

7. Леонтьева Н. В., Ефименко В. Т. // Лаз. мед. — 2005. — Т. 9. Вып. 2. — С. 7–12.

8. Малиновский Е. Л., Картелишев А. В., Евстигнеев А. Р. Возможности прогнозирования индивидуальной реакции больных на курсовую низкоинтенсивную лазерную терапию // Современные возможности лазерной медицины и биологии / Под ред. А. В. Картелишева, А. Р. Евстигнеева, В. Н. Уральского. — В. Новгород — Калуга: Полито, 2006. — С. 146–161.

9. Москвин С. В., Буйлин В. А. Основы лазерной терапии. — М., 2006. — 256 с.

10. Насонова В. А. Фармакотерапия остеоартроза // Леч. врач. — 2004. — № 7. — С. 22–24.

11. Никитин А. В., Есауленко И. Э., Васильева Л. В. и др. Применение низкоинтенсивных лазеров и нелазерных источников света в комплексной терапии заболеваний внутренних органов: Мат. науч.-практич. конф. «Совр. достижения лазерной медицины и их применение в практич. здравоохранении». — М., 2006. — С. 121.

12. Олюнин Ю. А. Остеоартроз. Актуальные проблемы диагностики и лечения // Рус. мед. журнал. — 2012. — № 7. — С. 385–389.

13. Насонова Е. Л., Насонова В. А. Ревматология: Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 714 с.

14. Чичасова Н. В. Лечение остеоартроза. Влияние на хрящевую ткань различных противовоспалительных препаратов // РМЖ. — 2005. — Том 13. № 8. — С. 539–543.

15. Чичасова Н. В. Остеоартроз как общетерапевтическая проблема / Н. В. Чичасова, О. И. Мендель, Е. Л. Насонов // Русский медицинский журнал. — 2010. — Т. 18. № 11. — С. 729–735.

16. Felson D. T. Osteoarthritis of the knee // N. engl. j. med. — 2006. — № 354. — P 841–848.

17. Hirata S., Ono R., Yamada M. et al. Ambulatory physical activity, disease severity, and employment status in adult women with osteoarthritis of the hip // J. rheumatol. — 2006. — № 33 (5). — P. 939–945.

Поступила 11.10.2013

М. М. ТЛИШ, М. И. ГЛУЗМИН, Т. Г. КУЗНЕЦОВА, Ж. Ю. НААТЫЖ, Н. Л. СЫЧЕВА

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ С ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ЧЕСОТКОЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ: ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Кафедра дерматовенерологии ГБОУ ВПО

*«Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Россия, 350020, г. Краснодар, ул. Рашилевская, 179; тел. 8-960-477-50-60. E-mail: taya1504@mail.ru*

В статье дана оценка эпидемической ситуации, связанной с заболеваемостью чесоткой в Краснодарском крае. Представлены результаты исследований за шесть лет. Констатированы снижение уровня заболеваемости в регионе и высокая заболеваемость детского населения, преимущественно в неорганизованных коллективах. Определено место в диагностике чесотки бактериоскопического метода исследования, дерматоскопии. Итогом исследования явилось определение проблем для здравоохранения и эпидемиологической службы края при заболевании, заразном для окружающих.

Ключевые слова: Краснодарский край, чесотка, заболеваемость, эпидемиология, диагностика, дерматоскопия, проблемы профилактики.

M. M. TLISH, M. I. GLUZMIN, T. G. KUZNETSOVA, Zh. Yu. NAATYZH, N. L. SYCHEVA

EPIDEMIC SITUATION INCIDENCE OF SCABIES IN KRASNODAR KRAI: WAYS OF SOLVING PROBLEMS

*Department of dermatology and venereology state budgetary educational institution of higher professional education
Kuban state medical university, Russian ministry of health,
Russia, 350020, Krasnodar, Rashpilevskayastreet, 179; tel. 8-960-477-50-60. E-mail: taya1504@mail.ru*

The article assesses the epidemiological situation related to the incidence of scabies in the Krasnodar region. The results of studies in six years. Observed decline in the incidence in the region and the high incidence of child population, mostly in the unorganized teams. The place in the diagnosis of scabies microscopy method of research, dermoscopy. The outcome of the study was to identify issues for public health and epidemiological services at the edge of the disease, infectious to others.

Key words: Krasnodar territory, scabies, disease, epidemiology, diagnostics, dermoscopy, preventive maintenance problems.

