

**На правах рукописи**

**БЕНДРИКОВСКАЯ ИРИНА АНАТОЛЬЕВНА**

**МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ  
ПРОФИЛАКТИКИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ  
НА МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ**

**14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**Москва -2009**

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава».

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук  
Иванова Маиса Афанасьевна

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор  
Сибурина Татьяна Арсеньевна

доктор медицинских наук  
Гречко Андрей Вячеславович

**Ведущая организация:** ГОУ ВПО «ММА им. И.М.Сеченова»  
Росздрава

Защита диссертации состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2009г. в \_\_\_\_\_ часов на заседании Диссертационного Совета Д.208.110.01 ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» по адресу: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д.11

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» по адресу: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д.11

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2009 г.

Ученый секретарь Диссертационного Совета,  
кандидат медицинских наук,

Е.И.Сошников

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы.** Наблюдаемый последнее десятилетие интенсивный рост контингентов больных в различных возрастных и социальных группах населения поставил проблему распространенности грибковых заболеваний в один ряд с другими острыми медико-социальными проблемами. Особую актуальность грибковая инфекция приобретает в связи со снижением иммунитета у большей части населения, а также с ростом иммунодефицитных состояний. Науке известны более 100000 видов грибов, из которых около 500 являются патогенными для человека (А.Г.Пашинян,2009г.). Возможность передачи грибковой инфекции через продукты питания придает проблеме особую значимость с позиции угрозы для национальной безопасности страны.

Дальнейшее развитие массовых видов физкультуры и спорта, определенное в качестве приоритетного направления государственной политики в области оздоровления населения, планируемое расширение сети спортивных залов и бассейнов повышает опасность дальнейшего роста заболеваемости и потребуют принятия превентивных мер. Учитывая, что практически четверть взрослого населения Российской Федерации страдает грибковыми заболеваниями стоп (кожи и ногтей), увеличение интенсивности общения больных со здоровым контингентом еще больше осложнит ситуацию, чему также будет способствовать высокая распространенность атипичных и стёртых форм дерматомикозов (Хисматуллина З.Р., Мухамадеева О.Р., 2006г.; Степанова Ж.В., Гребенюк В.Н., Воробьёва И.А. и др., 2001).

Факторами, способствующими развитию грибковой патологии, может послужить ряд причин, в том числе, скученность населения, несоблюдение санитарных норм, личной гигиены и т.д. (Потекаев Н.Н., 2001; Исаева Т.И. 2009), а также соматическая отягощенность (Мартынов А.А., Степанова Ж.В., Козюкова О.А., 2007). Эффективность профилактических мероприятий и своевременное назначение противогрибковой терапии в значительной мере

определяют сроки разрешения микотического процесса в очагах поражения (Степанова Ж.В., Лещенко В.М., Самцов А.В.,2000) и снижают возможность инфицирования окружающих.

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности проведения научных исследований медико-социальных проблем дерматомикозов, факторов их распространения и разработки профилактических мероприятий среди групп риска и здорового контингента населения на муниципальном уровне.

**Цель исследования** – научное обоснование предложений по организации профилактики дерматомикозов на муниципальном уровне на основе анализа эпидемиологической ситуации и определения популяционных факторов риска их распространения.

**Задачи:**

1. Провести анализ и выявить основные тенденции эпидемиологической ситуации по дерматомикозам в Республике Коми за период с 1999 по 2008гг.
2. Провести социологическое исследование среди больных дерматомикозами по изучению их социального статуса и факторов, обуславливающих развитие грибковой патологии.
3. Оценить результаты лабораторных исследований на идентификацию дерматомицетов при выявлении грибковой патологии у дерматологических больных.
4. Разработать предложения по профилактике распространения грибковой инфекции на муниципальном уровне.

**Научная новизна** диссертационного исследования заключается в том, что впервые:

1. Выявлены основные тенденции в эпидемиологической ситуации по дерматомикозам в динамике за 10 лет в одном из неблагоприятных субъектов Северо-Западного федерального округа – Республике Коми;

2. Установлены особенности структуры дерматомикозов в республике с учетом гендерных, возрастных и социальных характеристик больных;
3. Выявлены основные популяционные факторы риска распространения грибковой инфекции на региональном уровне, что позволило разработать организационно-функциональную модель профилактики их распространения на муниципальном уровне.
4. Проведена идентификация дерматомицетов при выявлении грибковой патологии, что позволило повысить качество медицинской помощи больным путем подбора адекватной терапии.

### **Практическая значимость работы**

1. Идентификация дерматомицетов при выявлении грибковой патологии позволит повысить качество медицинской помощи больным дерматомикозами путем подбора адекватной терапии;
2. Созданная организационно-функциональная модель профилактики дерматомикозов позволяет принимать адекватные управленческие решения;
3. Результаты исследования нашли применение при подготовке: Руководства для врачей общей практики, разработке предложений по профилактике грибковой инфекции в Республике;
4. Результаты исследования используются в учебном процессе на кафедрах дерматовенерологии Амурской ГМА, Смоленской ГМА и курса дерматовенерологии кафедры детских инфекционных болезней ГОУ ДПО РМАПО, в лечебно-диагностическом процессе ГУЗ «Ухтинский городской кожно-венерологический диспансер» МЗ РФ и ООО «Медицинский центр Авалон» (г. Ухта);
5. Результаты исследования могут быть использованы при подготовке регламентирующих (нормативных) документов по организации медицинской помощи больным дерматомикозами, при разработке

учебно-методических пособий для студентов медицинских ВУЗ, врачей последипломного образования и врачей общей практики по разделу микология.

6. Разработана модель первичной профилактики дерматомикозов.

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Основные тенденции в эпидемиологической ситуации по дерматомикозам в динамике за 10 лет в одном из неблагоприятных субъектов Северо-Западного федерального округа – Республике Коми свидетельствуют о росте микозов стоп, кистей и онихомикозов.
2. Основные факторы риска распространения грибковой инфекции в различных популяционных группах населения, зависимость контингента больных от поло-возрастных характеристик и социального статуса.
3. Идентификация видов дерматомицетов у исследуемой группы пациентов.
4. Организационно-функциональная модель профилактики дерматомикозов на муниципальном уровне.

**Апробация работы.** Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: II межрегиональной конференции «Новое в дерматологии и дерматокосметологии: наука и практика» (Москва, ноябрь 2005г.); на XI Междисциплинарном симпозиуме «Новое в дерматологии, андрологии, акушерстве и гинекологии: наука и практика» (Москва, март 2006г.); на II-м Всероссийском съезде микологов России (Москва, март 2008 г.), Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей» (Москва, май 2008г.).

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 9 научных работ, в том числе 2 в журналах, рекомендуемых ВАК и 1 глава в руководстве.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, 6 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы (95 - отечественных и 52 - зарубежных источников). Работа изложена на 129 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 19 рисунками и 22 таблицами, 4 фотографиями, 3 схемами.

