Заключение. В XXI в., по сравнению с прошлым столетием, более четко выражена тенденция к накоплению случаев заболеваемости псориазом в возрастной категории от 10 до 30 лет; увеличилась доля больных с тяжелыми формами псориаза, экссудативным и пустулезным псориазом. Подавляющее количество случаев начала псориатического артрита регистрируется в возрастном периоде от 30 до 50 лет, что составляет более 60%. В настоящее время достоверно увеличилось количество больных с псориатическим артритом с экссудативной формой поражения псориаза.

Конфликт интересов не заявляется.

Авторский вклад: концепция и дизайн исследования, анализ и интерпретация результатов, написание статьи — О.И. Нелюбова, С. Р. Утц; получение и обработка данных — О.И. Нелюбова; утверждение рукописи для публикации — С. Р. Утц.

References (Литература)

1. Smriti K. Raychaudhuri, Emanual Maverakis, Siba P. Raychaudhuri. Diagnosis and classification of psoriasis. Autoimmunity Reviews 2014; 13: 490–495.
2. Utz SR. Modern approaches to therapy of a psoriasis. Remedium Privolzhye 2016; 1(141): 28-30. Russian (Утц С.Р. Современные подходы к терапии псориаза. Ремедиум Приволжье 2016; 1 (141): 28–30.).
3. Menter MA, Christopher EM, Griffiths EC. Psoriasis: the future. Dermatol Clin 2015; 33: 161–166.
4. Bakulev AL. Strategy "to achieve the goal of treatment" for psoriasis. Topical issues of the sustainability of biological therapy. Vestnik dermatologii i venerologii 2016; (5): 32-38. Russian (Бакулев А.Л. Стратегия "лечение до достижения цели" при псориазе. Актуальные вопросы устойчивости биологической терапии. Вестник дерматологии и венерологии. 2016; (5): 32–38).
5. Johnson MA, Armstrong AW. Clinical and Histologic Diagnostic Guidelines for Psoriasis: A Critical Review. Clinic Rev Allerg Immunol 2013; 44: 166–172.
6. Bronckers MG, Paller AS, Geel MJ, et al. Psoriasis in Children and Adolescents: Diagnosis, Management and Comorbidities. Pediatr Drugs 2015; 14: DOI 10.1007/s40272-015-0137-1.
7. Meier M, Sheth PB. Clinical Spectrum and Severity of Psoriasis. Management of Psoriasis 2009; 38: 1–20.
8. Dovzhansky SI, Utz SR. Psoriasis or psoriatic disease. Saratov: Publishing House of Saratov University, 1992; 172 p. Russian (Довжанский С. И., Утц С. Р. Псориаз или псориатическая болезнь. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1992; 172 с.).
9. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, et al. Global Epidemiology of Psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. Journal of Investigative Dermatology 2012; 2: 1–9.
10. Ladizinski B, Lee KC, Wilmer E, et al. A Review of the Clinical Variants and the Management of Psoriasis. Clinical Management Extra Advances in Skin & Wound Care 2013; 26: 271–284.
11. Naldi L, Gambini D. The clinical spectrum of psoriasis. Clinics in Dermatology 2007; 25: 510–518.
12. Slesarenko NA, Utz SR. The role of bacterial infection in the pathogenesis of psoriasis. Journal of Dermatology and Venereology 2016; 3: 29–35. Russian (Слесаренко Н.А., Утц С. Р. Роль бактериальной инфекции в патогенезе псориаза. Вестник дерматологии и венерологии 2016; 3: 29–35).
13. Weinberg JM, Lebwohl M. Advances in Psoriasis: A Multisystemic Guide. Springer London Heidelberg New York Dordrecht 2014: 301–315.
14. Ryan C, Korman NJ, Gelfand JM. Research gaps in psoriasis: opportunities for future studies. J Am Acad Dermatol 2014; 70: 146–67.
15. Christophers E. Psoriasis: epidemiology and clinical spectrum. Clinical and Experimental Dermatology 2001; 26: 314–320.
16. Znamenskaya LF, Melekhina LE, Bogdanova EV, et al. Incidence and prevalence of psoriasis in the Russian Federation. Journal of Dermatology and Venereology 2012; 5: 20–29. Russian (Знаменская Л.Ф., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В. и др. Заболеваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации. Вестник дерматологии и венерологии 2012; 5: 20–29).

