

2. Азаров А.В. *Обеспечение и защита прав граждан при оказании медицинской помощи*. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007; 192 с. [Azarov A.V. *Obespechenie i zashchita prav grazhdan pri okazanii meditsinskoy pomoshchi*. (Execution and protection of citizens' rights in providing medical care.) Moscow: GEOTAR-Media. 2007; 192 p.]

3. Баринов С.А. Право пациента на информацию о состоянии здоровья: постановка проблемы. *Мед. право*. 2013; 1: 31–34. [Barinov S.A. Patient's right for health status information: Problem statement. *Meditsinskoe pravo*. 2013; 1: 31–34. (In Russ.)]

4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон (от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ). *Собр. законодательства РФ*. 2011; 48: Ст. 6724. [About the basics of citizen's health protection in Russian Federation. (Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii.) Federal law №323-FZ, issued at November 21, 2011. *Legislation Bulletin of the*

Russian Federation. 2011; 48: Art. 6724. (In Russ.)]

5. Филиппов Ю.Н., Абаева О.П., Никитин Д.А., Тарычев В.В. Современное состояние нормативно-правового обеспечения права пациента на автономию при оказании скорой медицинской помощи врачами и фельдшерскими выездными бригадами. *Мед. право*. 2010; 6: 27–31. [Filippov Yu.N., Abaeva O.P., Nikitin D.A., Tarychev V.V. Current state of legislative and regulatory framework of executing patients' right for autonomy while providing emergency medical aid by doctors and paramedical staff. *Meditsinskoe pravo*. 2010; 6: 27–31. (In Russ.)]

6. Филиппов Ю.Н., Абаева О.П. *Право пациентов на автономию в законодательстве Российской Федерации*. М.: Миклош. 2010; 76 с. [Filippov Yu.N., Abaeva O.P. *Pravo patsientov na avtonomiyu v zakonodatel'stve Rossiyskoy Federatsii*. (The right of patients for autonomy in legislative framework of Russian Federation.) Moscow: Miklosh. 2010; 76 p. (In Russ.)]

УДК 614.4: 616.5-002.828 (479.24)

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОВЕРХНОСТНЫМИ МИКОЗАМИ КОЖИ В РАЙОНАХ БОЛЬШОГО КAVKAZA АЗЕРБАЙДЖАНА

Сабина Джувановна Ахмедова*

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Азербайджан

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2015-1038

Цель. Изучить эпидемиологическую ситуацию по заболеваемости поверхностными микозами кожи и её при-
датков в 15 районах Большого Кавказа Азербайджана за период 2000–2012 гг.

Методы. Проведён анализ данных обращаемости, числа профилактических осмотров и госпитализаций на основе текущей и архивной медицинской документации в городском кожно-венерологическом диспансере №1, республиканском кожно-венерологическом диспансере, республиканском детском кожно-венерологическом диспансере №3 Азербайджанской Республики. Поверхностные микозы кожи диагностировали после лабораторной (микроскопической) верификации на наличие мицелия гриба. Рассчитаны интенсивные показатели (ИП): ИП1 – заболеваемость поверхностными микозами кожи, ИП2 – общая посещаемость на 100 тыс. населения.

Результаты. За период с 2000 по 2012 гг. на территории Большого Кавказа Азербайджана выявлен рост заболеваемости поверхностными микозами кожи с 2004 г. с пиками в 2007, 2009 и 2011 гг. Зафиксировано превалирование мужчин – в 2 раза (61,54%) по сравнению с женщинами (38,06%). Наибольшая заболеваемость поверхностными микозами кожи отмечена в возрастных группах 0–10 лет (38,69%) и 11–20 лет (20,83%), преимущественно с диагнозами «микоз волосистой части головы» (27,98%), «разноцветный лишай» (22,62%). С возрастающей частотой диагностировались кандидоз кожи (1,19±0,84%), онихомикоз (4,17±1,54%), паховая эпидермофития (5,36±1,74%), сочетанный микоз волосистой части головы и гладкой кожи (5,95±1,83%), микоз стоп (8,93±2,20%), инфильтративно-нагноительная форма трихомикозов (10,71±2,39%), микоз гладкой кожи (13,10±2,60%). ИП1 заболеваемости поверхностными микозами кожи был самым высоким в 2011 г. – 1,980±0,388%, ИП2 – 0,712±0,140%; в 2007 г. ИП1 – 1,911±0,390%, ИП2 – 0,607±0,124%, в 2009 г. ИП1 – 1,637±0,357%, ИП2 – 0,537±0,117%, совпадая с периодами пиковой заболеваемости. Высокая выявляемость поверхностных микозов кожи отмечена в Хызынском и Исмаиллинском районах, а наиболее низкая – в районах Балакан, Гусар, Огуз, Шеки.

