



Рис. 3. Кожный процесс после проведенной терапии

псориаза, клиническая картина которого совпадает с проявлениями заболевания у нашего пациента.

Конфликт интересов. Отсутствует.

Библиографический список

1. Кубанова А. А., Тихонова Л. И. Дерматология в России: реальность и перспективы // Вестник дерматологии и венерологии. 2004.

2. Новиков А. И., Охлопков В. А., Городилов Р. В., Коновалов А. В. Комбинированная терапия больных псориазом // Качество жизни. 2005.

3. Langley R. G. B, Krueger G. G., Griffiths C. E. M. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life // Ann. Rheum. Dis. 2005.

4. Псориаз у детей / Т. Н. Гришко, Р. Б. Опарин, Ф. Б. Бассе [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. 2005.

5. Elma Baron. Pustular psoriasis: E-medicine specialties // Dermatology. Papulosquamous diseases. 2007. 16 jan.

6. Клиническая дерматовенерология / под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

7. Pustular psoriasis in childhood in 15 cases / I. Zarea, B. Faza, F. Zeglaoui [et al.] // Pediatr. Dermatol. 2007.

8. Lowes M. A. Pathogenesis and therapy of psoriasis. Nature 2007.

9. Navarini A. A. Psoriasis // Therapeutische Umschau. 2010.

10. Скрипкин Ю. К., Зверькова Ф. А., Шарапова Г. Я., Студеницын А. А. Руководство по детской дерматовенерологии. Ленинград-Медицина. 1983.

Translit

1. Kubanova A. A., Tihonova L. I. Dermatologija v Rossii: real'nost' i perspektivy // Vestnik dermatologii i venerologii. 2004.

2. Novikov A. I., Ohlopkov V. A., Gorodilov R. V., Konovalov A. V. Kombinirovannaja terapija bol'nyh psoriazom // Kachestvo zhizni. 2005.

3. Langley R. G. B, Krueger G. G., Griffiths C. E. M. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life // Ann. Rheum. Dis. 2005.

4. Psoriaz u detej / T. N. Grishko, R. B. Oparin, F. B. Basse [i dr.] // Vestnik dermatologii i venerologii. 2005.

5. Elma Baron. Pustular psoriasis: E-medicine specialties // Dermatology. Papulosquamous diseases. 2007. 16 jan.

6. Klinicheskaja dermatovenerologija / pod red. Ju. K. Skripkina, Ju. S. Butova. M.: GJeOTAR-Media, 2009.

7. Pustular psoriasis in childhood in 15 cases / I. Zarea, B. Faza, F. Zeglaoui [et al.] // Pediatr. Dermatol. 2007.

8. Lowes M. A. Pathogenesis and therapy of psoriasis. Nature 2007.

9. Navarini A. A. Psoriasis // Therapeutische Umschau. 2010.

10. Skripkin Ju. K., Zver'kova F. A., Sharapova G. Ja., Studenicyн A. A. Rukovodstvo po detskoj dermatovenerologii. Leningrad-Medicina. 1983.

УДК 616.995.428:616.97] –036.22"1991/2010" (470.44) (045)

Оригинальная статья

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЧЕСОТКОЙ И ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ С 1991 ПО 2010 ГОД

С. Р. Утц — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук; **А. И. Завьялов** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук; **В. М. Марченко** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, врач-дерматолог клиники кожных и венерических болезней; **Е. М. Решетникова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, врач-дерматолог клиники кожных и венерических болезней; **А. Ю. Епифанова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, врач-дерматолог клиники кожных и венерических болезней.

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF SCABIES AND STI IN THE SARATOV AREA FROM 1991 TILL 2010

S. R. Utz — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **A. I. Zavyalov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **V. M. Marchenko** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Clinic of Skin and Venereal Diseases, Dermatologist; **E. M. Reshetnikova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Clinic of Skin and Venereal Diseases, dermatologist; **A. U. Yepifanova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Clinic of Skin and Venereal Diseases, dermatologist.

Дата поступления — 10.01.2012 г.

Дата принятия в печать — 04.06.2012 г.

Утц С. Р., Завьялов А. И., Марченко В. М., Решетникова Е. М., Епифанова А. Ю. Эпидемиологические особенности заболеваемости чесоткой и инфекциями, передаваемыми половым путем, в Саратовской области с 1991 по 2011 год // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 657–659.

