

Бактериовыделение отмечается практически у половины пациентов с внелегочными локализациями ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

Средний возраст ВИЧ-позитивных пациентов с внелегочной локализацией туберкулеза составил в 2013 г. — 41 год, 2014 г. — 36 лет, в 2015 г. средний возраст составил 33 года, в 2016 г. — 36 лет и в 2017 г. составил 33 года. При этом, самому младшему пациенту ВИЧ-ТБ было всего 7 лет, а самому взрослому — 60 лет.

Распределение пациентов по полу, представлено в таблице 4.

Таблица 4 — Распределение пациентов по полу

Год	ВИЧ-ВЛТБ	ВИЧ-ВЛТБ мужчин, (%)	ВИЧ-ВЛТБ женщин, (%)
2013	11	10 (90 %)	1 (10 %)
2014	23	17 (74 %)	6 (26 %)
2015	12	7 (58,3 %)	5 (41,7 %)
2016	6	5 (90 %)	1 (10 %)
2017	8	7 (90 %)	1 (10 %)

Выводы:

1. В Гомельской области напряженная эпидемическая ситуация по туберкулезу.
2. На протяжении пяти лет заболеваемость ВИЧ-ТБ сохраняется на одном уровне.
3. Из внелегочных форм туберкулеза у ВИЧ-позитивных пациентов чаще встречается туберкулез внутригрудных лимфоузлов.
4. Бактериовыделение отмечается у половины пациентов с внелегочными формами туберкулеза.
5. Внелегочными формами ВИЧ-ассоциированного туберкулеза чаще болеют мужчины трудоспособного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Результаты эпиднадзора ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в Республике Беларусь / А. П. Астровко [и др.] // Туберкулез и болезни легких, Рецпт. — 2014. — № 6. — С. 17–21.
2. Гуревич, Г. Л. ВИЧ-ассоциированный туберкулез: эпидемиологические, клинические и социальные аспекты / Г. Л. Гуревич // Итоги деятельности РОО «Белорусское респираторное общество» за 2012–2015 годы: матер. междунар. науч.-практ. конф. «ВИЧ-ассоциированный туберкулез: эпидемиологические, клинические и социальные аспекты, Гродно, 29–30 октября 2015 г. / РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии; ред.: Г. Л. Гуревич [и др.]. — Гродно, 2015. — С. 286–290.

УДК 616.5

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКРОСПОРИЕЙ В МИРЕ И ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Беридзе Р. М., Конюшенко А. А., Белян О. В.

Научный руководитель: старший преподаватель Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По последним данным ВОЗ грибковым заболеваниям кожи, волос и ногтей болеет каждый пятый житель земного шара. В современной дерматологии заболеваемость микозами растет, занимает лидирующее место, обходя по значимости все остальные дерматозы. От всех болезней кожи 42 % приходится именно на долю микозов. В настоящее время отмечается значительный рост заболеваемости во всем мире грибковыми заболеваниями, что, в свою очередь, и определяет актуальность данной проблемы [1].

Цель

Установить современную эпидемиологическую картину заболеваемости микроспорией во всем мире, а также провести анализ случаев заболеваемости в Республике Беларусь за период 2015–2017 гг.

Материал и методы исследования

Материалами для исследования явились статистические данные по заболеваемости микроспорией в мире и Республике Беларусь за 2015–2017 гг., а также публикации, содержащие информацию об эпидемиологии микозов, в частности микроспорий, размещенные в англоязычных ресурсах «U.S. National Library of Medicine» и в ряде русскоязычных изданий за период 2009–2017 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

Микозы — грибковые болезни кожи и ее придатков, вызванные патогенными и условно-патогенными грибами. Резервуар антропонозных микозов — человек, большое животное является резервуаром зооантропонозов.

Изучение грибковых инфекций началось еще в античной эпохе. Уже тогда Цельс описал инфильтративно-нагноительную трихофитию, Гиппократ писал о молочнице. Возбудители дерматомикозов и кандидоза были изучены в середине XIX в., а многих висцеральных и системных микозов — в начале XX столетия. Мигрирование населения, перемена образа жизни послужили причиной к увеличению заболеваемости дерматофитиями, что не дает отнести данную проблему к ряду второстепенных [2].