Вывод. В современных социально-экономических условиях необходимы система комплексного обследования (культурального и микроскопического) больных дерматомикозами, разработка целенаправленных профилактических мероприятий и совершенствование организационных мер медико-социальной помощи.

Ключевые слова: дерматомикозы, Большой Кавказ, интенсивный показатель.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE SUPERFICIAL DERMATOMYCOSIS PREVALENCE IN AREAS OF THE GREATER CAUCASUS OF AZERBAIJAN

S.D. Akhmedova

Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

Aim. Study the epidemiological situation regarding the prevalence of skin, hair or nails superficial mycoses in 15 districts of the Greater Caucasus of Azerbaijan for the period from 2000 to 2012.

Methods. Such indicators as the number of patient visits, periodic screening examinations and admissions were analyzed using the current and archived medical records of the Municipal Center for Skin and Sexually transmitted diseases №1, Republican Center for Skin and Sexually transmitted diseases, Republican Paediatric Center for Skin and Sexually transmitted diseases №3 of the Azerbaijan Republic. Skin superficial mycoses were diagnosed after laboratory (microscopic) verification of fungal mycelium presence. Intensive indicators were calculated, such as the prevalence of skin superficial mycoses and the number of patient visits due to skin superficial mycoses.

Results. The prevalence of the skin superficial mycoses has increased in the Greater Caucasus of Azerbaijan area at the

examined period (2000 to 2012) since 2004, with the prevalence peaks in 2007, 2009 and 2011. Men were twice (61.54%) more commonly affected compared to women (38.06%). The highest prevalence of skin superficial mycoses was registered in age groups of 0–10 (38.69%) and 11–20 (20.83%) years, the main diagnosis were «scalp mycosis» (27.98%) and «tinea versicolor» (22.62%). The prevalence of skin candidiasis ($1.19 \pm 0.84\%$), onychomycosis ($4.17 \pm 1.54\%$), tinea cruris ($5.36 \pm 1.74\%$), combined scalp and glabrous skin mycosis ($5.95 \pm 1.83\%$), athlete's foot ($8.93 \pm 2.20\%$), «Kerion» lesions ($10.71 \pm 2.39\%$), glabrous skin mycosis ($13.10 \pm 2.60\%$) increased. The prevalence of skin superficial mycoses was the highest in 2011 – $1.980 \pm 0.388\%$, the number of patient visits due to skin superficial mycoses – $0.712 \pm 0.140\%$; in 2007 the following numbers were $1.911 \pm 0.390\%$ and $0.607 \pm 0.124\%$ respectively, in 2009 – $1.637 \pm 0.357\%$ and $0.537 \pm 0.117\%$, duplicating the prevalence peaks. High prevalence of superficial dermatomycoses was seen in Khizi and Ismailli Districts, the lowest – in Balakan, Qusar, Oghuz, Shaki Districts.

Conclusions. In the current social and economic conditions, the system of complex examination (cultures, microscopy) of patients with skin mycoses is required, as well as the program of targeted preventive measures and improvement of medical and social aid management.

Keywords: dermatomycosis, the Greater Caucasus, intensive index.

Среди инфекционных дерматозов лидируют по частоте грибковые инфекции кожи. Актуальность проблемы микозов обусловлена не только их высокой распространённостью среди населения разных стран, но и постоянным ростом заболеваемости микотической инфекцией в мире. По разным экспертным оценкам, поверхностными микозами кожи (ПМК) страдают 10–20% взрослого населения. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости ПМК не только у взрослых, но и у детей [3, 4].