УДК 616.972 (470.44) Оригинальная статья

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ НА ТЕРРИТОРИИ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ (2011-2015)

Д.А. Шнайдер *— ГУЗ «Саратовский областной кожно-венерологический диспансер», главный врач;* ***С. Р. Утц*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук;* ***Л.А. Шерстобитова —*** *ГУЗ «Саратовский областной кожно-венерологический диспансер», заместитель главного врача по медицинской части;* ***В.В. Мартынова*** *— ГУЗ «Саратовский областной кожно-венерологический диспансер», заместитель главного врача по организационно-методической работе;* ***Е.Н. Горных —*** *ГУЗ «Саратовский областной кожно-венерологический диспансер», заведующий организационно-методическим отделом.*

ANALYSIS OF SYPHILIS INCIDENCE AT THE TERRITORY OF SARATOV REGION (2011-2015)

D.A. Schnaider *— Saratov Regional Dermatovenerological Dispensary, Head Physician;* ***S. R. Utz*** *— Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science;* ***L.A. Sherstobitova —*** *Saratov Regional Dermatovenerological Dispensary, Deputy Director, Medicine Divisional Manager;* ***V.V. Martynova*** *— Saratov Regional Dermatovenerological Dispensary, Deputy Director, Organizational and Methodical Manager;* ***E.N. Gornykh —*** *Saratov Regional Dermatovenerological Dispensary, Head of Organizational and Methodical Department.*

Дата поступления — 28.08.2016 г. Дата принятия в печать — 15.09.2016 г.

Шнайдер Д.А., Утц С. Р., Шерстобитова Л.А., Мартынова В.В., Горных Е.Н. **Анализ заболеваемости сифилисом на территории Саратовской области (2011-2015). Саратовский научно-медицинский журнал 2016; 12 (3): 475–481.**

Цель: анализ динамики и структуры заболеваемости сифилисом в Саратовской области за период 2011–2015 гг. *Материал и методы*. Проанализированы материалы форм государственного статистического наблюдения за 2011–2015 гг. *Результаты.* Анализ данных форм государственного наблюдения за указанные годы показал тенденцию к снижению сифилитической инфекции. Однако в ряде территорий Саратовской области регистрируется неблагополучная ситуация. Показатели заболеваемости по сифилису позднему и нейросифилису сохраняют тенденцию к росту. *Заключение.* Сифилис оказывает негативное влияние на репродуктивное здоровье населения. Частота его распространения должна быть под контролем особенно в условиях демографического кризиса.

Ключевые слова: заболеваемость сифилисом, структура заболеваемости сифилисом, врожденный сифилис, статистическая информация.

***Schnaider DA, Utz SR, Sherstobitova LA, Martynova VV, Gornykh EN.* Analysis of syphilis incidence at the territory in Saratov region (2011-2015). Saratov Journal of Medical Scientific Research 2016; 12 (3): 475–481.**

Aims: analysis of dynamics and pattern of syphilis incidence in 2011–2015 years in Saratov region. *Materials and methods*. The article provides analysis of the state statistical supervision forms from 2011–2015. *Results.* The analysis of the data obtained from the state statistical supervision forms during 2011–2015 years has shown the decreasing tendency of syphilis incidence. However, an unfavorable situation still remains in number of territories of Saratov region. The indicators of morbidity caused by late syphilis and neurosyphilis have increased. *Conclusion.* High incidence of syphilis has negative effect on the reproductive health of the general population. The fast spread of disease is generating special interest in conditions of demographic crisis.

Key words: incidence of syphilis, structure of syphilis incidence, congenital syphilis, statistical data.

Введение. Дерматовенерологическая помощь населению Саратовской области (СО) организована и оказывается согласно нормативным документам федерального и областного уровней, которые определяют принципы межведомственного взаимодействия, стандарты оказания медицинской помощи, порядок организации работы учреждений различного уровня, а также формы контроля за качеством оказания специализированной медицинской помощи.

Ключевыми принципами деятельности дерматовенерологической службы являются следующие: единое организационно-методическое руководство за проведением профилактических и противоэпидемических мероприятий, а также диспансерный метод организации работы [1].