### **Содержание работы**

**Во введении** обозначена актуальность исследования, сформулированы цель, задачи, научная и практическая значимость работы, изложены основные положения, выносимые на защиту.

**В первой главе** проведен аналитический обзор зарубежных и отечественных источников литературы по проблеме дерматомикозов, контингенту больных и мерах профилактики. Представленный анализ источников литературы позволил выявить нерешенные проблемы, обозначить актуальность исследования и необходимость разработки предложений по их профилактике.

**Во второй главе** представлены материалы и методика организации исследования (схема.1). Набор первичного материала проводился на базе Ухтинского кожно-венерологического диспансера и ООО «Медицинский центр Авалон» г. Ухты Республики Коми.

Исследование включало заболевания, входящие в раздел «Дерматофитии» (В 35 – В 49) Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10). Названия нозологических форм дерматомикозов, подвергшихся изучению, приведены в соответствии с данной классификацией. При оценке статистической достоверности полученных результатов определялись стандартные ошибки репрезентативности и доверительные границы полученных показателей.

Для определения репрезентативности выборочной совокупности использовались методические рекомендации НИИ им. Н.А.Семашко (Е.А.

Логинова с соавторами, 1985) и формула бесповторной выборки (А.М.Мерков, 1969; А.М.Мерков, Л.Е. Поляков, 1974). Оценка достоверности различий между показателями производилась по t-критерию (критерий Стьюдента).

**Схема 1**

<b>МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ</b>			
<i>ЗАДАЧИ</i>			
Провести анализ и выявить основные тенденции эпидемиологической ситуации по дерматомикозам в республике Коми за период с 1999 по 2008гг	Провести социологическое исследование среди больных дерматомикозами по изучению их социального статуса и факторов, обуславливающих развитие грибковой патологии	Оценить результаты лабораторных исследований на идентификацию дерматомицетов при выявлении грибковой патологии у дерматологических больных.	Разработать предложения по профилактике распространения грибковой инфекции на муниципальном уровне
<i>ЭТАПЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ</i>			
1 этап	2 этап	3 этап	4 этап
1)определение цели и задач исследования; 2) выбор единиц наблюдения; 3) анализ источников литературы; 4) разработка базисной карты большого дерматомикозом	1) текущее наблюдение за больными дерматомикозами 2) проведение социологического опроса;	1)проведение идентификации видов возбудителей у больных дерматомикозами; 2)анализ полученных результатов;	1)определение факторов, влияющих распространение грибковой патологии; 2)разработка предложений по механизмам выявления и профилактики грибковой инфекции среди различных контингентов населения
<i>ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ И ОБЪЕМ ИССЛЕДОВАНИЯ</i>			
Литература, данные федерального статистического наблюдения по дерматовенерологической помощи за исследуемый период.	«Медицинская карта амбулаторного больного» форма № 025/у-1 (100); «Медицинская карта больного грибковым заболеванием» - форма № 065-1/у (360 больных); анкеты больных с дерматомикозами (600).	Разработано руководство для врачей общей практики и модель первичной профилактики дерматомикозов на муниципальном уровне	
<i>МЕТОДЫ СБОРА ИНФОРМАЦИИ</i>			
Выкопировка сведений из форм федерального статистического наблюдения, медицинских документаций больных, социологический опрос, непосредственное клиническое наблюдение, клинико-лабораторное исследование			
<i>МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</i>			
Статистический, эпидемиологический, социологический, лабораторный			
<i>ПРАКТИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ</i>			
Внедрение обязательной идентификации вида дерматомицетов у больных с грибковыми заболеваниями			

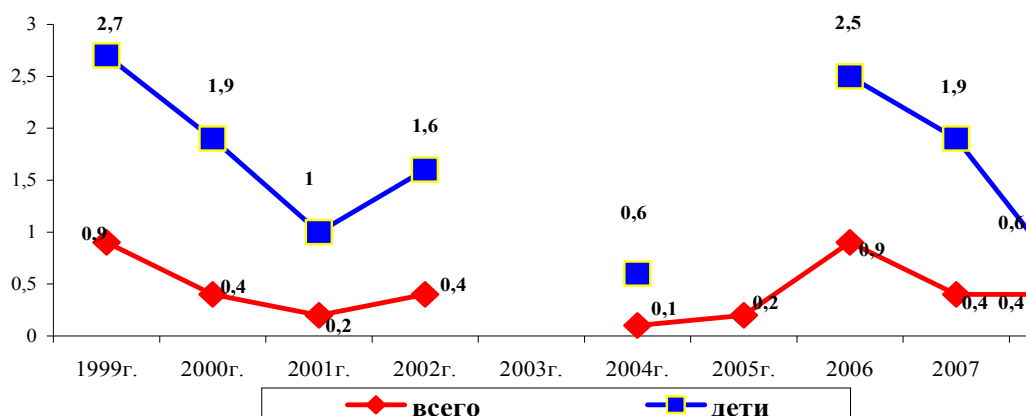


После завершения анализа исследуемого материала проводилось формирование таблиц и рисунков, облегчающих восприятие и представление полученных результатов исследования, документирующих последние.

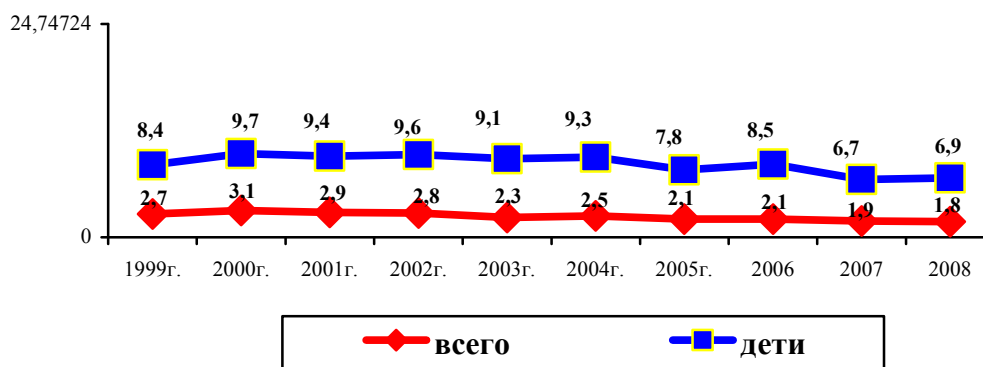
Объектами исследования явились: больные с дерматомикозами, выявленные в Республике Коми; контингент населения, имевший контакт с больными; учреждения здравоохранения Республики Коми. Единицей наблюдения послужили случаи заболевания дерматомикозом.