Введение

Чесотка является широко распространенным паразитарным заболеванием кожи, которое встречается во всех странах мира независимо от социально-экономического статуса, этнической группы [2], возраста. Ежегодно в мире регистрируется более 300 миллионов случаев с данной патологией. В последние 10 лет в России официально регистрируемый показатель распространенности чесотки колеблется от 135 до 290 случаев на 100 тысяч населения.

В Краснодарском крае в 90-е годы наблюдался волнообразный характер заболеваемости, с периодами

спада и роста, обусловленный, вероятно, социально-экономическими катаклизмами. Так, в 1995 году заболеваемость чесоткой достигла пика и составила 122,1 на 100 тыс. населения края, в дальнейшем отмечался постепенный спад — до 99,2 в 1998 году и подъем до 107,2 с 1998 по 2000 год [4]. В последующем заболеваемость чесоткой в Краснодарском крае ежегодно постепенно снижалась.

Однако число официально зарегистрированных случаев чесотки значительно ниже реального. Это можно объяснить следующими факторами:

– неполным учетом заболевания и невыполнением клинических рекомендаций Российского общества дерматовенерологов при обращении к врачам общей практики и первичной медико-санитарной помощи, частно-практикующим дерматовенерологам и специалистам коммерческих центров [1];

– нежеланием проводить противоэпидемические мероприятия в очагах чесотки, что вынуждает врачей ставить диагноз «аллергический дерматит», а лечение проводить противоскабиозными препаратами [6]. Это приводит к сокрытию очагов чесотки в организованных коллективах, социальных учреждениях, общежитиях. В результате сложившейся практики адекватная дерматовенерологическая помощь пациентам с поражениями кожи задерживается в среднем на 5,3±4,2 месяца;

– затруднением поиска источников заражения и контактных лиц по чесотке, обусловленных условно контролируемой миграцией населения, разрывом экономических связей с вновь образовавшимися государствами, пограничными, таможенными и иными барьерами [4];

– увеличением частоты атипичных и редких форм чесотки, имитирующих другие дерматозы [3, 7, 8].

По наблюдениям Т. А. Сырневой, чесотка наиболее часто встречается среди социально адаптированных, финансово обеспеченных слоев населения, занимающихся самолечением и использующих различные акарициды, антигистаминные средства, топические стероиды [5]. Поэтому больные чесоткой «инкогнито» являются основным скрытым резервуаром возникновения многочисленных очагов заболевания и способствуют дальнейшему распространению инфекции [9]. В связи с этим возникла необходимость в информировании врачей всех специальностей об особенностях кли-

г. Краснодаре дать оценку эпидемической ситуации по данному заболеванию, выявить возможные пробелы эпидемиологического надзора за распространением чесотки, а также предложить пути совершенствования диагностических, противоэпидемических и профилактических мероприятий.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ заболеваемости чесоткой в Краснодарском крае и г. Краснодаре за 2007–2012 годы. Информационная база включала данные статистического наблюдения и показатели Федеральной службы Роспотребнадзора за указанный период. Изучены 93 единицы форм № 9, 12, 14, 34 Государственной статистической отчетности. Рассмотрены особенности структуры заболеваемости взрослого населения и лиц детского возраста.

Статистический анализ полученных результатов проводили в программе «Microsoft Excel», версия 6.0, на основе расчета функции, характеризующей выровненный прирост заболеваемости без участия случайной, с расчетом динамики прироста заболеваемости от среднелетнего показателя [1, 9].

Результаты исследования и их обсуждение

В г. Краснодаре с 2007 по 2012 год заболеваемость чесоткой снизилась на 58,0 и к 2012 году составила 30,6 на 100 тыс. населения, что ниже краевого показателя на 15,0%. В 2008 году зарегистрирован максимальный уровень заболеваемости – 101,0 на 100 тыс. населения (таблица). За анализируемый период отмечалась ежегодная тенденция к снижению заболеваемости.