Ухудшение экологической обстановки, неудовлетворительное санитарно-гигиеническое состояние саун, бань, душевых, фитнес-клубов, бассейнов также способствуют росту заболеваемости грибковой инфекцией [6]. Профессиональные факторы активно влияют на увеличение риска заболеваемости ПМК. Чаще ПМК страдают военнослужащие, спортсмены, шахтёры ввиду особых условий производства и профессиональной деятельности (замкнутый коллектив, закрытые помещения, использование грубой обуви, спецодежды, общих душевых и раздевалок при частом нарушении санитарно-гигиенических норм). Также микотическому инфицированию подвержены подростки, занимающиеся в спортивных секциях контактными видами спорта (борьбой, карате, дзюдо, айкидо и др.) [4, 5].

На долю микозов приходится от 37 до 42% всех болезней кожи и ногтей [6]. В связи с тем, что дерматофиты, как и многие другие грибы, относятся к условно-патогенным, большая роль в развитии инфекционного процесса принадлежит реактивности макроорганизма, поэтому риск инфицирования грибковой инфекцией зависит от возраста, сопутствующей патологии, хронических заболеваний, приёма системных препаратов [1, 5].

В климатогеографических условиях Большого Кавказа Азербайджанской Республики наиболее часто встречаются следующие поверхностные микотические поражения кожи и её придатков: разноцветный лишай, дерматофитии волосистой части головы, гладкой кожи лица, туловища, естественных складок, кистей, стоп, ногтей и кандидоз кожи.

Основными возбудителями ПМК являются дерматофиты трёх основных групп – *Microsporum*, *Trichophyton*, *Epidermophyton*, их доля составляет около 70% всех возбудителей.

Высокий уровень распространённости ПМК в районах Большого Кавказа (Балакан, Исмаиллы, Огуз, Гах, Габала, Гобустан, Губа, Гусар, Шабран, Шемаха, Шеки, Сиазань, Хачмас, Хызы, Закатала) Азербайджанской Республики обуславливает важность своевременной диагностики, терапии и профилактических мероприятий по снижению уровня заболеваемости.

За период с 2000 по 2012 гг. в вышеперечисленных районах Большого Кавказа Азербайджана было зарегистрировано 168 эпизодов ПМК. Отметим, что истинная заболеваемость выше официально регистрируемой, однако в результате предварительного самолечения и низкого уровня лабораторного подтверждения инфекции число учтённых случаев ПМК становится значительно меньше.

Цель исследования – изучить эпидемиологическую ситуацию по заболеваемости поверхностными микозами кожи и её придатков в районах Большого Кавказа Азербайджана за период 2000–2012 гг.

Проведён анализ заболеваемости ПМК в южном регионе Азербайджана за указанный период по данным формы государственного статистического наблюдения №9 («Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путём, грибковых кожных заболеваниях и чесотке»), утверждённой постановлением Азербайджанской государственной статистической комиссии от 04.12.2000 №72/5.

Эпидемиологическое исследование включало данные обращаемости, профилактических осмотров, госпитализации, работу с текущей и архивной медицинской документацией в городском кожно-венерологическом диспансере №1, республиканском кожно-венерологическом диспансере и республиканском детском кожно-венерологическом диспансере №3 Азербайджанской Республики. Диагноз ПМК устанавливали после лабораторной (микроскопической) верификации на наличие мицелия гриба.

Статистическая обработка данных выполнена с помощью параметрических и непараметрических методов. Статистическую значимость различий оценивали с помощью t -критерия Стьюдента.

В течение исследуемого периода (2000–2012) на территории Большого Кавказа Азербайджана с 2004 г. наблюдался рост заболеваемости ПМК с пиками в 2007, 2009 и 2011 гг. (рис. 1).

Была проведена оценка частоты ПМК по

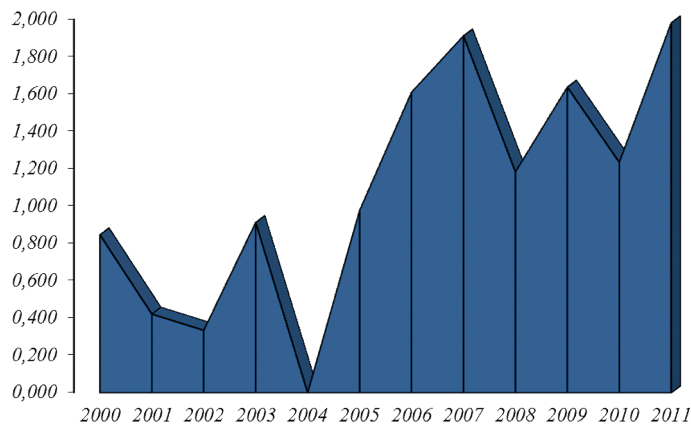


Рис. 1. Заболеваемость поверхностными микозами кожи в районах Большого Кавказа Азербайджана в 2000–2011 гг. (на 100 тыс. населения)

