронарный синдром или острое нарушение мозгового кровообращения в течение последних трех месяцев, онкологические заболевания, тяжелый порок клапанов сердца, заболевания, которые сопровождаются симптомами, сходными с таковыми СН (хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, анемия – концентрация гемоглобина менее 90 г/л). Дизайн исследования представлен на рис. 1.

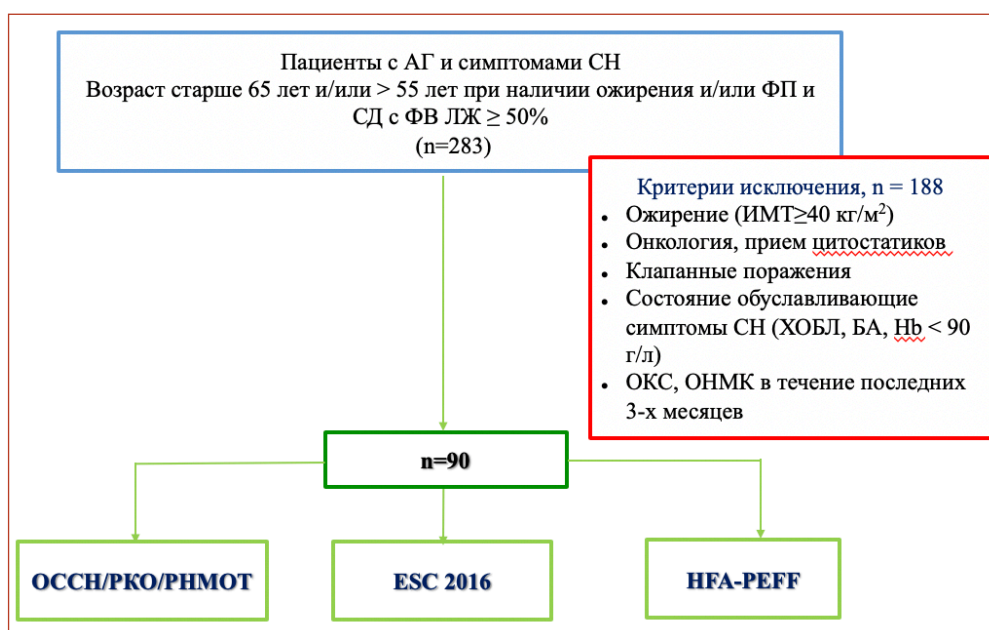


Рис. 1. Дизайн исследования



Таблица 1
Клинико-демографическая характеристика
обследованных пациентов (n=90)

Показатель	Значение
Пол (м/ж), n (%)	27(30) / 63(70)
Возраст, годы (M±SD)	69,3±10,56
Длительность АГ, годы (Me (IQR))	15,8(7,75)
ИМТ, г/м ² , (M±SD)	28,3(±4,85)
Ожирение ст., n (%)	39(43,33)
Функциональный класс СН, NYHA, n (%)	
I	24(26,66)
II	47(52,22)
III	19(21,11)
Одышка, n (%)	
Легкая	41(45,5)
Умеренная	41(45,55)
Тяжелая	8(8,88)
Отеки нижних конечностей, n (%)	45(50)
NT-proBNP, пг/мл (Me (IQR))	142(50;220)
СКФ – EPI, мл/мин/1,73 м (M±SD)	58,55(48,63;72,86)
Фибрилляция предсердий, n (%)	
Нет	61(67,77)
Пароксизмальная форма	26(28,88)
Постоянная форма	3(3,33)
Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), n (%)	65 (72,22)
Сахарный диабет 2 типа, n (%)	40(44,44)
Хроническая болезнь почек, n (%)	41 (45 %)
Легочная гипертензия	
1 степень	58(64,4)
2 степень	6(6,66)
3 степень	3(3,33)
Нет	23(25,55)

Примечание: данные представлены как медиана, 25-й и 75-й процентиль (Me (IQR)) или среднее арифметическое значение (M) и стандартное отклонение среднего значения (SD). СКФ – EPI – скорость клубочковой фильтрации, рассчитанная по формуле СКД-EPI.

Диагностику СНсФВ проводили согласно критериям действующих рекомендаций ОССН/РКО/РНМОТ 2017, ESC 2016 и алгоритму HFA-PEFF. Клинико-демографическая и эхокардиографическая характеристика включенных пациентов представлена в табл. 1 и 2.

Всем пациентам проводили рутинное клиническое обследование с оценкой симптомов и/или признаков СН, анамнеза и определением уровня NT-proBNP. Функциональный класс (ФК) NYHA определяли с помощью проведения теста 6- минутной ходьбы (Т6МХ). Выполняли ЭхоКГ с оценкой продольной систолической и диастолической функций ЛЖ.

СНсФВ согласно, ESC 2016, определяли при наличии симптомов/признаков СН, увеличения НУП (NTproBNP≥125 пг/мл) и при наличии структурно-функциональных изменений на ЭхоКГ: гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ)

Таблица 2
Эхокардиографическая характеристика пациентов
(n=90)

Показатель	Значение
Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), % (M±SD)	58,12±5,34
Диастолическая функция	
1-й тип	41 (45,55)
2-й тип	46 (51,11)
3-й тип	0(0)
ФП	3(3,33)
СДЛА, мм рт.ст., (M±SD)	33,15±12,02
иОЛП, мл/м ² , (M±SD)	27,37±10,67
иММЛЖ, г/м ² , (M±SD)	113,61±21,23
ОТС, (Me (IQR))	0,47(0,43;0,52)
GLS,%, (Me (IQR))	17(14,20)
E' лат., см/с, (M±SD)	7,03±2,03
E' септ., см/с, (M±SD)	6,66±1,66
E/e' ср., (M±SD)	8,01±2,24

Примечание: данные представлены как медиана, 25-й и 75-й процентиль (Me (IQR)) или среднее арифметическое значение (M) и стандартное отклонение среднего значения (SD).

(иММЛЖ≥115 г/м² у мужчин или ≥95 г/м² у женщин), увеличении левого предсердия (индексированный объем левого предсердия >34 мл/м²) и/или при диастолической дисфункции ЛЖ (E/e'≥13 и e'ср.<9 см/с) [3].

Для постановки диагноза по критериям ОССН/РКО/РНМОТ 2017 учитывали симптомы СН и структурно-функциональные изменения сердца, аналогичные с теми, которые указаны в европейских рекомендациях. Уровни НУП не учитывались.

Диагностика СНсФВ по алгоритму HFA-PEFF проводилась пошагово. Шаг 1 соответствует критериям диагностики СНсФВ в действующих рекомендациях ESC 2016. Шаг 2 учитывает отклонения в структурно-функциональных параметрах миокарда и НУП, классифицируя их на большие и малые критерии. Предлагаются четкие критерии уровня НУП и иОЛП у пациентов с ФП (табл. 3). Одному большому критерию присуждается 2 балла, одному малому – 1 балл. При сочетании большого и малого критериев в пределах одной области (структурная, функциональная, НУП) баллы не суммируются.

Большие и малые критерии (шаг 2)

Функциональные параметры	Структурные параметры	Натрийуретические пептиды (СР)	Натрийуретические пептиды (ФП)	
Большие критерии (2 балла)	е' септальный <7 см/с или е' латеральный <10 см/с у пациентов <75 лет, е' септальный <5 см/с или е' латеральный <7 см/с у пациентов или Е/е' ср. ≥15, или ТР >2,8 м/с (СДЛА >35 мм рт. ст)	иОЛП >34 мл/м ² (СР), иОЛП >40 мл/м ² (ФП) или иММЛЖ ≥149 г/м ² у мужчин или ≥122 г/м ² у женщин и ОТС >0,42	NT-proBNP >220 пг/мл или BNP >80 пг/мл	NT-proBNP >660 пг/мл или BNP >240 пг/мл
Малые критерии (1 балл)	Е/е' ср.: 9–14 или GLS <16%	иОЛП – 29–34 мл/м ² (СР), иОЛП – 34–30 мл/м ² (ФП) или иММЛЖ ≥115 г/м ² у мужчин / ≥95 г/м ² у женщин или ОТС >0,42 или ТСЛЖд ≥12 мм	NT-proBNP 125–220 пг/мл или BNP 35–80 пг/мл	NT-proBNP 375–660 пг/мл или BNP 105–240 пг/мл

Примечание: СР – синусовый ритм, ФП – фибрилляция предсердий; иММЛЖ – индекс массы миокарда левого желудочка, ОТС – относительная толщина стенок, ТСЛЖд – толщина стенок левого желудочка в диастолу, ТР – трикуспидальная регургитация, СДЛА – систолическое давление в легочной артерии, GLS / ГПД ЛЖ – global longitudinal strain / глобальная продольная деформация ЛЖ (адапт. из [10]).

Пациентам с промежуточной вероятностью (2–4 балла) по алгоритму HFA-PEFF выполняется диастолическая стресс-ЭхоКГ и инвазивная оценка гемодинамики (шаг 3). В нашем исследовании в качестве альтернативного диастолического стресс-теста использовали пробу с пассивным подъемом ног [9] (рис. 2). При проведении пробы с пассивным подъемом ног происходит отток крови от нижних конечностей, увеличение притока венозной крови к сердцу и давления наполнения ЛЖ. Косвенными показателями давления наполнения ЛЖ при ЭхоКГ являются параметры Е/е' и максимальная скорость трикуспидальной регургитации (ТРmax). Проба считается положительной при Е/е' ≥15 (2 балла) или Е/е' ≥15 и увеличения скорости ТРmax >3,4 м/с (3 балла). Если у пациента определяется только увеличение ТРmax, проба считается отрицательной, так как это физиологично в условиях физической нагрузки за счет увеличения легочного кровотока. ДЗЛА рассчитывали по уравнению Nagueh: ДЗЛА = 1,91 × (1,24 + Е/е'), где Е – максимальная скорость раннего диастолического наполнения ЛЖ, измеренная при импульсно-волновой доплерографии, е' – усредненная максимальная скорость раннего диастолического смещения септальной и латеральной частей кольца митрального клапана. Была выявлена тесная корреляция измерения ДЗЛА инвазивным методом и при ЭхоКГ с применением тканевого доплера [11]. Косвенным показателем повышения давления в левых отделах сердца является увеличение ДЗЛА ≥15 мм рт. ст. в покое и ≥25 мм рт. ст. при нагрузке [9].



Рис. 2. Методика проведения пробы с пассивным подъемом ног.

1 этап – пациент занимает полулежачее положение под углом 45° в течение 5 минут. 2 этап – пациент лежит на спине, ноги приподняты на 45° в течение 5–10 минут.

Изображение взято из doi:10.1007/978-3-030-03143-5_7

Статистическая обработка выполнялась с использованием программы Statistica V10.0. Проверка распределения количественных данных проводилась при помощи критерия Шапиро–Уилка. Количественные данные описывали с помощью медианы и интерквартильного размаха (Ме [Q25; Q75]) или среднего арифметического значения (М) и стандартного отклонения среднего значения (SD). Качественные значения выражались в абсолютных и относительных величинах (n (%)). Статистическую значимость качественных признаков определяли с применением точного критерия Фишера. Сравнение характеристик в двух группах проводилось при помощи критерия Манна–Уитни. Статистически значимыми различия считались при p ≤ 0,05.



РЕЗУЛЬТАТЫ

Наиболее распространенными симптомами и признаками у пациентов были: одышка при нагрузке (100%), слабость (57,4%), периферические отеки (35%).

Частота выявления лабораторных, структурно-функциональных изменений сердца и СНсФВ у пациентов с АГ в зависимости от критериев ESC 2016, ОССН/РКО/РНМОТ и HFA-PEFF представлена в табл. 4.

Частота выявления лабораторных, структурно-функциональных изменений сердца и СНсФВ у пациентов с АГ в зависимости от критериев ESC 2016, ОССН/РКО/РНМОТ и HFA-PEFF

Критерии	Повышение NTproBNP	Структурно-функциональные изменения при ЭхоКГ	ESC 2016	ОССН/РКО/РНМОТ	HFA-PEFF
Пациенты с АГ, n (%)	50 (55,5%)	72 (80%)	44 (49%)	72 (80%)	53 (58,9%)

Соответствие диагностическим критериям СНсФВ ОССН/РКО/РНМОТ 2017 выявлено у 72 (80%). У 18 (20%) пациентов без соответствия критериям в 7 (7,7%) случаях было выявлено повышение уровня NT-proBNP при отсутствии структурно-функциональных изменений; у 11 (12,2%) пациентов не выявлено структурно-функциональных изменений и повышения уровня NT-proBNP.

Результаты оценки наличия СНсФВ по алгоритму HFA-PEFF представлены на рис. 3. На втором этапе СНсФВ была выявлена у 36 (40,0%) из 90 пациентов и исключена у 8 (9,0%), в то время как 46 (51,0%) больным для установления диагноза потребовалась стресс-эхокардиография (шаг 3). При проведении этого исследования у 17 (18,9%) пациентов отмечено увеличение $E/e' \geq 15$, а наличие СНсФВ подтверждалась увеличением ДЗЛА при проведении пробы с пассивным подъемом ног ≥ 25 мм рт. ст. Любопытно, что у 4 (4,4%) из 90 пациентов имелись только малые критерии диагностики СНсФВ.

Итак, при применении алгоритма HFA-PEFF у 53 (58,9%) из 90 пациентов была диагностирована СНсФВ.

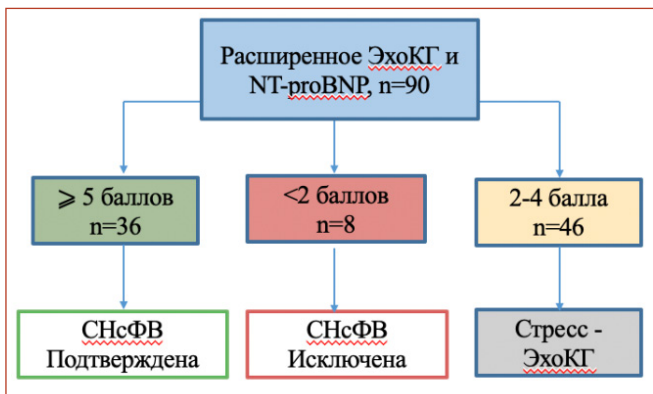


Рис. 3. Результаты выявления СНсФВ по алгоритму HFA-PEFF на этапе шага 2 – Оценка баллов по NT-proBNP и ЭхоКГ

Таким образом были обнаружены несоответствия в выявлении СНсФВ по различным критериям диагностики (рис. 4).

Диагноз СНсФВ по критериям ESC 2016 установлен у 44 (49%) пациентов. Среди оставшихся 46 (51%) пациентов у 7 (7,7%) пациентов диагноз СНсФВ был исключен из-за отсутствия структурно-функциональных изменений сердца при наличии повышения уровня NT-proBNP (из них 2 были с постоянной формой ФП, 4 – с пароксизмальной формой ФП, которые на момент осмотра были вне пароксизма); у 39 (43,3%) пациентов отсутствовало повышение уровня NT-proBNP; у 11 (12,2%) не было структурно-функциональных изменений и повышения уровня NT-proBNP.

Таблица 4

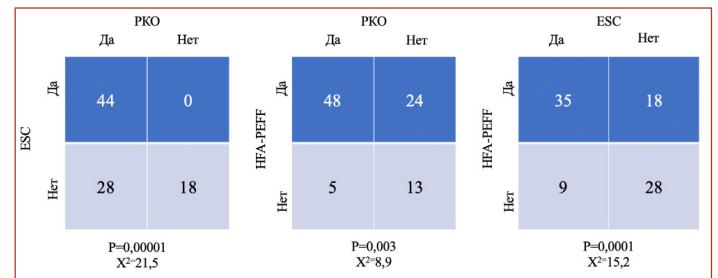


Рис. 4. Соответствия между алгоритмами в диагностике СНсФВ. Сравнение шкал ОССН/РКО/РНМОТ, ESC, HFA-PEFF по частоте выявления СНсФВ

35 (38,9%) пациентов соответствовали критериям СНсФВ согласно ОССН/РКО/РНМОТ, ESC и HFA-PEFF. Эти пациенты характеризовались большей частотой одышки во время физической нагрузки, отеков нижних конечностей, ГЛЖ и ЛГ, а также более высоким уровнем NT-proBNP по сравнению с общей группой пациентов ($p=0,02$).

