

10. Неустроева Т.С. и соавт. // Тот же источник. – С.48-49.

11. Неустроева Т.С., Кривошапкин В.Г., Григорьева Л.И. и др. // Медицинская география на пороге XXI века: Материалы X Всероссийской конференции по медицинской географии с Международным участием. – С.-Пб., 1999. – С.171-173.

12. Неустроева Т.С., Григорьева Л.И. Балтахинова М.Е. Тезисы докладов X Российско-Японского медицинского симпозиума. – Якутск, 2003. – С. 493.

13. Саввинов Д.Д., Прокопьев Н.П., Федоров В.В. и др. Аласные экосистемы (Учебно-методическое пособие для учителей). – Якутск, 2002. – 68 с.

14. Современная демография: «Учебное пособие для студентов, аспирантов университетов, занимающихся народонаселением» / Под ред. Кваши А.Я., Ионцева В.А. – М.: Изд-во МГУ. – 1995. – 272 с.

15. Федорова М.А., Тимофеев Г.А., Кривошапкин В.Г. Йод и здоровье населения Сибири. – Новосибирск: Наука, 2002. – С.141-152.

Л.И. Петрова, В.А. Алферьев

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) ЗА ПЕРИОД 2003-2005 гг.

Одной из важнейших задач дерматовенерологической службы является изыскание и внедрение новых, более современных форм и методов деятельности органов и учреждений здравоохранения по борьбе с инфекциями, передающимися половым путем, на основании углубленного анализа.

Инфекции, возбудители которых передаются половым путем многочисленны: сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, герпес уrogenитальный, аногенитальные бородавки, гепатит В, ВИЧ и другие. Их широкое распространение во всем мире определяет не только медицинскую, но и огромную социальную значимость этой проблемы.

На уровень заболеваемости венерическими болезнями влияют следующие факторы: социально-экономические (низкий уровень жизни людей, алкоголизм, наркомания, проституция, миграция населения и прочее); психологические (возрастающее ослабление семейных связей, половое поведение молодежи, раннее начало половой жизни, сексуальная революция); медицинские (самолечение, лечение у частнопрактикующих врачей без дальнейшего контроля излеченности заболевания) и пр.

В г. Якутске в 1927 г. был открыт Якутский республиканский кожно-венерологический диспансер (ЯРКВД) для осуществления лечебно-профилактических мероприятий по борьбе с венерическими и кожными заболеваниями. В настоящее время ЯРКВД является организационно-методическим центром оказания высококвалифици-

рованной, специализированной помощи населению РС(Я). ЯРКВД имеет стационар на 100 коек (венерологическое отделение – 50 коек, дерматологическое отделение – 50 коек), поликлинику на 100 посещений в день. В каждом улусе при центральной улусной больнице (ЦУБ) имеются кожно-венерологические кабинеты; в городах Мирный, Алдан, Нерюнгри функционируют диспансеры, что обеспечивает максимальное приближение специализированной кожно-венерологической помощи населению республики.

Одним из самых тяжелых и распространенных заболеваний среди инфекций, передаваемых половым путем, является сифилис. Несмотря на снижение заболеваемости сифилисом в целом, как в Российской Федерации, так и в Республике Саха (Якутия), уровень её остается высоким. За период 2003-2005 гг. по РС(Я) и г. Якутску отмечается снижение показателя заболеваемости на 100тыс. населения: по РС(Я) в 1,2 раза, а по г.Якутску в 1,3 раза (рис.1). Более высокая заболеваемость отмечается по г. Якутску, что, вероятно, связано с большой миграцией

населения и отсутствием должного контроля за состоянием здоровья мигрантов.

Заболеваемость сифилисом в разные годы отличается уровнем регистрации больных не только в целом, но и по месту жительства. Соотношение выявленных больных сифилисом среди городских и сельских жителей в 2005 г. составляет: из 841 больного, сельских жителей – 210 (25%), городских – 631 (75%). Т.о. городских жителей в три раза больше, чем сельских. Отмечаются особенности заболеваемости населения республики и по улусам. Так, при снижении заболеваемости населения сифилисом за 2005 г. отмечается её повышение в таких улусах, как Олекминский – на 14 случаев (40-148,8); Горный – на 15 случаев (16-

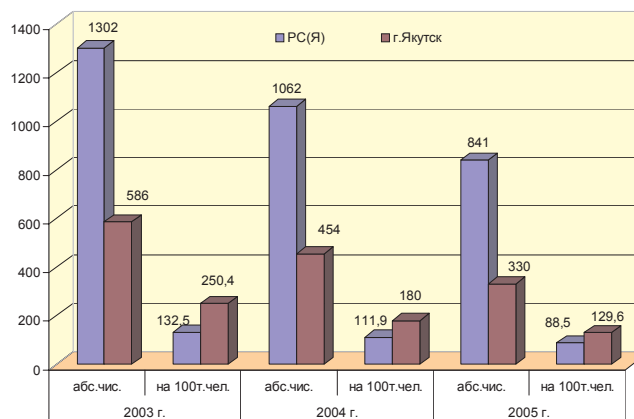


Рис.1. Заболеваемость сифилисом за 2003-2005 гг. в г. Якутске и РС(Я)

Таблица 1

Удельный вес отдельных форм сифилис в динамике за 2003-2005 гг.