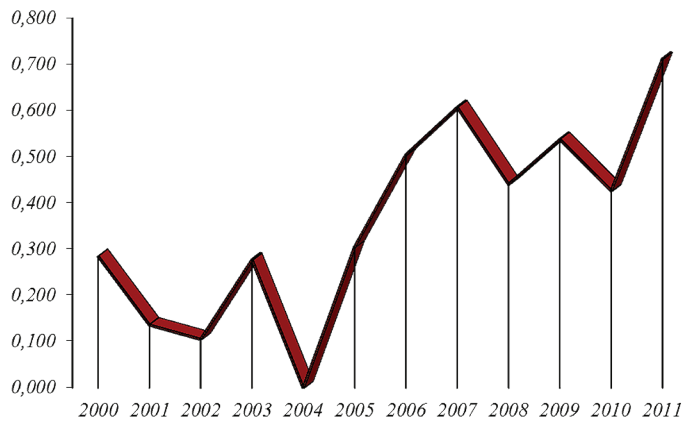


Рис. 2. Заболеваемость поверхностными микозами кожи в районах Большого Кавказа Азербайджана (на 100 тыс. населения) по данным амбулаторных и стационарных посещений

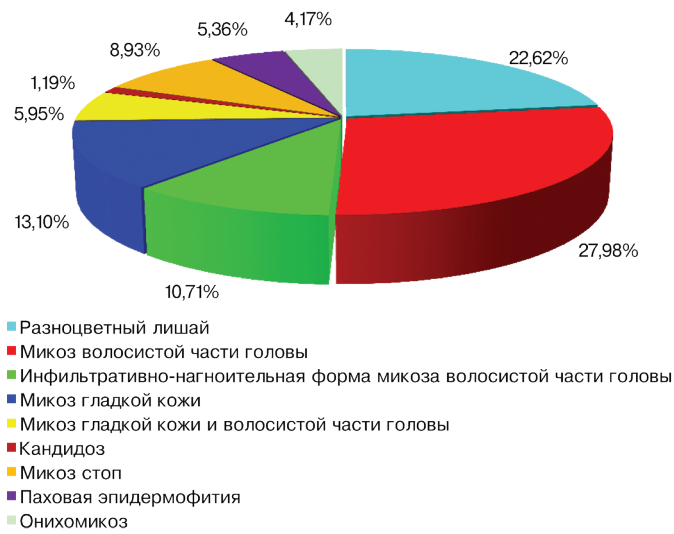


Рис. 3. Структура заболеваемости по диагнозам, входящим в группу поверхностных микозов кожи

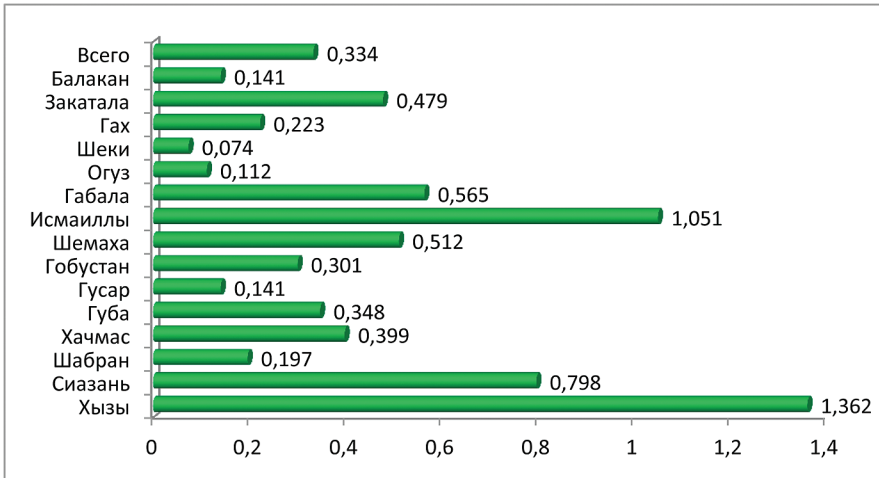


Рис. 4. Выявляемость поверхностных микозов кожи по посещаемости на амбулаторном и стационарном приёме в кожно-венерологических учреждениях (2000–2012 гг., на 100 тыс. населения)