В рамках нашего исследования статистическому наблюдению подверглось население Республики Коми, где проживает 7,2% от общей численности населения Северо-Западного Федерального округа (СЗФО) и 0,7% от населения России в целом. Сельское население Коми составляет 24,3% от общей численности населения республики, 9,9% - от сельского населения СЗФО.

В третьей главе проведен анализ динамики и структуры заболеваемости дерматомикозами в Республике Коми в сравнении с показателями заболеваемости в Российской Федерации в целом за период с 1999 по 2008 гг. Показатели заболеваемости трихофитией в республике Коми и в целом по Российской Федерации в динамике за 1999-2008 отражены на рис.1. и 2.



**Рисунок 1. Заболеваемость трихофитией в Республике Коми в 1999-2008 гг.**



**Рисунок 2. Заболеваемость трихофитией в Российской Федерации за период с 1999-2008 гг.**

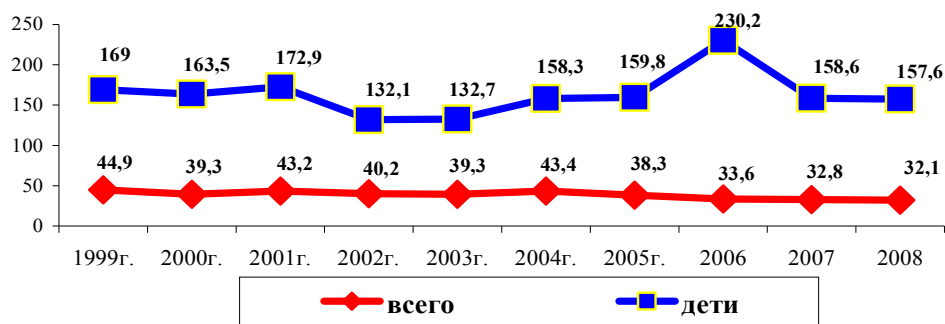
Случаи заболеваний трихофитией за анализируемый период в России уменьшились на 34,8%, у детей – на 36,4%. На территориях СЗФО за весь исследуемый период показатель заболеваемости не превышал среднероссийский уровень.

Стабильно высокими были показатели заболеваемости в Южном, Уральском и Сибирском федеральном округах. К концу года общая заболеваемость в округе уменьшилась в 1,7 раза, в том числе в Республике Коми – в 2,3 раза. Наиболее благополучным по трихофитии среди территорий СЗФО в 1999 году следует отметить республику Карелия, Ненецкий АО и Псковскую область. В 2008 году в Республике Коми и Архангельской области показатель превысил уровень заболеваемости по округу в 1,3 раза. За исследуемый период рост заболеваемости прослеживался в г.С.-Петербурге.

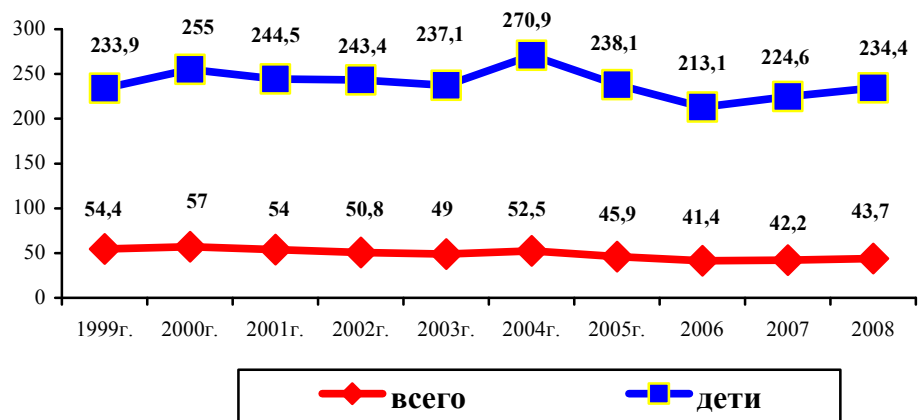
У детей наиболее высокая заболеваемость среди территорий СЗФО прослеживалась в Калининградской области, г.С.-Петербурге и Архангельской области. Рост показателя заболеваемости произошел в г. С.-Петербурге. Благополучной территорией по заболеваемости трихофитией следует отметить республику Карелия, Ненецкий АО и Псковскую область

В динамике за последние 10 лет (1999-2008гг.) число больных микроспорией в России в общей популяции уменьшилось на 21,5%, показатель заболеваемости - в 1,3 раза, у детей случаи заболеваний

уменьшились на 22,7%, однако в расчете на 100 000 соответствующего населения показатель незначительно вырос (рис. 3, 4).



**Рисунок 3. Заболеваемость микроспорией в Республике Коми в 1999-2008 гг.**



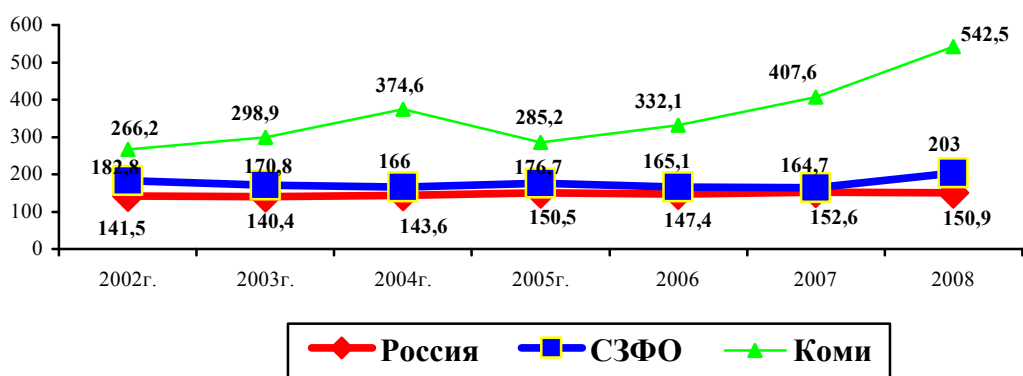
**Рисунок 4. Заболеваемость микроспорией в Российской Федерации в 1999-2008 гг.**

В СЗФО произошло снижение случаев заболевания микроспорией в общей популяции на 37,8%, показатель заболеваемости уменьшился в 1,5 раза, у детей – на 39,2% и в 1,2 раза соответственно.