В настоящее время в Российской Федерации (РФ) констатируется напряженная эпидемиологическая ситуация, связанная с продолжающейся регистрацией значительного числа заболеваний, передаваемых половым путем, являющихся одной из серьезных социально-медицинских и психологических проблем современности. Их значение определяется большой распространенностью и опасностью для различных институтов общества [1].

Заболеваемость сифилисом в России не была стабильной и менялась в динамике по годам. Наиболее интенсивный рост показателей заболеваемости отмечен в 1990-х гг. Максимальные показатели заболеваемости зафиксированы в 1997 г. [1].

Материал и методы. Проведен анализ форм федерального государственного статистического наблюдения №9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными болезнями» и №34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, и заразными кожными заболеваниями» (утвержденные приказом Росстата от 29.12.2011 № 520 (ред. от 27.11.2015, с изм. от 30.12.2015) «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения за деятельностью учреждений системы здравоохранения») за период с 2011 по 2015 г. Рассчитаны абсолютные и относительные показатели (%).

Результаты. В 2015 г в Российской Федерации было зарегистрировано 34426 вновь выявленных случаев сифилиса, заболеваемость за 5 лет сократилась в 1,6 раза (уровень снижения 64%), достигнув значения 23,5 случая на 100 тыс. населения в 2015 г. (рис. 1).

По итогам 2015 г. среднеобластной показатель заболеваемости сифилисом в Саратовской области на 100 тыс. населения составил 39,7 случая (всего 990 случаев), что на 5,9% выше значений 2014 г. (37,5 случая на 100 тыс. населения) и превышает показатели в 1,7 и в 1,8 раза по РФ и Приволжскому федеральному округу (ПФО) соответственно (табл. 1).

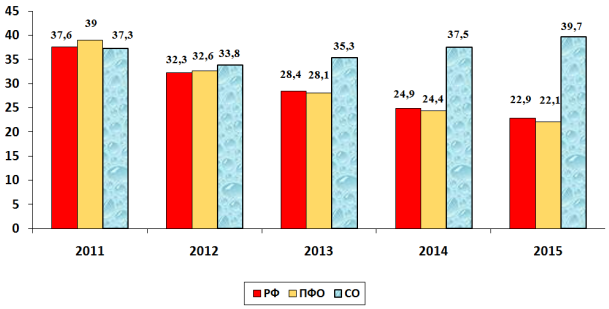

Рис. 1. Динамика заболеваемости сифилисом (2011–2015 гг.; на 100 тыс. населения)

РФ — Российская Федерация

ПФО — Приволжский федеральный округ

СО — Саратовская область

За 9 месяцев 2016 г. выявлено на территории Саратовской области всего 684 случая заболевания сифилитической инфекцией, что составляет 27,44 случая на 100 тыс. населения Саратовской области); это ниже аналогичного периода 2015 г. на 12,2%.

Анализ возрастного состава показал, что наибольший процент заболевших в Саратовской области составляют лица в группе 40 и более лет (57% от общей заболеваемости) и мужчины в данной категории заражаются чаще, тогда как в группе от 20 до 40 лет наибольший процент инфицируется среди лиц женского пола (табл. 2).

За 2015 г. зарегистрирован 1 случай сифилиса у детей в возрасте от 0 до 14 лет, с половым путем заражения. За последние 5 лет снижение заболеваемости среди данной категории произошло в 4 раза (рис. 2). За 9 месяцев 2016 г. в данной возрастной категории заболевших нет.

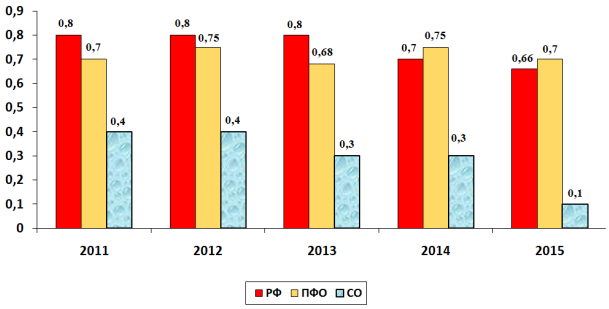

Рис. 2. Заболеваемость сифилисом среди детей 0–14 лет по отношению к общему числу больных с вновь установленным диагнозом «сифилис», %