Цель: провести сравнительный анализ уровня заболеваемости чесоткой и инфекциями, передаваемыми половым путем, в Саратовской области за период с 1991 по 2010 г. разных групп населения. **Результаты.** Выявлены основные причины и факторы, поддерживающие эпидемический процесс инфекционных заболеваний в регионе на протяжении двух десятилетий. Установлено, что если основную группу больных чесоткой составляли дети, подростки и лица в возрасте от 20 до 29 лет, то с ИППП — пациенты возрастной группы от 18 до 39 лет. Кроме того, констатировано, что в последние годы среди больных сифилисом преобладают ранние и поздние скрытые формы заболевания и нейросифилис в возрастной группе от 40 до 60 лет, которые в дальнейшем нередко приводят к потере временной трудоспособности, а иногда и инвалидности.

Ключевые слова: эпидемиология, чесотка, инфекции, передаваемые половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидиоз, герпес, аногенитальные бородавки).

Utz S. R., Zavyalov A. I., Marchenko V. M., Reshetnikova E. M., Yepifanova A. U. Epidemiological features of scabies and STI in the Saratov area from 1991 till 2010 // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 2. P. 657–659.

The study presents the comparative analysis of scabies and STI incidence in different groups of population in Saratov region from 1991 till 2010. Principal causes and factors supporting epidemic process of infectious diseases in this region on an extent of 2 decades are revealed. It is established that if the basic group patients with scabies were children, teenagers and people at the age from 20 to 29 years, so, in the group with STI there were patients aged from 18 to 29 years. Besides, it was proved that over the last years early and late latent forms of syphilis and neurosyphilis prevail among patients in age group from 40 to 60 years. It leads to disability, and sometimes invalidism quite often.

Key words: epidemiology, scabies, lues, gonorrhoea, chlamydiosis, trichomoniasis urogenitalis, herpes simplex progeneralis, condyloma acuminatum.

Введение. Причинами беспрецедентного роста числа больных чесоткой и инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), в начале 90-х годов прошлого столетия явились неблагоприятные социально-экономические условия, миграция населения, изменение морально-нравственных устоев в обществе среди молодежи, ошибки в диагностике, неполное привлечение к обследованию и лечению источников заражения и контактных лиц, а также снижение санитарно-просветительной работы среди населения [1].

более высокий уровень заболеваемости чесоткой в регионе был отмечен в 1994 г., гонореей в 1993 г., сифилисом в 1997 г., хламидиозом и трихомониазом в 1999 г., составив соответственно 395,0; 144,3; 212,2; 126,1; 449,2 случая на 100 000 населения. За последние пять лет количество больных чесоткой, сифилисом и гонореей значительно уменьшилось по сравнению с 90-ми годами прошлого столетия (рис. 1).

Социальная структура заболеваемости чесоткой и ИППП в Саратовской области за исследуемый

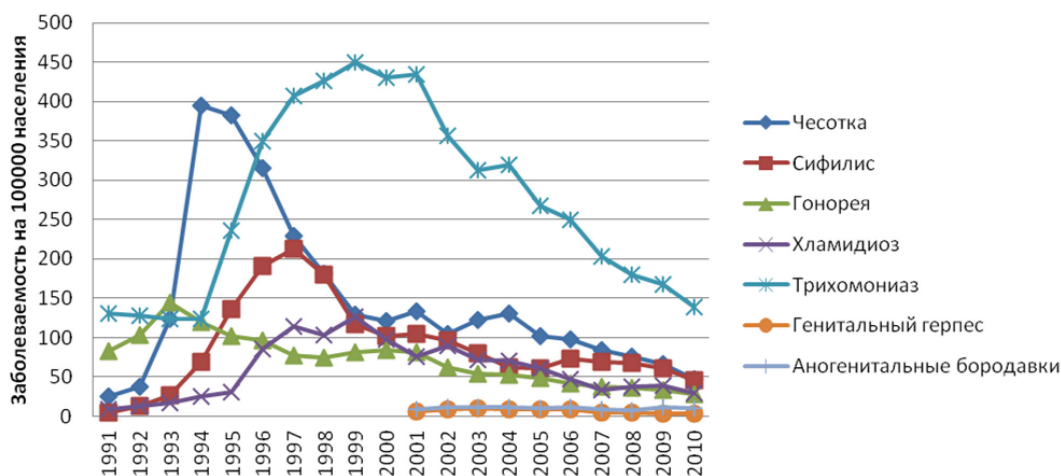


Рис. 1. Интенсивные показатели заболеваемости чесоткой и ИППП в Саратовской области с 1991 по 2010 г.

Необходимо отметить, что, несмотря на наметившуюся тенденцию к значительному снижению уровня заболеваемости в Саратовской области чесоткой, сифилисом и гонореей, все же с 2001 г. сохраняются стабильно высокие показатели заболеваемости хламидиозом, трихомониазом, генитальным герпесом и аногенитальными бородавками.

