

сти только 34,5 %. Также распределились в этой группе показатели структуры семьи испытуемых: 65,5 % имели полные семьи, а 34,5 % не полные.

Таблица 1 — Сравнительный анализ адаптивных способностей и уровня личностной тревожности

Показатели	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
Способность к адаптации	29 (39,7 %)	17 (23,3 %)	27 (37 %)
Высокий уровень личностной тревожности	13 (44,8 %)	1 (0,01 %)	0 (0 %)

Выводы

1. Способность к адаптации тесно связана с уровнем личностной тревожности.
2. При диагностике уровня адаптационных способностей и нервно-психической устойчивости необходимо обязательно измерять уровень личностной тревожности, как важного фактора адаптации, что зачастую не проводится при отборе молодого пополнения в военных комиссариатах.
3. Проведенные исследования показали целесообразность разработки и внедрения методов оценки скрытых дезадаптационных состояний у призывников.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абдурахманов, Р.* Военная психология / Р. Абдурахманов. — М.: Вече, 1998. — 267 с.
2. *Антипов, В. В.* Психологическая адаптация к экстремальным ситуациям / В.В. Антипов. — М.: Владос Пресс, 2002. — 138 с.
3. *Водошнянова, Н. Е.* Психодиагностика стресса / Н. Е. Водошнянова. — СПб.: Питер, 2009. — 213 с.

УДК 616.995.428-036.22-07-084

ЧЕСОТКА: ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ

Полын И.В., Супрончик О. П., Кулюгова Е. И.

**Научный руководитель: ассистент кафедры поликлинической терапии
и общеврачебной практики с курсом дерматовенерологии Л. А. Порошина**

Учреждение образования

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

Введение

Чесотка — это заразное паразитарное заболевание кожи человека, вызываемое чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei*. Точных сведений о глобальной эпидемической картине чесотки не существует. Однако существует теория о волнообразном характере заболеваемости чесоткой с периодичностью в 7–10 лет. Для заболеваемости чесоткой характерна сезонность: осень-зима. Сезонность заболевания объясняется отчасти биологическими особенностями самих клещей, плодовитость которых достигает максимума в сентябре-декабре, а также тем фактом, что прохладные условия способствуют скученности людей и снижению потоотделения (с потом выделяются противомикробные пептиды, к которым чувствительны и чесоточные клещи). Чесотка может протекать как эпидемически, так и эндемически. [1, 2]. За последнее столетие были отмечены три крупные эпидемии чесотки: 1913–1925 гг., 1940–1955 гг., начало 1965 г. Эпидемии чесотки следуют синусоидальному закону эволюции с общей амплитудой в 30 лет (период 15 лет — эпидемии, период 15 лет — без эпидемии). Однако причины таких колебаний представляются комплексными [1].

Официальная статистика заболеваемости чесоткой, вероятно, не отражает истинную картину заболеваемости, особенно в последние годы. В пользу этого сомнения го-

ворит количество расходуемых противочесоточных препаратов в стране. Так, в 2004 г. в РБ расход препаратов, используемых для лечения чесотки, на одного больного составил 42,6 упаковки [3]. Эти данные показывают, что большое количество пациентов получило скабицидное лечение без выставления диагноза чесотки и, соответственно, без регистрации.

Цель исследования

Изучить распространенность чесотки среди жителей г. Гомеля за 2011 г. Определить социальные группы риска заболеваемости чесоткой. Изучить течение чесотки, осложнения. Определить значимость лабораторной диагностики в постановке диагноза.

Материалы и методы исследования

Мы изучили заболеваемость чесоткой по городу Гомелю в 2011 г. Так же нами было обследовано 50 пациентов с чесоткой, у которых мы отметили социальный статус, активность выявления, наличие осложнений заболевания. Среди 50 обследованных пациентов было равное количество лиц мужского и женского пола. Диагностика заболевания проводилась клинически и лабораторно. Мы использовали результаты лабораторных тестов на выявление чесоточного клеща путем микроскопии с использованием 40 % раствора молочной кислоты.

Результаты исследования

В 2011 г. в г. Гомеле чесотка была зарегистрирована у 343 пациентов. Их них 33 % — дети, и 67 % — взрослые. На рисунке 1 отображена динамика заболеваемости по месяцам за весь год.

