

С.Д. Ахмедова

Клинико-эпидемиологический мониторинг поверхностных микозов кожи и ее придатков в южном регионе Азербайджана

Азербайджанский медицинский университет, Баку

Резюме. Излагаются результаты эпидемиологических особенностей поверхностных микозов кожи и ее придатков в пяти районах южного региона Азербайджана за период с 2000 по 2012 г. Пики заболеваемости поверхностными микозами кожи выявлены в 2006, 2008, 2011 гг. Показано, что наибольшее количество пациентов (26,92%) в возрастной группе от 31 до 40 лет зарегистрировано с диагнозом микоз гладкой кожи (20,51%), затем следуют: микоз волосистой части головы – 23,08±4,77%; разноцветный лишай – 19,23±4,46%; микоз стоп – 11,54±3,62%; онихомикоз – 7,69±3,02%; сочетанный микоз волосистой части головы и гладкой кожи, а также паховая эпидермофития в равных долях по 3,85±2,18%; инфильтративно-нагноительная форма трихомикозов – 2,56±1,79%; кандидоз кожи – 1,28±1,27%. При этом превалировала заболеваемость среди мужского населения. Установлено, что в связи с повышенной инсоляцией в южном регионе Азербайджана микотическим поражениям в первую очередь подвергается гладкая кожа и волосистая часть головы. Учитывая неоднозначность выявляемости дерматомикозов, важным моментом оказалась интегрированная работа дерматовенерологов и сотрудников санитарно-эпидемиологической службы по профилактике распространения дерматомикозов в Астаринском районе Азербайджана.

Ключевые слова: дерматомикозы, трихомикозы, микроспория, онихомикоз, микозы, разноцветный лишай, эпидермофития, дерматовенерология.

Введение. В современных условиях одной из значимых медико-социальных проблем являются поверхностные микозы кожи (ПМК), заболеваемость, которыми носит эпидемический характер [1]. Возбудителями грибковых заболеваний человека признаны около 400 видов грибов, из которых 100 встречаются наиболее часто. Они отличаются высокой живучестью и устойчивостью к воздействию окружающей среды. Так, в частности, дерматофиты, вызывающие грибковые поражения кожи и ее придатков, могут выживать в окружающей среде более 2 лет [3, 6]. На долю микозов приходится от 37 до 42% от всех болезней кожи и ногтей [2]. В связи с тем, что дерматофиты, как и многие другие грибы, относятся к условно-патогенным, большая роль в развитии инфекционного процесса отводится реактивности макроорганизма, поэтому риск инфицирования грибковой инфекцией зависит от возраста, сопутствующей патологии, хронических заболеваний, приема системных препаратов [4, 5]. В условиях Азербайджанской Республики наиболее часто встречается группа ПМК, в которую входят следующие заболевания: разноцветный лишай, дерматофития волосистой части головы, гладкой кожи лица, туловища, складок, кистей, стоп, ногтей и кандидоз кожи. Основными возбудителями ПМК являются дерматофиты трех основных групп – *Microsporum*, *Trichophyton*, *Epidermophyton* и составляет около 70% от всех возбудителей. Грибы рода *Candidaspp.*, *Malasseziafurfuri* *Trichosporonspp.*, вызывают

ПМК приблизительно в 20% случаев, *Exophialaspp.*, *Fusariumspp.* и др. – менее чем в 10%, мицелиальные (плесневые) грибы – около 5% [7]. Высокий уровень распространенности грибковых заболеваний ставит перед наукой и практическим здравоохранением Азербайджанской Республики определенные задачи по диагностике, терапии и профилактике их дальнейшего распространения.

За период с 2000 по 2012 г. в южном регионе Азербайджана было зарегистрировано 78 эпизодов ПМК. В целом, число пациентов с ПМК значительно выше, однако в результате предварительного самолечения и низкого уровня лабораторного подтверждения инфекции число учтенных случаев ПМК становится гораздо меньше. Поэтому истинная заболеваемость выше официально регистрируемой.