РФ — Российская Федерация

ПФО — Приволжский федеральный округ

СО — Саратовская область

Ответственный автор — Мартынова Виктория Владимировна
Тел. (сот.): +79053843361
E-mail: sar-okvd@ya.ru

Таблица 1

Динамика заболеваемости сифилисом в Саратовской области (2011-2015)

Показатели	2011	2012	2013	2014	2015
Всего заболевших, человек	982	884	854	937	990
На 100 тыс. населения, человек	38,98	35,24	34,12	37,53	39,71
Изменение показателя по отношению к предыдущему году, %	–17,9	–9,6	–3,2	+9,9	+5,8

Таблица 2

Распределение по полу и возрасту больных сифилисом в Саратовской области (2011-2015), %

Возраст и пол	2011	2012	2013	2014	2015
0–14 лет	0,4	0,5	0,2	0,3	0,1
Мужчины	25	50	50	50	100
Женщины	75	50	50	50	0
15–17 лет	0,8	1,2	0,6	0,9	0,4
Мужчины	57	40	50	38	25
Женщины	43	60	50	62	75
18–19 лет	1,8	1,1	1,3	2,2	1,2
Мужчины	12	33	30	24	33
Женщины	88	67	70	76	67
20–29 лет	23,9	19,8	19,3	18,1	14,6
Мужчины	44	42	41	46	37
Женщины	56	58	59	54	63
30–39 лет	29,7	30,5	29,9	27,5	26,4
Мужчины	43	41	45	42	46
Женщины	57	59	55	58	54
40 и больше лет	43,5	46,9	48,7	50,8	57,3
Мужчины	55	48	54	53	54
Женщины	45	52	46	47	46

В ряде районов регистрация случаев данной инфекции превышает среднеобластные показатели в 1,5 и более раз (табл. 3).

Среди общего количества заболевших сифилисом за пятилетний период неработающее население в среднем составляло 70%.

Анализ клинических форм сифилиса показал, что среди всех больных с вновь установленным диагнозом наибольший удельный вес приходится на пациентов с бессимптомным течением заболевания (93,8%), как в РФ и ПФО.

Следует отметить, что увеличение заболеваемости сифилисом в 2015 г. сопровождается высокими показателями активного выявления с 82,4% в 2011 г. до 88,4% в 2015 г., что выше, чем в РФ и ПФО (рис. 3). В текущем периоде 2016 г. доля пациентов, выявленных активно, составляет 89,8%.

Таблица 3

Ранговая таблица районов области по заболеваемости сифилисом (2011, 2015)

Район	2011 год		2015 год		Темпы роста / снижения (в разы)
	Абс.	На 100000 нас.	Абс.	На 100000 нас.	
Лысогорский	3	15,09	13	66,7	+4,3
Екатериновский	1	5,07	4	21,04	+4
Пугачевский	14	22,71	27	45,26	+1,9
Саратовский	13	27,04	23	46,04	+1,8
Новобурасский	5	30,58	9	55,82	+1,8
Красноармейский	14	28,78	22	46,82	+1,6
Ровенский	8	47,86	13	76,62	+1,6

Окончание табл. 3

Район	2011 год		2015 год		Темпы роста / снижения (в разы)
	Абс.	На 100000 нас.	Абс.	На 100000 нас.	
Вольский	13	13,03	19	19,73	+1,5
Аткарский	8	19	12	29,31	+1,5
Петровский	8	17,53	12	27,62	+1,5
Воскресенский	7	57,83	10	82,32	+1,4
Б.-Карабулакский	7	22,05	10	33,95	+1,4
Федоровский	7	33,67	10	50,46	+1,4
Озинский	8	41,89	10	55,5	+1,3
Балтайский	3	24,53	4	34,88	+1,3
Марксовский	27	41,44	32	50	+1,2
Ртищевский	20	34,15	17	30,29	–0,9
г. Саратов	347	41,95	312	37,05	–1,1
Энгельсский	154	53,97	128	41,93	–1,2
Балаковский	82	37,26	69	32,2	–1,2
Калининский	8	24,09	6	18,96	–1,3
Советский	14	50,06	10	37,13	–1,4
Краснопартизанский	7	45,73	5	35,34	–1,4
Духовницкий	3	23,25	2	16,36	–1,5
Балашовский	33	29,17	19	17,37	–1,7
Ершовский	21	50,63	11	28,53	–1,9
Питерский	2	11,08	1	5,95	–2
Александрово-Гайский	4	23,7	2	12,47	–2
Татищевский	28	98,37	11	26,63	–2,5
Самойловский	8	37,48	3	15,73	–2,7
Аркадакский	6	22,95	2	8,57	–3
Хвалынский	14	58,77	4	17,19	–3,5
Турковский	4	31,29	0	0	–4
Романовский	6	37,19	1	6,75	–6
Ивантеевский	9	59,47	1	7,04	–9
Краснокутский	10	28,9	10	29,26	0
Дергачевский	5	23,72	5	25,73	0
Новоузенский	6	18,65	6	19,57	0
Перелюбский	2	13,59	2	14,47	0