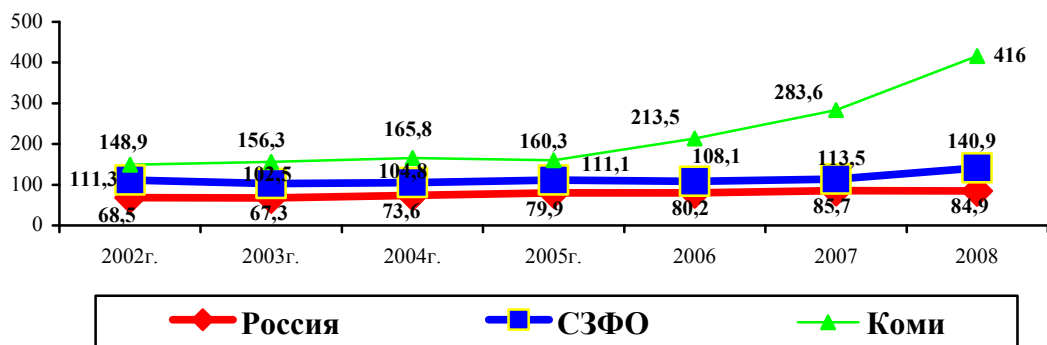
В 2008 году преимущественная часть больных в общей популяции (24,8%) и среди детского населения (23,4%) СЗФО была выявлена в г. С.-Петербурге, Архангельской – 15,5% и 14,1%, Ленинградской – 13,5% и 14,6%, Вологодской – 11,8 % и 3,3% областях соответственно. В Республике Коми в конце исследуемого периода было выявлено 8,0% больных по округу, что составило 35,8 и 157,6 на 100 000 соответствующего населения.

Среди дерматомикозов также широкое распространение получили микозы стоп и онихомикозы. К концу исследуемого периода в России произошел рост контингента больных на 6% за счет роста случаев заболеваний в Приволжском (на 17,7%), Центральном (9%) и Северо-Западном (на 5,6%) федеральных округах. В Республике Коми число больных выросло на 143,2%.

В Республике Коми в 2002 году было выявлено - 11,4% больных микозом стоп и кистей по СЗФО, в 2008 году – 19,2 %. Доля больных, выявленных в Республике Коми, к концу исследуемого периода выросла на 7,8%. За исследуемый период в республике произошел рост числа больных на 77,4% , соответственно показатель заболеваемости вырос в 2,8 раза.



**Рисунок 5. Заболеваемость микозом стоп в Республике Коми в 2002-2008гг.**



**Рисунок 6. Заболеваемость онихомикозом в Республике Коми в 2002-2008гг.**

К концу исследуемого периода случаи заболеваний онихомикозом в целом по России выросли на 23,2%, особенно за счет роста заболеваемости в Северо - Западном ФО (на 20,3%). Преимущественное число больных выявлялось в Центральном, Северо-Западном и Приволжском федеральных округах.

Таким образом, неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по дерматомикозам в Республике Коми сохраняется за счет высокой заболеваемости микозом стоп, кистей и онихомикозом, в Российской Федерации – за счет высокой заболеваемости микроспорией детского населения Дальневосточного и Центрального федеральных округов и трихофитией – детского населения Южного федерального округа, а также роста заболеваемости микозом стоп, кистей и онихомикозом в Северо-Западном федеральном округе.

**В четвертой главе** представлены результаты социологического исследования и клинического наблюдения больных дерматомикозами, обратившихся к дерматовенерологам базовых учреждений в связи с поражениями кожи и ее придатков, а также лиц, страдающих хроническими дерматозами (псориаз, атопический дерматит, экзема и др.), ранее не обследованных на наличие грибковой инфекции.

В исследуемой группе пациентов преимущественную часть составили женщины (57,9%), мужчин – 42,1%. По возрасту распределились следующим образом: с 50 до 59 лет – 22,1%, с 40 до 49 лет – 18,6 %, с 30 до 39 лет – 12,9%, с 20-29 лет – 11,4%, от 60 до 69 и от 70 и более лет - по 10% соответственно, от 0 до 14 лет – 9,0%, от 15 до 19 лет – 6,0%. Анализ социального статуса пациентов, проведенный на базовой территории, показал преимущественную распространенность грибковой патологии в возрастной группе населения 50 лет и старше.

Среди больных микозами среднее специальное образованием имели 52,1%, высшее – 31,4%, неполное высшее – 12,9%, без образования было

3,6%. Полученные результаты отражают уровень осведомленности населения и понимания социальной значимости проблемы грибковой патологии.

Профессиональная сфера деятельности больных микозами была различной. Основную часть респондентов ( $25,0 \pm 1,9$ ) составили работники промышленности (лесной, нефтеперерабатывающей, газоперерабатывающей, угольной и пр.) и транспорта ( $13,6\% \pm 1,5$ ). Дети от 0 до 7 лет составили  $5,0\% \pm 1,0$ , работники торговли –  $10,2\% \pm 1,4$ , в том числе коммерческой структуры –  $5,8\% \pm 1,0$ , бытового обслуживания и строительства – по  $10,0\% \pm 1,3$ , сферы образования –  $10,6\% \pm 2,2$  (в том числе учащиеся –  $5,7\% \pm 1,0$ ), неработающее население –  $7,8\% \pm 1,2$  (в том числе  $2,1\% \pm 0,6$  – домохозяйки), работники здравоохранения –  $5,0\% \pm 1,0$ , системы МВД –  $2,1\% \pm 0,6$ , сельского хозяйства –  $0,7\% \pm 0,4$ .

Жилищные условия у большинства пациентов расценивались как «удовлетворительные» – у  $0,7\% \pm 0,4$ , «хорошие» –  $56,4\% \pm 2,2$  (имели отдельную квартиру). Часть пациентов ( $36,4\% \pm 2,2$ ) проживали с ближайшими родственниками (родители, бабушки и пр.). Лишь  $3,6\% \pm 0,8$  респондентов проживали в общежитии,  $2,9\% \pm 0,8$  – на съемной жилплощади.

Часть пациентов ( $13,6\% \pm 1,5$ ) с поражением кожи и ногтевых пластинок отметили подобные нарушения у других членов семьи. Длительность заболевания до обращения за медицинской помощью у большинства пациентов составила от 1 до 5 лет ( $36,4\%$ ), от 5-10 лет болели –  $19,4\%$ , до года –  $18,6\%$ , до месяца –  $17,1\%$ , от 10 и более лет –  $8,5\%$ .

