

УДК 616.5

**НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ
И ФТИЗИАТРИИ КРСУ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УЛУЧШЕНИЮ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

М.К. Балтабаев

Изложены результаты научных исследований кафедры дерматовенерологии и фтизиатрии КРСУ, предложены рекомендации по улучшению деятельности дерматовенерологической службы в Кыргызстане.

Ключевые слова: дерматовенерология; псориаз; инфекции, передающиеся половым путем (ИППП).

В Кыргызской Республике 20 лет назад функционировали 10 дерматовенерологических диспансеров, 57 дерматовенерологических кабинетов, были развернуты 1200 специализированных коек, 56 серологических, 40 бактериологических лабораторий, 3 лаборатории РИТ и РИФ, 48 хозрасчетных кабинетов профилактических осмотров.

В дерматовенерологических учреждениях республики работало более 200 врачей, из которых 89 имели квалификационные категории, 3 – заслуженного врача Кыргызской Республики.

В настоящее время дерматовенерологическая служба Кыргызской Республики переживает нелегкие времена. Остались 2 РЦДВ и ОМЦДВ (г. Бишкек и г. Ош), 8 кожно-венерологических отделений и 71 дерматовенерологический кабинет. Сокращено до 270 количество коек и, соответственно, количество врачей – до 120 человек. При этом растет число частных структур по лечению кожных и венерических болезней (24), которые не всегда дают достоверную информацию по ИППП и заразным кожным заболеваниям.

Учитывая неблагоприятную ситуацию в области дерматологии в Кыргызстане. Совершенно очевидна необходимость подготовки квалифицированных врачей-дерматологов.

Кафедра дерматовенерологии и фтизиатрии была создана 1 сентября 2006 г. на основании приказа ректора КРСУ от 30.06.2006 г. за № 259-П. Заведует кафедрой со дня ее основания д-р мед. наук, проф. М.К. Балтабаев.

Исследовательской базой кафедры служит клиника Республиканского центра дерматовенерологии (РЦДВ).

**Наиболее крупные научные достижения
кафедры дерматовенерологии
и фтизиатрии КРСУ**

В результате проведенных научных исследований создана новая гипотетическая схема патогенеза псориаза на основе нарушения желчно-кислотной конъюгирующей функции печени, позволяющая разработать новые перспективные направления в изучении псориаза и создать новые методы его лечения. Разработаны патогенетические методы терапии распространенных социально значимых дерматозов, таких как красный плоский лишай, пиодермии, атопический дерматит, нейросифилис, вирусная герпетическая инфекция и буллезные дерматозы.

Основные научные направления кафедры: 1) изучение патогенеза и совершенствование лечения социально значимых дерматозов; 2) клинико-эпидемиологический мониторинг инфекций, передающихся половым путем (ИППП) в Кыргызской Республике.

Одним из ведущих направлений кафедральных исследований остается проблема псориаза и родственных ему дерматозов, аутоиммунные заболевания кожи. Этой проблеме посвящен ряд работ, показывающих, что у больных псориазом наблюдаются нарушения липидного, желчно-кислотного обменов, а также нарушения функционального состояния гепатобилиарной системы, на основе чего разработана новая гипотетическая схема патогенеза дерматоза.

При псориазе, как при системной патологии, многие авторы находят изменения функционального состояния внутренних органов, в частности

желудочно-кишечного тракта. Отсюда возникает вопрос, носят ли найденные изменения первичный характер или же являются усугублением специфического патологического процесса какого-либо внутреннего органа. В литературе на этот счет данные весьма разноречивы. В связи с этим сотрудниками кафедры проводилось исследование функционального состояния гепатобилиарной системы у больных псориазом.