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ заболеваемости ПМК и ее придатков в Астаринском, Ленкоранском, Лерикском, Масаллинском, Ярдымлинском районах южного региона Азербайджана за период с 2000 по 2011 г.

Материалы и методы. Анализ заболеваемости ПМК в южном регионе Азербайджана (районы – Астара, Ленкорань, Лерик, Масаллы и Ярдымлы) за период с 2000 по 2011 г. проводился по форме государственного статистического наблюдения № 9 «Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и

чесотке», утвержденного постановлением Азербайджанской государственной статистической комиссии от 04.12.2000 г. № 72/5. Диагноз ПМК устанавливался после лабораторной (микроскопической) верификации на наличие мицелия гриба.

Статистическая обработка данных выполнена с помощью параметрических и непараметрических методов. Достоверность различий оценивали с помощью критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что на территории юга Азербайджана, в районах Астара, Ленкорань, Лерик, Ярдымлы с 2005 г. наблюдался рост

ПМК. При этом наивысший пик заболеваемости ПМК зафиксирован в 2006 г. – 19,23%, в 2008 г. – 14,10% , в 2011 г. – 17,95% соответственно (рис. 1).

Тенденция пиковых всплесков встречаемости ПМК по посещаемости на общем амбулаторном и стационарном приеме на 100000 населения в 2006, 2008, 2011 гг. сохранялась. При этом преобладали мужчины (61,54%), женщин было почти в 2 раза меньше (38,6%). Средний возраст пациентов – 35 лет (от 1 года до 82 лет). Наибольшее количество пациентов с диагнозом ПМК зафиксировано в возрастных группах 31–40 лет и 11–20 лет, что составляет 20,51% и 15,38% соответственно (рис. 2).

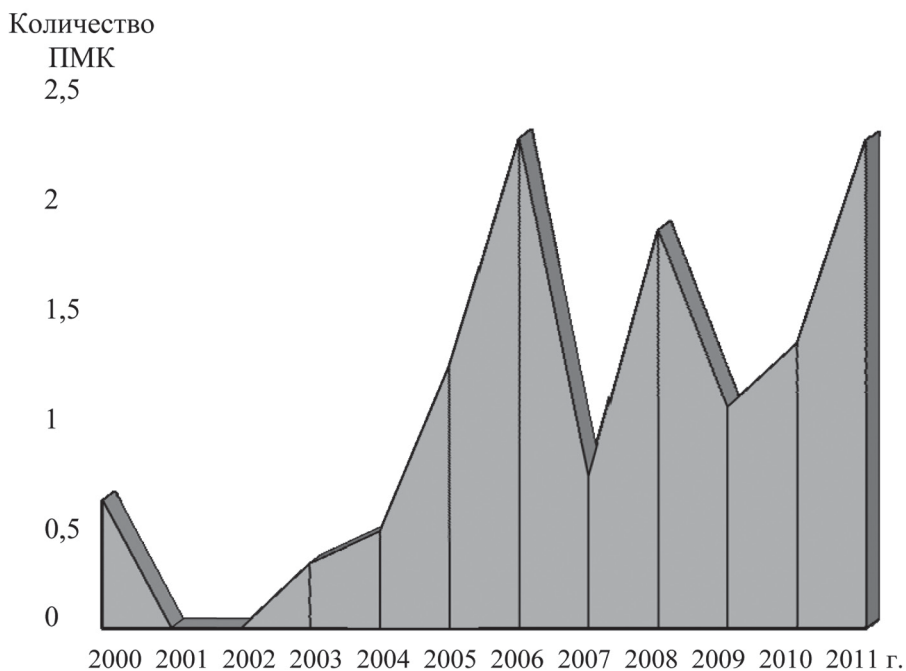


Рис. 1. Встречаемость ПМК в южном регионе Азербайджана (на 100000 населения)