За 2015 г. по Саратовской области в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) медицинских организаций выявлено 628 человек заболевших, что составило 63% от всех впервые выявленных (в 2011 г. 557 чел., или 57%), что на уровне показателей по РФ и ПФО. Из них наибольший процент выявленных при различных медицинских осмотрах — 47,5% (в 2011 г. 18,9%); специалистами всех профилей, кроме дерматовенерологов, — 17,5% (в 2011 г. 22,8%) (рис. 4).

В стационарах медицинских организаций области за 12 мес. 2015 г. выявлено больных сифилисом 342 человека, что составило 34,5% от всех впервые выявленных (в 2011 г. 286 чел., или 29%), что превышает активность выявления по РФ на 17% и в ПФО на 14% (рис. 4).

Удельный вес случаев сифилиса у беременных к общему числу заболевших в 2011 г. составлял 20,5%, а в 2015 г. данный показатель равнялся 15,9% (за 9 месяцев 2016 г. 6%) (рис. 5).

Заболевшие сифилисом беременные в 7% случаев не имеют постоянной регистрации на территории области, часто ведут асоциальный образ жизни, по месту прописки не проживают, что препятствует систематическому медицинскому наблюдению. Этот факт не исключает регистрацию врожденного сифилиса у детей данного контингента.

В области по итогам 2015 г. и девяти месяцев 2016 г. не зарегистрировано ни одного случая сифилиса врожденного (рис. 6).

Обсуждение. В Саратовской области фиксируются более высокие показатели заболеваемости сифилисом, чем среднероссийские, начиная с 2006 г., пе-

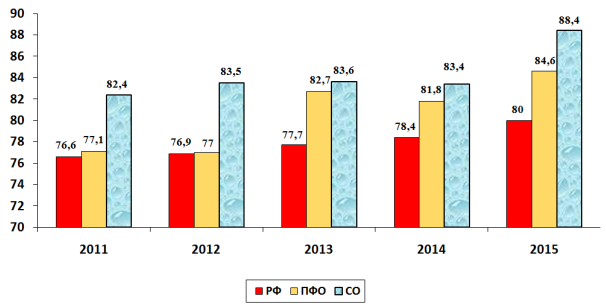

Рис. 3. Активное выявление больных сифилисом по отношению к общему числу больных с вновь установленным диагнозом «сифилис», %

РФ — Российская Федерация

ПФО — Приволжский федеральный округ

СО — Саратовская область

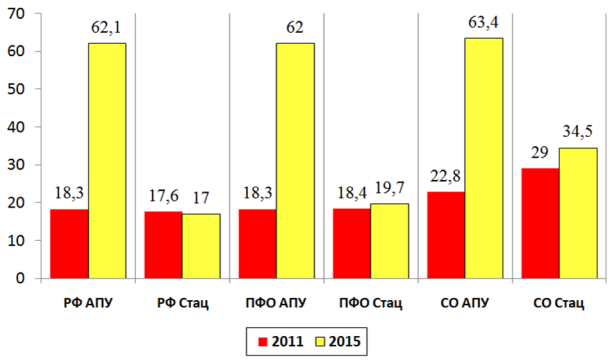

Рис. 4. Выявляемость больных сифилисом в АПУ и стационарах всех профилей по отношению к общему числу больных с вновь установленным диагнозом «сифилис», %