В частности, у 53 больных псориазом проводилась радионуклидная диагностика функционального состояния гепатобилиарной системы. Были выявлены нарушения сократительной функции желчного пузыря, удлинение латентного времени, что указывало на возможность развития внутри- и внепеченочного холестаза, обусловленного нарушением экскреторной функции гепатоцитов, патологией желчевыводящих путей (сужение в области шейки желчного пузыря, его перекрут, утолщение стенок, нарушение физиологической проходимости).

С целью выяснения инициальных механизмов нарушения функции печеночных клеток проводилось также исследование содержания фракций желчных кислот в периферической крови у больных псориазом в динамике.

До начала лечения в обследуемых группах больных псориазом отмечалось достоверное повышение концентрации в сыворотке крови фракций желчных кислот, превышающий таковую у здоровых лиц.

Высокий уровень содержания желчных кислот в периферической крови больных псориазом сочетался с тяжестью и торпидностью течения заболевания. Высокая концентрация желчных кислот в сыворотке крови наблюдалась у всех больных, страдающих различными клиническими формами псориаза, что указывало на определенное значение производных холановой кислоты в патогенезе заболевания. Резюмируя вышеизложенное, следует отметить, что клиническая манифестация псориазического процесса сопровождалась высоким уровнем содержания фракций свободных желчных кислот в сыворотке крови по сравнению с данными группы здоровых лиц.

Таким образом, на основании нарушения желчно-кислотной продукции печени предложена новая гипотетическая схема патогенеза псориаза. Было отмечено увеличение концентрации свободных желчных кислот в сыворотке крови, происходящее в результате возможного нарушения конъюгирующей функции печени (соединения с аминокислотами – глицином и таурином). На основании проведенных научных исследований удалось построить стройную систему патогенеза псориаза, сущность которого основана на следующих положениях.

Свободные желчные кислоты, циркулирующие в крови у больных псориазом вследствие нарушенной конъюгирующей функции печени, являясь токсичными по своей природе, могут разрушать некоторые ткани и клетки. Соли желчных кислот, действуя токсично на ряд тканей, не соприкасающихся с ними, вызывают повышение проницаемости мембран и местное воспаление, лизируют митохондрии клеток. В конкретном случае производные холановой кислоты, возможно, нарушают целостность стенок кровеносных сосудов, повышают их проницаемость и расширяют просветы сосудов сосочкового слоя дермы. На наш взгляд, желчные кислоты также действуют токсично на нервные окончания как здорового, так и пораженного участка кожи, обуславливая нарушение их структуры. Накопление свободных желчных кислот в сосудистом русле поверхностного сосудистого сплетения дермы в периваскулярном пространстве, а также проникновение их через базальную мембрану в эпидермис способствует положительному хемотаксису нейтрофилов, формированию в этих участках эпидермиса микроабсцессов Мунро и пустул Когоя. Лизис нейтрофильных лейкоцитов обуславливает накопление метаболитов арахидоновой кислоты, в частности лейкотриена В₄, 12-НЕТЕ и 15-НЕТЕ, которые также способны усиливать хемотаксис клеток миелоидной системы.

Высокая концентрация желчных кислот в периферической крови вызывает раздражение нервных окончаний и появление зуда в прогрессирующей стадии и при осложненных формах псориаза. Очевидно, увеличение содержания в сыворотке крови аминокислоты – глицина – в результате возможного нарушения конъюгирующей функции печени способствует ее проникновению через проницаемые сосуды в поврежденные участки гистиона кожи и дальнейшему включению глицина в синтез пуриновых нуклеотидов пролиферирующих эпидермоцитов в псориазических очагах, что не нашло своего отражения в доступной нам литературе.

Можно предположить, что у больных псориазом имеет место нарушение инициальных механизмов желчно-кислотной продукции печени, в частности ее глицин-конъюгирующей функции (соединение аминокислот глицина с желчными кислотами). Длительное нарушение желчно-кислотной продукции печени, по всей вероятности, способствует формированию морфологических изменений в печеночной ткани по типу стеатоза, перипортальной инфильтрации, локального фиброза в результате развития холестаза и дисфункций желчевыводящей системы.