13 (14,4%) пациентов, которые не имели критериев СН по всем диагностическим алгоритмам, характеризовались отсутствием отеков нижних конечностей, ГЛЖ и ЛГ по сравнению с общей группой пациентов ($p<0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ

За последние три десятилетия распространенность СНсФВ относительно общей распространенности СН возросла с 41% до 56% [10], и количество пациентов будет неуклонно возрастать в связи со старением населения [11].

Эпидемиологические исследования показали, что АГ является наиболее распространенным заболеванием у пациентов с СНсФВ и составляет от 55 до 90% [12]. СНсФВ обычно развивается у пациентов с различной коморбидной патологией: АГ, ожирением, фибрилляцией предсердий, сахарным диабетом и др. Работа Хо и соавторов продемонстрировала не только разницу в выявлении СНсФВ по существующим критериям диагностики, но также и значительную гетерогенность клинических

профилей и исходов у пациентов с СНсФВ и подчеркнула ее сложность как клинического «феномена» [6].

Несоответствия в диагностике СНсФВ также были выявлены и по данным исследования Мареева и соавторов. Так, СНсФВ по критериям ESC 2016 была установлена у 15 пациентов (38%), а по критериям ОССН/РКО/РНМОТ у 28 (80%), повышение НУП отмечалось у 19 пациентов, а изменения на ЭхоКГ у 34 (87%) [13].

Очевидно, гетерогенность и коморбидность пациентов обуславливают низкую специфичность и чувствительность действующих рекомендаций.

Новый алгоритм HFA-PEFF предполагает комплексное обследование пациентов и может стать альтернативой существующим рекомендациям. Наиболее значимым преимуществом данного алгоритма является то, что авторы учитывают особенности изменений уровней НУП и иОЛП у пациентов с ФП. Следует отметить, что данный алгоритм может иметь и свои ограничения. Наличие у пациентов патологии опорно-двигательного аппарата, неврологических нарушений и ожирения могут препятствовать выполнению нагрузочной пробы. В свою очередь, инвазивная оценка гемодинамики, как было указано ранее, сопряжена с определенными трудностями выполнения и осложнениями [14].

Диастолическая стресс-ЭхоКГ с пассивным подъемом ног может стать хорошей альтернативой в проведении нагрузочных проб, особенно в условиях амбулаторного приема больных. У 41% пациентов с нормальным ДЗЛА в покое, измеренном путем катетеризации сердца, наблюдалось значительное его повышение при проведении пробы с пассивным подъемом ног [15].

Таким образом, простота и доступность предложенного нами модифицированного алгоритма HFA-PEFF с пассивным подъемом ног может открыть новые возможности в диагностике СНсФВ в рутинной клинической практике.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение разнообразных критериев диагностики демонстрирует различную вариабельность частоты СНсФВ. Так, частота СНсФВ, согласно рекомендациям ОССН/РКО/РНМОТ 2017, составляет 75,8%, ESC 2016 – 46,3%, новому алгоритму HFA-PEFF – 55,7%. Полученные данные в очередной раз доказывают необходимость создания универсального алгоритма диагностики, учитывающего разновидности клинических профилей больных.

Использование нагрузочной пробы с пассивным подъемом ног увеличивает вероятность выявления СНсФВ.

Литература

1. Davidson A, Raviendran N, Murali C.N. et al. Managing heart failure with preserved ejection fraction // *Ann Transl Med*. 2020. Vol. 8. No. 6. P. 395. DOI: 10.21037/atm.2020.03.18.
2. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Как мы диагностируем и лечим СН в реальной клинической практике в начале XXI века? Результаты исследования IMPROVEMENT HF // *Consilium Medicum*. 2001. Т. 3. № 2. С. 65–73.
3. Ponikowski P, Voors A.A., Anker S.D. et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contri-

bution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC // *Eur Heart J*. 2016. Vol. 37. Pp. 2129–2200. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw128.

4. Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т. и др. Клинические рекомендации ОССН – РКО – РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение // *Кардиология*. 2018. Т. 58. № 6S. С. 8–164. DOI: 10.18087/cardio.2475.

5. Anjan V.Y., Loftus T.M., Burke M.A. et al. Prevalence, clinical phenotype, and outcomes associated with normal B-type natriuretic peptide levels in heart failure with preserved ejection fraction // *Am J Cardiol*. 2012. Vol. 110. Pp. 870–876.

6. Ho J.E., Zern E., Wooster L. et al. Differential clinical profiles, exercise responses, and outcomes associated with existing HFpEF definitions // *Circulation* 2019. Vol. 140. Pp. 353–65.

7. Pieske B., Tschope C., de Boer R. et al. How to diagnose heart failure with preserved ejection fraction: the HFA-PEFF diagnostic algorithm: a consensus recommendation from the Heart Failure Association (HFA) of the European Society of Cardiology (ESC) // *Eur J Heart Fail*. 2020. Vol. 22. No. 3. Pp. 391–412. DOI: 10.1002/ejhf.1741.

8. Nagueh S.F., Middleton K., Kopelen H. et al. Doppler tissue imaging: a noninvasive technique for evaluation of LV relaxation and estimation of filling pressures // *J Am Coll Cardiol*. 1997. Vol. 30. Pp. 1527–33. DOI: 10.1016/S0735-1097(97)00344-6.

9. Lancellotti P., Pellikka P.A., Budts W. et al. The clinical use of stress echocardiography in non-ischaemic heart disease: recommendations from the European Association of Cardiovascular Imaging and the American Society of Echocardiography. DOI: 10.1016/j.echo.2016.10.016.

10. Vasan R.S., Xanthakis V., Lyass A. et al. Epidemiology of left ventricular systolic dysfunction and heart failure in the Framingham Study: an echocardiographic study over 3 decades // *JACC Cardiovasc Imaging*. 2018. Vol. 11. Pp. 1–11. DOI: 10.1016/j.jcmg.2017.08.007.

11. Oktay A.A., Rich J.D., Shah S.J. The emerging epidemic of heart failure with preserved ejection fraction // *Curr Heart Fail Rep*. 2013. Vol. 10. Pp. 401–410. DOI: 10.1007/s11897-013-0155-7.

12. Steinberg B.A., Zhao X., Heidenreich P.A. et al. Trends in patients hospitalized with heart failure and preserved left ventricular ejection fraction: prevalence, therapies, and outcomes. *Circulation*. 2012. Vol. 126. No. 1. Pp. 65–75.

13. Мареев Ю.В., Гарганеева А.А., Тукиш О.В. и др. Сложности в диагностике сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса в реальной клинической практике: диссонанс между клиникой, эхокардиографическими изменениями, величиной натрийуретических пептидов и шкалой H2FPEF // *Кардиология*. 2019. Т. 59. № 12S. С. 37–45.

14. West R., Ellis G., Brooks N. Complications of diagnostic cardiac catheterisation: results from a confidential inquiry into cardiac catheter complications // *Heart*. 2006. Vol. 92. Pp. 810–814.

15. Henein M.Y., Tossavainen E., A'roch R. et al. Can Doppler echocardiography estimate raised pulmonary capillary wedge pressure provoked by passive leg lifting in suspected heart failure? // *Clin Physiol Funct Imaging*. 2018. DOI: 10.1111/cpf.12547.



Распространенность и формы ВГВ-инфекции у беременных вьетнамской популяции, проживающих в России

Т.Х. Нгуен, Н.В. Мазурчик, П.П. Огурцов

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

ВГВ-инфекция является широко распространенным заболеванием и серьезной глобальной проблемой здравоохранения. Распространенность ВГВ-инфекции значительно колеблется среди различных географических областей. В высокоэндемичных районах, в том числе во Вьетнаме, ВГВ-инфекция наиболее часто передается вертикальным путем от матери ребенку, тогда как в России преобладает половой и парентеральный путь передачи вируса. Сегодня в России проживают около 80 тысяч иностранцев-вьетнамцев, многие из которых являются женщинами в детородном возрасте. Все беременные женщины должны быть протестированы на наличие HBsAg, в случае обнаружения вируса необходимо проводить дообследование. Раннее выявление носителей HBsAg среди беременных женщин и своевременная профилактика помогут снизить передачу инфекции.

Ключевые слова: ВГВ-инфекция, беременные женщины, вертикальный путь, вьетнамская популяция, распространенность, профилактика

ABSTRACT

Prevalence and forms of HBV infection in pregnant Vietnamese population living in Russia

T.H. Nguyen, N.V. Mazurchik, P.P. Ogurtsov

Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russia

HBV infection is a widespread disease and a serious global health problem. The prevalence of HBV infection varies significantly among different geographical areas. In highly endemic areas, including Vietnam, HBV infection is most commonly transmitted vertically from mother to child, while in Russia, sexual and parenteral transmission of the virus prevails. Today in Russia live approximately 80 thousand foreigners-Vietnamese, many of whom are women of childbearing age. All pregnant women should be tested for the presence of HBsAg, in case of detection it is necessary to conduct further examination. Early detection of HBsAg carriers among pregnant women and timely prevention will help reduce transmission.

Key words: HBV infection, pregnant women, vertical pathway, Vietnamese population, prevalence, prevention

ВВЕДЕНИЕ

ВГВ-инфекция является широко распространенным во всем мире заболеванием. Около 2 миллиардов человек имеют серологические доказательства текущей или перенесенной инфекции с вирусом гепатита В. По данным всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2015 году 257 млн человек или 3,5% от общего числа населения мира проживали с хронической ВГВ-инфекцией [1]. Проценты носителей HBsAg варьируются значительно среди различных географических областей. Исходя из процентной доли населения, серопозитивно к HBsAg, можно выделить три уровня эндемичности: низкий (<2%), промежуточный (2–7%) и высокий (≥8%). Во всем мире 45% инфицированных ВГВ людей живут в высокоэндемичных районах, 43% проживают в регионах со средним уровнем эндемичности и только осталь-

ные 12% – жители низкоэндемичных районов [2]. Распространенность гепатита наиболее высока в регионе западной части Тихого океана и в Африканском регионе, где инфицировано соответственно 6,2% (115 миллионов) и 6,1% (60 миллионов) взрослого населения [1].

ВГВ-инфекция представляет собой серьезную глобальную проблему здравоохранения. Вирус гепатита В может вызывать хроническую инфекцию с высоким риском летального исхода. В 2015 году от гепатита В умерло более 887 000 человек, главным образом от вызванных гепатитом цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы [1].

Вьетнам находится в регионе западной части Тихого океана, в котором распространенность ВГВ-инфекции самая высокая в мире. По данным ВОЗ западной части Тихого океана, в 2017 году во Вьетнаме распространенность хронической ВГВ-инфекции составила 8,1%. Вьет-

нам занимает 2-е место в регионе западной части Тихого океана и 4-е место в мире по уровню заболеваемости раком печени на 100 000 человек (23,2), основными причинами которого являются ВГВ- и ВГС-инфекции [3].

В высокоэндемичных районах, в том числе во Вьетнаме, гепатит В наиболее часто передается вертикальным путем от матери ребенку, тогда как в странах с низкой эндемичностью, как в России, преобладает половой и парентеральный путь передачи вируса [1]. На частоту вертикальной передачи влияют наличие HBeAg и уровень ДНК – вируса гепатита В в крови беременной женщины перед родами [17]. Во Вьетнаме процент беременных с положительным результатом тестирования на HBsAg был равен 10–18%, из которых около 30–40% несут как HBsAg, так и HBeAg – таким образом, вертикальная передача HBV-инфекции от матери ребенку является основным способом передачи во Вьетнаме [4].

Сегодня в России проживают около 80 тысяч иностранцев-иммигрантов, приехавших из Вьетнама, многие из которых являются женщинами в детородном возрасте, тогда как эпидемиологические исследования хронической ВГВ-инфекции у этой популяции отсутствуют. Поэтому наше исследование было проведено для определения серологической распространенности поверхностного антигена гепатита В (HBsAg), наличия HBeAg, уровня виремии ВГВ в крови среди вьетнамских беременных женщин, проживающих в России, с целью оценки степени риска вертикальной передачи ВГВ от матери ребенку, получения базовой информации о бремени болезни в этой популяции, с тем чтобы принять меры в области общественного здравоохранения для сокращения передачи инфекции.

Цель исследования – анализ распространенности и определение форм хронической ВГВ-инфекции у беременных вьетнамской популяции, проживающих в России.

Материалы и методы

Для оценки распространенности ВГВ-инфекции у беременных вьетнамской популяции, проживающих в России, были проанализированы данные о частоте выявления HBsAg среди беременных, зарегистрированных в женских консультациях в медицинском центре «Экстра» города Москвы с января 2018 г. по ноябрь 2019 г. Для определения формы хронической ВГВ-инфекции были изучены данные маркеров высокой репликации ВГВ, такие как антиген гепатита В «е» (HBeAg), количественной ДНК ВГВ и значения аминотрансфераз (АЛТ, АСТ).

Результаты и их обсуждение

Мы собрали и проанализировали данные у 242 вьетнамских беременных, вставших на учет в женских консультациях в медицинском центре «Экстра» (город Москва) с января 2018 г. по ноябрь 2019 г. Общие характеристики объектов отражены в табл. 1.

Таблица 1

Общие характеристики объектов исследования

Параметры	Количество	Процент (%)	
Возраст, лет	15–20 лет	10	4,13
	21–30 лет	167	69,01
	31–40 лет	63	26,03
	41–45 лет	2	0,83
Группа крови	0(I)	93	38,43
	A(II)	61	25,21
	B(III)	77	31,82
	AB(IV)	11	4,55
Профессия	Продавщица	159	65,70
	Домохозяйка	79	32,64
	Бухгалтер	1	0,41
	Логист	1	0,41
	Руководитель швейного производства	1	0,41
	Швея	1	0,41
Образование	Начальное	3	1,24
	Среднее	209	86,36
	Высшее	30	12,40
Количество беременностей	1	63	26,0
	2 и более	179	74,0
Срок беременности	4–12 нед.	139	57,44
	13–24 нед.	85	35,12
	25–40 нед.	18	7,44

Средний возраст беременных, включенных в исследование, составил 28 лет (от 19 до 43 лет). Подавляющее большинство – составляли беременные в возрасте от 21 до 30 лет (69,01%). Они встали на учет на разных сроках беременности, основная масса в первом триместре (57,44%), средний срок беременности – 14,44 недели. Среди беременных преобладали женщины с 1-й группой крови (0 (I)) – 38,43%. Большинство беременных работали продавщицами (65,70%), имели среднее образование (86,36%) и более 2 беременностей в анамнезе (74,0%).

Результат выявления HBsAg

Из 242 вьетнамских беременных было выявлено 19 с положительным результатом тестирования на поверхностный антиген гепатита В – HBsAg. Результаты представлены на рис. 1.

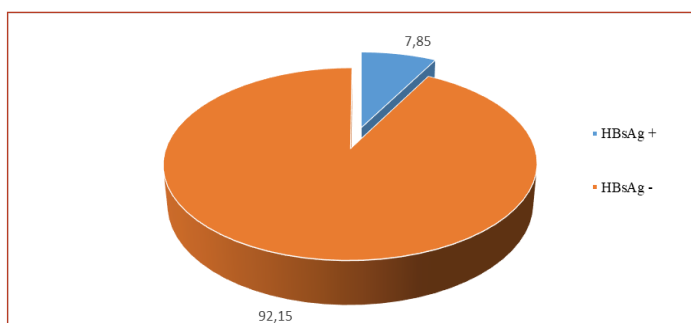


Рис. 1. Распространенность ВГВ-инфекции у вьетнамских беременных, проживающих в России



В нашем исследовании пропорция вьетнамских беременных, у которых был обнаружен антиген HBsAg, составила 7,85%. Этот результат немного ниже, чем в других исследованиях о распространенности HBsAg у беременных во Вьетнаме. Chu Thi Thu Ha и соавторы (2006 г.) в своем исследовании на 1 300 беременных женщин выявили 163 беременных с положительным результатом тестирования на HBsAg, что составило 12,5% [4]. В исследовании Luu Tran Linh Da и соавторов (2013 г.) среди 119 беременных обнаружили 12 беременных (10,08%), имеющих HBsAg в крови [5]. Различие результатов между нашим и другими исследованиями может быть связано с требованием медицинского осмотра перед иммиграцией для объектов нашего исследования.