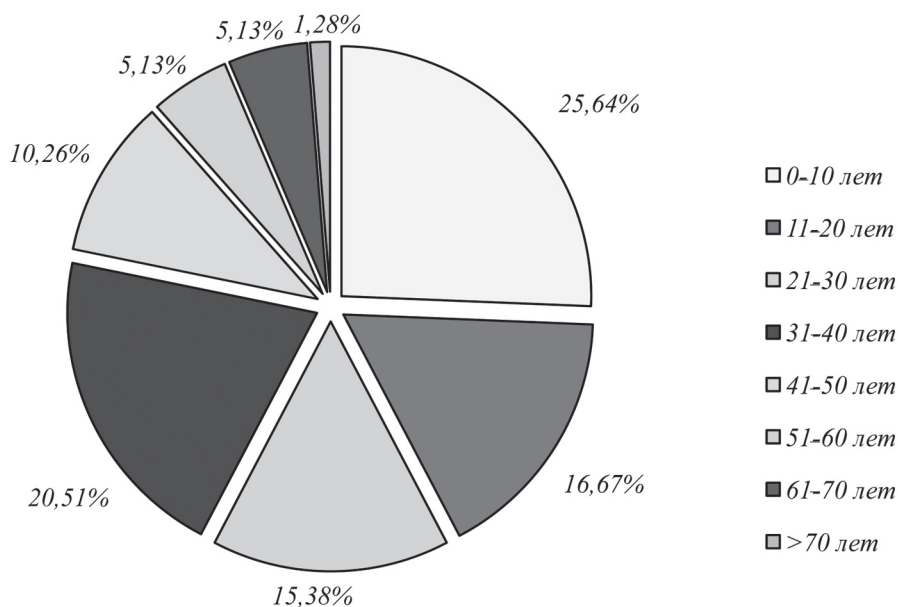


Рис. 2. Структура заболеваемости ПМК по возрасту

В возрастной группе от 31 до 40 лет наибольшее количество пациентов (26,92%) зарегистрировано с диагнозом микоз гладкой кожи, далее идут микоз волосистой части головы – 23,08±4,77%; разноцветный лишай – 19,23±4,46%; микоз стоп – 11,54±3,62%; онихомикоз – 7,69±3,02%; сочетанный микоз волосистой части головы и гладкой кожи, а также паховая эпидермофития в равных долях по 3,85±2,18%; инфильтративно-нагноительная форма трихомикозов – 2,56±1,79%; кандидоз кожи – 1,28±1,27% (рис. 3).

В связи с повышенной инсоляцией в южном регионе Азербайджана микотическим поражениям в первую очередь подвергается гладкая кожи и волосистая часть головы.

Интенсивный показатель (ИП) заболеваемости ПМК на 100000 населения (ИП1) за исследуемый период варьировал и был самым высоким в 2006 г. – 2,460±0,635%. ИП по посещаемости на общем амбулаторном и стационарном приеме на 100000 населения (ИП2) был меньше и составил 0,685±0,177%. В 2011 г.