На основе вышеизложенного возможно выдвинуть несколько перспективных направлений дальнейшего изучения патогенеза псориаза:

1. Создание лекарственных препаратов, улучшающих синтетическую функцию печени, в частности ее глицин-конъюгирующие свойства.

2. Совершенствование терапии больных псориазом с осложненными вариантами течения заболевания (с артропатией, эритродермией и пустулезной формой болезни) на основе коррекции вторичных иммунных нарушений.

3. Совершенствование терапии больных псориазом, у которых сформировались необратимые органические изменения в гепатобилиарной системе.

Таким образом, проведение дальнейших научных исследований в данных направлениях позволит оптимизировать поиск, дополнить патогенез псориаза и создать лекарственные средства в терапии этого дерматоза.

На кафедре ведется активная работа по дальнейшему наращиванию научного потенциала, которая реализуется в проведении ряда дополнительных научных исследований. Подготовлена диссертационная работа канд. мед. наук, доцента А.А. Койбагаровой на тему: “Этиопатогенетические особенности развития латентной инфекции у лиц, проживающих в горных условиях вблизи урановых хвостохранилищ”. На основе данной научной работы предполагается создать принципиально новые методы лечения вирусной инфекции, которые защищены патентами Кыргызской Республики.

Старший преподаватель кафедры Д.А. Садыкова провела научные исследования, которые легли в основу ее кандидатской диссертации “Клинико-иммунологические особенности течения и совершенствование терапии больных атопическим дерматитом с сопутствующей патологией гепатобилиарной системы”. В диссертации реализованы совершенно новые принципы патогенетической терапии АД, основанные на применении препаратов урсодезоксихолевой кислоты (урсосан, урсофальк, холудексан). Их использование позволит значительно сократить пребывание больных в стационаре и число рецидивов дерматоза. Новые подходы к терапии АД защищены патентами Кыргызской Республики. Создана новая гипотетическая модель развития атопического дерматита.

С момента основания кафедры по линии дерматовенерологии опубликовано более 110 статей и научных работ, в том числе 15 патентов на изобретения. Многие труды опубликованы за рубежом и представлены как на европейских конгрессах

академии (Вена–2007, Париж–2008 и Берлин–2009 гг.), так и на Всемирном конгрессе дерматовенерологов (Буэнос-Айрес–2007). Выпущены три монографии и учебник для медицинских вузов. Ряд статей опубликован в научных журналах Российской Федерации, Кыргызстана и Казахстана. Сотрудники кафедры регулярно участвуют с докладами на научных конференциях, проводимых обществом дерматовенерологов Кыргызской Республики. За время существования кафедры было защищено 5 кандидатских диссертаций.

Для успешного научного роста молодых ученых на кафедре существует как очная, так заочная формы обучения в аспирантуре. Под руководством старших наставников и аспирантов в студенческом научном кружке студенты приобщаются к научным исследованиям.

Кафедра дерматовенерологии и фтизиатрии КРСУ вносит свой определенный вклад в улучшение состояния дерматовенерологической помощи практическому здравоохранению. Проведен анализ состояния дерматовенерологической службы в КР и динамики заболеваемости инфекций, передающихся половым путем, и заразных кожных болезней. Выводы по решению этой проблемы оформлены в виде рекомендаций и представлены в соответствующие органы здравоохранения.

Следует отметить тот факт, что по сравнению с 90-ми гг., отмечается тенденция к снижению заболеваемости сифилисом и гонореей в относительных показателях. Однако официальные данные не соответствуют реальной действительности. Остаются высокими показатели заболеваемости другими урогенитальными инфекциями, такими как кандидоз, трихомониаз, хламидиоз, гарднереллез. Вне поля зрения остаются больные, которые лечатся в частных структурах.

При стабильном росте числа больных ВИЧ-инфекцией не может быть и речи о снижении заболеваемости венерическими заболеваниями ввиду общих путей заражения.

