

В 2000–2009 гг. в этиологической структуре заболеваемости сальмонеллезом преобладали сальмонеллы группы D, на долю которых приходилось от 62,6 % в 2000 г. до 86,7 % всех выделенных культур от больных. В группе D удельный вес *S. Enteritidis* в 2009 г. составил 85,6 % (в 2000 г. — 97,5 %). В 2009 г. на долю сальмонелл группы В приходилось 12,1 % (2000 г. — 35,1 %), сальмонелл группы С — 1,1 % (2000 г. — 1,2 %) выделенных культур от больных. В группе В удельный вес *S. Typhi murium* составлял 100 % (2000 г. — 96,1 %). Среди сальмонелл группы С выделялись: *S. Virchow*, *S. Newport*, *S. Mission*.

Основным путем передачи инфекции в 2000–2009 гг. был пищевой, что подтверждено микробным пейзажем выделенных сальмонелл и данными факторного анализа. В 2009 г. 84,0 % (2000 г. — 89,8 %) всех факторов передачи приходилось на пищевые продукты, из которых мясные продукты составляли 40,1 %, яйца — 55,7 %. Доля контактно-бытового пути передачи инфекции составила 6,5 % (2000 г. — 3,3 %). Среди детей «группы риска» в 2009 г. в 14,6 % случаев реализовывался контактно-бытовой путь передачи.

В 2000–2009 гг. претерпел определенные изменения и характер распространения заболевания. Наблюдавшийся рост заболеваемости сальмонеллезом среди детей дошкольного возраста происходил, главным образом, за счет увеличения числа спорадических случаев.

В 2000–2009 гг. заболеваемость характеризовалась явно выраженным летним и осенним подъемом и соответствующим понижением в зимние и весенние месяцы (таблица 3).

Таблица 3 — Сезонность заболеваемости сальмонеллезом в г. Гомеле в 2000–2009 гг. (%)

Месяц	Абс. число случаев	Сезонность	Месяц	Абс. число случаев	Сезонность
Январь	430	78,9	Июль	554	101,7
Февраль	455	92,4	Август	671	123,1
Март	462	84,8	Сентябрь	642	121,7
Апрель	527	99,9	Октябрь	610	111,9
Май	600	110,1	Ноябрь	419	79,5
Июнь	648	122,9	Декабрь	398	73

Таким образом, проведенное исследование показало, что эпидемический процесс сальмонеллеза в г. Гомеле в 2000–2009 гг. характеризовался неустойчивой тенденцией к снижению заболеваемости среди всего населения, высоким удельным весом детей ясельного возраста, вовлеченных в эпидпроцесс, отсутствием вспышечной заболеваемости, преобладанием в этиологической структуре заболеваемости сальмонелл группы D, преимущественно, пищевым путем передачи инфекции, выраженным летним и осенним подъемом заболеваемости.

УДК: 616.993.195-085:615.844.6

ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ТЕРБИНАФИНА В ТЕРАПИИ МИКРОСПОРИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Сохар С. А.

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

Введение

Микроспория — грибковое заболевание, вызываемое грибами рода *Microsporum*. *M. canis* вызывает микроспорию у 90–97 % больных микозами волосистой части головы на территории Беларуси и России. *M. canis*, являясь зоофильным грибом, вызывает дерматофитозы у кошек, собак, обезьян, реже — у других животных. Основной источник заболевания — кошки (обычно котята) — 80,5 %, реже — собаки. Заражение про-

исходит при непосредственном контакте с больным животным или предметами, инфицированными шерстью или чешуйками — 2,5 %. Возможна передача зоонозной микроспории и от заболевших членов семьи — 5,5 %, что встречается достаточно редко. В подобных ситуациях наибольшей опасности заражения подвергаются женщины и дети младшего возраста, включая новорожденных. Помимо непосредственного переноса возбудителя от больного человека здоровому, возможно заражение микроспорией через различные предметы обихода. Микроспорией чаще страдают дети до 15 лет. Редкость заболевания микроспорией взрослых объясняется наличием в волосах взрослых людей фунгистатических органических кислот (в частности, ундициленовой кислоты). Возникновение в ряде районов и городов очагов микроспории кошек и собак ведет к формированию эпидемических очагов среди детей.

Поражение кожи волосистой части головы встречается, преимущественно, у детей 5–12 лет. В последние 20 лет отмечается 20-кратный рост заболеваемости этой формой микроспории новорожденных [1].

Попав на кожу вблизи устьев волосяных фолликулов, споры гриба прорастают, приводя к поражению волоса. Довольно быстро распространяясь по поверхности последнего, гифы мицелия разрушают кутикулу, между чешуйками которой скапливаются споры. Таким образом, гриб окружает волос, формируя чехол, и плотно заполняет фолликулярный аппарат.