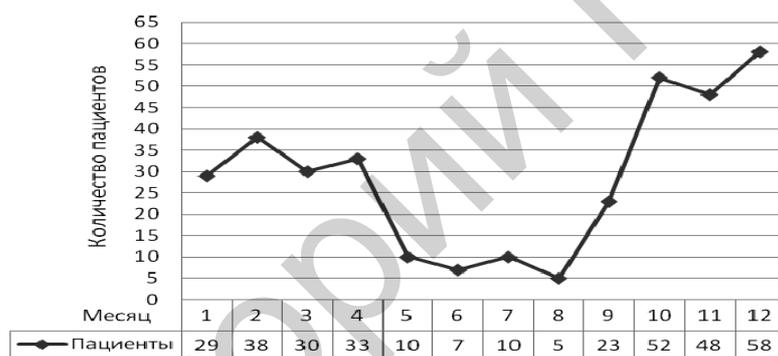


График 1 — Динамика заболеваемости чесоткой за 2011 год.

Из рисунка 1 видно, что минимум заболеваемости чесоткой приходится на летние месяцы, резко растет в сентябре и достигает максимума в октябре-декабре.

Также нами была обследована группа из 50 пациентов в равном соотношении, как мужчин, так и женщин. Большинство пациентов, больных чесоткой (80 %) обращалось за консультативной помощью самостоятельно, и лишь в 20 % они были выявлены активно и направлены к дерматовенерологу медицинскими работниками организованных коллективов (таблица 1)

Таблица 1 — Осложнения чесотки (абсолютные числа и (%)).

Осложнение	Численность	%
Чесотка	16	32
Чесотка, осложненная пиодермией	14	28
Чесотка, осложненная дерматитом	4	8
Чесотка, осложненная дерматитом, пиодермией	16	32
Всего	50	100

У обследованных пациентов чесотка, осложненная дерматитом, и (или) пиодермией наблюдалась в 68 % случаев, и лишь в 32 % наблюдалась неосложненная чесотка. Это может свидетельствовать о позднем обращении таких пациентов к специалисту, неправильном лечении.

Диагностика чесотки проводилась клинически по наличию ночного зуда, типичной локализации сыпи, наличию парных папуло-везикулярных элементов и чесоточных ходов, а так же лабораторно. Все обследованные нами пациенты были направлены на микроскопическое исследование с целью обнаружения чесоточного клеща. Лабораторно удалось подтвердить его присутствие лишь у 41 пациента из 50 (82 %). У 18 % пациентов чесоточный клещ лабораторно не был найден, но клинические данные соответствовали типичной картине данного заболевания, и проведенное им антискабиозное лечение было успешным.

Выводы

1. В ходе проделанной нами работы, мы увидели, что пик заболеваемости приходится на осень-зиму. Что объясняется как биологическими особенностями клещей, так и социально-биологическими особенностями людей.

2. Большинство пациентов обратилось за медицинской помощью самостоятельно, что может говорить о недостаточной активности медицинского персонала организованных коллективов.

3. У большинства обследованных пациентов имелись осложнения чесотки (в 64% случаев), что говорит о необходимости проведения профилактической, в том числе и санитарно-просветительной работы. Люди должны знать о ранних симптомах болезни, возможных осложнениях и не бояться обращаться к врачу за квалифицированной помощью.

Чесоточный клещ был выявлен не у всех пациентов (82 %). Это свидетельствует о том, что при постановке диагноза лабораторная диагностика не является основным методом. Необходимо отталкиваться от клинической картины, жалоб пациента и пробное противоскабицидного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Адашкевич, В. П.* Кожные и венерические болезни / В. П. Адашкевич., В. М. Козин. — М., 2006. — 742 с.
2. *Скрипкин, Ю. К.* Кожные и венерические болезни / Ю. К. Скрипкин, В. Н. Мордовцев. — М., 1996. — 245с.
3. <http://www.belmedpreparaty.com/>.

УДК 617.735-002-02:616.633.66

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПАТОГЕНЕЗ ДИАБЕТИЧЕСКОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА

Поляченков И. С., Агагулян С. Г.

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

Введение

Диабетическая ретинопатия (ДР) является одним из наиболее тяжелых осложнений сахарного диабета (СД), и частота слепоты у таких больных в десятки раз выше, чем в общей популяции. Поражение макулярной области при ретинопатии, наблюдаемое при СД, получило название диабетической макулопатии или диабетического макулярного отека (ДМО). Патогенез ДМО сложен, но заслуживает особого внимания, поскольку поражение макулярной зоны является одной из главных причин снижения и утраты зрения [1, 2].

Ведущим звеном патогенеза ДМО являются расстройства микроциркуляции, которые связаны не только с наследственными особенностями строения сосудов сетчатки, но и с метаболическими сдвигами, сопровождающими СД. В. Д. Захаров (2002) указывает на существование анатомической предрасположенности центральной ямки к формированию кист и интратетинальному расслоению, то есть характер изменений в макулярной области во многом обусловлен ее анатомо-физиологическими особенностями. Косое, практически параллельное поверхности сетчатки, направление хода волокон