Причинами роста заболеваемости сифилисом являются: крайне неблагоприятная эпидемиологическая ситуация, повышенная миграция населения, снижение жизненного уровня, безработица, проституция, алкоголизм, наркомания, падение моральных устоев, а также ухудшение качества медицинской помощи.

Отмечается стабильное увеличение числа больных, страдающих вторичной и скрытой формами сифилиса. Это указывает на плохую диагностику на первичном уровне, т. е. на уровне поликлиник и ЦСМ. Наличие таких больных свидетельствует о поздней диагностике болезни врачами

как в амбулаторных, так и стационарных условиях, а также о нарушении взаимосвязи между дерматовенерологами и специалистами смежных дисциплин, в частности педиатрами, хирургами и урологами.

В республике сохраняется большое число рожденных детей с врожденным сифилисом. Почему это происходит?

1. Конечно, нельзя отрицать факторы, обуславливающие рост данной формы сифилиса: высокая миграция сельского населения в города, и в связи с этим – нарушение участкового принципа наблюдения врачами акушерами-гинекологами, которые не знают всех беременных женщин, подлежащих учету. Женщины заняты поиском работы, либо имеющаяся работа не позволяет им вставать своевременно на учет, так как они проживают вдалеке от родных мест. Обращение происходит на последних сроках беременности, либо перед родами и не по месту жительству.

2. Недостаточное взаимодействие между дерматовенерологами и акушерами-гинекологами.

3. Слабая теоретическая подготовка врачей первичного звена здравоохранения по поводу клиники, диагностики и профилактики венерических заболеваний. Основная регистрация больных врожденным сифилисом наблюдается в центральных областях и городах, где имеется лучшее техническое оснащение и налаженная лабораторная служба, а также наличие квалифицированных врачей. Ситуация по врожденному сифилису на данный момент остается весьма напряженной.

За последние годы отмечается наличие роста больных нейросифилисом. Причины следующие:

1. Слабое знание, поздняя диагностика сифилиса и несвоевременное его лечение врачами первичного звена здравоохранения, особенно в отдаленных областях. Основное количество больных нейросифилисом выявлено в Бишкеке, Джал-Абаде и Оше.

2. Своеобразие течения сифилиса дезориентирует больных, притупляет их бдительность и не позволяет им своевременно обращаться к врачам дерматовенерологам.

3. Неэффективность существующих схем лечения поздних форм сифилиса, а именно: применение в лечении вторичной и скрытой форм сифилиса экстенциллина и ретарпена, которые не проникают через гемато-энцефалический барьер и не способствуют санации нервной ткани от бледной трепонемы, проникшей в начале вторичного периода сифилиса.

При анализе дерматологического профиля заболеваний отмечен высокий рост числа больных, обращающихся в РЦДВ по поводу заболеваний

социально-значимыми болезнями кожи, таких как экзема, псориаз, тяжелые формы дерматозов, атопический дерматит (диффузный нейродермит). Увеличилась и нагрузка стационара, в котором за истекший год было пролечено около 1200 больных, что существенно превышает показатели предыдущих лет.

Необходимо отметить, что РЦДВ для ведения как кожных, так и венерических больных приспособлен лишь частично. В палатах наблюдается большая скученность больных, особенно в детском кожном отделении. Возникает большая проблема по эпидемиологическим соображениям, если в кожную палату поступает больной, страдающий как кожным заболеванием, так и чесоткой. Отсутствуют отдельные палаты для особо тяжелых больных, страдающих пузырчаткой, системной красной волчанкой и дерматомиозитом, в палатах отсутствует сантехника, ограничен ассортимент лекарственных препаратов, необходимых для тяжелых дерматологических больных. Крайне необходимы меры по восстановлению в Кыргызской Республике дерматовенерологической службы.