Очаги микроспории кожи волосистой части головы располагаются, главным образом, на макушке, в теменной и височной областях. Обычно присутствуют 1–2 крупных очага величиной от 2 до 5 см, с округлыми или овальными очертаниями и четкими границами. По периферии крупных очагов могут быть отсевы — мелкие очажки диаметром 0,5–1,5 см. В начале заболевания на месте заражения образуется участок шелушения. В первые дни гриб локализуется только в устье фолликула. На 6–7-й день процесс распространяется на сами волосы, которые становятся хрупкими, обламываются над уровнем окружающей кожи на 4–6 мм и выглядят как бы подстриженными (отсюда название «стригущий лишай»). Оставшиеся пеньки выглядят тусклыми, покрыты чехликом серовато-белого цвета, представляющим собой споры гриба. Если пеньки «погладить», они отклоняются в одном направлении и, в отличие от интактных волос, затем не восстанавливают свое положение. Кожа в очаге поражения, как правило, слегка гиперемирована, отечна и умеренно инфильтрирована, поверхность ее покрыта серовато-белыми чешуйками.

При микроспории кожи волосистой части головы, обусловленной антропофильными грибами, наблюдаются многочисленные мелкие очаги с минимальным воспалением и нечеткими границами. Характерной чертой антропофильной микроспории является локализация в краевой зоне роста волос, когда одна часть очага располагается на коже волосистой части головы, а другая на гладкой коже.

К атипичным вариантам микроспории кожи волосистой части головы, относят инфилтративную, нагноительную (глубокую), экссудативную, трихофитоидную и себорейную форму.

При инфилтративной форме микроспории очаг на коже волосистой части головы несколько возвышается над окружающей кожей, гиперемирована, волосы чаще обломаны на уровне 3–4 мм. Следует особо подчеркнуть, что при этой разновидности микроспории слабо выражен чехлик спор гриба у корня.

При нагноительной форме на фоне значительного воспаления и инфильтрации формируются мягкие узлы синюшно-красного цвета, поверхность которых покрыта пустулами. При надавливании сквозь фолликулярные отверстия выделяется гной. Подобные клинические проявления соответствуют картине *kerion Celsi* (медовые соты Цельса) при инфилтративно-нагноительной трихофитии. Формированию инфилтративной и нагноительной форм микроспории способствует нерациональная (обычно местная) терапия, наличие серьезных сопутствующих заболеваний, а также позднее обращение к врачу.

Экссудативная микроспория кожи волосистой части головы характеризуется выраженной гиперемией и отечностью, с располагающимися на этом фоне пузырьками. Вследствие постоянного пропитывания чешуек серозным экссудатом и склеивания их между собой образуются плотные корки, при удалении которых обнажается влажная эрозированная поверхность очага.

Перечисленные выше 3 формы микроспории кожи волосистой части головы осложняются лимфаденитом, а у больных нагноительной микроспорией могут наблюдаться также симптомы интоксикации, что требует применения антибиотиков.

При трихофитоидной форме микроспории на коже волосистой части головы рассеяны многочисленные мелкие очаги со слабым шелушением. Границы очагов нечеткие, островоспалительные явления отсутствуют, волосы обломаны на уровне 1–2 мм над окружающей кожей. Наряду с обломанными встречаются здоровые волосы. Трихофитоидная микроспория чаще наблюдается у лиц старших возрастных групп, отягощенных серьезными сопутствующими заболеваниями [1, 2].

Терапия микроспории на сегодняшний день в Беларуси достаточно сложна, поскольку многие противогрибковые препараты не эффективны в отношении основного ее возбудителя *M. canis*. Одним из направлений в повышении эффективности терапии является разработка физиотерапевтических методов лечения.

Данных о применении физиотерапевтических методов для терапии микроспории немного. Единственным описанным в литературе методом является метод применения гелий неоновый лазер [1, 2, 3].

Проблема лучшего проникновения препарата в очаг поражения, а также его накопление может быть решена вследствие применения методики электрофореза (ЭФФ). ЭФФ создает так называемое «кожное депо». Лекарственное вещество в этой зоне задерживается и затем поступает из этого депо в течение 2–3 суток. Таким образом, создаются высокие локальные концентрации вещества. Стимулирующее действие постоянного тока проявляется в увеличении фагоцитарной активности лейкоцитов, повышении защитных свойств тканей, усилении выработки антител и активировании ретикуло-эндотелиальной системы, что актуально в лечении грибковых инфекций [1, 2, 3].

Цель работы

Разработка метода ЭФФ 1 %-ного раствора тербинафина, а также изучение его клинической и экономической эффективности.

Материалы и методы. Нами обследовано 173 ребенка с микроспорией волосистой части головы. Дети случайным методом были разделены на опытную (ОГ; n = 84) и контрольную группы (КГ; n = 89).