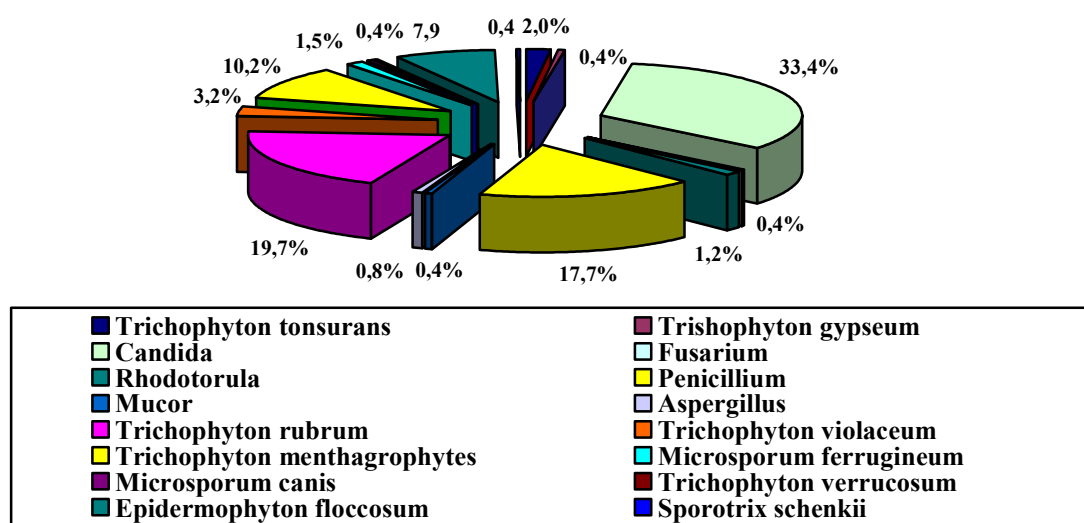
Предполагаемые факторы, способствующие развитию заболевания, по результатам беседы с пациентами, были определены как преимущественно экзогенные –  $39,6\% \pm 2,2$ , профессиональные –  $26,7\% \pm 2,0$ , соматогенные –  $11,2\% \pm 1,4$ , хроническая кожная патология –  $9,9\% \pm 1,3$ , преимущественно алиментарные –  $0,9\% \pm 0,4$ . В понятие «экзогенные» входило ношение тесной, либо некачественной обуви, одежды, нерациональный уход за кожей, травматизация.

Представляет интерес распределение больных в зависимости от изменения трудовой адаптации. Распределение больных в зависимости от изменения трудовой адаптации в период заболевания было следующим: у 45,7%  $\pm$  2,2 заболеваемость не отражалась на трудовой деятельности, 35,0%  $\pm$  2,1 – отметили умеренное снижение трудоспособности, что сопровождалось снижением производительности труда и временным переходом на щадящий режим работы, либо кратковременной утратой трудоспособности, 19,3%  $\pm$  1,8 – резкое снижение трудоспособности, в связи с выраженными клиническими проявлениями заболевания. В отдельных случаях ухудшение общего состояния сопровождалось с более длительной утратой трудоспособности. Ряд пациентов (55,7%  $\pm$  2,2) отметили выраженные проявления неврозов, депрессий в связи с ограничением пребывания в местах общественного пользования, стеснением своего заболевания (21,4%  $\pm$  1,8).

У исследуемой группы пациентов был отмечен ряд соматической патологии, что могло усугублять течение микотической инфекции. К примеру, хронический гастрит был у 25,0  $\pm$  2,2, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки – у 16,66  $\pm$  1,9, хронический панкреатит – у 38,88  $\pm$  2,5, хронический колит – у 13,33  $\pm$  1,7, артериальная гипертензия – у 6,9  $\pm$  1,3, хронический пиелонефрит – у 30,0  $\pm$  2,4, сердечно-сосудистые заболевания – у 32,2  $\pm$  2,4, в том числе нижних конечностей – у 10,27  $\pm$  1,5, жировой гепатоз – у 9,7  $\pm$  1,5, дискинезия желчевыводящих путей – у 12,5  $\pm$  1,7, хронический гепатит – у 6,38  $\pm$  1,2, сахарный диабет – у 7,5  $\pm$  1,3, неврологические заболевания – у 7,5  $\pm$  1,3, хронический бронхит – у 9,16  $\pm$  1,5, бронхиальная астма – у 0,55  $\pm$  0,3, патология со стороны репродуктивной системы – у 3,6  $\pm$  0,9, патология щитовидной железы – у 3,6  $\pm$  0,9, ожирение – у 2,77  $\pm$  0,8, хронический тонзиллит – у 3,3  $\pm$  0,9, новообразования – у 1,9  $\pm$  0,7, заболевания опорно-двигательного аппарата – у 1,9  $\pm$  0,7, распространенный остеохондроз – у 1,38  $\pm$  0,6, хронический гайморит – у 0,55  $\pm$  0,3, психические расстройства – у 3,3  $\pm$  0,9, наличие хронической интоксикации – у 5,55  $\pm$  1,2.

Анализ полученных результатов свидетельствует о недостаточной информированности о путях заражения грибковой инфекцией и низкой санитарной культуре населения, а также необходимости разработать более дифференцированный подход по оказанию лечебно-профилактической помощи населению, определить стратегию профилактики микотической инфекции.

В пятой главе представлены результаты лабораторной идентификации возбудителей грибковой инфекции. Установлено, что в 98-ми случаях ( $27,2\% \pm 2,3$ ) было сочетание 2-х видов, в  $2,2\% \pm 0,8$  - 3-х, в остальных случаях – по одному возбудителю. Очаги поражения в большинстве случаев локализовались в области кистей ( $27,2 \pm 2,3$ ), далее по убывающей на коже стоп ( $20,8 \pm 2,1$ ), ногтевых пластинок стоп ( $20,0 \pm 2,1$ ), ногтевых пластинок кистей ( $13,6 \pm 1,8$ ) и туловища ( $9,7 \pm 1,5$ ).



**Рисунок 7. Соотношение разновидностей грибов в виде моноинфекции, выявленных у исследуемой группы пациентов**

При поражении кожи туловища у большинства больных выявлялись возбудители рода *Trichophyton rubrum* ( $28,5 \pm 2,3$ ), *Trichophyton menthagrophytes* и *Penicillium* (по  $11,3 \pm 1,6$ ), реже – *Microsporum ferrugineum* ( $5,7 \pm 1,2$ ) и в равной степени *Trichophyton tonsurans* ( $2,9 \pm 0,8$ ), *Trichophyton*



violaceum ( $2,9 \pm 0,8$ ), *Microsporum canis* ( $2,9 \pm 0,8$ ), *Trichophyton verrucosum* ( $2,9 \pm 0,8$ ), *Trichophyton floccosum* ( $2,9 \pm 0,8$ ).

В ряде случаев *Penicillium* присутствовал в сочетании с другими видами, чаще *Penicillium* + *Candida* ( $14,2 \pm 1,8$ ), реже - в сочетании с *Trichophyton rubrum* ( $2,9 \pm 0,8$ ), *Candida albicans*+ *Mucor* ( $2,9 \pm 0,8$ ), *Candida*+ *Trichophyton rubrum* ( $2,9 \pm 0,8$ ), *Trichophyton ferrugineum* ( $2,9 \pm 0,8$ ), *Trichophyton rubrum*+ *Mucor* ( $2,9 \pm 0,8$ ).