2011–2011 год

2015–2015 год

АПУ — амбулаторно-поликлинические учреждения

Стац. — стационары

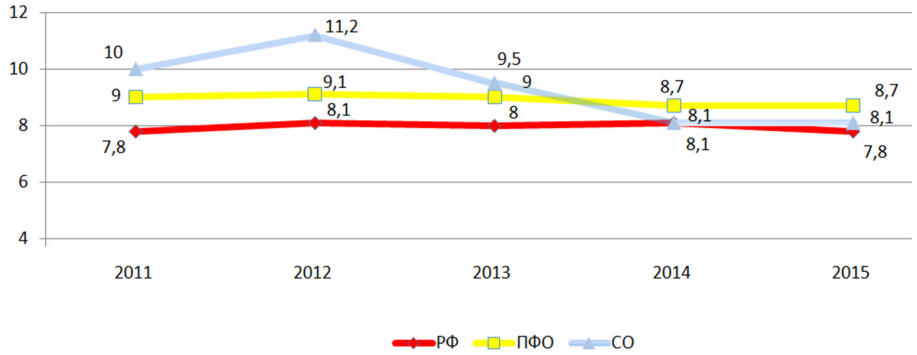

Рис. 5. Беременные женщины с впервые выявленным диагнозом «сифилис» по отношению к общему числу больных с вновь установленным диагнозом «сифилис», %

РФ — Российская Федерация

ПФО — Приволжский федеральный округ

СО — Саратовская область

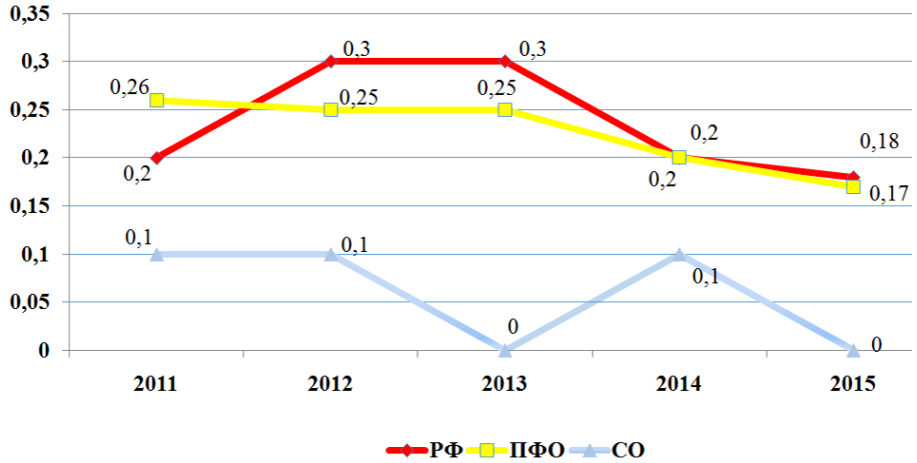

Рис. 6. Заболеваемость врожденным сифилисом по отношению к общему числу больных с вновь установленным диагнозом «сифилис», %

РФ — Российская Федерация

ПФО — Приволжский федеральный округ

СО — Саратовская область

Таблица 4

Структура заболеваемости сифилисом (2011-2015), %

Диагноз	Территория распространения	Годы				
		2011	2012	2013	2014	2015
Сифилис первичный половых органов	РФ ПФО СО	10,5 10,1 2,4	10,2 10 1,5	8,4 7,8 1,6	7,5 6,7 1,3	5,7 5,9 0,7
Сифилис вторичный кожи и слизистых	РФ ПФО СО	27,5 26,2 14,6	26,8 25,7 10,4	24,1 23,8 12,5	21,7 21,7 10,9	18,2 17,5 4,7
Сифилис ранний скрытый и неуточненный	РФ ПФО СО	48 54 39,4	45,9 52,8 33	46,9 53 32,2	45 54 37	44 55 32
Нейросифилис поздний	РФ ПФО СО	6 4,8 7,5	8,2 6,1 6,5	2,4 1,7 3,2	3,2 2,5 6,9	3,2 3,1 7,7
Сифилис поздний	РФ ПФО СО	8 6,6 33	10 8 44	12,2 10 37,1	14,8 11,2 25,8	16,7 15,3 35,9

риода активного внедрения в практику медицинских организаций современных высокочувствительных и специфичных серологических тестов при проведении скринингового обследования на сифилис [2].

В репродуктивно активной возрастной группе отмечается низкая заболеваемость сифилисом. Аналогичная ситуация сохраняется и в 2016 г.