В Российской Федерации распространенность HBsAg у беременных в 2015 году составила 0,5% [6]. В сравнении с распространенностью хронической ВГВ-инфекции у беременных в России наш результат гораздо больше.

С помощью многих исследований было показано, что распространенность хронической ВГВ-инфекции у беременных совпадает с уровнем инфицированности насе-

ления данной области. Но уровень инфицированности может колебаться в зависимости от расы и этничности беременных. В ретроспективном исследовании Euler G.L. и соавторов (2003 г.) на 10 523 беременных о распространенности ВГВ-инфекции в 4 городских районах США было продемонстрировано, что азиатские женщины имели самый высокий уровень инфицирования ВГВ (5,79%), в то время как черные, белые и испаноязычные женщины имели 0,97, 0,60 и 0,14% соответственно [7]. Таким образом, можно сделать вывод, что в одном регионе распространенность ВГВ-инфекции среди иммигрантов из высокоэндемичных районов выше, чем средний уровень инфицированности населения. Наш результат исследования согласуются с этой теорией.

Определение форм хронической ВГВ-инфекции:

Хроническая ВГВ-инфекция – динамическое заболевание, изменяющееся в течение времени, вероятнее всего за счет взаимодействий между вирусом и иммунной системой хозяина. Естественная история хронической ВГВ-инфекции была схематично разделена на пять фаз (табл. 2).

Таблица 2

Формы хронической HBV-инфекции

	HBeAg+		HBeAg-		Фаза 5
	Фаза 1	Фаза 2	Фаза 3	Фаза 4	
	Хроническая ВГВ-инфекция	Хронический гепатит В	Хроническая ВГВ-инфекция	Хронический гепатит В	«Разрешившаяся» ВГВ-инфекция
HBsAg (количество)	Высокое	Высокое/среднее	Низкое	Среднее	-
HBeAg	+	+	-	-	-
ДНК ВГВ	>10 ⁷ МЕ/ml	10 ⁴ –10 ⁷ МЕ/ml	<2000 МЕ/ml	>2000 МЕ/ml	<10 МЕ/ml
АЛТ	Норма	Повышена	Норма	Повышена	Норма
Поражение печени	Нет/минимальное	Умеренное/тяжелое	Нет/минимальное	Умеренное/тяжелое	Нет
Старая терминология	Иммунотолерантность	Иммунореактивный HBeAg+ ХГВ	Неактивное носительство	HBeAg- ХГВ	Оккультная ВГВ-инфекция

В нашем исследовании из 19 беременных с положительным результатом тестирования на HBsAg дообследование прошли 14 человек. На основе полученных результатов уровня ДНК ВГВ, HBeAg, anti-HBe, значения аланинаминотрансферазы (АЛТ) выявлены формы хронической ВГВ-инфекции. Результаты представлены на рис. 2.

В нашем исследовании среди 14 инфицированных беременных 4 беременных (28,57%) были иммунотолерантными, 8 беременных (57,15%) были носителями гепатита В, 1 беременная (7,14%) – HBeAg-положительный хронический гепатит В и 1 беременная (7,14%) – HBeAg-негативный хронический гепатит В. Суммарно 35,71% инфицированных беременных были позитивными по HBeAg и все они имели вирусную нагрузку ДНК ВГВ более 10⁶ МЕ/мл.



Рис. 2. Формы хронической ВГВ-инфекции

По мнению разных авторов, хроническая ВГВ-инфекция не влияет на беременность, а также ее исходы для матери [8, 9]. Во время беременности обычно отсутствуют обострения хронического гепатита В, показатели печеночных ферментов часто нормализуются. Важнейшей проблемой хронической ВГВ-инфекции при беременности является риск вертикальной передачи вируса от матери ребенку и его профилактика. Вирус гепатита В передается от инфицированной матери ребенку тремя основными путями: пренатально, интранатально и постнатально. В большинстве случаев инфицирование происходит в третьем триместре беременности и в родах, когда плод непосредственно контактирует с кровью и влагалищным секретом.

Наличие HBeAg и высокая вирусная нагрузка ВГВ в крови беременных перед родами повышают частоту вертикальной передачи ВГВ-инфекции ребенку. При отсутствии иммунопрофилактики риск передачи составляет 70–100% в Азии, в случае если у матери имеются положительные HBsAg и HBeAg. Если у матери HBsAg положительный, но HBeAg отрицательный то риск вертикальной передачи значительно ниже (5–30%) [1]. Результаты исследования Jördis J. Ott и соавторов (2012 г.) показали, что в разных регионах мира распространенность HBeAg у женщин детородного возраста составляет 15–35% [10]. В исследовании Adrian M. Di Bisceglie и соавторов (2019 г.) было показано, что распространенность HBeAg была ниже у лиц старшего возраста, начиная от 85% среди лиц младше 10 лет и до лишь 12% среди лиц старше 50 лет. В дополнение к возрасту как раса, так и генотип ВГВ были независимо связаны с HBeAg-положительностью. Распространенность HBeAg была значительно выше среди азиатов 10–30 лет (по сравнению с белыми или черными людьми от 10 до 30 лет) и у инфицированных генотипом ВГВ С [11]. Для стран Юго-Восточной Азии наиболее характерные генотипы В (80%) и С (20%) [12]. В РФ наиболее часто встречаются генотипы D и A, которые выявляются в 90% и 10% случаев соответственно [17]. Таким образом, можно предположить, что распространенность HBeAg ВГВ среди вьетнамских беременных, включенных в наше исследование, выше, чем среди беременных московской популяции.

В нашем исследовании у 35,71% инфицированных беременных выявляется HBeAg. Этот результат аналогичен результату исследования Chu Thi Thu Ha и соавторов (2007 г.), где распространенность HBeAg среди инфицированных беременных составила 40,5% [13]. Tran Trung Anh и соавторы (2018 г.) в своем исследовании обнаружили 47,4% инфицированных беременных с ВГВ-инфекцией, несущих HBeAg [14]. В нашем исследовании у всех HBeAg-положительных беременных женщин вирусная нагрузка ДНК ВГВ превышала 10^6 МЕ/мл. На основании этих результатов можно сделать вывод, что риск вертикальной передачи для детей, рожденных от инфицированных вьетнамских матерей, очень высокий при отсутствии иммунопрофилактики.

Проблема вертикальной передачи вируса гепатита В заключается не только в самом факте инфицирования, но и в более высокой вероятности хронической ВГВ-инфекции у таких детей. Риск развития хронической ВГВ-инфекции у новорожденных от инфицированных

матерей без проведения им должной профилактики достигает 90%, в то время как у взрослых он составляет 5% [15]. В связи с этой актуальной проблемой в современной стратегии борьбы с ВГВ-инфекцией в большинстве развитых стран принята универсальная программа обязательного обследования, позволяющая выявить носителей HBsAg среди беременных.

Для всех беременных с высоким уровнем ДНК ВГВ (более 200 000 МЕ/мл) или HBsAg (более 10^4 МЕ/мл) рекомендовано проведение противовирусной профилактики тенофовиром на 24–28-й неделе беременности и продолжение на 12-й неделе после родов. Активно-пассивная иммунопрофилактика основана на сочетании вакцинации и высокотитрованного иммуноглобулина HBIG, проводящаяся для новорожденных в течение 12 часов с момента рождения. Эта профилактика уменьшает частоту перинатальной передачи от более 90% до менее 10%. Неэффективная иммунопрофилактика чаще встречается при высоком уровне вирусемии у матери (более 200 000 МЕ/мл) и/или уровне HBsAg более $10^{4-4.5}$ МЕ/мл [16]. Поэтому эти матери должны быть информированы о необходимости использования аналогов нуклеозидов для снижения уровня вирусемии и увеличения эффективности HBIG и вакцинации [16, 17].

»»» Выводы

1. Распространенность хронической ВГВ-инфекции у беременных во вьетнамской популяции значительно превышает показатели среди московской популяции.
2. Среди вьетнамских беременных встречаются крайне редкие для московской популяции формы хронической ВГВ-инфекции – иммунотолерантность (HBeAg-положительное носительство), требующее тщательного обследования.

Литература

1. Global hepatitis report. World Health Organization. 2017.
2. *Te H.S., Jensen D.M.* Epidemiology of hepatitis B and C viruses: a global overview // *Clin Liver Dis.* 2010. Vol. 14. Pp. 1–21.
3. Epidemiological estimates for viral hepatitis in the Western Pacific. World Health Organization. 2017.
4. *Chu Thị Thu Hà, Nguyễn Thu Vân, Lê Anh Tuấn.* Nghiên cứu tỷ lệ mang các dấu ấn virus viêm gan B, khả năng lây truyền cho con ở phụ nữ có thai tại Hà Nội năm 2005–2006 và đề xuất giải pháp can thiệp // *Thông tin Y dược.* 2006. Vol. 12. Pp. 29–32.
5. *Luu Trần Linh Đa, Nguyễn Thị Hiền, Bùi Nam Trân et al.* Nghiên cứu tỉ lệ thai phụ nhiễm hbv và mối liên quan với yếu tố nguy cơ tại bệnh viện đa khoa tổng nhất đồng nai // *Kỷ yếu Đề tài nghiên cứu khoa học.* 2013. Pp. 18–22.
6. Вирусные гепатиты в Российской Федерации: аналитический обзор. Вып. 10 / под ред. В.И. Покровского, А.А. Тотоляна. СПб.: ФБУН НИИЭМ имени Пастера. 2016. 152 с.
7. *Euler G.L., Wooten K.G., Baughman A.L. et al.* Hepatitis B surface antigen prevalence among pregnant women in urban areas: implications for testing, reporting, and preventing perinatal transmission // *Pediatrics.* 2003. Vol. 111. No. 5. Pp. 1192–7.
8. *Nguyen G., Garcia R.T., Nguyen N. et al.* Clinical course of hepatitis B virus infection during pregnancy // *Aliment Pharmacol Ther.* 2009. Vol. 29. Pp. 755–764.
9. *Tan H.H., Lui H.F., Chow W.C.* Chronic hepatitis B virus (HBV) infection in pregnancy // *Hepetol Int.* 2008. Vol. 2. Issue 3. Pp. 370–375.
10. *Ott J.J., Stevens G.A., Wiersma S.T.* The risk of perinatal hepatitis B virus transmission: hepatitis B e antigen (HBeAg) prevalence estimates for all world regions // *BMC Infectious Diseases.* 2012. Vol. 12. P. 131.



11. Di Bisceglie A.M., King W.C., Lisker-Melman M. et al. Age, race and viral genotype are associated with the prevalence of hepatitis B e antigen in children and adults with chronic hepatitis B // J Viral Hepat. 2019. Vol. 26. Pp. 856–865.

12. Серикова Е.Н., Останкова Ю.В., Щемелев А.Н. и др. Распространенность геновариантов ВГВ среди пациентов с хроническим гепатитом (г. Хошимин, СРВ) // Материалы XII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Вирусные гепатиты – достижения и новые перспективы. 2019.

13. Chu Thị Thu Hà, Lê Anh Tuấn, Nguyễn Thu Vân. Dấu ấn và khả năng lây truyền virus viêm gan B từ mẹ sang con // Y học thực hành. 2013. Vol. 6. Pp. 14–18.

14. Trần Trung Anh, Nguyễn Thị Huyền, Nguyễn Hồng Phúc et al. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tải lượng virus viêm gan B ở phụ nữ mang thai có HBsAg (+) tại bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên năm 2017 // Khoa học điều dưỡng. 2018. Vol. 4. Pp. 71–76.

15. Dionne Odom J., Tita A.T.N., Silverman N.S. Hepatitis B in pregnancy screening, treatment, and prevention of vertical transmission // AJOG. 2016. Vol. 214. Pp. 6–14.

16. European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines: Management of chronic hepatitis B virus infection // Journal of Hepatology. 2017. Vol. 67. Pp. 370–398.

17. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества по изучению печени по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом В // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2014. № 3. С. 58–88.



Некоторые организационно-социологические аспекты совершенствования оказания психиатрической помощи больным

А.Ю. Тер-Израелян¹, Т.Е. Евдокимова², А.В. Коровяков¹

¹ ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

² Медицинский институт РУДН, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Цель – провести анализ данных социологического опроса врачей стационара и врачей психиатрического диспансера для дальнейшего совершенствования организации медицинской помощи пациентам психиатрического профиля в остром периоде болезни и в подостром состоянии.

Материал и методы исследования. В настоящей статье проведена оценка материалов данных социологического опроса врачей стационара и психиатрического диспансера Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ») по предпочтительному лечению больных в состоянии обострения и с подострым течением, учитывая работу учреждения за период 2017–2018 гг. в формате кластерно-модульной модели психиатрической службы. Опрос был проведен среди всех врачей-психиатров, работающих в ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ». Общее число опрошенных врачей составило 115 человек.

Результаты. Проведенный социологический опрос врачей стационара и врачей стационарозамещающего звена показал предпочтительность лечения пациентов психиатрического профиля в состоянии обострения заболевания в условиях стационара с расстройствами настроения (аффективными расстройствами) (F3X, МКБ-10:) и с поведенческими синдромами, связанными с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F5X, МКБ-10:), в подостром периоде заболевания – стационарное лечение для больных с органическими расстройствами, включая симптоматические (F0X, МКБ-10:), с поведенческими синдромами, связанными с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F5X, МКБ-10:). Различия значений показателей между ответами врачей стационара и психиатрического диспансера достоверны (уровень значимости $p < 0,005$; вероятность достоверных различий $> 95\%$).

Комплексная оценка результатов опроса врачей-психиатров показала, что реформы в психиатрической службе ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» работают и нуждаются в дальнейшем их развитии с более выраженной сетью внедрения новых внебольничных форм как высокорезультативных и адекватных потребностям населения в стационарозамещающей помощи.

Выводы. Опрос врачей-психиатров помог выявить некоторые недочеты в организации психиатрической помощи ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы» в формате проводимого реформирования психиатрической службы города Москвы.

Ключевые слова: социологические аспекты, организация психиатрической помощи, опрос врачей-психиатров, механизм «перехвата»

ABSTRACT

Some organizational and sociological aspects of improving the provision of psychiatric care to patients

A.Yu. Ter-Israelyan¹, T.E. Evdokimova², A.V. Korovyakov¹

¹ Moscow state budgetary health institution «Psychiatric Clinical Hospital No. 13 of the Moscow City Healthcare Department», Moscow, Russia

² Medical Institute, Peoples` Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russia

Purpose: to analyze the data of sociological survey of hospital and psychiatric out-patient facility doctors, for further improvement of organization of medical care for mentally ill patients in the acute period of illness and in subacute state.

Material and methods of research. This article evaluates the data of sociological survey of hospital and psychiatric out-patient facility doctors of State budgetary healthcare institution “Psychiatric Clinical Hospital No. 13 of the Healthcare Department of Moscow” (SBHI “PCH No 13 of the HDM”), concerning the preferential treatment of patients in the acute period of illness and



in subacute state, taking into account the institution's functioning in 2017–2018 period as cluster-module model of psychiatric service. The survey included all the psychiatrists working at the SBHI "PCH No 13 of the HDM". The total number of surveyed doctors amounted to 115 persons.

Results. This sociological survey of hospital and hospital-replacing facility doctors showed that hospital treatment would be preferable for mentally ill patients in the acute period with mood disorders (affective disorders) (F3X, ICD-10) and with behavioural syndromes related to physiological disturbances and bodily functions (F5X, ICD-10), and in the subacute period of illness the patients with organic disorders, including symptomatic ones (F0X, ICD-10) would also need hospital treatment, as well as those with behavioural syndromes related to physiological disturbances and bodily functions (F5X, ICD-10). The differences of indicator values provided by hospital and out-patient facility doctors are reliable (significance value $p < 0,005$; probability of significant differences $> 95\%$).

