

(обзор литературы). *Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана*. 2016; (2): 44–47. [Samigullina A.E., Vybornykh V.A. Indications for Cesarean section in modern obstetrics (literature review). *Nauka, novye tekhnologii i innovatsii Kyrgyzstana*. 2016; (2): 44–47. (In Russ.)]

3. Самигуллина А.Э., Выборных В.А., Кибец Е.А. Ретроспективный анализ частоты кесарева сечения у женщин репродуктивного возраста в Кыргызской Республике. *Акушерство и гинекология*.

2017; (12): 104–110. [Samigullina A.E., Vybornykh V.A., Kibets E.A. Retrospective analysis of cesarean section rates in reproductive-aged women in the Kyrgyz Republic. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2017 (12): 104–110.] DOI: 10.18565/aig.2017.12.104-109.

4. Чернова Н.Е. *Медицинская статистика*. Учебное пособие. Бишкек. 2006; 23 с. [Chernova N.E. *Meditsinskaya statistika. Uchebnoye posobie*. (Medical statistics. Study guide.) Bishkek. 2006; 23 p. (In Russ.)]

УДК 616.596-003.829: 616.594.171.2

© 2018 Ахмедова С.Д.

Анализ заболеваемости дерматомикозами в Азербайджанской Республике за период 2000–2016 гг.

Сабина Джувановна Ахмедова*

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Азербайджан

Реферат

DOI: 10.17816/KMJ2018-296

Цель. Провести эпидемиологический анализ заболеваемости дерматомикозами (поверхностными микозами кожи и её придатков) в Азербайджанской Республике за 2000–2016 гг. и клиническо-эпидемиологический мониторинг за 2011–2016 гг.

Методы. Проведён анализ данных обращаемости в республиканский кожно-венерологический диспансер, детский республиканский кожно-венерологический диспансер №3, городской кожно-венерологический диспансер №1 Азербайджанской Республики 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. Клинический анализ заболеваемости дерматомикозами за 2011–2016 гг. проведён по результатам лабораторной (микроскопической) верификации на наличие мицелия гриба.

Результаты. За период 2000–2016 гг. в Азербайджанской Республике выявлен неуклонный рост заболеваемости поверхностными микозами кожи и её придатков. В 2000 г. заболеваемость составила 2783 эпизода. В 2016 г. зафиксировано 12 630 эпизодов заболеваемости, что является пиковым показателем и в 4,5 раза выше показателя за 2000 г. Клинический анализ заболеваемости поверхностными микозами кожи и её придатков за период 2011–2016 гг. показал, что диагноз «разноцветный лишай (кератомикоз)» занял ведущее место (33,5%). На втором месте по распространённости оказались микозы гладкой кожи (32,7%), на третьем месте — кандидозы (кожи и видимых слизистых оболочек; 17,1%), на четвёртом месте — онихомикоз (14,5%), на последнем месте — микотическое поражение волосистой части головы и лица (2,2%). Кератомикозу подвержен молодой контингент населения (10–20 лет), микозу гладкой кожи — взрослое население (30–50 лет). Мы предполагаем, что это связано с климато-географическими особенностями местности, повышенной инсоляцией, как следствие — потливостью и нарушением липидно-щелочного защитного покрова кожи. Для подтверждения нашей гипотезы необходимо дальнейшее проведение исследовательской работы.

Вывод. Выявлен рост заболеваемости поверхностными микозами кожи и её придатков в 4,5 раза; ведущее место по распространённости занимает разноцветный лишай, на втором месте — микозы гладкой кожи, на третьем — кандидозы кожи и слизистых оболочек.

Ключевые слова: микозы кожи, кандидоз, онихомикоз.

Analysis of the incidence of dermatomycosis in Azerbaijani Republic during 2000–2016

S.D. Ahmedova

Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

Aim. To conduct epidemiological analysis of the incidence of dermatomycosis (superficial mycoses of skin and its appendages) in the Republic of Azerbaijan during 2000–2016, as well as clinical epidemiological monitoring during 2011–2016.