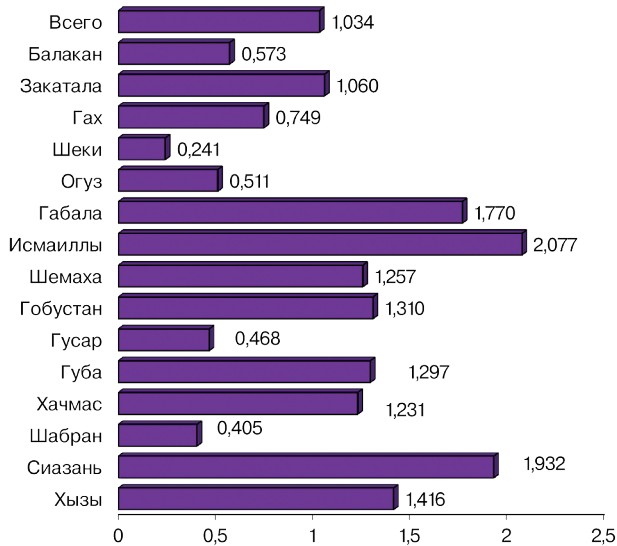


Рис. 5. Выявляемость поверхностных микозов кожи по данным амбулаторного и стационарного приёма (2001–2010 гг., на 100 тыс. населения)

данным амбулаторного и стационарного приёма на 100 тыс. населения за исследуемый период (рис. 2). Тенденция пиковых всплесков в 2007, 2009 и 2011 гг. сохраняется.

Зафиксирована более высокая частота ПМК у лиц мужского пола (61,54%) по сравнению с женским полом (38,06%).

Анализируя заболеваемость ПМК по возрастным признакам, следует отметить, что при возрастном аспекте от 1 года до 82 лет наибольшее количество пациентов с диагнозом ПМК зафиксировано в детских возрастных группах 0–10 и 11–20 лет, что составляет 38,69 и 20,83% соответственно, далее — по убывающей.

Продолжая клинический анализ заболеваемости дерматомикозами кожи и её придатков по заболеваниям, составляющим группу ПМК, боль-

шинство пациентов зарегистрированы с диагнозом «микоз волосистой части головы» (27,98%) и «разноцветный лишай» (22,62%, причём в возрастной группе от 0 до 20 лет заболеваемость составила 59,52%). Реже диагностировались кандидоз кожи ($1,19 \pm 0,84\%$), онихомикоз ($4,17 \pm 1,54\%$), паховая эпидермофития ($5,36 \pm 1,74\%$), сочетанный микоз волосистой части головы и гладкой кожи ($5,95 \pm 1,83\%$), микоз стоп ($8,93 \pm 2,20\%$), инфильтративно-нагноительная форма трихомикоза ($10,71 \pm 2,39\%$), микоз гладкой кожи ($13,10 \pm 2,60\%$ пациентов, рис. 3).

Результаты эпидемиологического анализа позволили также рассчитать интенсивные показатели (ИП): ИП1 — заболеваемость ПМК на 100 тыс. населения, ИП2 — посещаемость на общем амбулаторном и стационарном приёме на

100 тыс. населения.

ИП1 заболеваемости ПМК за исследуемый период варьировал и был самым высоким в 2011 г. — $1,980 \pm 0,388\%$, ИП2 составил $0,712 \pm 0,140\%$. В 2007 г. ИП1 — $1,911 \pm 0,390\%$, ИП2 — $0,607 \pm 0,124\%$; в 2009 г. ИП1 — $1,637 \pm 0,357\%$, ИП2 — $0,537 \pm 0,117\%$, что соответствует пиковой тенденции посещаемости по годам. Это указывает на неоднозначную активность дерматовенерологической службы по выявлению ПМК у больных, обратившихся на приём к дерматовенерологу.