Conclusions. The survey of psychiatrists helped to find out some shortcomings in psychiatric care organization at the SBHI "Psychiatric Clinical Hospital No 13 of the Healthcare Department of Moscow", within the frame of ongoing reforming of Moscow psychiatric service. What stands out from the data provided by the survey among the doctors, is the incomplete adoption of the new paradigm in psychiatric care for patients aimed at hospital-replacing care types. The routing of patients is not fully worked out, the opportunities and services of new out-patient psychiatric care types, such as out-patient module, intensive psychiatric care department, emergency psychiatric care at home, are used only partially. The "interception" mechanism, applied within the format of the "Concepts of Moscow psychiatric service development up to 2021" is implemented according to previously developed algorithm of psychiatrists' activity, when the patents are sent directly to the hospital, avoiding the intermediate out-patient facilities.

Key words: sociological aspects, organization of psychiatric care, survey of psychiatrists, "interception" mechanism

» ВВЕДЕНИЕ

С целью совершенствования оказания медицинской помощи населению по специальности психиатрия с учетом действующей нормативно-правовой базы был издан Приказ Правительства Москвы ДЗМ от 1 сентября 2017 года № 628 «О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» в подведомственных организациях системы здравоохранения города Москвы, оказывающих психиатрическую помощь [3, 4, 5]. Обозначенное событие явилось продолжением реформы психиатрической службы столицы. Значимым трендом в деятельности психиатрической службы в последние годы стали положительные изменения таких показателей, как минимализация сроков пребывания пациентов в стационаре; частота негативных последствий из-за пребывания в психиатрической больнице; сроки адаптации к работе и семейной жизни; навыки социального взаимодействия и некоторые другие социально значимые факторы [6, 7].

Одним из ключевых принципов организации психиатрической помощи пациентам стал акцент на стационарозамещающие формы работы с использованием биопсихосоциального подхода, адекватной психофармакотерапии, психосоциальной реабилитации [8].

Цель работы – провести анализ данных социологического опроса врачей стационара и врачей психиатрического диспансера для дальнейшего совершенствования организации медицинской помощи пациентам психиатрического профиля в остром периоде болезни и в подостром состоянии.

» МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В статье проведена оценка материалов данных социологического опроса врачей стационара и психиатрического диспансера Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ») по предпочтительному лечению больных психиатрического профиля в состоянии обострения и с подострым течением в структурных подразделениях данного учреждения, направленная на выявление проблем, существующих в настоящее время. С этой целью авторами была разработана специальная анкета по изучению мнения врачей-психиатров стационара и дневного стационара о прохождении лечения пациентов психиатрического профиля в состоянии обострения и в подостром состоянии. Вопросы, приведенные в анкете, были направлены на изучение эффективности и предпочтительности лечения пациентов психиатрического звена в условиях стационара и во внебольничной среде в зависимости от их состояния (острое, подострое). Учитывалась работа ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» за период 2017–2018 гг. в формате кластерно-модульной модели психиатрической службы.

Опрос был проведен среди всех врачей-психиатров, работающих в ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ». Общее число опрошенных врачей составило 115 человек.

» РЕЗУЛЬТАТЫ

Лечебные подразделения – стационары, внестационарные звенья психиатрической службы имеют важное зна-



чение для наблюдения и лечения пациентов психиатрического профиля.

В табл. 1 представлены данные социологического опроса врачей стационара и врачей психиатрического диспансера, наглядно показано, где должны лечиться пациенты психиатрического профиля в состоянии обострения, учитывая работу учреждения в течение двух последних лет в формате кластерно-модульной модели психиатрической службы.

Пациенты в состоянии обострения с органическими расстройствами, включая симптоматические (МКБ-10: F0X), по мнению врачей стационара и врачей психиатрического диспансера, в основном должны лечиться в стационаре: 85,4±3,19 (по данным врачей стационара), 73,8±5,63 (по данным врачей психиатрического диспансера); пациентов на лечение в амбулаторном модуле они оставили 14,6±3,19 (врачи стационара) и 26,2±5,63 (врачи диспансера). Эти цифры связаны с тем, что врачи распределяли пациентов по подразделениям на основании своего личного опыта, клинической картины и тяжести течения заболевания, хотя представленные цифры не соотносятся с тенденциями реформирования психиатрической службы, которые делают акцент на внебольничные формы – дневной стационар, отделение интенсивного оказания помощи для лечения больных с психиатрическими расстройствами.

Больные с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ (МКБ-10: F1X), по данным опроса врачей стационара и дневного стационара, в остром состоянии должны проходить лечение в стационаре – 95,9±1,78 (мнение врачей стационара), 98,4±1,63 (мнение врачей психиатрического диспансера); в амбулаторном модуле могут проходить лечение – 4,1±1,78 (мнение врачей стационара) и 1,6±1,63 (мнение врачей психиатрического диспансера). Полученные сведения говорят о том, что состояние пациентов данной категории оценивается как тяжелое, которое требует исключительно стационарного лечения по причине того, что пациент опасен для себя и окружающих. Врачи распределяли больных в соответствии со своим прошлым опытом, клинической картиной заболевания, упустив тот факт, что больные наркологического профиля в соответствии с Приказом ДЗМ от 21.02.2018 № 130 «О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ» теперь лечатся в стационарах наркологического профиля.

Для больных шизофренией, шизотипическими, бредовыми расстройствами (МКБ-10: F2X) врачи стационара и психиатрического диспансера предпочтительным считали лечение в условиях стационара – 100,0 (мнение врачей стационара), 100,0 – (мнение врачей диспансера). Эти показатели свидетельствуют о том, что новая парадигма в психиатрии еще не сформирована полностью как среди врачей-психиатров, так и среди обслуживаемого населения.

По данным 2017–2018 гг. года пациенты стационара с этой патологией составили 30,5%, остальные больные проходили лечение в подразделениях амбулаторного модуля – дневном стационаре, отделении интенсивного

оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационном отделении.

Для контингента больных с расстройствами настроения (аффективные расстройства (МКБ-10: F3X)) врачи стационара и психоневрологического диспансера показали следующее количественные значения пребывания больных в остром состоянии: в стационаре – 87,0±3,03 (мнение врачей стационара); 70,5±5,84 (мнение врачей диспансера) и в амбулаторном модуле – 13,0±3,03 (мнение врачей стационара), 29,5±5,84 (мнение врачей диспансера). В этой ситуации врачи стационара и психиатрического диспансера дали реальную картину по размещению больных с расстройствами настроения, то есть это лечение пациентов и в стационаре, и в амбулаторном модуле. Вероятность достоверности различий >95%.

По лечению и пребыванию пациентов с невротическими расстройствами, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (МКБ-10: F4X) врачи опрошенных категорий дали ответ, близкий к нормативам: так, лечение в условиях стационара рекомендовано больным – 26,0±3,96 (мнение врачей стационара), 16,4±4,74 (мнение врачей диспансера); в амбулаторном модуле – 74,0±3,96 (мнение врачей стационара), 83,6±4,74 (мнение врачей психиатрического диспансера).

Больные невротического профиля лечатся преимущественно амбулаторно на участке, в дневном стационаре амбулаторного модуля, и лишь 1–1,5% в стационаре, когда речь идет о тяжелом затяжном течении заболевания у этой категории лиц.

Контингент пациентов с поведенческими синдромами, связанными с физиологическим нарушением и физическими факторами (МКБ-10: F5X), распределен врачами стационара и психиатрического диспансера в соответствии с их клинической картиной и тяжестью течения заболевания: для стационарного лечения – 54,5±4,49 (мнение врачей стационара), 31,1±5,93 (мнение врачей диспансера); для лечения в амбулаторном модуле – 45,5±4,49 (мнение врачей стационара) и 68,9±5,93 (мнение врачей диспансера). По данной нозологии различия диагностики между врачами стационара и психиатрического диспансера достоверны, вероятность достоверности различий >95%.

В категории больных с расстройствами личности и поведения (МКБ-10: F6X) врачи стационара и диспансера при распределении больных учли клиническую картину психопатологических расстройств пациентов, их возраст, предыдущие поступления пациентов в стационар. Распределение пациентов для лечения в стационаре было представлено следующим образом: 65,0±4,30 (врачи стационара), 54,1±6,38 (врачи психиатрического диспансера); для лечения в подразделениях амбулаторного модуля – 35,0±4,30 (мнение врачей стационара), 45,9±6,38 (мнение врачей психиатрического диспансера)

По отчетным статистическим данным больницы, на лечение этого контингента приходится 0,9–1,1% пациентов, пролеченных в стационаре.

Больные с умственной отсталостью (МКБ-10: F7X) распределены врачами стационара и психиатрического диспансера в соответствии с предыдущим опытом, без учета современной ситуации, ориентации на лечение



пациентов в стационарозамещающих подразделениях, специфики психопатологической картины заболевания, причин поступления пациентов в стационар. Так, по мнению врачей стационара и психиатрического диспансера, в стационаре должны лечиться пациенты: 42,7±4,50 (по мнению врачей стационара), 55,7±6,30 (по мнению врачей психиатрического диспансера); в амбулаторном модуле: 52,8±4,50 (врачи стационара), 44,3±6,36 (врачи психиатрического диспансера).

За последние 2 года, по отчетным данным ГБУЗ «ПКБ №13 ДЗМ», существенно количество пациентов с умственной отсталостью не меняется и составляет 2,2–2,4% от числа всех пролеченных пациентов в стационаре. Данный контингент больных поступает в стационар для установления группы инвалидности, восстановления утраченных документов, реже на обследование по военной экспертизе лиц призывного возраста. Остальная часть лиц с умственной отсталостью лечится амбулаторно, в дневном стационаре, медико-реабилитационном отделении.

Пациенты с нарушением психологического (психического) развития в состоянии обострения (МКБ-10: F8X) – это в основном детско-подростковый контингент. По результатам опроса врачей стационара и врачей психиатрического диспансера ГБУЗ «ПБ №13 ДЗМ», больные в состоянии обострения должны лечиться в стац-

онаре – 35,8±4,32 (данные врачей стационара), 31,1±5,93 (данные врачей психиатрического диспансера). Приведенные цифры говорят о том, что врачи обеих групп сравнения лечили пациентов данной нозологии с тяжелым, затяжным течением. Больным было рекомендовано лечиться в амбулаторном стационаре – 64,2±4,32 (врачами стационара), 68,9±5,93 (врачами амбулаторного модуля).

По статистическим данным учреждения, больные с этой патологией составляют 0,3–0,5%.

Контингент пациентов с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения (МКБ-10: F9X) распределен для лечения в остром периоде заболевания врачами стационара и психиатрического диспансера следующим образом: для лечения в стационаре – 49,6±4,51 (врачей стационара), 52,5±6,39 (врачей психиатрического диспансера); для лечения в амбулаторном модуле – 50,4±4,51 (врачей стационара), 47,5±6,39 (врачей психиатрического диспансера). В данном случае решения, принятые врачами, опрошенными как в стационаре, так и психиатрическом диспансере, позволяют предположить, что врачи при распределении пациентов обращались лишь к своему опыту, к прошлому психиатрической службы, не всегда учитывая статистические сведения по учреждению, проводимые реформы психиатрической службы, новую парадигму в психиатрии.

Таблица 1

Данные опроса врачей стационара, врачей ПНД ГБУЗ «ПКБ №13 ДЗМ» по лечению пациентов психиатрического профиля в состоянии обострения заболевания

Наименование нозологической единицы	Врачи стационара		Врачи психиатрического диспансера	
	Стационар	Амбулаторный модуль	Стационар	Амбулаторный модуль
Органические психические расстройства, включая симптоматические (F0X)	85,4±3,19	14,6±3,19	73,8±5,63	26,2±5,63
Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ (F1X)	95,9±1,78	4,1±1,78	98,4±1,63	1,6±1,63
Шизофрения, шизотипические, бредовые расстройства (F2X)	100,0	–	100,0	–
Расстройства настроения (аффективные расстройства) (F3X)	87,0±3,03	13,0±3,03	70,5±5,84	29,5±5,84
Невротические расстройства, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F4X)	26,0±3,96	74,0±3,96	16,4±4,74	83,6±4,74
Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F5X)	54,5±4,49	45,5±4,49	31,1±5,93	68,9±5,93
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6X)	65,0±4,30	35,0±4,30	54,1±6,38	45,9±6,38
Умственная отсталость (F7X)	47,2±4,50	52,8±4,50	55,7±6,36	44,3±6,36
Нарушения психологического (психического) развития в состоянии обострения (F8X)	35,8±4,32	64,2±4,32	31,1±5,93	68,9±5,93
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения в детском и подростковом возрасте в состоянии обострения (F9X)	49,6±4,51	50,4±4,51	52,5±6,39	47,5±6,39

Примечание: выделены те строки, в которых различия значений показателей между врачами стационара и психиатрического диспансера достоверны (уровень значимости $p < 0,05$; вероятность достоверности различий $> 95\%$).



В табл. 2 представлены данные опроса врачей стационара и врачей психиатрического диспансера, где, по мнению специалистов, должны лечиться пациенты психиатрического профиля в подостром состоянии [7].

Обращают на себя внимание пациенты с органическими психическими расстройствами, включая симптоматические (МКБ-10: F0X). По данным врачей стационара и врачей психиатрического диспансера, пациенты с данной патологией должны лечиться: в психиатрическом стационаре – 42,3±4,45 (мнение врачей стационара), 18,0±4,92 (мнение врачей психиатрического диспансера); в амбулаторном модуле – 57,7±4,45 (мнение врачей стационара), 82,0±4,92 (мнение врачей психиатрического диспансера). Представленное распределение больных достаточно приближено к реальной ситуации по учреждению, вероятность достоверности различий >95% между врачами стационара и психиатрического диспансера.

Больные с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением ПАВ (МКБ-10: F1X), по данным опроса врачей стационара и психиатрического диспансера, представлены достаточно широко для пребывания их в стационаре – 72,4±4,03 (данные врачей стационара), 60,7±6,25 (данные врачей психиатрического диспансера). Высокие показатели пребывания больных в стационаре приведены врачами обеих опрошенных групп. Этот факт обусловлен тем, что представленный контингент ранее лечился в психиатрическом стационаре и составлял там более 30% от всех пролеченных пациентов, хотя такие больные находились в психиатрическом стационаре не по профилю. С 21.02.2018 такой контингент во исполнение приказа № 130 ДЗМ «О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ» лечится в наркологических медицинских учреждениях. Несмотря на это, врачи обеих опрошенных групп распределили пациентов с наркологической патологией в психиатрический стационар и внебольничные психиатрические звенья, амбулаторный модуль.

Больные шизофренией, шизотипическими расстройствами (МКБ-10: F2X) были представлены для лечения в условиях стационара следующим образом – 68,3±4,20 (мнение врачей стационара), 63,9±6,15 (мнение врачей диспансера); для лечения в амбулаторном модуле – 31,7±4,20 (мнение врачей стационара), 36,1±6,15 (мнение врачей психиатрического диспансера). При анализе табл. 1–2 прослеживается тенденция – опрошенные группы врачей при распределении пациентов по медицинским психиатрическим подразделениям в большинстве своем ориентируются исключительно на личный опыт работы, приобретенный до проведения реформ психиатрической службы, частично на нозологические структурные единицы, течение и форму заболевания.

В подостром состоянии контингент больных шизофренического спектра лечится в основном во внестационарных условиях новых структурных подразделений (под наблюдением специалистов круглосуточной психиатрической помощи с привлечением специалистов немедицинского профиля – психологов и социальных работников), в отделении интенсивного оказания психиатрической помощи, в дневном психиатрическом стационаре,

амбулаторной участковой службе модуля. Единицы больных, резистентные к проведенной терапии, попадают в стационар (0,5–1,0% случаев).

Частота диагностики пациентов с расстройствами настроения (аффективные расстройства (МКБ-10: F3X)) у врачей стационара и врачей психиатрического диспансера имеют некоторые различия. В стационаре рекомендовано лечение по данной нозологии – 39,0±4,40 (врачи стационара), 27,9±5,74 (врачи психиатрического диспансера); лечение в амбулаторном звене (модуле) – 61,0±4,40 (врачи стационара), 72,1±5,74 (врачи психиатрического диспансера).

В группе пациентов с невротическими расстройствами распределение больных в подостром состоянии представлено: лечением в стационаре – 5,7±2,9 (по опросу врачей стационара), 8,2±3,51 (по опросу врачей психиатрического диспансера), лечением в амбулаторном модуле – 94,3±2,09 (по опросу врачей стационара), 91,8±3,51 (по опросу врачей психиатрического диспансера). Приведенные показатели говорят о лечении пациентов с неврологической патологией в подостром состоянии вне стационара – в амбулаторной участковой службе, дневном стационаре, медико-реабилитационном отделении амбулаторного модуля.