Наименование показателей	КОД по МКБ-10 пересмотра	2003		2004		2005	
		абс.чис.	%	абс.чис.	%	абс.чис.	%
Сифилис – все формы	A 51 - A 53	1302	100	1062	100	841	100
Первичный сифилис	A 51.0 – A 51.2	218	16,7	222	20,9	114	13,5
Вторичный сифилис	A 51.3 – A 51.4	631	48,5	442	41,6	427	50,7
Ранний скрытый сиф.	A 51.5 – A. 51.9	426	32,7	388	36,5	285	33,8

ПЕТРОВА Любовь Иннокентьевна – ст. препод. МИ ЯГУ, гл. внештатный дерматовенеролог РС(Я); **АЛФЕРЬЕВ Василий Алексеевич** – засл. врач РФ и РС(Я), гл. врач ЯРКВД.

Таблица 2

Динамика заболеваемости сифилисом в возрастных группах за 3 года

Год, количество, процент		всего	0-14	15-17	18-19	20-29	30-39	40 и выше
2003 г.	Абс. чис.	1302	4	45	85	580	306	282
	%	100	0,3	3,5	6,5	44,5	23,5	21,6
2004 г.	Абс.чис.	1062	10	28	72	489	244	219
	%	100	0,9	2,6	6,8	46,0	23,0	20,6
2005 г.	Абс. чис.	841	9	22	59	431	155	165
	%	100	1,0	2,6	7,0	46,0	18,4	19,6

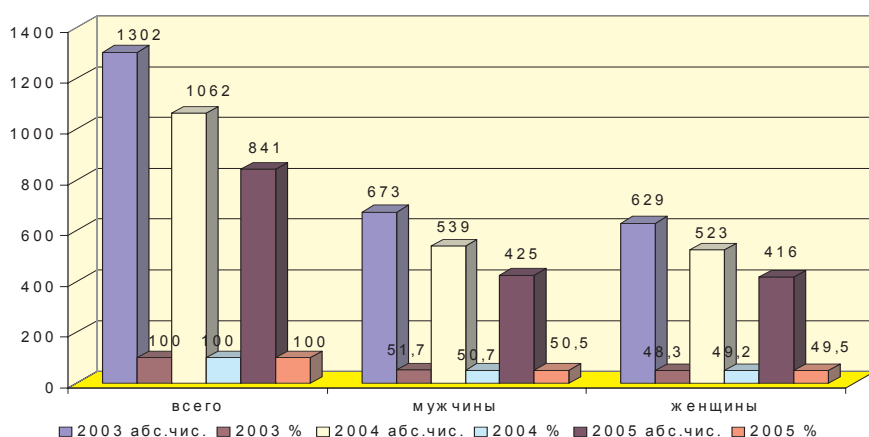


Рис.2. Распределение больных сифилисом по половому признаку за период 2003-2005 гг.



Рис.3. Динамика удельного веса беременных женщин, больных сифилисом

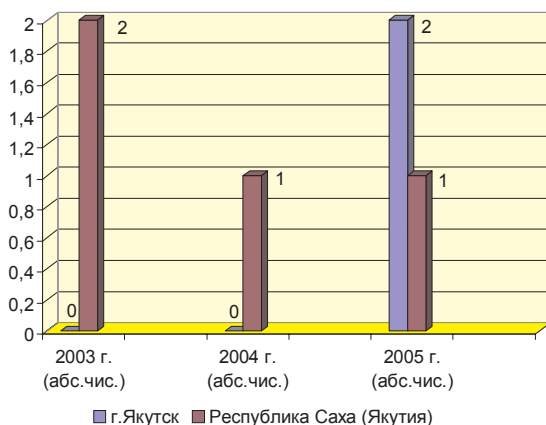


Рис.4. Динамика врожденного сифилиса в г.Якутске, РС(Я) за 2003-2005 гг.

33,8 соответственно в 2003; 2004; 2005 гг.), что определяет повышенную эпидемиологическую опасность по данной инфекции как в г. Якутске, так и в РС(Я) (табл.1).

