

### **Выводы**

Холодовой дерматит — псевдоаллергическая реакция, сочетающаяся с крапивницей, холодовым ринитом, конъюнктивитом, а также холодной бронхиальной астмой. Дополнительными методами диагностики являются дерматоскопия и рН-метрия кожи. Основными методами лечения являются профилактика переохлаждения, использование средств ухода за кожей, в виде защитных жирных кремов.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Duval, H. Cytologie des inflammations cutanees / H. Duval. — М., 1908.
2. Данилевская, Е. А. Реакция кожи на химические и механические раздражения / Е. А. Данилевская, Л. В. Кисличенко // Рус. вестник дерматологии. — 1927. — № 8.
3. Адашкевич, В. П. Кожные и венерические болезни / В. П. Адашкевич, В. М. Козин. — М., 2006. — С. 218, 378–379.

**УДК 616.5-002.828-036.22**

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МИКРОСПОРИИ**

**Полын И. В., Тимашкова В. И.**

**Научный руководитель: ассистент Л. А. Порошина**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Ведение**

По данным ВОЗ, каждый пятый житель планеты страдает грибковыми заболеваниями кожи и ее придатков. В современной дерматологической практике заболеваемость микозами продолжает занимать одно из ведущих мест, не уступая по актуальности ни одному дерматозу. По разным оценкам, на долю микозов приходится от 37 до 42 % от всех болезней кожи [2]. Микроспория является высококонтагиозным заболеванием с поражением кожи, волос, иногда ногтей, вызывается грибами рода *Microsporum*. Микроспория волосистой части головы отмечается почти исключительно у детей. Возбудителями заболевания могут быть как антропофильные (*M. audouinii*, *M. ferrugineum*), так и зоофильные (*M. canis*). Самые главные источники заражения и распространения зоонозной микроспории — животные: кошки и собаки. Но встречается и антропонозная микроспория, обусловленная ржавым микроспорумом, передается только от больного человека к здоровому при контакте с ним или через зараженные предметы [1].

### **Цель**

Исследовать пациентов, страдающих микроспорией. Определить посезонную динамику заболеваемости микроспорией в 2013 г. Оценить сложившуюся эпидемическую ситуацию в Гомельской области.

### **Материалы и методы исследования**

Мы провели ретроспективный анализ 522 амбулаторных карт пациентов, находившихся на диспансерном учете в Гомельском областном кожно-венерологическом диспансере в 2013 г., а также ретроспективный анализ 110 историй болезней пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу микроспории. Оценили эпидемиологическую обстановку по микроспории в Гомельской области, определили сезонное количество заболеваемости микроспорией.

### **Результаты исследования**

Диагноз микроспории выставлялся на основании клинической картины, анамнеза, а также исследования очагов поражения в лучах лампы Вуда (по характерному зеленовато-изумрудному

свечению волос), данных микроскопического и культурального исследования.

За 2013 г. было зарегистрировано 522 пациента, страдающих микроспорией, причем микроспория волосистой части головы была выявлена у 81 ребенка. В зимние месяцы было зарегистрировано 123 (23,56 %) пациента, страдающих микроспорией, весной — лишь 43 (8,24 %), на летние месяцы пришлось 114 (21,83 %) случаев заболевания, пик микроспории был зарегистрирован с сентября по ноябрь — 232 (44,4 %), с максимумом в сентябре.

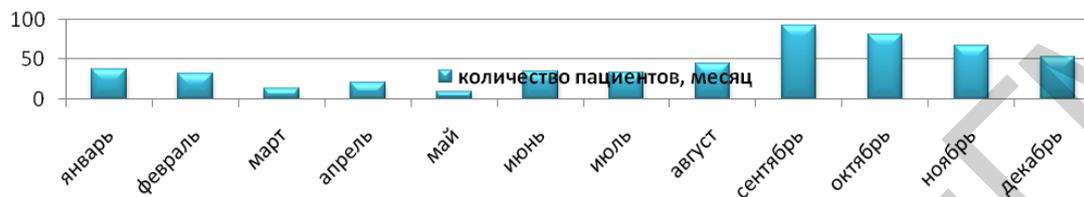


Рисунок 1 — Посезонные колебания заболеваемости микроспорией

### **Выводы**

Таким образом, заболеваемость микроспорией имеет волнообразный характер: максимальная заболеваемость определяется с сентября по ноябрь, что можно объяснить более частым нахождением детей на улице и возможностью их контакта с больными животными. Пик заболеваемости в сентябре можно объяснить активным выявлением заболевания в этот период в связи с проведением плановых медицинских осмотров в школах и других организованных коллективах.

Тенденция к снижению заболеваемости отмечается в зимние и весенние месяцы.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Адаскевич, В. П.* Кожные и венерические болезни / В. П. Адаскевич, В. М. Козин. — М., 2006. — С. 192–194.
2. <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/>.

**УДК 616.127-005.8-085.22**

## **ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ЦИТОПРОТЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

*Полянская Ю. С., Денисова О. Ю., Рындина В. В.*

**Научный руководитель: д.м.н., профессор В. П. Михин**

**Учреждение образования  
Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
г. Курск, Российская Федерация**

### **Введение**

До конца XIX в. инфаркт миокарда практически не диагностировался, а в первое десятилетие нашего века он оставался казуистикой. В настоящее время актуальность сохраняет проблема быстрого восстановления поврежденного миокарда при его острой ишемии или инфаркте (ОИМ), так как уменьшение массы функционирующего миокарда, дилатация полостей желудочков, изменения в нейрогуморальной регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы влекут нарушения показателей внутрисердечной и центральной гемодинамики. Это негативно сказывается на продолжительности и качестве жизни больных ОИМ.

### **Цель**