Однако при сравнении заболеваемости в разрезе лечебно-профилактических учреждений города

Динамика заболеваемости чесоткой в Краснодарском крае и г. Краснодаре в 2002–2007 годах (инт. пок. на 100 тыс. населения)

Регион	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Средне-много-летние показатели	Наклон	Динамика, % в год
Краснодар	72,9	101	65,3	64,3	60	30,6	66,000	-9,314	-14,1
Край	90,6	86,5	62,6	54,1	45,2	36,0	62,633	-11,469	-18,3

нических проявлений различных форм чесотки, а также необходимости своевременной клиничко-лабораторной диагностики заболевания и проведения лечебных и противоэпидемиологических мероприятий. Таким образом, регламентированность обязательного лабораторного подтверждения диагноза «чесотка» оказывает влияние на регистрацию случаев, клинически и эпидемиологически характерных для дерматоза [7, 8]. Однако многие лабораторные исследования (исключая дерматоскопию) оказываются не всегда информативными [7]. В ряде случаев основное значение при диагностике заболевания приобретает пробное лечение.

Учитывая разноречивые эпидемиологические данные в отношении чесотки, трудности ее диагностики, мы ретроспективно изучили динамику эпидситуации по данному дерматозу в Краснодарском крае и г. Краснодаре.

Цель исследования – на основе анализа показателей заболеваемости чесоткой в Краснодарском крае и

выявлены значительные диспропорции показателей заболеваемости, косвенно свидетельствующие о неполной регистрации случаев чесотки. Так, в городских поликлиниках, обслуживающих взрослое население, показатель заболеваемости колебался от 9,5 до 125,6 на 100 тыс. населения, в детских поликлиниках – от 25,2 до 221,2 на 100 тыс. населения. Это, по всей вероятности, связано с неполноценностью учета заболеваемости чесоткой в ЛПУ при оказании первичной и специализированной медицинской помощи.

В 2012 году заболеваемость чесоткой населения городских округов и муниципальных районов края была идентичной и составляла соответственно 36,2 и 37,3 на 100 тысяч населения. Среди жителей муниципальных образований края заболеваемость распределялась неравномерно.

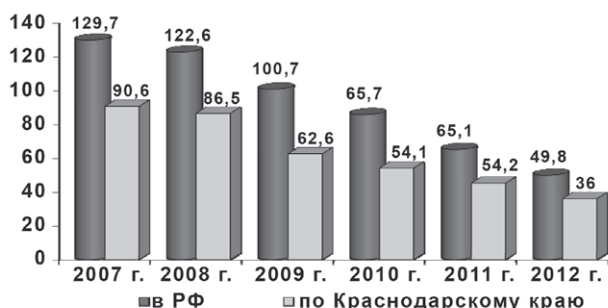
В 14 городах и районах края (Абинском, Анапском, Брюховецком, Выселковском, Красноармейском, Крыловском, Темрюкском, Туапсинском, Усть-Лабинском,

Щербиновском районах, городах Горячем Ключе, Кропоткине, Тихорецке, Туапсе) зарегистрирован рост заболеваемости по сравнению с 2010 годом. В г. Новороссийске (91,7), Кушевском (73,0) и Тбилисском (96,9) районах заболеваемость чесоткой превышала среднекраевую в 2 и более раз.

Наряду с этим низкая регистрация чесотки, в 2 и более раз ниже среднекраевой, зарегистрирована в Абинском (9,8), Анапском (17,6) районах, г. Туапсе и Туапсинском районе (15,0), Кореновском (9,4), Крымском (8,3), Отрадненском (15,3), Успенском (14,6), Щербиновском (16,1) районах.

При этом отмечается значительная разница показателей заболеваемости в городах края, соседних по территориальному расположению муниципалитетах (8,3 на 100 тыс. в г. Крымске, 91,7 в г. Новороссийске), в районах, расположенных смежно (9,4 – в Кореновском, 96,9 – в Тбилисском районе), что может свидетельствовать о неполной регистрации случаев чесотки.

За анализируемый период в Краснодарском крае максимальный интенсивный показатель заболеваемости был зарегистрирован в 2007 году – 90,6 на 100 тыс. населения, самый низкий в 2012 году – 36,0 на 100 тыс. населения, что свидетельствует о снижении заболеваемости чесоткой на 60,3%. Также отмечено поступательное снижение уровня заболеваемости в Краснодарском крае: до 45,2 в 2011 году, до 36,0 на 100 тыс. населения в 2012 году. Это в целом совпадает с особенностями общероссийского развития эпидемиологии по чесотке за данный период (диаграмма).