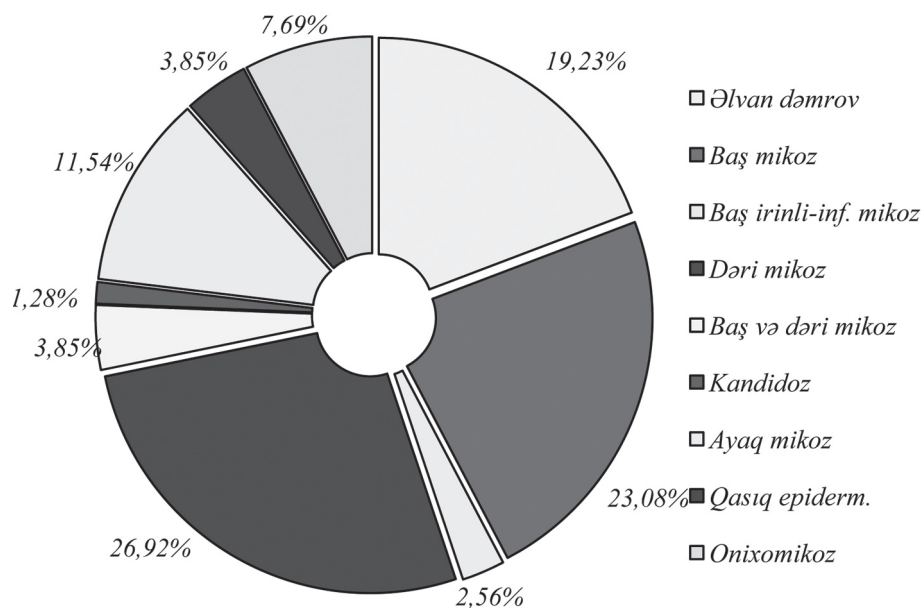


Рис. 3. Структура заболеваемости по диагнозам, входящим в группу ПМК

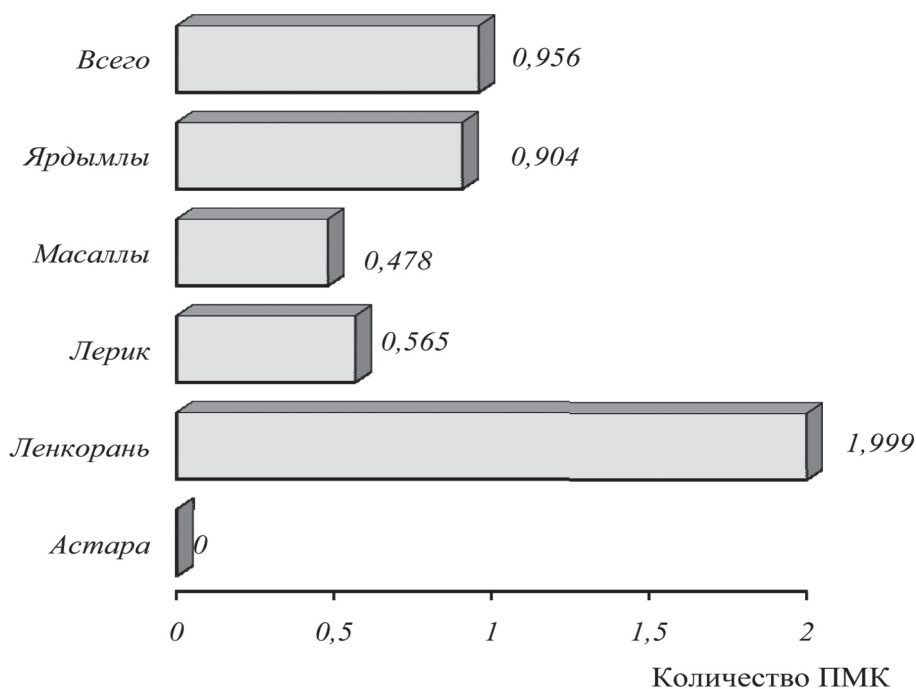


Рис. 4. Выявляемость ПМК по посещаемости на амбулаторном и стационарном приеме в кожно-венерологических учреждениях (с 2001 по 2010 г. на 100000 населения).