При поражении кожи кистей чаще обнаруживались *Candida* ( $32,0 \pm 2,4$ ), *Penicillium* ( $15,3 \pm 1,8$ ), *Trichophyton rubrum* ( $5,1 \pm 1,1$ ). В ряде случаев с очагов поражения на коже кистей выявлялась сочетанная инфекция, в том числе *Trichophyton violaceum*+ *Penicillium* ( $3,1 \pm 0,9$ ) *Trichophyton violaceum* + *Candida* ( $1,0 \pm 0,5$ ), *Trichophyton rubrum*+*Penicillium* ( $1,0 \pm 0,5$ ) и др. В ряде случаев ( $3,1 \pm 0,9$ ) было сочетание трех инфекций:

В большинстве случаев в области пораженных ногтевых пластинок кистей обнаруживался *Trichophyton rubrum* ( $27,0 \pm 2,3$ ), *Candida* ( $25,0 \pm 2,2$ ), *Penicillium* ( $20,7 \pm 2,1$ ). Сочетание двух разновидностей выявлялось несколько реже. К примеру, *Trichophyton violaceum* + *Penicillium* – в  $2,1 \pm 0,7$  случаях. Сочетание трех возбудителей наблюдалось у двух пациентов ( $4,2 \pm 1,0$ ).

При поражении кожи стоп чаще выявлялись *Candida* ( $33,3 \pm 2,4$ ), *Trichophyton tonsurans* ( $2,7 \pm 0,8$ ), *Penicillium* ( $5,4 \pm 1,1$ ), *Trichophyton rubrum* ( $6,7 \pm 1,3$ ), *Epidermophyton floccosum* ( $10,7 \pm 1,6$ ). Сочетание двух видов грибов выявлялось несколько меньше: *Trichophyton rubrum* + *Penicillium* ( $2,7 \pm 0,8$ ), *Epidermophyton floccosum*+ *Penicillium* ( $1,3 \pm 0,5$ ), *Trichophyton menthae*+ *Penicillium* ( $1,3 \pm 0,5$ ), *Candida* + *Trichophyton rubrum* ( $1,3 \pm 0,5$ ), *Trichophyton violaceum*+ *Penicillium* ( $4,0 \pm 1,0$ ), *Trichophyton violaceum*+*Candida* ( $1,3 \pm 0,5$ ), *Candida* + *Penicillium* ( $5,4 \pm 1,1$ ). Сочетание трех инфекций выявлялось в  $2,7 \pm 0,8$  случаях.

При поражении ногтевых пластинок стоп также чаще выявлялись *Candida* ( $20,9 \pm 2,1$ ), *Penicillium* ( $6,9 \pm 1,3$ ), *Trichophyton rubrum* ( $25,0 \pm 2,2$ ). Реже выявлялось сочетание двух возбудителей, в том числе *Trichophyton*

rubrum+Penicillium ( $2,8 \pm 0,8$ ), Epidermophyton floccosum+Penicillium ( $1,4 \pm 0,6$ ), Candida +Penicillium ( $1,4 \pm 0,6$ ). В  $1,4 \pm 0,6$  случаях было сочетание трех инфекций. В области крупных складок чаще выявлялась Epidermophyton floccosum ( $85,7 \pm 1,8$ ), реже - Candida +Penicillium ( $14,3 \pm 1,8$ ).

Исследуемой группе пациентов предлагались различные методы лечения, в том числе современные системные антимикотики. Выбор метода лечения проводился с соблюдением прав потребителя медицинских услуг. Грибковая патология относится к числу социально значимых заболеваний, поскольку основную часть больных составляет население с низким материальным достатком и уровнем жизни. Поэтому применение более современных антимикотиков было доступным не каждому. В ряде случаев пациенты прерывали начатый курс лечения в связи с рядом обстоятельств, в том числе с отсутствием финансовых возможностей (табл.1).

**Таблица 1**

**Число больных, прервавших лечение системными антимикотиками по различным причинам (n=39)**

	<b>Прошли курс лечения</b>	<b>Число больных</b>	<b>%</b>
1	Плохая переносимость препарата	9	23,1%
2	Высокие цены препарата	13	33,3%
3	Прочие причины	11	28,2%
4	Наличие побочных действий	6	15,4%
	итого	39	100%

Ряд пациентов с микозами стоп, осложненными вторичной инфекцией с экзематизацией очагов поражения, прерывали лечение на стадии стихания, либо после стихания острых воспалительных явлений, когда еще не происходило полной санации грибковой инфекции. Недолеченный процесс поражения подвергал к риску развития рецидивов инфекции и заражению окружающих.

Разбор случаев обращений данной группы больных за медицинской помощью свидетельствует о безответственном подходе к своему здоровью и окружающих, незнании клинических проявлений и путей передачи грибковой инфекции. По данным социологического опроса, пациенты зачастую не задумывались о здоровье окружающих и не признавали серьезности проблемы грибковой инфекции.

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости индивидуального подбора препаратов с учетом видового состава возбудителя и наличия соматической патологии пациентов, что является чрезвычайно важным для повышения качества оказания медицинской помощи больным дерматомикозами.

Анализ полученных результатов позволит перейти к более дифференцированному подходу организации медицинской помощи населению и снижению контингента больных, разработав общую стратегию профилактики микотической инфекции.

**В шестой главе** описаны меры профилактики дерматомикозов, как приоритетного направления общественного здравоохранения. Результаты эпидемиологического анализа и социологического опроса, проведенного в рамках данного исследования, свидетельствуют о росте заболеваемости микозом стоп, кистей и онихомикозами. Однако, сложившаяся в последние годы система оказания медицинской помощи населению, расширяет возможности обращения больных в негосударственные медицинские учреждения. Свободная продажа медикаментов и самолечение значительно затрудняют оценку истинной ситуации по данной проблеме.

Стратегическими направлениями в организации медицинской помощи больным дерматомикозами являются: своевременность выявления источников и контактов больных с проведением профилактических мероприятий в очаге инфекции; интеграция работы врачей - дерматовенерологов, сотрудников Роспотребнадзора и врачей общей практики (семейных врачей) по профилактике распространения

дерматофитий; расширение первичной профилактики дерматофитий среди населения. Необходимо шире публиковать анализ эпидемиологической ситуации по дерматомицетам с учетом региональных особенностей; проводить мониторинг эпидемиологической ситуации по дерматомикозам с последующей разработкой профилактических мероприятий.

Анализ источников литературы и полученные результаты позволили установить основные факторы, влияющие на качество оказания медицинской помощи больным микозами. К ним относятся: организационные (правильность организации лечебно-диагностического процесса и своевременность проведения профилактических мероприятий в очаге, информирование населения о значимости грибковой инфекции); правовые (отсутствие правовой базы, отвечающей современным требованиям и незнание специалистов нормативно-правовых документов и их незащищенность); социально-экономические (изменения, происходящие в обществе, имеют существенное влияние на качество жизни больных и возможность лечения современными препаратами); технологические (не все медицинские учреждения имеют достаточную оснащенность необходимым оборудованием и т.п.); психологические (или человеческий фактор, заключающийся в неумении общаться с пациентами и отсутствии навыков консультирования).