Пациенты с поведенческими синдромами, связанными с физиологическими нарушениями и физическими факторами (МКБ-10: F5X), по данным опроса, распределены в соответствии с их клиническими проявлениями, течением заболевания и наработанным опытом врачей следующим образом: в стационаре – 21,1±3,68 (врачи стационара), 9,8±3,81 (врачи психиатрического диспансера); в амбулаторном модуле – 78,9±3,68 (врачи стационара), 90,2±3,81 (врачи психиатрического диспансера). Вероятность достоверности различий по данной категории больных >95%.

Контингент пациентов с расстройствами личности (МКБ-10: F6X) в подостром состоянии был распределен в таком порядке: для лечения в стационаре – 26,8±4,00 (мнение врачей стационара), 14,8±4,54 (мнение врачей психиатрического диспансера); для лечения в амбулаторном модуле – 73,2±4,00 (мнение врачей стационара), 85,2±4,54 (мнение врачей диспансера). Для пациентов с расстройствами личности вектор в оказании им психиатрической помощи сместился в сторону амбулаторного звена, что частично обусловлено приемом новой парадигмы психиатрической службы, принятием врачами и пациентами новых форм стационарозамещающего лечения в психиатрическом модуле.

Больные наблюдаются и лечатся вне стационара. Они получают помощь в дневном стационаре, отделении интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационном отделении и других подразделениях амбулаторного модуля. Единичные случаи пациентов поступают в стационар после того, как они получили лечение на разных уровнях, но остались опасными для себя и окружающих (таких больных 0,2–0,3%).

Пациенты с умственной отсталостью (МКБ-10: F7X) в подостром состоянии, по данным опроса врачей стационара и психиатрического диспансера, могут получать помощь в стационаре – 17,1±3,39 (данные врачей стационара), 23,0±5,38 (данные врачей диспансера) и помощь



в амбулаторном модуле – 82,9±3,39 (данные врачей стационара), 77,0±5,38 (данные врачей диспансера). Распределение пациентов для стационара представлено высокими показателями и проводилось врачами обеих опрошенных групп, основываясь на их личном опыте в то время, когда отечественная психиатрия была ориентирована в большей степени на лечение больных в стационаре.

Распределение пациентов с нарушением психологического (психического) развития (МКБ-10: F8X) представлено врачами обеих групп следующим образом: для стационарного лечения – 35,8±4,32 (врачи стационара), 31,1±5,93 (врачи психиатрического диспансера); для лечения в амбулаторном модуле – 64,2±4,32 (врачи ста-

ционара), 68,9±5,93 (врачи диспансера). Распределение больных врачами было проведено стереотипно, с опорой на прошлый опыт. В расчет не брались клинические характеристики пациентов, причины поступления и время лечения в стационаре.

Пациенты с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения в детском и подростковом возрасте (МКБ-10: F9X) в подостром состоянии распределены опрошенными врачами так: для лечения в стационаре – 21,1±3,68 (мнение врачей стационара), 19,7±5,09 (мнение врачей психиатрического диспансера); для лечения в структурных подразделениях амбулаторного модуля – 78,9±3,68 (мнение врачей стационара), 80,3±5,09 (мнение врачей психиатрического диспансера).

Таблица 2

Данные опроса врачей стационара, врачей ПНД ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» по лечению пациентов психиатрического профиля в подостром состоянии

Наименование нозологической единицы	Врачи стационара		Врачи психиатрического диспансера	
	Стационар	Амбулаторный модуль	Стационар	Амбулаторный модуль
Органические психические расстройства, включая симптоматические (FOX)	42,3±4,45	57,7±4,45	18,0±4,92	82,0±4,92
Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ (F1X)	72,4±4,03	27,6±4,03	60,7±6,25	39,3±6,25
Шизофрения, шизотипические, бредовые расстройства (F2X)	68,3±4,20	31,7±4,20	63,9±6,15	36,1±6,15
Расстройства настроения (аффективные расстройства) (F3X)	39,0±4,40	61,0±4,40	27,9±5,74	72,1±5,74
Невротические расстройства, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F4X)	5,7±2,09	94,3±2,09	8,2±3,51	91,8±3,51
Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F5X)	21,1±3,68	78,9±3,68	9,8±3,81	90,2±3,81
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6X)	26,8±4,00	73,2±4,00	14,8±4,54	85,2±4,54
Умственная отсталость (F7X)	17,1±3,39	82,9±3,39	23,0±5,38	77,0±5,38
Нарушения психологического (психического) развития в состоянии обострения (F8X)	35,8±4,32	64,2±4,32	31,1±5,93	68,9±5,93
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения в детском и подростковом возрасте в состоянии обострения (F9X)	21,1±3,68	78,9±3,68	19,7±5,09	80,3±5,09

Примечание: выделены те строки, в которых различия значений показателей между врачами стационара и психиатрического диспансера достоверны (уровень значимости $p < 0,05$; вероятность достоверности различий $> 95\%$).

Приведенные цифры по предложенному лечению пациентов психиатрического профиля по данной нозологии говорят о том, что врачи обеих категорий опрошенных еще не полностью перестроились на принятие новой парадигмы в психиатрии на современном этапе, вовлечение вновь созданных внебольничных структур в оказание психиатрической помощи населению.

Таким образом, в последние годы и до настоящего времени в Российской Федерации происходит процесс реформирования психиатрической помощи.

Психиатрическая помощь переживала в своем развитии несколько принципиальных парадигм. Если на первоначальном этапе основной стратегией была изоляция лиц, страдающих психическими расстройствами, то с появлением медикаментозной терапии вопрос встал уже о купировании острых проявлений психических расстройств с помощью лекарств. В дальнейшем парадигма сместилась в сторону предотвращения обострений,

рецидивов. Сегодня же психиатры ставят такую задачу, как личностно-социальное восстановление (используется термин «рекавери») психического здоровья человека.

Процесс деинституционализации не ограничивается только сокращением числа психиатрических коек и представляет собой сложный комплекс организационных мероприятий, направленных на улучшение качества оказания психиатрической помощи [9].

Выводы

Опрос врачей-психиатров помог выявить некоторые трудности в организации психиатрической помощи ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 13 департамента здравоохранения города Москвы» в формате проводимого реформирования психиатрической службы города Москвы.

Представленные данные опроса врачей обращают на себя внимание частичным принятием новой парадиг-



мы при оказании психиатрической помощи пациентам, направленной на стационарозамещающие виды помощи. Этим же обусловлена невысокая приверженность врачей к внедрению в практику отработанной маршрутизации больных, использование возможностей и услуг новых внебольничных форм психиатрической помощи, таких как амбулаторный модуль, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, оказание неотложной психиатрической помощи на дому.

Механизм «перехвата», применяющийся в формате «Концепции развития психиатрической службы города Москвы до 2021 года», исполняется по ранее выработанному алгоритму действий врачей-психиатров с направлением пациентов непосредственно в стационар, минуя промежуточные внестационарные формы.

Комплексная оценка результатов опроса врачей-психиатров показала, что реформы в психиатрической службе ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» работают и нуждаются в дальнейшем их развитии с более выраженной сетью внедрения новых внебольничных форм как высокорезультативных и адекватных потребностям населения в стационарозамещающей помощи.

Литература

1. *Гурович И.Я.* Направления совершенствования психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24. Вып. 1. С. 5–9.
2. *Дмитриева Т.Б.* Социальная психиатрия как самостоятельный раздел общей психиатрии // Психическое здоровье населения России: материалы Всероссийской научно-практической конференции (Ижевск, 14–16 апреля 1994 г.). М.: Ижевск, 1994. С. 3–7.
3. Закон г. Москвы от 17.03.2010 № 7 «Об охране здоровья в городе Москве».
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
5. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 01.09.2017 № 628 «О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
6. *Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В.* Социодинамическая психиатрия. М., 2000. 460 с.
7. *Наследов А.Д.* Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учебное пособие. 4-е изд., стереотип. СПб: Речь, 2012. 392 с.
8. *Кендалл М., Стьюарт А.* Статистические выводы и связи. М.: Наука, 1973.
9. *Шмуклер А.Б., Гурович И.Я., Костюк Г.П.* Стационарная психиатрическая помощь: деинституционализация и ее последствия в странах Северной Америки и Европы. // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26. Вып. 4. С. 97–109.
10. *Хрипун А.И.* От редакции // Московская медицина. 2017. Т. 17. № 2. С. 2.



На пороге открытия

Л.В. Белова, Н.В. Баткаева

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМО МИ РУДН,
Москва

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: определить вклад в дерматологию профессора А.Г. Полотебнова и профессора Ф.В. Подкопаева, проанализировать работы по физиологии кожи академика И.Р. Тарханова и его учеников, по медицинской микологии – профессора В.А. Манасеина, по физиологии и биохимии – доктора медицины М.М. Манасеиной.

Материалы и методы: изучение научных трудов и докладов проф. А.Г. Полотебнова, проф. Ф.В. Подкопаева, акад. И.Р. Тарханова и его учеников, проф. В.А. Манасеина, д-ра м. М.М. Манасеиной, изданий периодической печати, воспоминаний современников.

Обсуждение. Профессор А.Г. Полотебнов вошел в историю как один из основоположников русской дерматологии, профессор Ф.В. Подкопаев – как первый заведующий кафедрой систематического и клинического учения о кожных болезнях Военно-медицинской академии. Академик И.Р. Тарханов стал известен как крупный, многогранный физиолог, автор классических работ, превосходный лектор и педагог, яркая, неординарная личность. Общественный деятель и терапевт, профессор В.А. Манасеин являлся редактором газеты «Врач». Доктора медицины М.М. Манасеина – автор новаторских работ по физиологии, сомнологии, биохимии.

Выводы. Определены заслуги и заблуждения проф. А.Г. Полотебнова, место в истории русской дерматологии проф. Ф.В. Подкопаева, вклад в науку забытой ныне д-ра м. М.М. Манасеиной. Описано влияние на изучение физиологии кожи акад. И.Р. Тарханова. Блеск мысли ученого, значимость научных результатов, объем исследований его и многочисленных учеников являются непреходящей ценностью для следующих поколений.

Ключевые слова: А.Г. Полотебнов, Ф.В. Подкопаев, И.Р. Тарханов, В.А. Манасеин, М.М. Манасеина, В.М. Тарновский, Н.И. Козлов, дерматология, микология, физиология, зеленая плесень, Военно-медицинская академия

ABSTRACT

On the threshold of opening

L.V. Belova, N.V. Batkaeva

Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russia

Objective: to determine the contribution to dermatology prof. A.G. Polotebnova and prof. F.V. Podkopaeva, analyze the work on the physiology of the skin of acad. I.R. Tarkhanov and his students, in medical mycology – prof. V.A. Manassein, in physiology and biochemistry – Ph.D. M.M. Manassein.

Materials and methods: the study of scientific papers and reports of prof. A.G. Polotebnova, prof. F.V. Podkopaev, acad. I.R. Tarkhanova and his students, prof. V.A. Manasseina, M.M. Manasseinoy, periodicals, memoirs of contemporaries.

Discussion. Prof. A.G. Polotebnov went down in history as one of the founders of Russian dermatology, prof. F.V. Podkopaev – as the first head. Department of Systematic and Clinical Doctrine of Cutaneous Diseases of the Military Medical Academy. Acad. I.R. Tarkhanov went down in history as a large, multifaceted physiologist, author of classical works, an excellent lecturer and teacher, a bright, extraordinary personality. Public figure, therapist prof. V.A. Manassein was the editor of the newspaper “Doctor”. M.M. Manassein is the author of innovative works in physiology, somnology, biochemistry.

Conclusions. The merits and errors of prof. A.G. Polotebnova, place prof. F.V. Podkopaev in the history of Russian dermatology, contribution to the science of the now forgotten doctor of medicine M.M. Manasseinoy. The contribution to the study of the physiology of acadic skin was determined. I.R. Tarkhanova. The brilliance of the scientist's thought, the importance of scientific results, the volume of research of him and numerous students are enduring value for the next generations.

Key words: A.G. Polotebnov, F.V. Podkopaev, I.R. Tarkhanov, V.A. Manassein, M.M. Manasseina, V.M. Tarnovsky, N.I. Kozlov, dermatology, mycology, physiology, green mold, Military Medical Academy



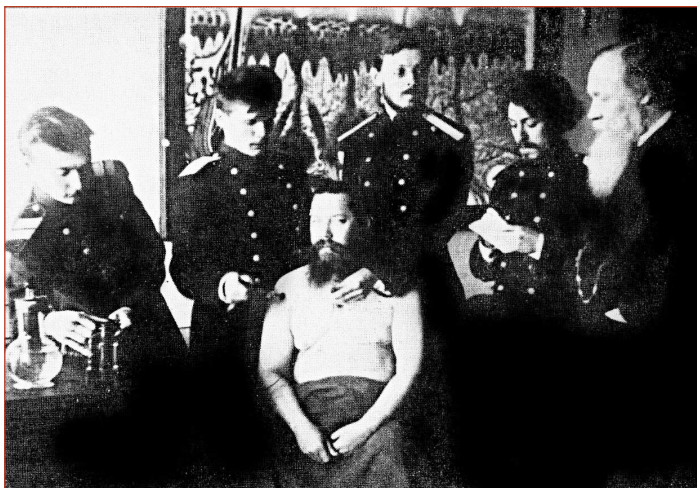
Один из основоположников русской дерматологии Алексей Герасимович Полотебнов (06.02.1838, Рязанская губ. – 12.01.1908, СПб.) родился в семье пономаря. Интересно отметить, что именно Рязанский край подарил дерматологии Д.И. Найдёнова, Н.П. Мансурова, А.И. Пospelova, а также и много других известных представителей отечественной медицины в целом.

В помещена автобиография профессора А.Г. Полотебнова под псевдонимом доктора Агнова (из инициалов и последнего слога фамилии). Напористый, самоуверенный, казеннокоштный (т.е. на содержании государства) студент Императорской медико-хирургической академии (МХА) (с 1881 г. – ВМА), при конфликтах он входил в состав депутации курса.

В клинике профессор С.П. Боткина на IV курсе А.Г. Полотебнов написал свою первую работу. Выпустившись в 1864 г. из МХА с золотой медалью, он был оставлен на три года для усовершенствования. На каждый выпуск давалось тогда две золотых и четыре серебряных медали. Ежегодно оставляли при МХА на три года десять человек из числа лучших.

Будучи ассистентом клиники проф. С.П. Боткина, в 1864–1868 гг., А.Г. Полотебнов стал врачом для студентов МХА с 1866 по 1867 г. В связи с покушением Д.В. Каракозова на Александра II Полотебнов был арестован 26 мая 1866 г., но вскоре освобожден (07.06.1866). А.Г. Полотебнова обвиняли в выдаче ядов привлеченному по делу А. Кобылину, который проводил опыты по фиксации изменений в тканях отравленных животных.

Сам А.Г. Полотебнов изучал «Токсическое действие атропина, датурина и гиосциамин» (1866) на животных с последующим их вскрытием после гибели. Под руководством проф. С.П. Боткина защитил докторскую диссертацию «Склероз артериальной системы как причина последовательного страдания сердца» в 1867 году. Преподавание кожных болезней в МХА проводилось ориентировочно с 1827 года терапевтами и хирургами, но специального преподавателя не было, а лекции были необязательными. В области дерматологии проф. С.П. Боткин воспитал заведующих кафедрами Ф.В. Подкопаева, А.Г. Полотебнова, Т.П. Павлова.



Профессор А.Г. Полотебнов (1838–1908) со студентами МХА. СПб., 1877 г.

Адъюнкт-профессор Федор Васильевич Подкопаев (1839, Калужская губ. – 26.08.1870, Калужская губ.) вошел в историю как первый заведующий (с 1869 г. по 26.08.1870) кафедрой систематического и клинического учения о кожных болезнях МХА. Защитил докторскую диссертацию «Сравнительное действие на животный организм хлористого калия и хлористого натрия» в 1865 году. В 1869 г. за границей написал работу «Об окончании нервов в эпителиальном слое кожи».