Цель исследования: проведение анализа закономерных параллелей между уровнем заболеваемости чесоткой и инфекциями, передаваемыми половым путем (сифилис, гонорея, хламидиоз, трихомониаз, генитальный герпес, аногенитальные бородавки), за период с 1991 по 2010 г. у лиц разных возрастных групп. По данным Т. В. Соколовой и соавт. (2003), заражение чесоткой в 25% случаев происходит при половых контактах [2].

Методы. Нами на основании официальных годовых статистических отчетов дерматовенерологической службы Саратовской области (ф. 9 и ф. 34 Минздрава России) проведен анализ уровня заболеваемости чесоткой и ИППП за последние 20 лет.

Результаты. Полученные данные свидетельствуют, что количество больных по нозологическим формам подвержено существенным колебаниям. Наи-

более высокий уровень заболеваемости чесоткой в регионе был отмечен в 1994 г., гонореей в 1993 г., сифилисом в 1997 г., хламидиозом и трихомониазом в 1999 г., составив соответственно 395,0; 144,3; 212,2; 126,1; 449,2 случая на 100 000 населения. За последние пять лет количество больных чесоткой, сифилисом и гонореей значительно уменьшилось по сравнению с 90-ми годами прошлого столетия (рис. 1).

Социальная структура заболеваемости чесоткой и ИППП в Саратовской области за исследуемый период в целом подвергалась незначительным изменениям. Проведенный анализ первичной медицинской документации больных чесоткой позволяет выявить, что наибольший рост заболеваемости приходится на осенний период — с сентября по ноябрь. Наши данные эпидемиологического обследования свидетельствуют, что носителем чесотки в дом в 89,3% случаев является один из членов семьи (реже родственники или близкие знакомые, не живущие в семье). Около половины первоисточников семейного очага составляет возрастная группа от 17 до 35 лет, а по семейному положению — дети разного возраста и мужа.

Следует отметить, что заболеваемость в семейном очаге зависит от возраста детей: чем они были младше, тем больных в семье было больше.

Основную группу (54,9%) инфицированных чесоткой составили социально не адаптированные слои населения, из них 64,4% мужчины и 33,6% женщины, находящиеся в наиболее трудоспособном возрасте (от 30 до 50 лет).

Анализ возрастного состава пациентов (рис. 2) свидетельствует, что наибольший удельный вес заболеваемости чесоткой и ИППП приходится на детей, подростков и 20–29-летних, составляя на протяжении 10 лет около 2/3 зарегистрированных случаев с незначительными отклонениями в динамике. Основные группы больных сифилисом, гонореей, трихомониазом, хламидиозом, аногенитальными бородавками

Ответственный автор — Завьялов Аркадий Иванович.
Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.
Тел.: 22-38-13.
E-mail: info@sarderma.ru

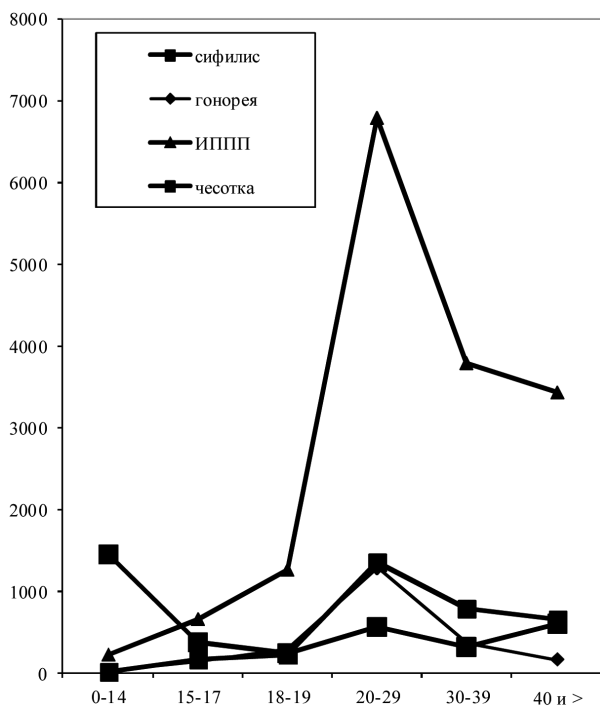


Рис. 2. Заболеваемость чесоткой, сифилисом, гонореей и другими ИППП по основным возрастным группам (1991–2010 гг.): по оси абсцисс — возраст больных (в годах); по оси ординат — число больных

составляли пациенты в возрасте от 18 до 39 лет. Опираясь на статистические данные, можно констатировать что уменьшилось число больных сифилисом и гонореей подростков (15–17 лет) с 9% в 1994 г. до 3% в 2003 г. На фоне постоянного снижения числа заболевших среди учащейся молодежи с 9,8 до 3,7% (за счет студентов вузов) отмечено также уменьшение заболеваемости среди школьников сифилисом в 2 раза, гонореей в 6,5 раз, но и увеличение количества больных трихомониазом, хламидиозом, ангенитальными бородавками и герпесом в 1,45 раза.