Неблагополучная эпидемиологическая ситуация по дерматомикозам, выявленная в процессе изучения с учетом популяционных факторов, ставит задачу выработки комплекса адекватных управленческих решений по профилактике распространения дерматомикозов на муниципальном уровне.

Одним из ключевых механизмов по профилактике распространения дерматомикозов явился Приказ Министерства здравоохранения РСФСР, Министерства С/Х, Министерства жилищно-коммунального хозяйства РСФСР от 26.12.1985 № 884/20 пр/629 «О мерах по усилению борьбы с дерматофитиями в РСФСР», который предусматривал: улучшение качества диагностики микозов с использованием культурального метода

исследования; обеспечение подготовки врачей общей лечебной сети по вопросам диагностики, клиники и профилактики дерматофитий; организацию микологических Центров на базе КВД; оборудование КВД с числом коек 35 и более стационарными дезокамерами. Однако, продолжающаяся тенденция к сокращению числа лабораторий, снижает возможность полноценного исполнения положений.

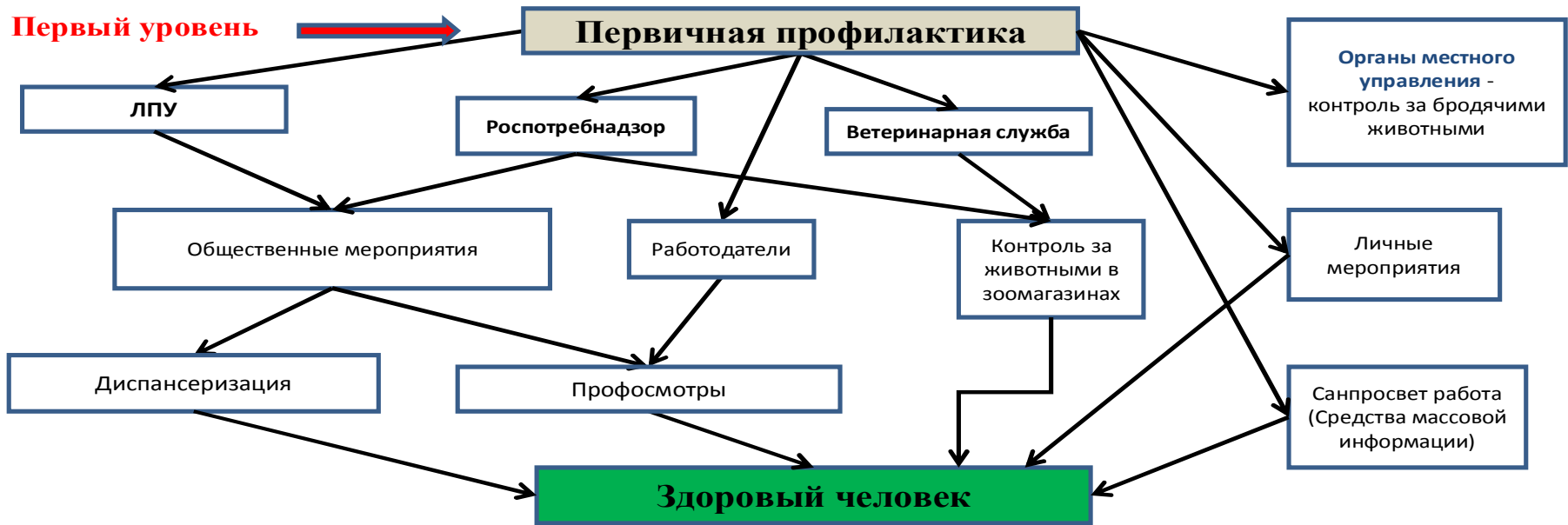
В современных условиях необходим пересмотр Приказа согласно изменившимся эпидемиологическим и социально-экономическим условиям.

Данные, полученные в результате комплексного научного исследования, позволили предложить организационно-функциональную модель, основанную на системном подходе к организации профилактики дерматомикозов на муниципальном уровне, включающую первичную и вторичную профилактику (схема 2, 3).

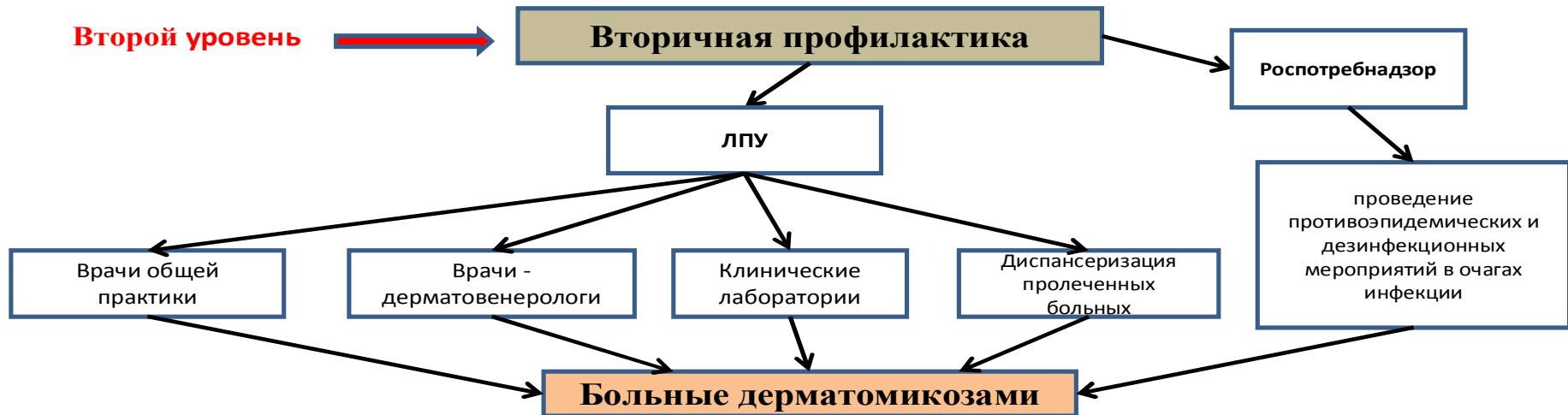


# Модель уровней профилактики дерматомикозов

**Первый уровень**



**Второй уровень**



## ВЫВОДЫ

1. Эпидемиологическая ситуация по дерматомикозам в республике Коми за период с 1999 по 2008гг. свидетельствует о снижении заболеваемости трихофитией и микроспорией на 42,7% и 37,8% соответственно, росте микоза стоп и кистей на 77,4%, онихомикоза – на 143,2%. Высокий уровень заболеваемости дерматофитиями обусловлен заболеваемостью микроспорией и трихофитией детского населения, микозами стоп и онихомикозом – взрослого, особенно в возрасте 50 лет и старше.