По возвращении Ф.В. Подкопаев был назначен младшим, а позже старшим ординатором Николаевского военного госпиталя. Завершил работы: «О применении каучука к лечению кожных болезней» (1869) и «Eczema syphiliticum» (1869). Успешно читал лекции студентам V курса и врачам госпиталя. Однако, не успев развернуть широкую научную деятельность, по приезду к матери заболел тифом и скончался.



Профессор Ф.В. Подкопаев (1839–1870)

Во время научной заграничной командировки в 1867–1870 гг., в лаборатории J. Wiesner в Вене А.Г. Полотебнов проводил работу по определению роли *Penicillium glaucum* (зеленой плесени) в патологических процессах. Ошибочно пришел к заключению о том, что якобы бактерии происходят из ее спор и, не являясь живыми существами, к дальнейшему размножению не способны.

Желая доказать, что грибы, которые он отождествлял с бактериями, не вызывают никаких болезней, А.Г. Полотебнов накладывал зеленую плесень на язвы, эктимы, раны. Но вместо того, чтобы признать ее лечебные свойства, в работе «Патологическое значение плесени» (1872) «весьма резкое улучшение» объяснил «слегка раздражающим» действием на язвенную поверхность [9, с. 462–463]. Пришел к ошибочному выводу: плесень и вообще бактерии не играют никакой роли в возникновении болезней.

По заданию J. Wiesner доктор медицинский наук Вячеслав Авксентьевич Манассеин (15.03.1841–25.02.1901) проверял в 1870–1872 гг. выводы А.Г. Полотебнова. Предположив, что наблюдавшиеся там бактерии попали извне, принимал все меры для ограждения культур плесени от их заноса. В.А. Манассеин стремился только к своей цели: доказать независимость бактерий от зеленой плесени. Результатам посвящена работа 1871 года «Об отношении бактерий к зеленому кистевнику»



(*Penicillium glaucum* L.K.S., *Penicillium crustaceum* F.R.S.) и о влиянии некоторых средств на развитие этого последнего» [6].

Опыты В.А. Манассеина, не видевшего образования бактерий из плесени, не убедили А.Г. Полотебнова, и тот перенес спор на страницы медицинской прессы. Многолетняя, изматывающая полемика нередко принимала личный характер. А.Г. Полотебнов обвинял В.А. Манассеина в неправильной постановке опытов, а тот уличал А.Г. Полотебнова в умышленном искажении фактов, сокрушенно прибавляя при этом: «Невесело обвинять товарища по науке в недобросовестности!».

Увлеченные выяснением отношений оппоненты, уже охладев к опытам, не догадывались, что в свое время вплотную подошли к выдающемуся открытию, которое могло бы прославить их имена и русскую науку. Но не заметили очевидного, не привлекли к работе химиков.



Профессор В.А. Манассеин (1841–1901)

Тщательно оберегая пробирки от попадания в них бактерий извне, В.А. Манассеин лишил себя всякой возможности наблюдать, как действует на них плесень, что удалось А. Fleming в 1928 году. Из плесени *Penicillium notatum* был выделен пенициллин. А. Fleming, Н. Florey, Е. Chain были удостоены в 1945 году Нобелевской премии.

Обязанности заведующего кафедрой систематического и клинического учения о накожных болезнях МХА в 1871–1873 гг. временно исполнял ассистент М.И. Стуковенков. Позже, в 1873–1875 гг., кафедру возглавил основоположник российской сифилидологии, выпускник Императорского Московского университета, адъюнкт-профессор Вениамин Михайлович Тарновский (1837, Курская губ. – 1906), в чине тайного советника с 1879 г. Его отцом был дворянин, подпоручик Михаил Петрович Тарновский, а матерью – Мария Александровна, урожденная Завердяева, еврейского происхождения.

По мнению проф. С.П. Боткина, из А.Г. Полотебнова мог «развиться весьма дельный и полезный для Академии специалист по накожным болезням» [5]. О сочинениях же В.М. Тарновского, искавшего звания адъюнкт-профессора сифилидологии, С.П. Боткин представил свое отдельное мнение 6 ноября 1870 года в Конференцию (Ученый

совет) МХА. Указал наряду с положительными и многие отрицательные их стороны [5].

Напомним, что в Калининской больнице В.М. Тарновский проводил и описал в 1863, 1867–1870 годах недопустимые опыты по заражению людей, в том числе беременных женщин, сифилисом. А также под давлением авторитета проф. В.М. Тарновского Высочайше разрешенный съезд по обсуждению мер против сифилиса в России (СПб., 15–22.01.1897) большинством голосов принял позорное решение о сохранении публичных домов, что вызвало взрыв негодования передовой части членов съезда.

Будучи приват-доцентом, А.Г. Полотебнов был допущен к чтению лекций по кожным болезням, но без возложения обязанностей заведующего кафедрой. Эти пять лет, с 1871 по 1876 г., до утверждения его в 1876 г. заведующим сыпным отделением Клинического военного госпиталя и избрания адъюнкт-профессором, а также заведующим (до 1894 г.) кафедрой систематического и клинического учения о накожных болезнях были самыми непростыми в жизни А.Г. Полотебнова.

Читая «частные лекции», он не получал за них вознаграждения. Имел лишь право пользоваться клиническим материалом, а ответственным руководителем клиники был ассистент. А.Г. Полотебнов открыл амбулаторный прием для кожных больных в Георгиевской общине. Возле него собрался кружок учеников: А.Я. Бруев, М.И. Стуковенков, И.Ф. Зеленев, А.А. Линдстрем, ставших затем заведующими кафедрами в русских университетах.

Чем же было обусловлено столь медленное продвижение по службе А.Г. Полотебнова – адъюнкт-профессор (1876–1890), экстраординарный профессор (1890–1894) – и только через 18 лет (1876–1894) ординарный профессор, причем только за два месяца до выхода в отставку? Е.Д. Ашурков ошибочно считал, что арестом 1866 года, однако это не соответствует действительности. Дело в том, что проф. А.Г. Полотебнов был в настолько резкой конфронтации с проф. В.М. Тарновским, что даже прекратил посещать заседания Русского сифилидологического и дерматологического общества в 1885 году.

Проф. Николай Илларионович Козлов, (тесть проф. В.М. Тарновского) был самым влиятельным военно-медицинским чиновником: вице-директором департамента медицины Военного министерства, начальником МХА в 1869–1871 гг., главным военно-медицинским инспектором в 1871–1881 гг. Энергичным администратором, проф. Н.И. Козлов (1814, Оренбург – 1889, СПб.) родился в семье бузулукского купца еврейского происхождения.

За заслуги по организации военно-санитарной части в русско-турецкую войну 1877–1878 годов получил в 1879 году бриллиантовые знаки к своему ордену св. Александра Невского. Был награжден многими другими орденами Российской империи. Прадед писателя Владимира Набокова по линии старшей дочери Ольги Николаевны.

Согласно мнению и пожеланию проф. Н.И. Козлова сам И.И. Мечников был забаллотирован в 1869 году и не получил кафедру в МХА [2]. А также проф. Н.И. Козлов воспротивился приглашению в 1876 году в МХА И.М. Сеченова: «...генерал представил свои соображения военному министру, а тот Козлову, и закипели

опять интриги. Козлов испугался авторитета Сеченова, <...> его правдивости и твердохарактерности и пошел «навинчивать» министра. <...> Непокойчицкий получил приказание не думать о приглашении Сеченова» – писал начальник МХА в 1871–1875 годах профессор Я.А. Чистович.

Объявления в «Военно-медицинском журнале» гласили, что авторам следует адресовать статьи на имя Главного военно-медицинского инспектора, тайного советника, проф. Н.И. Козлова на его квартиру: Конногвардейский бульвар, 13. Очень твердо редакция предупреждала, что отклоненные статьи выдаются из редакции без всяких объяснений.

Все назначения, перемещения, прикомандирования военных врачей происходили по распоряжению проф. Н.И. Козлова, вершителя их судеб. К нему обращались так: «Ваше Превосходительство, господин Главный военно-медицинский инспектор...» [2]. Его гражданский чин тайного советника соответствовал чину генерал-лейтенанта.

Одним из основоположников отечественной дерматологии проф. А.Г. Полотебнов был признан, исходя из двух факторов. Основной и неоспоримой его заслугой является настойчивая постановка вопроса о необходимости преподавания кожных болезней студентам-медикам как самостоятельной и обязательной дисциплины. В горячо написанной статье «Современное состояние дерматологии в России» (1882) показана вся важность этой специальности для русских врачей [11]. Результатом явилось постановление Конференции 1884 года по университетскому уставу: «клиника болезней кожи включена в число обязательных предметов выпускного испытания».

Вторая заслуга проф. А.Г. Полотебнова заключается в утверждении: кожные болезни не являются местными. Подверг критике ограниченность локалистического направления немецкой и венской дерматологической школы, гуморального направления французской. В основу своей классификации кожных болезней положил этиологический принцип [3].

Большинство новых мазей и паст проф. А.Г. Полотебнов относил к области коммерции. Широко вводил методы общего воздействия (электро-, гидротерапию и др.). В возникновении болезней кожи (экзема, пузырчатка и др.) ведущую роль отводил нервной системе. В «Введении в курс дерматологии» (1896) писал: «Лечение <...> не против сыпи, которая составляет <...> один из припадков нервного расстройства, а против основного, нервного страдания дает самые верные <...> результаты» [12, с. 25]; «В коже мы имеем <...> орган осязания, <...> обильно снабженный нервными приводами, соединяющими его с мозговыми центрами. <...> всякое изменение в периферии неизбежно должно отражаться в центрах, и наоборот...» [12, с. 35].

Однако идея нервизма в дерматологии позже приобрела глобальные и неразумные масштабы. Согласно решению (04.07.1950) Объединенной сессии АН СССР и АМН СССР доклад председателя Всесоюзного общества дерматовенерологов профессора О.Н. Подвысоцкой был посвящен перестройке дерматологической науки на основах павловского учения, ставшего методологической основой работы всех медицинских коллективов. «Павловская

сессия», по меткому выражению физиолога, академика В.В. Парина, превратила труды академика И.П. Павлова в «некий гибрид из псалтыря для молебнов и дубинки для инакомыслящих».

Известные ученые были вынуждены «привязывать» идею нервизма ко всем болезням, например, к грибковым, буквально бичевать себя и друг друга, каясь в том, что ранее не руководствовались трудами акад. И.И. Павлова. Сами физиологи называли «Павловскую сессию» 1950 года трагической страницей в истории науки [1, 2]. А по решению II Всероссийского съезда дерматовенерологов (Казань, 13–17.12.1966) основным направлением развития дерматологии было определено изучение кожных заболеваний уже с позиций целостного организма.

На недопустимость изучения кожных болезней только по атласам проф. А.Г. Полотебнов указал в «Дерматологических исследованиях»: «...необходимо ... обстоятельное, личное исследование больного» [3, с. 547]. Условием становления дерматолога проф. А.Г. Полотебнов считал работу в течение 2–3 лет в клиниках терапии и нервных болезней.

Ратовал за объединение кафедр накожных и сифилитических болезней: «Каждому показалось бы странным предложением устроить отдельную клинику для страдающих, например, недостаточностью только двустворчатого клапана сердца, все же остальные формы сердечных страданий <...> отнести к другой кафедре...» [3, с. 7]. Кафедры были слиты в 1894 году на следующий день после выхода проф. А.Г. Полотебнова в отставку. Е.Д. Ашурков ошибочно считал это просто иронией судьбы. Но нет, работать на одной кафедре с проф. А.Г. Полотебновым не желал его непримиримый оппонент проф. В.М. Тарновский, ставший заведующим объединенной кафедрой.

Заблуждения и ошибки проф. А.Г. Полотебнова были серьезными. На заседании Санкт-Петербургского общества естествоиспытателей еще в 1868 г. секретарь ботанического отделения, крупный миколог М.С. Воронин подверг А.Г. Полотебнова критике: поучая общество о бактериях, тот оказался не знаком с новейшими трудами Кона.

В малозначительной монографии «Растительные организмы как причина заразных болезней» (1871) ошибочно утверждал, что якобы «...учение о специфичности грибов в применении к этим болезням не может быть допущено. Мнение, будто *favus* может происходить только от одного известного грибка, *herpes tonsurans* – от другого, *pityriasis versicolor* – от третьего и т.д., оказывается неточным. На основании <...> исследований, произведенных мной <...> все формы растительно-паразитарных болезней кожи могут обуславливаться одним и тем же грибком». Настаивал, что «грибки, будучи сами по себе совершенно безвредными, могут служить посредником заражения, <...> вносить <...> в организм <...> контакти» [8].

И это писалось дерматологом в 1871 году, тогда как возбудители фавуса, трихофитии (стригущего лишая), отрубевидного лишая, молочницы были открыты и описаны еще в 1830–1840-х годах. Писалось через 13 лет после того, когда даже такой консерватор в медицине, как терапевт, профессор Г.А. Захарьин, признал в 1858 г. *Tr. tonsurans* возбудителем стригущего лишая, а в конце



своей деятельности выделил место на кафедре для бактериологической лаборатории. Даже в своей непосредственной специальности, дерматологии, где значение патогенных грибов раньше всего было признано клиницистами, проф. А.Г. Полотебнов шел против этого.

А в длительном противостоянии профессора Г.Н. Минха и профессора А.Г. Полотебнова последний ошибочно упорно представлял лепру как наследственную болезнь («Заразительна ли проказа? Исследования проказы в России», 1889–1890; «Есть ли основание считать проказу заразительной?», 1902). Е.Д. Ашурков обошел полным молчанием эту большую ошибку проф. А.Г. Полотебнова, осмеявшего проф. Г.Н. Минха за предложение строительства специальных лечебниц для больных лепрой.

На сторонников Г.Н. Минха А.Г. Полотебнов обрушивался, называя их «проказниками», а в своей клинике демонстративно помещал больных лепрой в палаты с кожными больными. И это происходило через 20 лет после открытия в 1872 г. возбудителя лепры и даже после официального решения I Международного конгресса по проказе (Берлин, 10.1897) о заразительности лепры.

В «Дерматологические исследования из клиники А.Г. Полотебнова» (1886–1887) вошли его работы «Нервные страдания кожи», «Lichen ruber», «Ichthyosis», «Psoriasis», «К учению об эритемах», «Рожа, лечение и аномальные формы» [3]. В 1886 г. вышла статья «О мерах к ограничению распространения сифилиса среди населения России» [10]. Похоронен проф. А.Г. Полотебнов в Санкт-Петербурге на Воскресенском кладбище Новодевичьего монастыря.

Ординарный профессор (1876–1892) кафедры частной патологии и терапии внутренних болезней ВМА В.А. Манассеин был редактором газеты «Врач» в 1880–1901 гг. «Представьте себе небольшого роста, сутуловатого человека <...> говорил он быстро, как бы захлебываясь от массы слов», ласковость его с больными была нормой общения, но «не вызванная глубоким состраданием», наряду с положительными «я столкнулся и с отрицательными сторонами его», «...из клиники Манассеина выходили сотни работ, но качество их было обратно количеству», «...давал <...> темы, подчас совершенно незначительные, вроде «Влияния "согревающего компресса на азотистый метаморфоз"», «...сами врачи иногда и не производили работу, а нанимали за плату одного лаборанта Лесного института. <...> Между врачами эти работы в шутку назывались диссертациями "об азотистом обмене". К Манассеину нередко примазывались люди весьма сомнительных нравственных качеств, и он им слепо доверял».

Жена проф. В.А. Манассеина, дочь академика М.А. Коркунова Мария Михайловна Манассеина (1841–17.03.1903) – один из первопроходцев биохимии и сомнологии. В 1871 году в работе «К учению об алкогольном брожении» задолго до опытов лауреата Нобелевской премии 1907 года Е. Buchner М.М. Манассеина показала возможность алкогольного брожения без участия живых дрожжевых клеток.

Являлась автором обстоятельных работ: «Сон как треть жизни человека, или физиология, патология, гигиена и психология сна» (1888, 1892), «О воспитании детей в первые годы жизни» (1870), «Основы воспитания с первых лет жизни и до полного окончания университетского образования. Воспитание религиозное» и др. (1895) [7].



