УДК 616.594.1-002.828-036.22(476.2)»2020-2024»

С. Ю. Гусакова, Ю. С. Астратенко

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры внутренних болезней № 2 с курсом ФПКиП А. С. Демиденко

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

ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО МИКРОСПОРИИ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2020–2024 ГГ

Введение

Микроспория – это инфекционное грибковое заболевание кожи и ее придатков, которое вызывается грибами рода *Microsporum* (в большинстве случаев *M. canis*) [1]. Источником являются животные, реже люди и почва. Из животных чаще всего участвуют в передаче инфекции кошки (котята), особенно бродячие. Этому заболеванию свойственна сезонность – лето и осень, когда у кошек происходит окот. Чаще всего поражается волосистая часть головы (очаги с обломанными волосами) и гладкая кожа (лицо, шея, руки), реже – ногти. При микроспории волосистой части головы – округлые отграниченные друг от друга очаги, которые покрыты светлыми чешуйками [2]. Волосы в этом месте обламываются и оставляют вид «черных точек». При микроспории гладкой кожи появляются овальные пятна розового цвета на лице, шее и верхних конечностях. В центре очага чешуйки, а по периферии – пузырьки с прозрачной жидкостью, оформляющиеся в корки [3].

Цель

Мониторинг эпидемической ситуации по заболеваемости микроспорией по Гомелю и Гомельской области.

Материал и методы исследования

Для изучения заболеваемости микроспорией в Гомеле и Гомельской области были использованы статистические данные У «Гомельский областной клинический центр дерматовенорологии и косметологии» за период с 2020 по 2024 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

В период с 2020 по 2024 г. по Гомелю и Гомельской области наблюдается тенденция к росту случаев заболеваемости микроспорией. В 2020 году показатель заболеваемости составил 20,2 на 100 тысяч населения (n=281), а в 2024 году – 23,6 на 100 тыс. населения (n=315), данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Заболеваемость микроспорией по Гомелю и Гомельской области в 2020–2024 гг.

Год	Абсолютное число, n	На 100 тыс. населения
2020	281	20,2
2021	254	18,6
2022	271	20
2023	299	22,3
2024	315	23,6

Минимальный уровень заболеваемости зарегистрирован в 2021 году (18,6 на 100 тыс. населения), а максимальный – в 2024 году (23,6 на 100 тыс. населения) (рисунок 1).

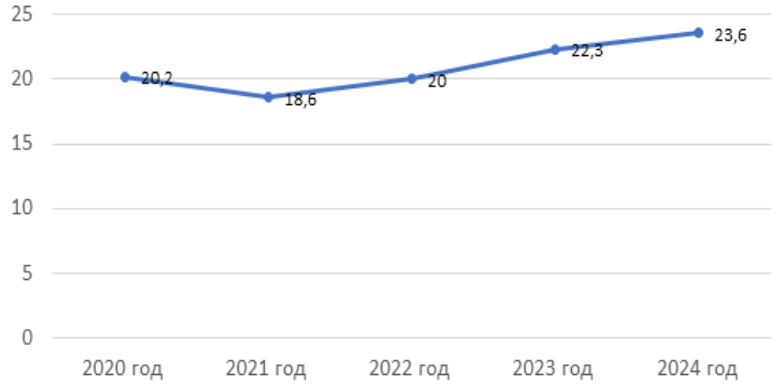


Рисунок 1 – Динамика заболеваемости микроспорией в Гомеле и Гомельской области на 100 тыс. населения в 2020–2024 гг.

Проанализировав возрастные группы, максимальный показатель заболеваемости регистрировался в группе от 0 до 14 лет. В 2020 году из 281 случая 263 (18,9 на 100 тыс. населения) приходились на эту возрастную группу, что составляет 93,5%. В 2021 году из 254 случаев 237 (17,3 на 100 тыс. населения) – 93,3%, в 2022 году из 271 случая 252 (18,6 на 100 тыс. населения) – 92,3%, в 2023 году из 299 случаев 276 (20,5 на 100 тыс. населения) – 92,3%, в 2024 году из 315 случаев 278 (20,8 на 100 тыс. населения) – 88,2%.

Изучив показатели заболеваемости микроспорией в селе и городе, установлено, что в городе они выше. В 2020 году зарегистрировано 218 случаев в городе и 63 случая в селе, а в 2024 году в городе – 236 случаев и 79 – в селе. В таблице 2 представлены данные для сравнения этих показателей.

Таблица 2 – Заболеваемость микроспорией в городе и селе в 2020–2024 гг.