На рис. 4 представлена выявляемость ПМК на фоне дерматологической патологии, на рис. 5 отражена выявляемость ПМК при амбулаторном и стационарном приёме в 15 районах Большого Кавказа Азербайджана.

Таким образом, ретроспективный анализ заболеваемости микозами кожи и её придатков в районах Большого Кавказа Азербайджана за период 2000–2012 гг. показал вариабельность эпидемиологической ситуации. ИП1 заболеваемости ПМК (на 100 тыс. населения) в районах Большого Кавказа составил $1,034 \pm 0,091\%$, ИП2 по посещаемости на общем амбулаторном и стационарном приёме (на 100 тыс. населения) составил $0,334 \pm 0,030\%$. За анализируемый период лидирующее место занимали микозы волосистой части головы ($27,98 \pm 3,46\%$). Наиболее низкая выявляемость дерматомикозов отмечена в районах Балакан, Гусар, Огуз, Шеки.

ВЫВОД

В современных социально-экономических условиях, с учётом климатогеографических условий северных районов Азербайджана, необходимы система комплексного обследования больных дерматомикозами (включающая культуральное и микроскопическое исследования), разработка целенаправленных профилактических мероприятий по снижению уровня заболеваемости и совершенствование организационных мер оказания медико-социальной помощи больным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Алгоритм наружной терапии дерматозов сочетанной этиологии. *Фармакотер. дерматовенерол.* 2011; (5): 146–152. [Belousova T.A., Goryachkina M.V. Algorithm for external treatment of dermatoses of mixed etiology. *Vestnik dermatologii i venerologii.* 2011; (5): 138–144. (In Russ.)]
2. Елинов Н.П., Васильева Н.В., Разнатовский К.И. Дерматомикозы или поверхностные микозы кожи и её придатков — волос и ногтей. Лабораторная диагностика. *Пробл. мед. микол.* 2008; 10 (1): 27–34. [Yelinov N.P., Vasilyeva N.V., Raznatovsky K.I. Dermatophytoses, or superficial mycoses of skin and its appendages — hairs and nails. laboratory diagnosis. *Problemy meditsinskoj mikologii.* 2008; 10 (1): 27–34. (In Russ.)]
3. Лукашева Н.Н. Особенности клинической диагностики дерматофитий. *Consil. med. (Дерматология).* 2007; (2): 24–28. [Lukasheva N.N. features of clinical diagnosis of dermatophytosis. *Consilium Medicum. Dermatologiya.* 2008; 10 (1): 27–34. (In Russ.)]
4. Потекаев Н.Н., Шерина Т.Ф. К вопросу об ассоциации дерматозов и микозов кожи. *Рос. ж. кожных вен. бол.* 2004; (6): 55–57. [Potekayev N.N., Sherina T.F. To the association of dermatoses and mycoses of the skin. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney.* 2004; (6): 55–57. (In Russ.)]
5. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. *Грибковые инфекции. Руководство для врачей.* М.: БИНОМ-пресс. 2008; 480 с. [Sergeev A.Yu., Sergeev Yu.V. *Gribkovye infektsii. Rukovodstvo dlya vrachev.* (Fungal infections. Guidelines for physicians.) Moscow: BINOM-press. 2008: 480 p. (In Russ.)]
6. Соколова Т.В., Мальярчук А.П., Мальярчук Т.А. Клинико-эпидемиологический мониторинг поверхностных микозов в России и совершенствование терапии. *Рус. мед. ж.* 2011; 19 (21): 1327–1332. [Sokolova T.V., Malyarchuk A.P., Malyarchuk T.A. Clinical and epidemiologic monitoring of superficial mycoses in Russia, and improvements in treatment. *Russkiy meditsinskiy zhurnal.* 2011; 19 (21): 1327–1332. (In Russ.)]
7. Sharma A., Saple D.G., Surjushe A. et al. Efficacy and tolerability of sertaconazole nitrate 2% cream vs. miconazole in patients with cutaneous dermatophytosis. *Mycoses.* 2011; 54 (3): 217–222.
8. Zhan G., Perez-Perez G.I., Chen Yu., Blaser M.J. Quantitation of major human cutaneous bacterial and fungal populations. *J. Clin. Microbiol.* 2010; 48 (10): 3575–3581.