Доктор медицины М.М. Манассеина (1841–1903)

Ушла от мужа к своему учителю профессору И.Р. Тарханову, когда тот был еще официально женат. Но их связь была недолгой, и, будучи бездетной, остаток она жизни провела в одиночестве. М.М. Манассеина отличалась исключительным трудолюбием: проводила опыты и психологические исследования, писала книги, статьи и рефераты, выступала на съездах.

По законам империи развод разрешали только в трех случаях: при физических недостатках супругов, исчезновении без вести и, как выражались в судах, прелюбодеянии. Последнее в решении церковного суда, кроме унизительных формулировок признавшемуся, влекло запрещение ему вступать в новый брак. М.М. Манассеина не дала развод проф. В.М. Манассеину, и вскоре тот вступил в гражданский брак с Е.М. Достоевской, племянницей Ф.М. Достоевского.

Этот брак все Достоевские резко осуждали. Профессор В.М. Манассеин был членом вспомогательной медицинской кассы для нуждавшихся врачей, их вдов и сирот. Библиотеку из 12 000 томов подарил Томскому университету. Вышел в отставку (1892 г.) по своему желанию, хотя Конференция была готова разрешить ему работать еще 5 лет до выслуги в 30 лет.

Для нас облик проф. В.А. Манассеина расплывается, меркнет и тускнеет, резко омрачаясь фактами поразительного, исключительного по жестокости обращения с лабораторными собаками, кошками, птицами и др. Низкий поклон всем животным, отдавшим жизни в экспериментах во имя науки на благо человека! На очень медленную, страшную, жуткую, лютую смерть от голода и жажды, обрекал животных проф. В.А. Манассеин, чтобы затем исследовать их органы. Защитил докторскую диссертацию «Материалы для вопроса о голодании» в Санкт-Петербурге в 1869 г.

Жесточайшие опыты проф. В.А. Манассеина вдохновили на такие же жертвы для докторских диссертаций выпускников духовных семинарий и ВМА, сыновей священнослужителей В. Маньковского (1882), Н. Попова (1882), П.Я. Розенбаха (1883), П.И. Полетаева (1894), С.Н. Успенского (1896), П. Авророва (1900) и др. Невыносимые, жуткие страдания замученных животных описывались поразительно спокойно, подробно и красочно. Похоронен проф. В.А. Манассеин на Успенском (Северном) кладбище.

После смерти, согласно его завещанию, издание «Врача» было прекращено.

Князь Иван Романович Тарханов (Иван Рамазович Тархан-Моурави, Тархнишвили) (15.06.1846–06.09.1908) был потомком «диди моурави», великого правителя Грузии Георгия Саакадзе (1570–1629), получившего тарханство (освобождение от податей за свои заслуги перед родиной). В произведении «Впечатления от поездки на Кавказ» (1859) А. Дюма восторженно описал встречу с одаренным, красивым мальчиком Иваном в черкеске и с кинжалом, говорившим по-французски как парижанин, единственным сыном генерал-майора; так писатель сохранил его волнующий образ.

Выпускник МХА, ученик И.М. Сеченова, приват-доцент, экстраординарный, ординарный профессор, академик, заведующий кафедрой физиологии ВМА, крупный, многогранный ученый И.Р. Тарханов был пылким, искрометным лектором и кумиром студентов. Отличался бескорыстием и щедростью, проживал на Английском проспекте, 16. Заметим, что проф. В.М. Тарновский дважды представлял на заведывание кафедрой других кандидатов [13].

В личном деле проф. И.Р. Тарханова хранится рапорт от 23.01.1878 о разрешении вступить в брак с вдовой С.Г. Лорис-Меликовой. Княгиня С.Г. Лорис-Меликова являлась представительницей высшего грузинского дворянства армянского происхождения. Однако, по воспоминаниям ученика и друга, проф. Наполеона Осиповича Цыбульского (1854–1919), проф. И.Р. Тарханов часто встречал в личной жизни несправедливости и неприятности. Его семейная жизнь с первой женой не сложилась.

Научная деятельность проф. И.Р. Тарханова отличалась широтой охвата исследовательских проблем. Не осталось ни одного отдела физиологии, где бы не было видно следов его живого ума. Слушатели восхищались его всегда понятным и красноречивым словом. Проф. И.Р. Тарханов своим горячим темпераментом производил впечатление человека, которому не нужен отдых. Редактор «Журнала журналов и энциклопедического обозрения» Кондырев, прекращая его выпуск, вы-

разил проф. И.Р. Тарханову благодарность за украшение каждого номера своими статьями.

Но после быстрого выдвижения ему всячески мешали влиять на внутреннюю жизнь Академии. Проф. И.Р. Тарханов страдал от непрерывных вылазок завистников. Противники прибегали к разным способам травли, ядовитым насмешкам, дискредитации имени ученого в письмах во «Враче» и других изданиях, к едкой критике в непристойных выражениях [2].

Прогрессивный доклад проф. И.Р. Тарханова «Определение массы крови в живом человеке» на VI съезде русских естествоиспытателей и врачей (СПб., 20–30.12.1879,) вызвал возражения оппозиции в столь неприличной форме, что ученому пришлось покинуть аудиторию до окончания прений. Критика доклада появилась в 1880 году во «Враче», а в 1881 году в № 2 журнала «Archiv für die gesamte Physiologie» вышла вымышленная, пародийная, издевательская статья, сфабрикованная оппозицией на тему доклада под фамилией не существовавшего доцента ВМА Тупоумова.

Редакция не поняла цели статьи и напечатала ее, получив впоследствии гневный протест И.М. Сеченова с подписями известных петербургских физиологов. Однако И.П. Павлов, будущий знаменитый физиолог, подписать протест отказался. У проф. И.Р. Тарханова отношения с И.П. Павловым не складывались. Поначалу Павлов демонстративно отказался быть ассистентом у Ивана Романовича, затем возникли научные споры. Некоторое сглаживание произошло лишь позже [2].

Деятельность физиологической лаборатории была оживленной и кипучей [13]. Прозектор П.Н. Вилижанин завершил работы «Об азотистом метаморфозе при задержке кожной перспирации» (1885), «О влиянии смазывания кожи на азотистый метаморфоз в животном организме» (1885).

В классической работе проф. И.Р. Тарханова «О кожных токах человека при раздражении органов чувств и разнообразных формах психологической деятельности» (1889) показано резкое усиление электрических явлений в коже человека при мнимом воображении ощущения, при абстрактной умственной деятельности, возбуждении нервной системы, утомлении [14]. Кожно-гальванический рефлекс Тарханова успешно используется в прикладной психофизиологии и в полиграфах как один из параметров «детектора лжи».

В докторской диссертации «О питании человека искусственными яичными альбуминатами (ТАТА-белок) проф. И.Р. Тарханова» (1889) И.И. Кузнецов произвел на себе все опыты, кроме одного [4]. Случайное наблюдение четырехлетней дочери Таты (Станиславы) (сокращенное имя из двух слогов «та» имени и фамилии) прозрачности сваренного белка яиц стрижей послужило толчком к целому ряду биохимических исследований проф. И.Р. Тарханова.

Лучшая перевариваемость прозрачного белка обусловила его получение проф. И.Р. Тархановым из куриных яиц, погруженных в щелочь. Ученый доказал питательность и удобство применения в военное время ТАТА-белка. Яичные альбуминаты вполне заменяли питание мясом [4]. М. Волков, А.М. Айканов получили хорошие результаты их применения у больных диабетом, проф. С.П. Боткин – при



Академик И.Р. Тарханов (1846–1908) 1890 г.



брюшном тифе. К сожалению, все проекты по распространению препарата были отклонены комиссией, в состав которой входил проф. В.А. Манассеин.

Академик И.Р. Тарханов выступил с докладами на XI Международном медицинском съезде (Рим, 29.03–5.04.1894). Черногорским князем акад. И.Р. Тарханову был пожалован в 1894 г. орден Даниила I второй степени. Вскоре акад. И.Р. Тарханов был уволен (29.12.1894) с должности ученого секретаря, получил выговор (30.12.1894) в связи с инцидентом по делу о защите диссертации Ильиным.

Когда проф. В.В. Пашутин, также ученик И.М. Сеченова, возвысился до начальника ВМА, то стал неузнаваем, категоричен, не желал считаться с Конференцией и ее обычаями. Тогда и начались стычки с ученым секретарем (1893–1894) акад. И.Р. Тархановым, носившим в мундире академический устав и фехтовавшим его параграфами [2].

После 25-летней выслуги, по традиции, перед Конференцией ставили вопрос о продлении профессорства еще на 5 лет. Но проф. В.В. Пашутин подал Военному министру приказ об увольнении акад. И.Р. Тарханова за выслугой лет. Судьба не была благосклонной к И.Р. Тарханову. В возрасте всего лишь 48 лет Иван Романович лишился любимой работы, этого удивительного и неисчерпаемого источника вдохновения, был отлучен от Академии.

После прощальной лекции 2 марта 1895 г. студенты устроили ему восторженные проводы. Современники вспоминали, что в глазах академика засверкали слезы. В них выразилась горечь разлуки с любимой аудиторией. И.Р. Тарханов пытался ответить на трогательные речи студентов, но слезы душили его. Взволнованный он вышел из здания Анатомического института, а во дворе студенты, подхватив его на руки, по обычаю, с пением и криками «Vivat!» понесли на квартиру. Посещение студентами продолжалось долго, даже после того, как он переехал с казенной квартиры ученого секретаря в частную, очень далеко от Академии [2].

А через два месяца проф. В.В. Пашутин подал на подпись военному министру приказ о перемещении проф. И.П. Павлова с кафедры фармакологии на заведывание кафедрой физиологии. Позже, в 1895–1901 годах, акад. И.Р. Тарханов читал необязательный приват-доцентский курс по общей физиологии животных в Петербургском университете, писал научно-популярные работы [1]. Нанесенную ему горькую обиду переживал тяжело. Не проезжал через Выборгскую сторону, чтобы не растревлять душевные раны. 27 мая 1895 г. обратился в Сенат с жалобой на строгое, незаслуженное взыскание. И только 28 февраля 1897 г. указание об увольнении в аттестате было исправлено на освобождение по личной просьбе [2].

Будучи одним из основоположников радиобиологии, акад. И.Р. Тарханов показал, что рентгеновские лучи оказывают и общее воздействие на организм [15]. Его опытами в 1891 г. было объяснено положительное действие спермина химика профессора А.В. Пеля при различных заболеваниях, в том числе кожных, спинной сухотке. А также показано, что спермин «повышает способность организма сопротивляться вредным внешним влияниям». Там приведены и наблюдения А.Ф. Подкопаева, сына профессора Ф.В. Подкопаева.

Особым успехом пользовались изумительные лекции акад. И.Р. Тарханова «О влиянии музыки на человеческий организм», ими восторгался И.Е. Репин. Академик играл на виолончели под аккомпанемент дочери, одновременно производилась графическая запись мышечных движений и измерение кровенаполнения в руке с помощью эргографа и плетизмографа. Сам И.Р. Тарханов обладал настолько сильным и красивым голосом, что музыкальные деятели того времени убеждали его еще студентом перейти на театральное поприще [2].

Цензорами диссертации Ф.С. Текутьева «Явления, наблюдаемые при лакировании всей кожи здоровых людей» (1888) были проф. И.Р. Тарханов, проф. В.М. Тарновский, адъюнкт-проф. А.Г. Полотебнов. Из лаборатории И.Р. Тарханова вышла актуальная докторская диссертация В.Г. Слюнина «К вопросу о влиянии вытяжения позвоночного столба на спинно-мозговые рефлексии и кровяное давление» (1891). Подвешивание (вытяжение) стали применять во всем мире при спинной сухотке по предложению профессора О.О. Мочутковского (1883).

В докторских диссертациях Е.И. Ремезова «Материалы к изучению условий роста волос у животных» (1893), Е.М. Степанова «Материалы к патологической анатомии и этиологии склеромы (Hebra)» (1893) разрешение к печати подписано так: «Ученый секретарь, профессор-академик князь Тарханов»; а в диссертации Н.М. Соколова «К учению о всасывании кожей некоторых лекарственных веществ при втирании мазей» (1894) – «Ученый секретарь, академик князь Тарханов». Ранее он подписывался как «доктор медицины князь Иван Тархан-Моурави». Е.И. Ремезов отметил поражение волос грибами при фавусе и стригущем лишае, эффективность лечения электричеством ряда заболеваний кожи.

В диссертации «Действие предварительной катэлектризации на кожное чувство человека» (1892) С.М. Шацкий выразил проф. И.Р. Тарханову «глубоко прочувствованную благодарность <...> за высокопросвещенное руководство <...>, добрые человеческие отношения <...> ко всем работающим в его лаборатории». Диссертацию «Гальванические явления в коже лягушки» (1892) В.И. Вартанов посвятил «Высокопочтиму учителю профессору Ивану Романовичу Тарханову». В диссертации в 1897 года по лечению сифилиса ординатор сифилитического отделения Московского военного госпиталя А.А. Вевировский отметил: «Возникновению работы я прежде всего обязан профессору И.Р. Тархан-Моуравову, одобрявшему мою мысль и сообщившему мне бодрость и энергию для выполнения работы».

На Всемирной выставке (Париж, 1900) за свои экспонаты акад. И.Р. Тарханов был удостоен ордена Почетного легиона III степени. В дружеских отношениях был с И.Е. Репиным, С.П. Боткиным, Д.И. Менделеевым, А.П. Бородиным, А.Ф. Кони, Н.Н. Миклухо-Маклаем, А.П. Чеховым, А.М. Горьким и другими известными людьми. Второй женой акад. И.Р. Тарханова стала Елена Павловна Антокольская (1862–1930), племянница скульптора Марка Матвеевича (Мордуха Матысовича) Антокольского. Одно время она работала в области физиологии у профессора Н.О. Цыбульского, позже увлеклась искусством, рисовала.



Первым мужем княжны Станиславы Ивановны Тархан-Моурави (Тархановой) (1883–1936) был д.м., физиолог Антон Владиславович Парадовский. В диссертации он выразил признательность акад. И.Р. Тарханову «за <...> драгоценные указания».

Без свежей атмосферы любимой работы в условиях наступавшей духоты и опустошенности состояние здоровья И.Р. Тарханова, оторванного от Академии, ухудшалось. Тяжелые переживания, неприятности и склоки, семейные неполадки ускорили его смерть, и он угас. Во время летних каникул в имении Антоколь в Карпатах акад. И.Р. Тарханов неожиданно скончался.

Была получена телеграмма от проф. Н.О. Цыбульского: «Отец в агонии, зовет дочь». В живых его она уже не застала. Порох жизни, как И.Р. Тарханов любил говорить, в протоплазме его клеток так скоро выгорел. Последними его словами, по свидетельству Н.О. Цыбульского, были: «Как бы я желал еще жить, но парламент распущен». Его похоронили на Краковском кладбище, позже прах перевезли в Санкт-Петербург [1].

Надгробие академика И.Р. Тарханова на Тихвинском кладбище Александро-Невской лавры – редкий в петербургском некрополе образец мемориальной архитектуры северного модерна. Проект был разработан его вдовой, похороненной в 1930 г. там же. Плачущая женщина на коленях склонилась к торцу гранитного саркофага, над которым в нише горельефный портрет И.Р. Тарханова в полных рост.

Блеск мысли ученого, значимость научных результатов, объем исследований его и многочисленных учеников являются непреходящей ценностью для следующих поколений. И пусть останутся в их памяти.