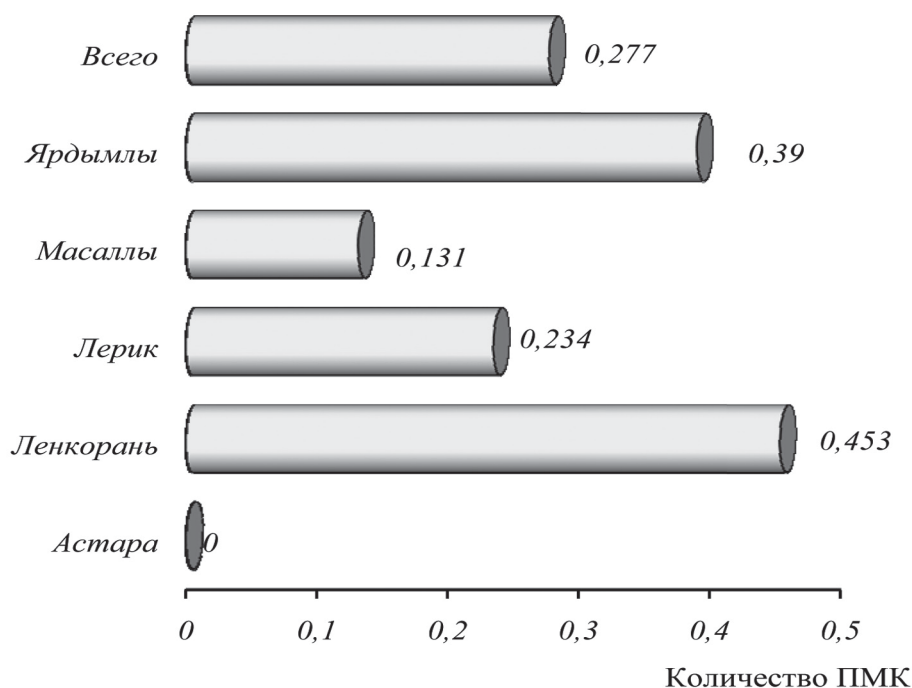


Рис. 5. Выявляемость ПМК по посещаемости на общем амбулаторном и стационарном приеме (с 2001 по 2010 г. на 100000 населения)

ИП1 составил $2,148 \pm 0,574\%$; ИП2 – $0,682 \pm 0,182\%$, в 2008 г. ИП1 соответствовал $1,759 \pm 0,530\%$; ИП2 – $0,558 \pm 0,168\%$, что соответствует пиковой тенденции посещаемости в эти годы. Это указывает на неоднозначную активность дерматовенерологической службы по выявлению ПМК у больных, обратившихся на прием к дерматовенерологу.

Наиболее высокая выявляемость ПМК на фоне дерматологической патологии (рис. 4) и по посещаемости на общем амбулаторном и стационарном приеме (рис. 5) в шести районах южного региона Азербайджана зарегистрирована в Ленкоранском районе, затем следуют Ярдымлинский и Лерикский районы.

Установлено, что ИП1 в 2000 г. составил $0,699 \pm 0,349\%$; ИП2 – $0,180 \pm 0,090\%$. За 2001 и 2002 гг. данные отсутствуют. В 2003 г. ИП1 составил $0,341 \pm 0,241\%$; ИП2 – $0,092 \pm 0,065\%$; в 2004 г. ИП1 – $0,505 \pm 0,292\%$; ИП2 – $0,136 \pm 0,079\%$; в 2005 г. ИП1 – $1,329 \pm 0,470\%$; ИП2 – $0,367 \pm 0,130\%$; в 2006 г. ИП1 – $2,460 \pm 0,635\%$; ИП2 – $0,685 \pm 0,177\%$; в 2007 г. ИП1 – $0,810 \pm 0,362\%$; ИП2 – $0,212 \pm 0,095\%$; в 2008 г. ИП1 – $1,759 \pm 0,530\%$; ИП2 – $0,558 \pm 0,168\%$; в 2009 г. ИП1 – $0,946 \pm 0,386\%$; ИП2 – $0,310 \pm 0,127\%$; в 2010 г. ИП1 – $1,245 \pm 0,440\%$; ИП2 – $0,398 \pm 0,141\%$; в 2011 г. ИП1 – $2,148 \pm 0,574\%$; ИП2 – $0,682 \pm 0,182\%$.