Methods. Analysis of incidence of visits was performed in the Republican dermato-venerologic clinic, children's republican dermato-venerologic dispensary №3, city dermato-venerologic dispensary №1 of the Republic of Azerbaijan according to the forms of state statistical observation №9 («Information about predominantly sexually transmitted diseases, fungal skin infections and scabies») approved by the decree of Azerbaijan State Statistical Commission No. 72/5 issued on 04.12.2000. Clinical analysis of dermatomycosis incidence during 2011–2016 was performed based on the results of laboratory (microscopic) verification of mycelium of the fungus.

Адрес для переписки: nauchnayastatya@yandex.ru

Поступила 15.11.2017; принята в печать 10.01.2018.

Results. During 2000–2016 in the Republic of Azerbaijan steady increase of the incidence of superficial mycoses of skin and its appendages was observed. In 2000 the incidence was 2783. In 2016, 12 630 cases were recorded, which is the peak value and is 4.5 times higher than in 2000. Clinical analysis of incidence of superficial mycoses of skin and its appendages in 2011–2016 demonstrated that the diagnosis of pityriasis versicolor (keratomycosis) took the leading place (33.5%). The second place in the prevalence was taken by smooth skin mycoses (32.7%), the third place — by candidiasis (skin and visible mucous membranes — 17.1%), the fourth place — by onychomycosis (14.5%), and the last place — by mycosis of the scalp and face (2.2%). Young population (10–20 years) is susceptible to keratomycosis, and adult population (30–50 years) — to smooth skin mycosis. We suggest that it is related to climate-geographic features, increased insolation, and as a result — to sweating and to disordered lipid-alkaline protective skin barrier. To confirm our hypothesis further investigation is necessary.

Conclusion. Incidence of superficial mycoses of skin and its appendages, increased by 4.5 times was revealed; the leading position in prevalence is taken by pityriasis versicolor, the second — by smooth skin mycoses and the third — by skin and visible mucous membranes candidiasis.

Keywords: skin mycosis, candidiasis, onychomycosis.

В связи с широким распространением дерматомикозов важным остаётся вопрос своевременной диагностики, терапии и профилактики поверхностных микозов кожи и её придатков (ПМК). Актуальность данной проблемы обусловлена широкой распространённостью с неуклонной тенденцией к росту заболеваемости, склонностью к длительному прогрессирующему течению и высокой частотой рецидивов [1].

По мнению разных авторов, микотической патологией страдают 10–20% всего населения Земного шара [2]. Мужское население превалирует над женским по заболеваемости. Пациенты старше 60 лет представляют группу риска по заболеваемости микозом стоп [3].

Важным аспектом является вопрос сочетанной патологии, как с дерматологической нозологией — коморбидность, так и с соматической патологией — мультиморбидность [4]. Коморбидность, как правило, возникает на фоне — экземы, псориаза, рожи, атопического дерматита и других подобных заболеваний, а мультиморбидность — на фоне сахарного диабета, венозной гипертензии, иммунодефицитных состояний и др. Так, у пациентов с сахарным диабетом микоз стоп возникает в 2,5 раза чаще, чем у пациентов без сопутствующей кожной и соматической патологии. Избыточная масса тела, потливость, патология суставов ног (*hallux valgus*), узость межпальцевых складок — дополнительные триггеры [5].

Профилактика ПМК важна не только для дерматологической службы, но и для здравоохранения в целом. Профилактика подразделяется на личную и общественную. Главная цель профилактики — своевременное выявление микотической патологии на ранних стадиях и интегрированная работа с санитарно-эпидемиологической службой

в случае заражения в спортивных секциях по контактному виду спорта [6, 7].

При анализе данных проведённого исследования, включающих показатели обрабатываемости, профилактических осмотров, госпитализации, работу с текущей и архивной медицинской документацией в республиканском кожно-венерологическом диспансере, детском республиканском кожно-венерологическом диспансере №3 и городском кожно-венерологическом диспансере №1, были получены данные заболеваемости ПМК (рис. 1)

На рис. 2 можно наблюдать тенденцию повышения распространённости ПМК за исследуемый период (2000–2016). Пик приходится на 2016 г.: 130,131 на 100 тыс. населения.