Литература

1. Белова-Рахимова Л.В., Прохоренков В.И. История венерологии, дерматологии, лепрологии России и СССР (1900–1959 гг.). Красноярск, 2013. 491 с.
2. Володин Б.Г., Демидов В.Е. Жажда истины. М.: Сов. Россия, 1988. 368 с.
3. Дерматологические исследования из клиники А.Г. Полотебнова. Вып. 1–2. СПб.: тип. М.М. Стасюлевича, 1886–1887.
4. Кузнецов И.И. О питании человека искусственными яичными альбуминатами (ТАТА-белок) проф. И.Р. Тарханова: дис. ... д-ра мед. СПб.: тип. В. Авсеенко, 1889. 62 с.
5. Куценко А.И. Исторический очерк кафедры акад. терапевтической клиники Имп. Военно-медицинской (б. Медико-Хирургической) академии (1810–1898): материалы для истории Академии: дис. ... д-ра мед. СПб.: тип. кн. В.П. Мещерского, 1898. 320 с.
6. Манассеин В.А. Об отношении бактерий к зеленому кистевнику (*Penicillium glaucum* L.K.S., *Penicillium crustaceum* F.R.S.) и о влиянии некоторых средств на развитие этого последнего // ВМЖ. 1871. Ч. 112. Кн. 9: с. 29–45; кн. 10: с. 138–152.
7. Манассеина М.М. Кучению об алкогольном брожении. СПб., 1871.
8. Полотебнов А.Г. Растительные организмы как причина заразных болезней. СПб.: тип. А.М. Котомина, 1871.
9. Полотебнов А.Г. Патологическое значение плесени // Мед. вестн. 1872. 34: 273; 35: 281; 38: 333; 39: 341; 40: 352; 45: 397; 49: 433; 50: 448; 51: 461; 52: 478.
10. Полотебнов А.Г. О мерах к ограничению распространения сифилиса среди населения России // Рус. мед. 1886. 13: 224–228; 14: 237–245.
11. Полотебнов А.Г. Современное состояние дерматологии в России // Мед. библ. 1882. 9: 1–14.
12. Полотебнов А.Г. Введение в курс дерматологии: (Лекция, чит. при открытии амбулатории для сып. больных при Мариин. больнице). Санкт-Петербург: тип. Штаба Отдельн. корп. жанд., 1896.
13. Попельский Л.Б. Исторический очерк кафедры физиологии в Военно-медицинской академии за 100 лет (1798–1898). СПб.: Тип. МВД, 1899. 158 с.
14. Тарханов И.Р. О гальванических явлениях в коже человека при раздражении органов чувств и различных формах психической деятельности // Вестн. клин. суд. психиатр. и невропат. 1889. № 7. С. 73–91.
15. Тарханов И.Р. О роли радиоактивных лучей в биологии и в лечении болезней // И.Р. Тархншвили. Избр. соч. Тбилиси: Сабчота Сакарт-вело, 1961. С. 334–383.



ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

Общие требования к рукописи

1. Текст следует набирать в программе Microsoft Word под Windows, Times New Roman – 14, через 1,5 интервала.

2. Абзацный отступ не выполнять табуляцией или пробелами.

3. Не следует форматировать текст и делать переносы вручную. Не используйте автоматическое форматирования заголовков, нумерацию (нумерация должна быть сделана вручную).

4. Текст должен иметь поля следующих размеров: верхнее и нижнее – 20 мм, левое – 30 мм, правое – 10 мм.

5. Страницы должны быть пронумерованы последовательно, начиная с титульной.

6. Для таблиц использовать только табличный редактор Word (для Windows), для диаграмм и графиков – Excel.

7. Таблицы, фото, графики, диаграммы не встраивать в текст, а приложить их в виде отдельных файлов и распечатать на отдельных страницах. В тексте необходимо указать, где они должны располагаться (табл. 1, рис. 1 и т.д.).

8. Тщательно проверьте последнюю версию файла и ее соответствие распечатке.

Титульная страница

Титульная страница должна содержать название статьи (строчными буквами), инициалы (сначала) и фамилию каждого автора, название учреждения (института, где сделана работа) на русском и английском языках. Указывать только ту часть названия организации, которая относится к понятию юридического лица, не указывать названий кафедры, лаборатории, другого структурного подразделения внутри организации; обязательно указывать адрес, как минимум город и страну, а лучше полный юридический адрес.

Резюме и ключевые слова

Резюме должно отражать основное содержание статьи и результаты исследований и быть структурированным, иметь примерные разделы: актуальность, цель, материалы и методы, результаты, заключение – если это возможно, т.к. в описаниях клинических случаев или «обзоре» это сделать затруднительно. Должно быть компактным, но не коротким (объемом от 100 до 250 слов). Под резюме после обозначения «Ключевые слова» помещается от 3 до 10 ключевых слов или коротких фраз, которые будут способствовать правильному перекрестному индексированию статьи и могут быть опубликованы вместе с резюме. Резюме и ключевые слова представляются на русском и английском языках.

Текст

Текст статьи делится на разделы с заголовками «Введение», «Актуальность», «Цель», «Материалы и методы», «Результаты», «Обсуждение», «Заключение» или «Выводы». В дополнительном разделе «Благодарности» авто-

ры могут выразить благодарности людям и организациям, способствовавшим публикации статьи в журнале, но не являющимся ее авторами, данный раздел должен содержать не более 100 слов.

Статьи типа описания случаев (клинические наблюдения), обзоры и редакционные статьи могут быть оформлены иначе.

Статьи с клиническими наблюдениями оформляются в следующем порядке: сначала освещаются основные работы, посвященные описываемой нозологии (с указанием ссылок на литературные источники); далее излагаются собственные клинические наблюдения; в заключении указываются особенности представленного наблюдения; фотографии (обязательны); список цитируемой литературы (не более 15 источников). Объем статьи не должен превышать 10 страниц.

Обзорная статья не должна превышать 12 страниц, а список цитируемой литературы – не более 30 источников.

В тексте работы необходимо указывать международное название лекарственных средств. Исключения составляют случаи, когда использование торговых названий обосновано по существу (например, при публикации результатов исследований био- или терапевтической эквивалентности препаратов). В тексте можно использовать торговое название, но не более 1 раза на стандартную страницу (1800 знаков с пробелами).

Все единицы измерения в рукописи должны быть представлены в системе СИ. Сокращения слов не допускаются, кроме общепринятых сокращений химических и математических величин, терминов.

Авторство

Каждый автор должен внести значимый вклад в представленную для опубликования работу.

Если в авторском списке рукописи представлены более 4 авторов, желательно указать вклад в данную рукопись каждого автора в сопроводительном письме. Если авторство приписывается группе авторов, все члены группы должны отвечать всем критериям и требованиям для авторов. Для экономии места члены группы исследователей могут быть перечислены отдельным списком в конце статьи.

Участие авторов в работе, представленной в рукописи, может быть следующее:

- 1) разработка концепции и дизайна или анализ и интерпретация данных;
- 2) обоснование рукописи или проверка критически важного интеллектуального содержания;
- 3) окончательное утверждение на представление рукописи.

Участие только в сборе данных не оправдывает авторство; по этому поводу может быть сделано соответствующее уведомление в дополнительном разделе «Благодарности». Рукописи должны быть представлены



с сопроводительным письмом, содержащим информацию о том, что:

- 1) документ не находится на рассмотрении в другом месте;
- 2) статья не была ранее опубликована;
- 3) все авторы читали и одобрили рукопись;
- 4) документ содержит полное раскрытие конфликта интересов;
- 5) автор(ы) несут ответственность за достоверность представленных в рукописи материалов. В сопроводительном письме также должен быть указан автор, ответственный за переписку.

Статистика

Все публикуемые материалы могут быть рассмотрены на соответствие и точность статистических методов и статистическую интерпретацию результатов. В разделе «Методы» должен присутствовать подраздел подробного описания статистических методов, включая конкретные методы, используемые для обобщения данных; методов, используемых для проверки гипотез (если таковые имеются), и уровень значимости для проверки гипотез.

Публикация результатов

неконтролируемых исследований

Неконтролируемым исследованием следует считать такое исследование, в котором отсутствует группа контроля.

Статьи, основанные на описании результатов неконтролируемых исследований, будут приниматься к печати только при условии обязательного отражения данного факта в разделах «Материалы и методы» и «Обсуждение». Кроме того, раздел «Заключение» не должен преувеличивать значимость полученных результатов.

Этические аспекты

Исследования должны проводиться в соответствии с принципами «Надлежащей клинической практики» (Good Clinical Practice). Участники исследования должны быть ознакомлены с целями и основными положениями исследования, после чего должны подписать письменное информированное согласие на участие в нем. Авторы должны предоставить детали вышеуказанной процедуры при описании протокола исследования в разделе «Материалы и методы» и указать, что Этический комитет одобрил протокол исследования. Если процедура исследования включает рентгенологические методы, то желательно привести их описание и дозы экспозиции в разделе «Материалы и методы».

Конфликт интересов / финансирование

Желательно раскрытие авторами (в виде сопроводительного письма или на титульном листе) возможных отношений с промышленными и финансовыми организациями, способных привести к конфликту ин-

тересов в связи с представленным в статье материалом. Все источники финансирования работы желательно перечислить в сноске на титульном листе, как и места работы всех авторов (в том числе корпоративные).

Таблицы и иллюстрации

Ограничьтесь теми таблицами и рисунками, которые необходимы для объяснения основных аргументов статьи и оценки степени их обоснованности.

Используйте графики как альтернативу таблицам с большим числом данных; не дублируйте материал в графиках и таблицах. Ответственность за точность данных, в том числе математических, несут авторы.

Иллюстрации (рисунки) должны быть нарисованы и сфотографированы профессионально. Иллюстрации могут быть представлены в виде цветных слайдов.

Рисунки (графики, диаграммы, схемы, чертежи и другие иллюстрации, рисованные средствами MS Office) должны быть контрастными и четкими. Объем графического материала минимальный (за исключением работ, где это оправдано характером исследования). Каждый рисунок должен быть помещен в текст и сопровождаться нумерованной подрисуночной подписью. Ссылки на рисунки в тексте обязательны.

Фотографии, отпечатки экранов мониторов (скриншоты) и другие нерисованные иллюстрации необходимо загружать отдельно в специальном разделе формы для подачи статьи в виде файлов формата *.jpeg, *.bmp, *.gif (*.doc и *.docx – в случае если на изображение нанесены дополнительные пометки). Разрешение изображения должно быть > 300 dpi. Файлам изображений необходимо присвоить название, соответствующее номеру рисунка в тексте.

Ссылки и список литературы

Ссылки в тексте, таблицах и подрисуночных подписях должны быть пронумерованы арабскими цифрами в квадратных скобках.

Указывается подзаголовок «Литература», а не «Список литературы».

1. Список литературы должен быть напечатан через двойной интервал на отдельном листе, каждый источник – с новой строки под порядковым номером. Список литературы необходимо составлять в порядке цитирования авторов. Используйте Index Medicus для поиска сокращений названий журналов.

2. Все документы, на которые делаются ссылки в тексте, должны быть включены в список литературы.

3. В список литературы не включаются ссылки на диссертационные работы, авторефераты, тезисы, опубликованные более двух лет назад, а также материалы, наличие которых невозможно проверить (материалы локальных конференций и т.п.). Обозначить принадлежность материала к тезисам в скобках – (тезисы).

4. Желательно ссылаться на печатные источники в периодических изданиях, входящих в список ВАК.



5. С целью повышения цитирования авторов в журнале проводится транслитерация русскоязычных источников с использованием официальных кодировок в следующем порядке: авторы и название журнала транслитерируются при помощи кодировок, а название статьи – смысловая транслитерация (перевод). При наличии оригинальной транслитерации указанного источника используется последняя. Редакция будет признательна авторам за предоставление транслитерированного варианта списка литературы. Для удобства транслитерации возможно использование онлайн-сервисов: <http://translit.ru>.

6. За правильность приведенных в списке литературы данных ответственность несут авторы.

7. В списке литературы ставятся точки между инициалами авторов и стандартными сокращениями названий и журналов.

8. Если цитируется книга, указывается количество страниц в ней.

9. Если цитируется глава из книги, сначала приводится название главы, указываются ее первая и последняя страницы.

10. С более подробным описанием правил и требований по составлению библиографических ссылок по ГОСТ можно ознакомиться на сайте <http://protect.gost.ru/document.aspx?control=7&id=173511>.

Предоставление рукописи

Рукопись статей должна быть отправлена в адрес редакции с сопроводительным письмом из учреждения. Направление в редакцию работ, опубликованных в других изданиях или посланных в другие редакции, не допускается. Рукописи принимаются на электронных носителях в редакции или на электронную почту: dermrudn-fpk@yandex.ru. Если возможно, формат текста и форму представления материала согласуйте с редакцией. Должны быть указаны имя, отчество, фамилия, телефон, почтовый адрес (факс, электронный адрес) ответственного за ведение переписки. В статье должна быть размещена информация об авторах: место работы, должность, контактная информация. Необходимо наличие подписей всех соавторов и печати лечебного учреждения. Подпись руководителя учреждения желательна. Плата с аспирантов за публикацию рукописей не взимается.

Порядок рецензирования статей

Все статьи, поступающие на публикацию, подвергаются рецензированию. Замечания рецензентов направляются автору. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимаются редсоветом после получения рецензии и ответов автора.

Адрес редакции:

107076, г. Москва, Коломенский проезд, д. 4, корп. 12,
кафедра дерматовенерологии и косметологии
ФНМО МИ РУДН, главный редактор – заведующий
кафедрой профессор Э.А. Баткаев, заместитель главного
редактора – Надежда Владимировна Баткаева.
Тел.: 8 (915) 023-07-61,
8 (915) 023-09-87;
e-mail:
dermrudn-fpk@yandex.ru



Журнал представлен в информационно-справочном издании РИНЦ (Российский индекс научного цитирования).

Журнал основан в 1997 г. Организацией содействия развитию последипломного медицинского образования, медицинской науки и практики (председатель – Э. А. Баткаев).

Учредитель: Многопрофильное медицинское предприятие «Венера-Центр».

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС77–50741 от 19.06.2012.

Адрес редакции – 107076, г. Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 2, корп. 2, тел./факс 8 (495) 964 46–55.

Фактический адрес: 107014, г. Москва, ул. Короленко, 2/1, тел. 8 (495) 964-31-46; 8 (915) 023-07-61.

Индекс по каталогу агентства «Роспечать»: 80239.

Заведующий реферативной рубрикой – И. В. Попов.

Заведующая отделом рекламы – А. В. Карпова: тел. 8 (916) 069–60–80; karpova1979@list.ru.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламы.

Все публикуемые статьи рецензируются. Ответственность за достоверность приводимых в опубликованных материалах сведений несут авторы статей.

С правилами для авторов можно ознакомиться на сайте журнала www.venera-center.ru.

Полная или частичная перепечатка материалов, опубликованных в журнале, допускается только с разрешения редакции в письменном виде.

Электронная версия журнала «Вестник последипломного медицинского образования» размещена на сайте журнала www.venera-center.ru и сайте Научной электронной библиотеки www.elibrary.ru.

Журнал включен в Перечень, ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для публикации материалов кандидатских и докторских диссертационных исследований.

Подписано в печать 24.07.2020.

Печать офсетная.

Отпечатано в ИПК РУДН. Тел.: (495) 952-04-41.

Заказ 760. Тираж 2000 экз.



The magazine is introduced in inquiry and communications system RSCI (Russian Science Citation Index).

The magazine was founded in 1997 by Organization of assistance in development of post-qualifying medical education, medical science and practice (E.A. Batkaev, Chairman).

Founder: Multifaceted medical center "Venera-Center".

Accreditation certificate of mass media ПИ № ФС77–50741 от 19.06.2012.

Editorial office address – 107014, Moscow, Korolenko st. 3-2-2, tel./fax: 8 (495) 964 46-55.

Actual address: 107014, Moscow, Korolenko st. 2/1, tel. 8 (495) 964-31-46; 8 (915) 023-07-61.

"Rospechat" agency catalog index: 80239.

Head of abstract heading – I.V. Popov.

Media director – A. V. Karpova: tel. 8 (916) 069-60-80; karpova1979@list.ru.

Editorial office is not responsible for content of advertisements.

All published articles are reviewed. Reliability of information in published content is to author's responsibility.

Rules for authors are available on the website of the magazine www.venera-center.ru.

Full or partial reprint of content published in the magazine is allowed only with written permission of editorial office.

Web version of the "Post-qualifying medical education HERALD" magazine is available on the website www.venera-center.ru and the website of Science e-LIBRARY www.elibrary.ru.

The journal is included in the List, the leading reviewed scientific magazines and editions recommended to VAK of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation for the publication of materials of candidate and doctor's dissertation researches.

It is sent for the press 24.07.2020.

Offset printing.

It is printed in the IPC RUDN. Ph.: (495) 952-04-41.

The order 760. Circulation is 2000 pieces.