Год	Город	Село
2020	218	63
2021	193	61
2022	204	67
2023	226	73
2024	236	79

Самый низкий показатель заболеваемости в селе приходится на 2021 год, что составляет 4,4 на 100 тыс. населения (n=61), а самый высокий в 2024 году – 5,9 на 100 тыс. населения (n=79). В городе самый низкий показатель приходится на 2021 год и равен 14,1 на 100 тыс. населения (n=193), а самый высокий в 2024 году – 17,7 на 100 тыс. населения (n=236) (рисунок 2).

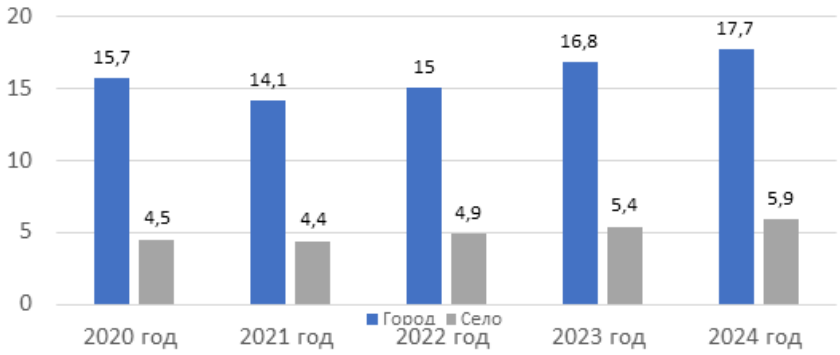


Рисунок 2 – Динамика заболеваемости в селе и городе на 100 тыс. населения в 2020–2024 гг.

Выводы

В период с 2020 года по 2024 год по Гомелю и Гомельской области наблюдается тенденция к росту случаев заболеваемости микроспорией. В 2020 году показатель заболеваемости составил 20,2 на 100 тыс. населения (n=281), а в 2024 году – 23,6 на 100 тыс. населения (n=315). Группой риска является возрастная группа от 0 до 14 лет, так как в 2020 году на ее долю приходилось 93,5 % (18,9 на 100 тыс. населения), а в 2024 – 88,2% (20.8 на 100 тыс. населения). Больше всего случаев зарегистрировано среди городского населения, что в 2020 году составило 15,7 на 100 тыс. населения, а в 2024 – 17,7 на 100 тыс. населения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Скрипкин, Ю. К. Кожные и венерические болезни : учебник / Ю. К. Скрипкин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 544 с.

2. Кошкин, С. В. Дерматовенерология : атлас-справочник / С. В. Кошкин, Т. В. Чермных. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 18 с.

3. Демиденко, А. С. Оценка эпидемиологической ситуации по чесотке в Гомельской области за 2013−2023 гг / А. С. Демиденко, Л. А. Порошина // Современные аспекты здоровьесбережения : сборник материалов юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 60-летию медико-профилактического факультета УО «БГМУ», Минск, 24–25 октября 2024 года. – Мн. : Белорусский государственный медицинский университет, 2024. – С. 347−350.

УДК 616.5

Е. В. Жукова, Л. А. Бегларян

Научный руководитель: д.м.н., профессор Л. В. Силина

Учреждение образования
Курский государственный медицинский университет
г. Курск, Российская федерация

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ДАРЬЕ (ФОЛЛИКУЛЯРНОГО ДИСКЕРАТОЗА) У ПАЦИЕНТА ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Введение

Болезнь Дарье (фолликулярный дискератоз) – редкое генетически обусловленное заболевание кожи с аутосомно-доминантным типом наследования, вызванное мутацией гена ATP2A2, кодирующего Ca^{2+}-АТФазу эндоплазматического ретикулума (SERCA2). Нарушение кальциевого гомеостаза в кератиноцитах приводит к акантолизу и дискератозу, что клинически проявляется гиперкератотическими папулами в себорейных зонах, поражением ногтей и слизистых оболочек. Из-за редкости патологии и полиморфизма клинической картины диагностика часто запаздывает, что диктует необходимость детального анализа каждого наблюдения.

Цель

Представить клиническое наблюдение болезни Дарье у пациента подросткового возраста, продемонстрировать ключевые этапы дифференциальной диагностики.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находился пациент П., 16 лет. Проведен сбор анамнеза (в том числе семейного), физикальное обследование, дерматоскопия, гистологическое исследование биоптата кожи из очага поражения, общеклинические лабораторные тесты. Для интерпретации данных использован анализ современной литературы по проблеме [1, 2].

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент П. обратился с жалобами на высыпания на коже груди, спины, в заушных областях и на волосистой части головы, а также на изменение ногтей. Считает себя больным