В 2000 г. выявляемость составила 2783 эпизода ПМК. Эта цифра вдвое увеличилась к 2003 г. и составила 6456 эпизодов. В 2004 г. зарегистрирован незначительный спад — 5899 эпизодов, а в 2005 г. тенденция к повышению — 6843 эпизода. 2006, 2007, 2008 и 2009 гг. относительно стабильны — 6378, 6656, 6378 и 7079 эпизодов соответственно. 2010 г. (1101 эпизод обрабатываемости) является недостаточно информативным в связи с утерей данных годового отчёта нескольких районных кожно-венерологических диспансеров республики, он не может быть показательным при проведении анализа. В 2011 г. — 7249, в 2012 г. — 6969, в 2013 г. — 7859, в 2014 г. — 9931, в 2015 г. — 11 151, в 2016 г. — 12 630 зафиксированных эпизодов ПМК.

Проведённый анализ за период 2000–2016 гг. показал неуклонный рост на протяжении последних 5 лет. Таким образом, заболеваемость к 2016 г. увеличилась в 4,5 раза по сравнению с 2000 г.

Клинический анализ заболеваемости дерматомикозами, входящими в группу

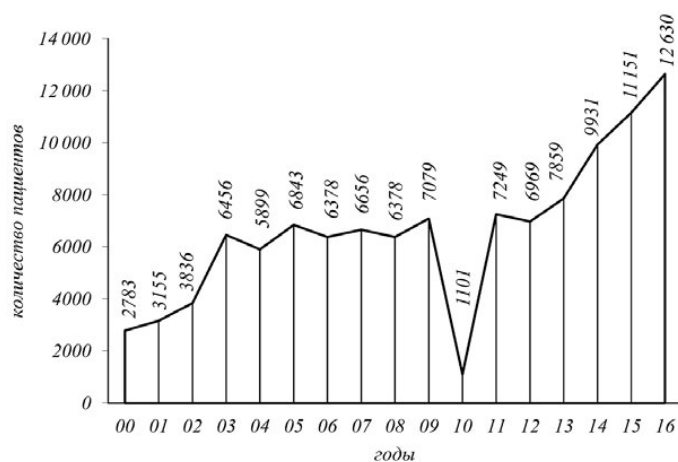


Рис. 1. Выявляемость поверхностных микозов кожи и её придатков в кожно-венерологических учреждениях Азербайджанской республики за 2000–2016 гг. (на 100 тыс. населения)

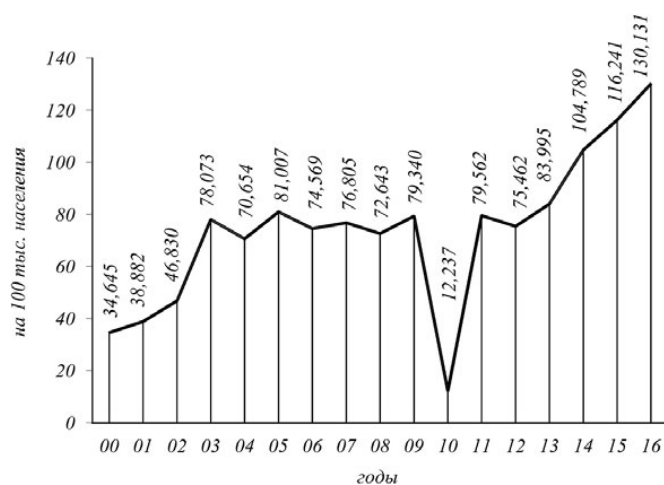


Рис. 2. Выявляемость поверхностных микозов кожи и её придатков в Азербайджанской Республике на общем амбулаторном и стационарном приёмах в 2000–2016 гг. (на 100 тыс. населения)