Следует отметить – как следствие реформирования здравоохранения – ситуация с кожно-венерическими заболеваниями только усугубилась: зарегистрированы рост венерических и заразных кожных заболеваний и целый ряд негативных последствий.

1. Нарушение структуры дерматовенерологической службы (сокращение кожно-венерологических диспансеров в ряде областей с 10 до 2); в настоящее время находится в аварийном состоянии здание РЦДВ. Остро ощущается нехватка квалифицированных врачебных и научных кадров, сокращен до минимума коечный фонд стационара.

2. Функции дерматовенерологов переданы врачам первичного звена здравоохранения поликлинической службы ЦСМ (центр семейной медицины), которые имеют слабую теоретическую и практическую подготовку в диагностике и лечении кожных и венерических болезней.

3. Наблюдается недостаточный уровень теоретических и практических знаний в области ИППП, в диагностике и лечении венерических болезней у врачей смежных специальностей.

4. Бесконтрольное лечение ИППП врачами смежных специальностей. Использование недостаточных курсовых доз применяемых препаратов в лечении ИППП без учета условий региона Центральной Азии, в частности в Кыргызской Республике.

5. Широкая пропаганда сексуальных отношений в органах СМИ.

6. Недостаточная эффективность мероприятий первичной профилактики ИППП среди населения, особенно молодежи.

7. Слабое взаимодействие между службами КВД и органами внутренней службы правопорядка.

8. Усугубление ситуации среди молодого населения по наркозависимости. Дальнейший рост наркомании и токсикомании.

Для восстановления дерматовенерологической помощи в Кыргызской Республике и оказания эффективной лечебно-профилактической помощи населению, по нашему мнению, необходимо проведение следующих мероприятий:

- Ввиду роста числа заразных кожных и венерических болезней, истинное число которых по всей вероятности намного выше официальных отчетных данных необходимо ходатайствовать перед Министерством здравоохранения и правительством Кыргызской Республики о расширении базы РЦДВ.
- Возложить на РЦДВ организующую и контролирующую роль по борьбе с распространенными заразными кожными и венерическими заболеваниями. Создание базы для проведения многопрофильных научных исследований.
- Создание необходимых условий для работы кафедр дерматовенерологии, организованных на базе РЦДВ и клиник Кыргызской Государственной медицинской академии, с предоставлением учебных помещений для проведения учебного процесса и научных исследований. Приблизить консультативно-шефскую помощь кафедр населению.
- Обязать частные структуры по оказанию врачебной помощи предоставлять достоверную отчетную информацию по ИППП Республиканскому центру дерматологии и венерологии.
- Пересмотреть курсовые дозы препаратов и усовершенствовать методы лечения ИППП с учетом условий региона Центральной Азии, ввиду учащения случаев рецидивов сифилиса и появления поздних его форм с поражением нервной системы после лечения стандартными методиками дюрантными препаратами пенициллина, базирующимся на европейских схемах.
- По возможности восстановить областные КВД.
- Оснастить лабораторную службу РЦДВ по диагностике и лечению ИППП современными тестовыми системами ПЦР, ПИФ.
- Создание условий для подготовки научных кадров по дерматовенерологии. Восстановление научных связей с дерматовенерологическими центрами Российской Федерации и республик Центральной Азии. Повышение квалификации сотрудников РЦДВ и кафедр в ведущих дерматовенерологических центрах России.
- Создание более совершенных совместных программ между службой дерматовенерологии и представителями СМИ, органами правопорядка по профилактике ИППП среди населения, особенно молодежи.
- В связи с этим контроль и профилактика ИППП должна всегда оставаться одним из приоритетных направлений в сфере охраны здоровья населения и находиться в сфере государственной политики Кыргызской Республики.

За научные достижения в области лечения социально значимых дерматозов и инфекций, передающихся половым путем в 2012 г. профессор М.К. Балтабаев награжден золотой медалью Всемирной организации интеллектуальной собственности (ВОИС).