Анализ возрастной структуры (табл.2) больных сифилисом четко выявляет группу риска заражения, в которую входят лица в возрасте от 20-29 лет (44,5%, 46,0 и 46,0% соответственно в 2003, 2004, 2005 гг.), что связано с наибольшей половой активностью данной возрастной группы. При этом сохраняется высокий удельный вес заболеваемости в данной возрастной группе.

Соотношение заболеваемости по половому признаку не изменяется, незначительно преобладают лица мужского пола (рис.2).

Особую тревогу вызывает удельный вес больных сифилисом беременных женщин, который остается стабильно высоким от 11,8% в 2003 до 11,5 в 2005 г. (рис.3). Одним из важнейших методов профилактики врожденного сифилиса являются активное выявление и полноценное лечение женщин до и во время беременности. Врожденный сифилис как в г.Якутске, так и в РС(Я) диагностируется в единичных случаях (рис.4).

Таким образом, данный анализ эпидемиологической ситуации свидетельствует, что заболеваемость сифилисом снижается, при этом сохраняются определенные соотношения между отдельными формами сифилиса. Особо следует отметить значительный удельный вес скрытого сифилиса, который представляет повышенную эпидемиологическую опасность. Необходимо также отметить, что несмотря на снижение заболеваемости, уровень его остается высоким. Так, в 2005 г. в РС(Я) была зарегистрирована заболеваемость сифилисом 88,5 на 100 тыс. населения, которая превышает показатель 1990г., составлявший 0,9 на 100 тыс. населения, в 98,3 раза.

Важным элементом предупреждения данной инфекции является дальнейшее усовершенствование системы своевременного, достоверного и конфиденциального информирования населения, особенно молодежи, об опасности ИППП, способах их предупреждения, пропаганда традиционных моральных ценностей; борьба с алкоголизмом, наркоманией; полный охват профилактическими осмотрами лиц, работающих в негосударственных структурах; учет лиц, приезжающих на временные заработки.

140,0); Хангаласский – на 16 случаев (25-71,1). Снижение заболеваемости отмечается в г. Алдане – на 26 случаев (108-222,6); Нюрбинском улусе – на 21 случай (40-157,3); Мирнинском – на 16 случаев (29-33,9); Момском – на 9 случаев (4-85,0). Не зарегистрирован в Абыйском, Аллаиховском, Верхнеколымском, Оленекском и Эвено-Бытантайском улусах.

С точки зрения эпидемиологии, для заболеваемости сифилисом характерно волнообразное течение: периоды спада и роста (Г.В. Банченко, И.М. Рабинович, 2002г). При увеличении заболеваемости резко возрастает число больных ранними формами сифилиса; при снижении повышается удельный вес больных со скрытыми и поздними формами поражения нервной системы и внутренних органов. Обращает внимание высокий удельный вес раннего скрытого сифилиса (32,7; 36,5;

Литература

Буркина Г.Н., Севашевич А.В., Кабирова З.С. и др. Клинико-эпидемиологические особенности течения сифилиса в Санкт-Петербурге // Вестник дерматологии и венерологии. – 2006. – 1. – С.46-49.

Верба Я.И., Середин В.Г., Хуако В.Г., Моисеева В.В., Авдеев Н.Н. Роль меди-

ко-социальных факторов в распространении ИППП в Республике Адыгея // Первый Российский конгресс дерматовенерологов. – 2003. – Т. II. – С.183-184.

Вислобоков А.В. Особенности клинических проявлений сифилиса у сельских жителей // Российский журнал кожных и венерических заболеваний. – 2006. – 1. – С.46-49.

Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. Кожные и венерические болезни. – М., 1999. – Т. I. – С.466-590.

Яцуха М.В., Иванова М.А., Аверина В.И. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации в 2002г. в общей структуре инфекций передающихся половым путем // Первый Российский конгресс дерматовенерологов. – 2003. – Т. II. – С.216.

ОБМЕН ОПЫТОМ

В.М. Аргунова, С.С. Мухаметова, Е.И. Алексеева

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФЛИКСИМАБА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Кардиоревматологическое отделение (КРО) ПЦ НЦМ-РБ№1 открыто 01.09.02, в отделении на 20 коек получают лечение больные с кардиологической и ревматологической патологией. Удельный вес ревматологических больных составляет около 14% в структуре выписанных больных, из них 50% приходится на ювенильный ревматоидный артрит и ювенильный спондилоартрит (ЮАС), который имеет широкое распространение в РС (Я).

В сообщении представлены двое больных, наблюдаемых в КРО ПЦ, с тяжелым течением ЮАС, резистентным к комбинированной терапии, которым проводится лечение инфликсимабом (Ремикейд, фармацевтическая компания «Schering-Plough»). Лечение начато под руководством проф., д.м.н. Е.И. Алексеевой в ревматологическом отделении НЦЗД, г.Москва.