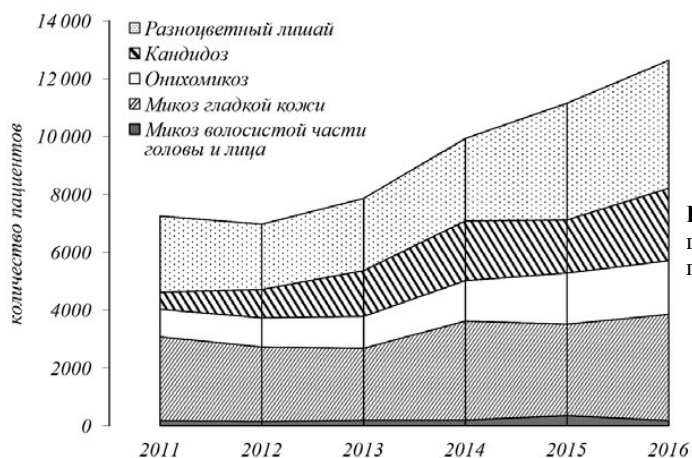


Рис. 3. Нозологическая структура поверхностных микозов кожи и её придатков за 2011–2016 гг.

ПМК, показал различие нозологической структуры в разные годы за анализируемый период 2011–2016 гг. (рис. 3).

В 2011 г. было зарегистрировано 7249 случаев ПМК. Лидирующее место занимают пациенты с микозом гладкой кожи — 2654 (36,6%) человека, на втором месте пациенты с кератомикозом (разноцветным лишаём) — 2812 (38,8%), кандидоз был диагностирован у 819 (11,3%) человек, онихомироз — у 811 (11,2%), микоз волосистой части головы — у 152 (2,1%).

В 2012 г. было зарегистрировано 6969 случаев ПМК. Лидирующее место занимают пациенты с кератомикозом (разноцветным лишаём) — 2872 (41,2%) случая, на втором месте микозы гладкой кожи — у 2795 (40,1%) пациентов, кандидоз кожи был зафиксирован у 599 (8,6%) обратившихся, онихомироз — у 550 (7,9%), микоз волосистой части головы — у 153 (2,2%) пациентов.

В 2013 г. было зарегистрировано 7859 случаев ПМК. Лидирующее место занимают пациенты с микозом гладкой кожи — 2735 (34,8%) случаев, на втором месте кератомикоз (разноцветный лишай) — у 2617 (33,3%), кандидоз кожи был зафиксирован у 1195 (15,2%), онихомироз — у 1116 (14,2%) пациентов, микоз волосистой части головы — у 196 (2,5%) обратившихся.

В 2014 г. был зарегистрирован 9931 случай ПМК. Лидирующее место занимают микозы гладкой кожи — 3208 (32,3%) случаев, на втором месте кератомикоз (разноцветный лишай) — у 3178 (32,0%) пациентов, кандидоз кожи был зафиксирован у 1817 (18,3%) обратившихся, онихомироз — у 1510 (15,2%), микоз волосистой части головы — у 218 (2,2%) человек.

В 2015 г. был зарегистрирован 11 151 случай ПМК. Лидирующее место занимают в равной степени пациенты с кератомикозом (разноцветным лишаём) — 3524 (31,6%), а также с микозом гладкой кожи — 3546 (31,8%) случаев ПМК, кандидоз кожи был зафиксирован у 1951 (17,5%) человека, онихомироз — у 1862 (16,7%) пациентов, микоз волосистой части головы — у 268 (2,4%) обратившихся.

В 2016 г. было зарегистрировано 12 630 эпизодов ПМК. Лидирующее место занимают пациенты с кератомикозом (разноцветным лишаём) — 3940 (31,2%) случаев, на втором месте микозы гладкой кожи — у 3498 (27,7%) пациентов, кандидоз кожи был диагностирован у 2843 (22,5%) обратившихся, онихомироз — у 2122 (16,8%),

микоз волосистой части головы — у 227 (1,8%) пациентов.