2. По социальному статусу основную часть пациентов составили ( $25,0 \pm 1,9$ ) работники промышленности и транспорта ( $13,6\% \pm 1,5$ ), дети от 0 до 7 лет –  $5,0\% \pm 1,0$ . Развитию грибковой патологии способствовали организационные, правовые, социально-экономические, технологические, психологические факторы (экзогенные –  $39,6\% \pm 2,2$  – травматизация, риск заражения от членов семьи, наличие хронической кожной патологии и др.; профессиональные –  $26,7\% \pm 2,0$ ; соматогенные –  $11,2\% \pm 1,4$  – различные соматические заболевания; алиментарные  $0,9\% \pm 0,4$  – пристрастия к мучному, алкоголю и др.).

3. Социологический опрос пациентов показал недостаточную информированность о путях заражения грибковой патологией, их низкий санитарный и культурный уровень, выражающийся в превалировании личного дискомфорта от заболевания над боязнью заражения других. Нередко грибковая патология влияла на трудовую адаптацию: у  $35,0\% \pm 2,1$  – было умеренное снижение трудоспособности, у  $19,3\% \pm 1,8$  – резкое снижение с длительной утратой, сопровождающейся невротами и депрессией ( $55,7\% \pm 2,2$ ) в связи с косметическим дефектом кожи ( $21,4\% \pm 1,8$ ).

4. Анализ результатов лабораторной идентификации дерматомицетов показал частое сочетание двух, либо 3-х видов возбудителей дерматомикозов: в  $27,2\% \pm 2,3$  случаях было сочетание 2-х видов, в  $2,2\% \pm 0,8$  - 3-х, в остальных случаях – по одному возбудителю, что является



чрезвычайно важным при подборе антимикотического препарата для повышения качества оказания медицинской помощи. В большинстве случаев преобладали дрожжеподобные и плесневые грибы.

5. Результаты настоящего исследования позволили разработать организационно-функциональную модель профилактики грибковой инфекции на муниципальном уровне для выработки адекватных управленческих решений.

### **Практические рекомендации**

1. Необходима интеграция работы всех заинтересованных служб и ведомств по профилактике грибковых заболеваний с целью разработки единой стратегии противоэпидемических и профилактических мероприятий в режиме быстрого реагирования.

2. При проведении антимикотического лечения необходимо проведение идентификации дерматомицетов, что позволит повысить терапевтическую эффективность.

3. С учетом факторов, способствующих распространению грибковой патологии, целесообразно усилить контроль качества проведения дезинфекционных мероприятий в местах общественного пользования, проводить периодический санитарно-гигиенический контроль за объектами повышенного риска (бани, прачечные, парикмахерские и пр.).

4. Усилить ветеринарный надзор за домашними и сельскохозяйственными животными совместно с медработниками детских учреждений, ветеринарными специалистами городских, районных ветеринарных станций и животноводческих комплексов, работниками сферы жилищно-коммунального обслуживания.

5. Выявленных в процессе профосмотра лиц, с подозрением на грибковые заболевания, медработник обязан направить в территориальный кожно-венерологический диспансер для обследования.

6. Контингент населения, занятого в местах общественного пользования (бани, прачечные, сауны, спортивные залы), рекомендовать включить список лиц, подлежащих обязательным медицинским осмотрам

### **Список опубликованных работ по теме диссертации**

1. Бендриковская И.А. Заболеваемость дерматомицетами в структуре болезней кожи и подкожной клетчатки в республике Коми/ Иванова М.А, Бендриковская И.А// Сборник тезисов VII Всероссийской научно-практической конференции «Социально значимые заболевания в дерматовенерологии. Диагностика, терапия, профилактика». 6-7 сентября 2007г., Москва. С.-40-42.
2. Бендриковская И.А. Распространенность дерматомицетов в различных возрастных группах населения Республики Коми /Бендриковская И.А// Материалы пятого Всероссийского Конгресса по медицинской микологии «Успехи медицинской микологии. Том 2., 2007, Москва, С.21-22 .
3. Бендриковская И.А. Нормирование труда врача-дерматовенеролога с учетом новых медицинских технологий – как фактор повышения качества оказания медицинской помощи населению /Иванова М.А, Бендриковская И.А., Никифорова Н.З., Темирджанов С.Ю// Сборник научных трудов ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» научно-практической конференции «Новые технологии в современном здравоохранении». М.- 2007.- Часть 2.- С.224-229.
4. Бендриковская И.А. Заболеваемость дерматомицетами в различных округах Российской Федерации в 2003-2006гг./ Иванова М.А., Суворова К.Н., Бендриковская И.А., Мельниченко Н.Е., Ялхороева Р.М.// Журнал «Вестник последипломного медицинского образования». В номере: материалы XII Междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии, андрологии, акушерстве и гинекологии: наука и практика» и VI научно-практической конференции «Новое в эстетической дерматологии: наука и практика». 2007, №3-4. – С.-14-19.
5. Бендриковская И.А. Эпидемиологическая ситуация по трихофитии в России в 2003 – 2006 гг. /Иванова М.А., Бендриковская И.А, Мельниченко Н.Е., Николаев А.И./ Тезисы докладов 2 съезда микологов России, 16-18 апреля, 2008, с.430.
6. Бендриковская И.А. Ситуация по дерматомицетам и качество жизни больных/ Бендриковская И.А.// Тезисы докладов 2 съезда микологов России, 16-18 апреля, 2008, с.413-414.
7. Бендриковская И.А. Эпидемиологическая ситуация по микроспории в Республике Коми в 2003-2006гг./Бендриковская И.А.// Тезисы докладов 2 съезда микологов России, 16-18 апреля, 2008, с.413-415.
8. Бендриковская И.А. Динамика заболеваемости дерматомикозами в Российской Федерации в 2003-2007 гг. /Иванова М.А, Огрызко Е.В., Бендриковская И.А., Мельниченко Н.Е, Ялхороева Р.М.// Журнал Клиническая дерматология и венерология №2, 2009. – С.26-31.

9. Бендриковская И.А Социально значимые заболевания. Этиология. Патогенез. клиника. Диагностика. Профилактические мероприятия/Михайлова Ю.В., Леонов С.А., Скачкова Е.И., Иванова М.А., Павлова Т.М., Виноградова С.А., Малыгина Н.С., Вартапетова Н.В., Мельниченко Н.Е., Воронина Л.Г., Поршина О.В., Бендриковская И.А., Соловьева Е.В., Акишкин В.Г.// Руководство для врачей общей практики. Москва. 2009. 139с.