Дерматофитии — это группа инфекций, которые вызываются грибами-дерматофитами, поражающих кожу и ее придатки. Распределение по клиническим проявлениям дерматофитий согласно МКБ-10 представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Классификация дерматофитий по МКБ-10

Код	Нозология	Синоним/эквивалент
V35	Дерматофитии	<i>Tinea</i> (общее латинское название)
V35.0	Микоз бороды и головы	<i>Tinea barbae et capitis</i> , трихофития, микроспория, фавус волосистой части головы, области бороды и усов
V35.1	Микоз ногтей	<i>Tinea unguium</i> , дерматофитный онихомикоз
V35.2	Микоз кистей	<i>Tinea manuum</i> , руброфития ладоней
V35.3	Микоз стоп	<i>Tinea pedis</i> , эпидермофития и руброфития стоп (подошвы и межпальцевых складок)
V35.4	Микоз туловища	<i>Tinea corporis s. circinata s. cutis glabre</i> , дерматофития гладкой кожи (в том числе лица, тыла кистей и стоп)
V35.5	Черепитчатый микоз	<i>Tinea imbricate</i> , токело
V35.6	Эпидермофития паховая	<i>Tinea cruris</i> , паховая эпидермофития
V35.8	Другие дерматофитии	Включают глубокие варианты дерматофитии
V35.9	Дерматофития неуточненная	Дерматофития (без указания локализации/этиологии) неуточненная

Микроспория — грибковое поражение волос, кожи, ногтей, вызванные патогенными грибами рода *Microsporum*, семейства *Moniliaceae*, класс *Deyteromycetes*. Микроспория часто встречается в педиатрической практике, так как считается болезнью детского возраста (80–90 % дерматофитий регистрируется у детей) [3].

Выделяют антропофильную группу (*M. ferrugineum*, *M. audouinii*, *M. distortum*, *M. rivalieri*, *M. langeronii*), зоофильную группу (*M. canis*, *M. nanum*, *M. persicolor*), геофильную группу (*M. gypseum*, *M. cookeii*, *Keratynomyces ajelloii*) различных видов гриба *Microsporum*.

В Западной Европе и Северной Африке распространены антропофильные грибы *M. audouinii*, *M. langeronii*. В Северной Америке, на восточном побережье Южной Африки регистрируется только микроспория, вызванная *M. langeronii*. В Англии возбудителем микроспорий волосистой части головы является преимущественно *M. rivalieri*. Вследствие активной миграции населения, во Франции возрастает регистрация микроспорий, вызванных *M. audouinii*. В Восточной Европе, Юго-Западной Азии и в Западной Африке преобладает *M. ferrugineum*. В России, Беларуси, Европе (особенно Средиземноморье), США, Японии, Израиле, Кувейте, Катаре, Арабских Эмиратах *M. canis* является самым распространенным возбудителем микроспории.

Microsporum canis — причина заболевания у 90–97 % пациентов. Основные источники заражения — кошки, собаки. Заражение происходит контактным путем.

Данным заболеванием чаще всего болеют лица детского возраста, включая новорожденных. Но в последнее время отмечается тенденция к росту этого заболевания, что, судя по всему, связано с неблагоприятными социальными и экологическими факторами и значительным подъемом нейроэндокринных заболеваний и иммунодефицитных состояний [4].

Анализ распространенности заболеваемости микроспорией во всем мире.

На сегодняшний день микроспория имеет широкое распространение даже в странах с традиционно высокой заболеваемостью трихофитией. В Дагестане, Башкортостане, Узбекистане, Таджикистане, Туркменистане, Казахстане, Армении, где до недавнего времени зарегистрированные случаи заболеваемости микроспорией отмечались редко, на сегодняшний день достигает уже до 83–99,7 % всех грибковых заболеваний волос.

В странах Африки отмечается самый высокий показатель заболеваемости микроспорией — 130,2–153,4 на 100 тыс. населения. Приведенные данные указывают на неблагоприятные санитарно-гигиенические нормы и необходимость профилактики заражения. В странах Азии (Китай, Индия) также отмечается высокий уровень заболеваемости микроспорией (90,2–97,4 на 100 тыс. населения) вследствие высокой скученности населения. В таких странах, как Узбекистан, Таджикистан, Туркменистан, Казахстан, Армения, Грузия заболеваемость составляет 83,2–98,6 на 100 тыс. населения. Данный показатель не падает с 2002 г. Если говорить об Украине, то на сегодняшний день в Украине наблюдается неуклонное стремление к росту заболеваемости микозами. Численность заболевших в ее южной части составляет 73,5–92,3 на 100 тыс. населения, северной части страны — 52,1–68,4 на 100 тыс. населения. В 2016–2017 гг. в Российской Федерации было зарегистрировано пациентов с микроспорией 45,6–51,2 на 100 тыс. населения. В развитых странах (Канада, США, Австралия, некоторые страны Европы) данный показатель является минимальным во всем мире — 25,1–42,3 на 100 тыс. населения [5].

Интегрированные данные по заболеваемости взрослого населения микроспорией в мире за 2017 г. отображены в таблице 2.

Таблица 2 — Эпидемиологическая картина заболеваемости микроспорией в мире за 2017 г.

Страна	Показатель заболеваемости (на 100 тыс. населения)	Страна	Показатель заболеваемости (на 100 тыс. населения)
Страны Африки	130,2–153,4	Грузия	78,4–80,6
Индия	92,7–97,4	Украина	52,1–68,4
Китай	90,2–94,4	Россия	45,6–51,2
Казахстан	83,2–86,7	Беларусь	40,5–41,8
Узбекистан	81,5–87,6	США	28,4–32,2
Армения	80,5–80,9	Канада	25,4–31,8
Туркменистан	80,1–83,5	Германия	25,1–28,4

Эпидемиологический анализ заболеваемости микроспорией в Республике Беларусь.