Разноцветный лишай (кератомикоз) и микозы гладкой кожи занимают лидирующее место в структуре ПМК. Кератомикозу наиболее подвержены молодые люди, микотическое поражение гладкой кожи (микоз стоп, туловища, крупных складок) чаще встречается у зрелых и пожилых пациентов. Это связано с климато-географическими особенностями, повышенной инсоляцией, как следствие — потливостью и нарушением липидно-щелочного защитного покрова кожи у пациентов с ПМК.

При распределении пациентов с дерматомикозами по возрасту установлено, что наибольший удельный вес занимала группа 11–20 лет, на втором месте — пациенты в возрастной группе 0–10 лет, затем идёт возрастная группа 21–30 лет, далее по убывающей — 31–40 лет, 41–50 лет, 61–70 лет и старше 70 лет.

ВЫВОДЫ

1. За период 2000–2016 гг. в Азербайджанской Республике выявлен неуклонный рост заболеваемости поверхностными микозами кожи и её придатков в 4,5 раза: в 2000 г. — 2783 эпизода, в 2016 г. — 12 630 эпизодов.

2. Проведённый клинко-эпидемиологический анализ показал, что ведущее место по выявляемости поверхностных микозов кожи и её придатков занимает разноцветный лишай (кератомикоз; 33,5%), на втором месте — микозы гладкой кожи (32,7%), на третьем — кандидозы кожи и слизистых оболочек (17,1%).

3. Мы предполагаем, что это связано с климато-географическими особенностями местности, повышенной инсоляцией, как следствие — потливостью и нарушением липидно-щелочного защитного покрова кожи. Для подтверждения нашей гипотезы необходимо дальнейшее проведение исследовательской работы.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурова С.А. Особенности лечения грибковых инфекций кожи и её придатков в группах риска. *Клин. дерматол. и венерол.* 2014; (1): 47–51. [Burova S.A. Features of management of fungal infections of the skin and its appendages in the risk groups. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya.* 2014; (1): 47–51. (In Russ.)]

2. Горячкина М.В., Белоусова Т.А., Потеев Н.Н. Алгоритм местной терапии поверхностных микозов кожи. *Клин. дерматол. и венерол.* 2012; (5): 42–47. [Goryachkina M.V., Belousova T.A., Potekaev N.N. Algorithm for local treatment of superficial skin mycoses. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya.* 2012; (5): 42–47. (In Russ.)]
3. Круглова Л.С., Понич Е.С., Бабушкин А.М. Оценка эффективности сертаконазола у больных микозом стоп. *Клин. дерматол. и венерол.* 2016; (6): 66–73. [Kruglova L.S., Ponich E.S., Babushkin A.M. Evaluation of the effectiveness of the sertaconazole cream in patients with tinea pedis. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya.* 2016; (6): 66–73. (In Russ.)] DOI: 10.17116/klinderma201615666-73.
4. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. *Грибковые инфекции.* М.: Бином. 2008; 480 с. [Sergeev A.Yu., Sergeev Yu.V. *Gribkovye infektsii.* (Fungal infections.) Moscow: Binom. 2008; 480 p. (In Russ.)]
5. Соколова Т.В., Малярчук А.П., Малярчук Т.А. Клинико-эпидемиологический мониторинг поверхностных микозов в России и совершенствование терапии. *РМЖ.* 2011; (21): 1327–1332. [Sokolova T.V., Malyarchuk A.P., Malyarchuk T.A. Clinical and epidemiologic monitoring of superficial mycoses in Russia and improvement of the treatment. *RMZh.* 2011; (21): 1327–1332. (In Russ.)]
6. Havlickova A., Czaika V.A., Friedrich M. Epidemiological trends in skin mycoses worldwide. *Mycoses.* 2008; 51 (4): 2–15. DOI: 10.1111/j.1439-0507.2008.01606.x.
7. Plaum S., Verma A., Fleischer A.B.Jr. et al. Detection and relevance of naftifine hydrochloride in the stratum corneum up to four weeks following the last application of naftifine cream and gel, 2%. *J. Drugs Dermatol.* 2013; 12 (9): 1004–1008. PMID: 24002147.