Динамика заболеваемости чесоткой в 2007–2012 годах

Заболеваемость чесоткой детского населения в крае за период 2007–2012 годов снизилась на 47%. Снижение произошло во всех возрастных группах, в том числе среди детей до года жизни – на 59,3%, от 1 года до 2 лет – на 54,6%, от 3 до 6 лет – на 44,9%. Максимальные показатели заболеваемости детей за анализируемый период регистрировались в 2007 году и составили в возрастных группах: дети до 14 лет – 243,7 на 100 тыс. населения, дети до года – 266,2, от года до 2 лет – 239,9. У детей от 3 до 6 лет самый высокий показатель отмечен в 2008 году (271,5). Минимальные показатели во всех возрастных группах зарегистрированы в 2012 году. Удельный вес детей в общей заболеваемости сохранялся на уровне 40–42%. В организованных коллективах, школах, учебных заведениях групповая заболеваемость не регистрировалась.

К 2012 году показатель активного выявления больных чесоткой снизился с 15,9% к числу зарегистрированных случаев до 12,9%. При обследовании контактов большинство больных регистрировалось дерматовенерологами: в 2010 году выявлено 15,4% больных,

в 2012-м – 10,9%. Определенная стабильность выявления при низком удельном весе отмечена в амбулаторно-поликлинической сети общемедицинского профиля.

Удельный вес выявленных больных при медицинских осмотрах имеет разнонаправленную динамику. Так, при периодических профилактических медицинских осмотрах в период с 2010 по 2012 год его доля возросла с 1,4% до 3,8%, а при медицинских осмотрах при поступлении на работу выявляемость уменьшилась с 0,8% до 0,4%. Активное выявление чесотки в соматических стационарах за анализируемый период также снизилось с 3,5% до 2,7%.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. В результате проведенного анализа и математической обработки показателей заболеваемости чесотки по Краснодарскому краю и г. Краснодару за период 2007–2012 годов констатируется выраженная тенденция к ее снижению по краю и городу. Ежегодный темп снижения заболеваемости по краю в 1,3 раза превышал аналогичные показатели в городской популяции.

2. Заболеваемость чесоткой не в полной мере отражает реальную картину в связи с отсутствием четкой системы её регистрации, учета и отчетности со стороны медицинских организаций в ЛПУ всех форм собственности, а также недостаточностью проведения необходимых противоэпидемических мероприятий в очагах инфекции.

На основании вышеизложенного представляется необходимым:

- разработать алгоритм конкретных действий участковых терапевтов, педиатров, врачей общей практики и врачей-специалистов, обслуживающих население в случае первичного выявления у пациента чесотки;
- внести изменения в Программу постдипломного образования и повышения квалификации, дополнительные часы по паразитарной дерматовенерологии;
- предусмотреть включение дерматовенерологов в перечень специалистов, осуществляющих диспансерный осмотр в управляемых контингентах пациентов с целью выявления заразных кожных заболеваний;
- создать нормативную базу учета заболеваемости чесоткой в ЛПУ всех форм собственности при оказании первичной и специализированной медицинской помощи;
- активизировать выявление и своевременную изоляцию больных в детских дошкольных и общеобразовательных учреждениях на всех этапах оказания медицинской помощи;
- обеспечить кожно-венерологические кабинеты ЛПУ дерматоскопами в полном объеме;
- сформировать группы повышенного риска по чесотке в период проведения профилактических медосмотров и мероприятий «Дни здоровья» среди организованных и неорганизованных групп населения;
- проводить тематическую информационную работу по профилактике паразитарных дерматозов.