Эпидемиологическими особенностями различных районов области обусловливаются показатели заболеваемости, имеется в виду многообразие факторов: уровень миграции населения, наличие рабочих мест, обеспечение территориального лечебного учреждения квалифицированными специалистами, наличием групп риска.

Особое место в распространении ИППП занимают лица с латентными и асимптомными формами инфекции [3, 4]. На фоне увеличения общей заболеваемости в регионе (с 38,9 до 39,7 случая на 100 тыс. населения в 2011 и 2015 гг. соответственно) сохраняется рост и поздних форм (табл. 4).

Наибольшее количество больных, выявленных активно при всех видах профилактической работы, устанавливаются непосредственно в очагах заболевания при обследовании на сифилитическую инфекцию в государственных медицинских организациях области [2–4].

Выявляемость сифилитической инфекции в 2015 г. выросла на 5,5% врачами в условиях стационара и на 6% врачами поликлиник.

Своевременные мероприятия по контролю за учетом, лечением и диспансеризацией больных сифилисом позволили за последние годы уменьшить долю данной инфекции среди беременных женщин и свести к нулю регистрацию сифилиса врожденного.

Заключение. Эпидемиологический процесс развития сифилитической инфекции в Саратовской области имеет идентичные тенденции, что и в общем по Российской Федерации: отмечается снижение заболеваемости сифилисом среди подростков и лиц репродуктивно активной группы и повышение в старшей возрастной группе; снижение заболеваемости сифилисом среди беременных женщин является индикатором качества эпидемиологической ситуации в регионе.

Однако анализ структуры сифилиса показал, что в 2015 г., как и в предыдущие годы, преобладают пациенты со скрытым течением заболевания и преобладанием поздних стадий. Рост эпидемиологически опасных форм с бессимптомным носительством сифилитической инфекции является прогностически неблагоприятным фактором, что может привести к напряженной эпидобстановке в регионе.

Следует отметить, что строгий контроль со стороны министерства здравоохранения Саратовской области, дерматовенерологической службы за выполнением приказов Министерства здравоохранения РФ от 30 июля 2001 г. №291 «О мерах по предупреждению инфекций, передаваемых половым путем», от 26 марта 2001 г. №87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса» и приказа министерства здравоохранения Саратовской области №727 от 19 июля 2013 г. «Об организации работы дерматовенерологической службы» способствовал за пятилетний период увеличению в 1,2 раза регистрации случаев сифилиса среди пациентов, обратившихся в общелечебную сеть, что подтверждает неоспоримую роль скринингового обследования различных групп населения с целью исключения сифилиса в условиях отсутствия у пациентов клинических проявлений заболевания.

Совместная скоординированная деятельность дерматовенерологической и других заинтересованных служб, преемственность в работе врачей смежных специальностей являются определяющими принципами организации работы по выявлению и контролю за распространением ИППП.

Конфликт интересов не заявляется.

Авторский вклад: концепция и дизайн исследования, получение и обработка данных — В.В. Мартынова; анализ и интерпретация результатов — Е. Н Горных; написание статьи — Д.А. Шнайдер, С. Р. Утц, Л.А. Шерстобитова, В.В. Мартынова, Е.Н. Горных; утверждение рукописи для публикации — С. Р. Утц, Д.А. Шнайдер.

References (Литература)

1. Kubanova AA, Melekhina LE, Kubanov AA, Bogdanova EV. Syphilis incidence and its tendency in Russian Federation State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Russia. Vestnik dermatologi i venerologii 2014; 5: 24–31. Russian (Кубанова А.А., Мелехина Л.Е., Кубанов А.А., Богданова Е.В. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период 2004–2013 гг. / ФГБУ «Государственный научный центр дер-

матовенерологии и косметологии» Минздрава России. Вестник дерматологии и венерологии 2014; 5: 24–31).

2. Resources and activity of healthcare organizations dermatovenereological profile. The incidence of infections, sexually transmitted diseases, infectious skin diseases and skin diseases for 2011–2015 (Statistics materials). Moscow, 2016. Russian (Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля: Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и болезнями кожи за 2011–2015 гг. (статистические материалы). Москва, 2016).

3. Kubanova AA. Maintaining patients with sexually transmitted diseases and urogenital infections. Clinical referenges. Moscow: DEKS-PRESS, 2012; 112 p. Russian (Кубанова А.А. Ведение больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями: клинические рекомендации. М.: ДЕКС-ПРЕСС, 2012; 112 с.).