Заключение. Показана неоднозначность эпидемиологической ситуации заболеваемости микозами кожи и ее придатков в Ленкоранском, Астаринском, Масаллинском, Ярдымлинском, Лерикском районах

южного региона Азербайджана за период с 2000 по 2012 г. Выявлено, что ИП1 заболеваемости ПМК (на 100000 населения) в южном регионе Азербайджана составил $0,956 \pm 0,126\%$, ИП2 – $0,277 \pm 0,036\%$. Лидирующее место занимают дерматомикозы гладкой кожи $26,92 \pm 5,02\%$. Учитывая, что выявляемость дерматомикозов была неоднозначной, важным моментом оказалась интегрированная работа дерматовенерологов и сотрудников санитарно-эпидемиологической службы по профилактике распространения дерматомикозов в Астаринском районе. В современных социально-экономических условиях, с учетом субтропического климата юга Азербайджана, необходима система комплексного обследования больных дерматомикозами, включающая культуральное и микроскопическое исследования, своевременное выявление источников и контактов больных с последующим проведением профилактических мероприятий в очагах инфекции.

Литература

1. Васенова, В.Ю. Некоторые аспекты эпидемиологии, патогенеза и терапии онихомикозов / В.Ю. Васенова, Ю.С. Бутов // Росс. журн. кожных и венерических болезней. – 2005. – № 3. – С. 42–44.
2. Дубенский, В.В. Современный взгляд на проблему онихомикозов / В.В. Дубенский // Клин. дерматол. и венерол. – 2004. – № 3. – С. 11–15.
3. Елинов, Н.П. Дерматомикозы или поверхностные микозы кожи и ее придатков – волос и ногтей / Н.П. Елинов, Н.В. Васильева, К.И. Разнатовский // Лабораторная диагностика. Пробл. мед. микологии. – 2008. Т. 10, № 1. – С. 27–34.

4. Разнатовский, К.И. Дерматомикозы / К.И. Разнатовский, А.Н. Родионов, Л.П. Котрехова. – СПб.: Издательский дом, 2006. – 184 с.
5. Рукавишников, В.М. Микозы стоп / В.М. Рукавишников. – М.: Медиа Сфера, 2003. – 317 с.
6. Шабашова, Н.В. Грибы и иммунитет: учебное пособие / Н.В. Шабашова – СПб.: СПбМАПО, 2008. – 83 с.
7. Patel, G.A. Tinea capitis: still an unsolved problem / G.A. Patel, R.A. Schwartz // Mycoses. – 2011. – Vol. 54, № 3. – P. 183–188.

S.D. Ahmedova

Clinical and epidemiological monitoring of superficial mycosis of skin and appendages in southern region of Azerbaijan

Abstract. We present the results of the epidemiological features of superficial fungal infections of the skin and its appendages in five districts of the southern region of Azerbaijan for the period from 2000 to 2012, the incidence peaks of superficial fungal infections of the skin revealed in 2006, 2008, 2011. It was revealed that the largest number of patients (26,92%) in the age group from 31 to 40 years with a diagnosis of mycosis reported smoother skin (20,51%), followed by: mycosis of the scalp – $23,08 \pm 4,77\%$; pityriasis versicolor – $19,23 \pm 4,46\%$; athlete's foot – $11,54 \pm 3,62\%$; onychomycosis – $7,69 \pm 3,02\%$; combined mycosis of the scalp and smooth skin, and inguinal athlete in equal shares by $3,85 \pm 2,18\%$; infiltrative-suppurative form trichomycosis – $2,56 \pm 1,79\%$; candidiasis skin – $1,28 \pm 1,27\%$. Morbidity was prevalent among the male population. It was found that due to the increased insolation in the southern region of Azerbaijan mycotic lesions primarily undergoes smooth skin and scalp. Given the ambiguity detection dermatomycoses, the important point was integrated work dermatologists and staff sanitary-epidemiological service to prevent the spread of tinea in Astara region of Azerbaijan.

Key words: dermatomycosis, trichomycosis, microporum, onychomycosis, mycoses, pityriasis versicolor, tinea, skin and venereal diseases.

Контактный телефон: +9 (9450) 672-88-00; e-mail: dr.ahmadova1978@gmail.com