Случай 1. Пациентка С. 16 лет, якутка, диагноз: ЮАС, носительство HLA B27-антигена, страдает псориазом в куммулярной форме, дебют в 2003г., с января 2004г. – артралгии в межфаланговых суставах кистей. С июня 2004г. – клиника артрита с поражением обоих лучезапястных суставов (боли, ограничение движения), получала лечение с диагнозом: псориатический артрит: сульфасалазин; найз. Поступила в КРО 01.10.04г., где сульфасалазин и найз были отменены. В ОАК – СОЭ до 43 мм/час, боли, оте-

чность в правом лучезапястном суставе. В лечении получала: диклофенак, курсы антибактериальной терапии: цефазолин, сумамед, цифран. С конца октября появилась выраженная утренняя скованность. Подключен метотрексат в дозе 10 мг/кг веса, 2-кратно в/суставно дипроспан. С 16.11.04г. состояние ухудшилось: повышение температуры тела до 37,5°C, нарастание отека лучезапястных суставов, выраженная утренняя скованность, боли в правом коленном, левом голеностопном суставах, боли в поясничном отделе позвоночника, по утрам себя не обслуживает. Проведена пульс-терапия метипредом по схеме: 250 мг (№2), 185 мг (№2), 125 мг (№2), 62,5 мг (№4); иммуновенин в дозе 1г/кг; также продолжает получать метотрексат (10 мг на кв. м) На фоне терапии положительной динамики нет, в ОАК СОЭ до 58 мм/час – 63 мм/час, лейкоцитоз 18 тысяч, к терапии возвращен сульфасалазин 30 мг/кг. После отмены метипреда ухудшение состояния: температура до 38°C, нарастание болей в суставах, была направлена в НЦЗД г.Москвы, где резистентность к вышеперечисленной терапии послужила основанием к назначению инфликсимаба. Первое введение проведено 22.02.05 г. (200 мг), на следующий день после него значительное улучшение состояния: исчезла утренняя скованность, купировались артралгии и экссудативные изменения в 2 л/з и левом г/с суставах, значительно вырос объем движений, второе введение инфликсимаба 9.03.05 г. (300 мг), третье – 4.04.05 г., четвертое – 5.06.05 г. 300 мг, пятое введение 4.08.05 г. 100 мг. После третьего введения вырос объем движений в правом лучезапястном суставе, нормали-

зовались СОЭ и СРБ.

С сентября лечение инфликсимабом проводится в КРО в г.Якутске по месту жительства: 6–7–8–9-е введения по стандартной схеме, каждые 8 недель путем внутривенных инфузий по 300 мг (6 мг/кг), без осложнений; продолжается прием метотрексата в НД 13,75 мг. Суставной синдром вне обострения, системных проявлений нет, показатели СОЭ, СРБ, биохимические анализы крови в пределах нормы.

Таким образом, на фоне комплексной терапии отмечено купирование системных проявлений, суставного синдрома, отменен сульфасалазин.

Случай 2. Пациент Ж.10 лет, якут, диагноз: ЮАС, серонегативный. Из анамнеза: дебют заболевания в октябре 2001 г. после перенесенного ОКИ (17.09.01 г.), с 3.10.01 г. стали беспокоить боли в левом локтевом, коленных, лучезапястных суставах, отмечает утреннюю скованность. С 9.10.01 г. по 13.12.01 г. поступает на стационарное лечение в КРО ПЦ проведено лечение: гормонотерапия (преднизолон 20 мг), цитостатическая терапия (метотрексат 8,6 мг/неделю). На фоне проведенного лечения состояние улучшилось, движения суставов в полном объеме, болевого синдрома нет, сохранялась утренняя скованность. При выписке даны рекомендации продолжить прием преднизолона до 20.12.01 г., метотрексата по 8,6 мг/неделю. Получал лечение метотрексатом в течение 2 лет амбулаторно, регулярно, обострений не было, препарат отменен ч/з 2 г.

В январе 2005 г. у ребенка в течение 3 недель был длительный запор, на фоне каловой интоксикации 29.01.05 г. состояние ребенка ухудшилось: вновь появились боли в колен-

АРГУНОВА Вера Маична - зав. отделением ПЦ РБ №1-НЦМ; **МУХАМЕТОВА Светлана Сергеевна** - врач-ординатор ПЦ РБ №1-НЦМ; **АЛЕКСЕЕВА Екатерина Иосифовна** - д.м.н., проф., гл. внештатный кардиолог МЗ РФ, зав. отделением Научного центра здоровья детей (г. Москва).