4. Pozdnyakova ON, Dolgikh MY. The analysis of modern case rate of sexually transmitted diseases in Novosibirsk. Medicine and education in Siberia 2015; 3: 17–21. Russian (Позднякова О.Н., Долгих М.Ю. Анализ современной заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в г. Новосибирске. Медицина и образование в Сибири 2015; 3: 17–21).

УДК 616.5–004.1–07”312”(048.8) Обзор

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ (ОБЗОР)

А.А. Моисеев *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры кожных и венерических болезней;* ***С. Р. Утц —*** *ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук.*

MODERN METHODS OF A LOCALIZED SCLERODERMA DIAGNOSTICS (REVIEW)

A.A. Moiseyev *— Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Assistant;* ***S. R. Utz —*** *Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of the Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Sciences.*

Дата поступления — 28.08.2016 г. Дата принятия в печать — 15.09.2016 г.

Моисеев А.А., Утц С. Р. **Современные методы диагностики ограниченной склеродермии (обзор). Саратовский научно-медицинский журнал 2016; 12 (3): 481–484.**

Локализованная склеродермия (ЛС) — заболевание, характеризующееся появлением воспалительных, склеротических и/или атрофических изменений в пораженных участках кожи и подлежащих тканях. В МКБ-10 данное заболевание рассматривается в категории L94 «Другие локализованные изменения соединительной ткани». В обзоре рассматривается классификация заболевания, разработанная для федеральных клинических рекомендаций 2015 г. по ведению больных локализованной склеродермией. Кроме того, анализируются различные методы диагностики заболевания, включая лабораторные тесты, инструментальные методы и шкалы тяжести заболевания.

Ключевые слова: склеродермия, диагностика, дерматология.

Moiseyev AA, Utz SR. **Modern methods of a localized scleroderma diagnostics (review). Saratov Journal of Medical Scientific Research 2016; 12 (3): 481–484.**

Localized scleroderma (LS) is a disease that is characterized by the appearance of inflammatory, sclerotic and/or atrophic changes in the affected areas of the skin and underlying tissues. In ICD-10, the disease is considered under category L94 “Other localized connective tissue changes”. This paper presents the classification of the disease developed for federal guideline 2015, for management of patients with localized scleroderma. Also, a brief description of the various methods of diagnosis of the disease, including laboratory tests, instrumental methods and disease severity scale are presented.

Key words: scleroderma, diagnostics, dermatology.

Локализованная склеродермия (ЛС) — заболевание, которое характеризуется появлением воспалительных, склеротических и/или атрофических изменений в пораженных участках кожи и подлежащих тканях. Заболеваемость ЛС составляет от 0,24 до 3 случаев на 100 тыс. населения (в том числе 3–4 случая на 1 млн детей). Очаговая склеродермия возникает в 2,6–6 раз чаще у женщин, чем у мужчин [1–8].

В МКБ-10 данное заболевание рассматривается в категории L94 «Другие локализованные изменения соединительной ткани». Значительное разнообразие проявлений ЛС и возможность существования у одного и того же больного одновременно нескольких клинических вариантов ЛС привели к возникновению разнообразных вариантов классификаций заболевания [2, 3, 5, 9]. В 2006 г. группа немецких экспертов предложила классификацию, которая учитывает тяжесть, степень и глубину фибротического процесса, что позволило выделить пять основных клинических вариантов ЛС: общий, распространенный, линейный, глубокий и смешанный типы [1, 3, 5].

В Федеральных клинических рекомендациях по ведению больных локализованной склеродермией, подготовленных РОДВК, В.А. Волнухин приводит несколько модифицированный вариант классификации [10]:

Бляшечная склеродермия:
— очаговая (морфеа);
— узловатая (келоидоподобная).
Линейная склеродермия:
— полосовидная форма;
— склеродермия по типу «удар саблей».
Генерализованная (многоочаговая) склеродермия.
Глубокая склеродермия.
Пансклеротическая склеродермия.
Буллёзная склеродермия.
Идиопатическая атрофодермия Пазини–Пьерини.

Ответственный автор — Моисеев Александр Андреевич
Тел.: 89603547132
E- mail: s00102008@yandex.ru