Заболеваемость микроспорией в Республике Беларусь остается на относительно высоком уровне, что составляет 40,5 случаев на 100 тыс. населения. Этому способствует ухудшение социально-экономической ситуации, экологической обстановки, рост числа бродячих животных и недостаточная работа ветеринарной и коммунальных служб города по их санации [6]. Заболеваемость в каждой отдельной области представлена на рисунке 1.

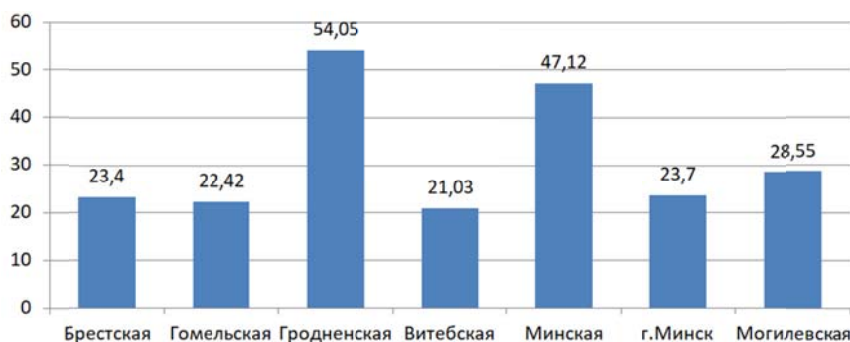


Рисунок 1 — Заболеваемость микроспорией в различных областях Республики Беларусь (расчет на 100 тыс. населения)

Районная заболеваемость микроспорией в Гомельской области различна. Эпидемиология за 2015–2017 гг. представлена в таблице 3 [7].

Таблица 3 — Районная заболеваемость микроспорией в Гомельской области (абсолютные показатели)

Район	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Брагинский	7	4	6
Буда-Кошелевский	7	17	10
Ветковский	7	2	8
Гомельский	8	31	28
Добрушский	6	1	4
Ельский	2	2	3
Житковичский	9	10	9
Жлобинский	14	18	16
Калинковичский	8	12	8
Кормянский	2	3	2
Лельчицкий	—	3	2
Лоевский	—	7	9
Мозырский	7	6	6
Наровлянский	3	7	10
Октябрьский	—	2	4
Петриковский	3	2	4
Речицкий	17	30	41
Рогачевский	14	20	33
Светлогорский	16	23	30
Хойникский	7	10	15
Чечерский	4	15	10
г. Гомель	107	151	202
ИТОГО	248	376	460

По результатам анализа заболеваемости микроспорией в районах Гомельской области, представленного в таблице, отражается высокая заболеваемость в Гомельском, Речицком, Рогачевском, Светлогорском районах, а также в г. Гомеле.

Выводы

Пик заболеваемости микроспорией приходится на страны Африки и Азии, что является следствием отсутствия санитарно-гигиенических удобств и скученности населения. Заболеваемость микроспорией в Республике Беларусь растет. Наибольшая заболеваемость отмечается в Гродненской и Минской областях. В Гомельской области заболеваемость микроспорией остается на невысоком уровне. Гомельский, Речицкий, Рогачевский, Светлогорский районы и г. Гомель являются значимыми в повышении заболеваемости микроспорией в Гомельской области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерзина, Е. И. Современные особенности эпидемиологии микроспории и трихофитии у детей / Е. И. Ерзина, О. Н. Позднякова // Journal of Siberian Medical Sciences. — 2012. — № 1. — С. 152–159.
2. Антонова, С. Б. Заболеваемость микроспорией: эпидемиологические аспекты, современные особенности течения / С. Б. Антонова, М. А. Уфимцева // Педиатрия. — 2017. — № 2(95). — С. 142–145.
3. Дудченко, Н. А. Клинико-эпидемиологические особенности течения микроспории у больных в Полтавском регионе / Н. А. Дудченко, Б. В. Литвиненко // Мікологія. — 2014. — № 2. — С. 55–57.
4. Щелкунова, О. А. Современные клинико-эпидемиологические особенности микроспории и трихофитии / О. А. Щелкунова, Т. Б. Решетникова // Сибирское медицинское обозрение. — 2012. — № 3. — С. 1–61.
5. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 896 с.
6. Сохар, С. А. Микроспория: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение: учеб.-метод. пособие / С. А. Сохар. — Гомель: ГомГМУ, 2009. — 32 с.
7. Микроспория / Ю. А. Ханис [и др.] // Ученые записки УО ВГАВМ. — 2018. — № 2(54). — С. 1–4.