Все пациенты получали «традиционную терапию»: тербинафин непрерывно в течение 21 дня в следующих дозировках: при массе ребенка до 12 кг — 62,5 мг/сут, при 13–24 кг — 125 мг/сут, 25–40 кг — 250 мг/сут, для взрослых при массе от 40 кг — 250–500 мг/сут. Местно больные получали серно-салициловую мазь или тербинафин крем на очаги поражения утром и раствор 2 %-ного йода вечером.

В опытной группе пациенты дополнительно получали ЭФФ 1 %-ного раствора тербинафина. Для ЭФФ использовался аппарат для гальванизации и лекарственного электрофореза «Поток-1» с плотностью тока 0,06 мА/см². С целью повышения проницаемости кожи и удаления липидов перед процедурами ЭФФ и УФФ использовали смесь Блора (спирт 96 %-ный и эфир этиловый, медицинский эфир в концентрации 1:1). На курс лечения 10–15 процедур ЭФФ.

Через 10 дней после начала терапии проводились микроскопические исследования на грибы. Исследования проводились с интервалом в 3–5 дней. После 3-х отрицательных результатов микроскопического исследования прием препарата прекращался и дети допускались в коллектив. При необходимости лечение продолжалось в течение 3–4 дней и

вновь повторялось обследование. Дети наблюдались у дерматолога до получения 5 отрицательных микроскопических анализов.

Для оценки экономической эффективности использованы рекомендации по оценке новых способов профилактики, диагностики, лечения и медико-социальной реабилитации.

Оценка стоимости лечения проводилась с учетом затрат на стационарное лечение в микологическом отделении УЗ «Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер». Стоимость рассчитывалась по стоимости медикаментозного лечения, лечения в стационаре и поликлинике на 01.12.09.

Оценка экономической эффективности проводилась путем умножения стоимости лечения в стационаре на количество дней, проведенных в стационаре.

Результаты исследования

У больных ОГ, получавших «традиционную» терапию и ЭФФ тербинафина, исчезновение симптомов микроспории произошло на $14,3 \pm 5,9$ день, а в КГ, получавших только «традиционную» терапию — на $16,2 \pm 4,6$ день ($p < 0,05$).

У больных ОГ, получавших «традиционную» терапию и ЭФФ тербинафина, 1-й отрицательный микроскопический анализ на грибы был зафиксирован на $25,7 \pm 4,9$ день терапии, а в КГ, получавших только «традиционную» терапию — на $32,6 \pm 3,8$ день ($p < 0,001$).

У больных ОГ, отсутствие свечения в лучах люминисцентной лампы Вуда зафиксировано на $23,9 \pm 3,7$ день, а в КГ — на $26,4 \pm 6,7$ день ($p < 0,05$).

Средняя продолжительность стационарного лечения в КГ больных микроспорией гладкой кожи составила $33,7 \pm 9,3$ дней, а в ОГ $30,8 \pm 6,7$ — дней. Стоимость курса терапии в ОГ на 01.09.2010 г. составила 1530000 белорусских рублей, что меньше, чем в КГ на 10 %.

Вывод

Разработанный метод ЭФФ тербинафина позволяет добиться более быстрого регресса клинических симптомов у больных микроспорией волосистой части головы (на $14,3 \pm 5,9$ день) по сравнению с традиционной терапией (на $16,2 \pm 4,6$ день; $p < 0,05$); ускорить время получения первого отрицательного микроскопического исследования (на $25,7 \pm 4,9$ день) по сравнению с традиционной терапией (на $32,6 \pm 3,8$ день; $p < 0,05$); повысить экономическую эффективность терапии микроспории волосистой части головы на 10 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Степанова, Ж. В. Грибковые заболевания / Ж. В. Степанова. — М.: КРОН-ПРЕСС, 1996. — 176 с.
2. Суворова, К. Н. Детская дерматология / К. Н. Суворова, В. Т. Куклин, В. М. Рукавишникова. — Казань, 1996. — 234 с.
3. Улащик, В. С. Основы общей физиотерапии / В. С. Улащик, И. В. Лукомский. — Минск-Витебск, 1997. — 256 с.
4. Улащик, В. С. Ультразвуковая терапия / В. С. Улащик, А. А. Чиркин. — Минск: Беларусь, 1983. — 254 с.
5. Улащик, В. С. Физиотерапия. Универсальная медицинская энциклопедия / В. С. Улащик. — М.: Медицина, 2008. — С. 829.

УДК398.9:82:943.61

РУССКИЕ И ТУРКМЕНСКИЕ ПОСЛОВИЦЫ О ПРАВСТВЕННОСТИ И ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НА УРОКАХ РКИ

Спектор О. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Проблема соотношения языка и культуры актуальна в настоящее время не только для филологии, но и для лингводидактики, поскольку формирование компетенции межкультурного общения, установок толерантного сознания и поведения представляется особенно важным для процесса обучения иностранных учащихся в условиях языкового окружения.