Таким образом, для эффективного решения вопроса об ограничении распространенности чесотки необходимо совершенствование комплекса противоэпидемических мероприятий, включающих мониторинг заболеваемости, усиление межведомственного взаимодействия дерматовенерологов, смежных специалистов и специалистов органов Роспотребнадзора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев И. Н., Матушевская Ю. И., Рахматулина М. Р. Дерматовенерология: Клинические рекомендации РОДВ / Под ред. А. А. Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2010. – 428 с.
2. Верхогляд И. В., Рюмин Д. В. Чесотка: современные подходы к ее диагностике и терапии // Вестн. последип. мед. обр. – 2006. – № 1. – С. 50–55.
3. Глузмин М. И., Шевченко А. Г. Тенденции заболеваемости чесоткой в городе Краснодаре // Матер. IV науч.-практ. конф. Южного федерального округа «Актуальные вопросы инфекционной патологии». – Краснодар – Сочи – Майкоп: Полиграф-Юг, 2010. – С. 44–46.
4. Глузмин М. И., Шевченко А. Г., Шевченко М. Н., Материкин А. И. Социопатические аспекты заболеваемости чесоткой: Материалы III междисциплинарной научно-практической конференции «Современные методы диагностики и лечения кожных болезней и инфекций, передаваемых половым путем, кафедры дерматовенерологии Казанского государственного медицинского университета». – Казань: Бином, 2010. – 232 с.
5. Соколова Т. В. Новое в этиологии, эпидемиологии, клинике, диагностике, лечении профилактике чесотки // Рос. журнал кож. и венерич. болезней. – 2001. – № 1. – С. 27–39.
6. Соколова Т. В., Лопатина Ю. В., Малярчук А. П., Киселева А. В. Чесотка: Учебно-методическое пособие для врачей, ординаторов, интернов, студентов медицинских университетов и академий. – М.: Адамант, 2010. – 72 с.
7. Сырнева Т. А., Корюкина Е. Б. Клинико-эпидемиологические особенности чесотки на современном этапе // Клин. дерматол. и венерол. – 2009. – № 6. – С. 20–25.
8. Утц С. Р., Завьялов А. И., Марченко В. М. Клинико-эпидемиологические особенности чесотки и новые подходы к ее диагностике и лечению на современном этапе (обзор) // Саратов. науч.-мед. журнал. – 2011. – Т. 7. № 3. – С. 636–641.
9. Muhammad Zayyid M., SaidatulSaadah R., Adil A. R. et al. Prevalence of scabies and head lice among children in a welfare home in Pulau Pinang, Malaysia // Trop. biomed. – 2010. – Vol. 27 (3). – P. 442–446.

Поступила 25.10.2013

И. О. ХАЛЯВКИНА¹, И. Ф. СУШКИНА², С. В. ШЛЫК², Я. А. ХАНАНАШВИЛИ¹

ОСОБЕННОСТИ МИКРОГЕМОДИНАМИКИ И ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ДИЛАТАЦИИ МИКРОСОСУДОВ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ РЕГУЛЯЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

¹Кафедра нормальной физиологии,²кафедра внутренних болезней № 4 ФПК и ППСГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29;
тел. 8 (863) 250-41-73. E-mail: khalyavkinaio@yandex.ru

Проведено исследование микрогемодинамики у практически здоровых лиц с гипо-, эу- или гиперкинетическим типом регуляции кровообращения. Показано отсутствие у них в состоянии функционального покоя различий в величинах линейной и объемной скорости кровотока в сосудах ногтевого валика пальца кисти. В свою очередь, анализ реакций микрососудов при пробе с окклюзией плеча позволил установить, что для гипокINETического типа регуляции кровообращения в отличие от эу- и гиперкинетического типов характерным является снижение эндотелийзависимой вазодилатации.

Ключевые слова: микрогемодинамика, тип регуляции кровообращения, эндотелийзависимая вазодилатация.

I. O. KHALYAVKINA¹, I. F. SUSHKINA², S. V. SHLYK², Ya. A. KHANANASHVILI¹

FEATURES OF MICROHAEMODYNAMICS AND ENDOTHELIUM-DEPENDENT DILATION OF MICROVESSELS AT DIFFERENT TYPES OF REGULATION OF BLOOD CIRCULATION

¹Department of normal physiology,²department of internal disease Rostov state medical university,
Russia, 344022, Rostov-on-Don, Nahichevansky str., 29;
tel. 8 (863) 250-41-73. E-mail: khalyavkinaio@yandex.ru

Microhaemodynamics research at practically healthy persons with hypo-, eu- or hyperkinetic type of regulation of blood circulation is conducted. Absence at them in a condition of functional rest of distinctions in the values of linear and volume speed of a blood-groove in the nail roller of a finger of a brush is shown. In turn, the analysis of reactivity of microvessels at test with a shoulder occlusion, allowed to establish that for hypokinetic type of regulation of blood circulation, unlike two other types, decrease in an endothelium-dependent vasodilatation is characteristic.

Key words: microhaemodynamics, type of regulation of blood circulation, endothelium-dependent vasodilatation.

Введение

В физиологии и патофизиологии кровообращения, а также в практике врача-кардиолога остается актуальным вопрос о существовании в популяции людей ин-

дивидуальных особенностей гемодинамики, обусловленных вариативностью отношений между сердечным и сосудистым механизмами регуляции артериального давления. Известно, что именно на этой основе было