Заметное снижение заболеваемости сифилисом и гонореей в начале XXI столетия можно объяснить тем, что часть молодежи, будучи материально и социально независимой, не обращается за медицинской помощью в государственные дерматовенерологические учреждения, а лечится нелегально у своих «знакомых врачей». Это, как правило, не подлежит официальной статистике. Вместе с тем увеличение числа больных хламидиозом, трихомониазом, генитальным герпесом и ангенитальными бородавками можно считать не только улучшением и расширением клинико-лабораторной диагностики, но и проявлением у части населения ментальности «быть здоровым». Однако в возрастной группе от 20 до 39 лет в течение 10 лет количество больных сифилисом, гонореей и другими ИППП увеличилось с 13,7% в 1994 г. до 19,4% в 2003 г. Что же касается группы пациентов старше 40 лет в периодах нарастания и угасания эпидемического процесса наблюдается стойкое постепенное повышение заболеваемости с 12,7% в 1994 г. до 25,6% в 2003 г., с преобладанием вторичного рецидивного и скрытого раннего сифилиса, хронических форм гонореи, трихомониаза и хламидиоза.

Социальная структура заболеваемости ИППП за исследуемый период в целом подвергалась незначительным изменениям. Наибольший удельный вес приходится на лиц, нигде не работающих, к которым относятся не только безработные, но и скрывающие свое место работы, а также работающие одновременно по

найму. За истекший период отмечается рост удельного веса этой группы с 17,2% в 1994 г. до 37,1% в 2009 г., с увеличением доли сельского населения, что, несомненно, отражает нынешнюю социально-экономическую ситуацию в Саратовской области. Лица, постоянно мигрирующие в поисках работы, являются группой риска, поддерживающей эпидемический процесс.

Проведенный нами анализ заболеваемости чесоткой и ИППП в Саратовской области показал, что активность выявления больных менялась обратно пропорционально развитию эпидемического процесса.

Доля выявления больных чесоткой и ИППП при плановых медицинских осмотрах ничтожно мала и не превышает 4,8%, что свидетельствует о снижении их качества при ежегодном увеличении числа обследуемых. Отмечается динамика увеличения выявления указанных нозологических форм в кабинетах анонимного обследования и лечения (КАОЛ) с 8,3 до 11,2%, а в общей медицинской сети до 19,7%. Обнаружение больных чесоткой и ИППП в соматических стационарах свидетельствует о некачественной работе дерматовенерологов, акушеров-гинекологов и врачей общей практики на предыдущих этапах амбулаторно-поликлинического обследования пациентов [3, 4].

Заключение. Таким образом, нами выявлены закономерные эпидемиологические параллели между уровнем заболеваемости чесоткой и ИППП с пиком заболеваемости в годы эпидемиологического подъема, тенденцией к стабилизации и снижению в фазу эпидемиологического спада. Объяснением этой эпидемиологической ситуации является один общий путь инфицирования — при половых контактах. Активное выявление больных и привлечение к обследованию и лечению контактных лиц данных групп меняется обратно пропорционально развитию эпидемиологического процесса, что свидетельствует о снижении качества работы врача при увеличении числа обследуемых пациентов.

Конфликт интересов: отсутствует.

Библиографический список

1. Эпидемиологические закономерности заболеваемости чесоткой в периоды ее подъема и снижения в Саратовской области / А.И. Завьялов, В.Ф. Оркин, Л.А. Шерстобитова [и др.] // Саратовский научно-медицинский вестник. 2004. № 2. С. 102–104.
2. Соколова Т. В., Лопатина Ю. В. Паразитарные дерматозы: чесотка и крысиный клещевой дерматит. М.: ООО «БИНОМ-Пресс», 2003. 120 с.
3. Утц С. Р., Завьялов А. И., Марченко В. М. Клинико-эпидемиологические особенности чесотки и новые подходы к ее диагностике и лечению на современном этапе // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 3. С. 687–691.
4. Марченко В. М., Оркин В. Ф., Завьялов А. И., Рошечкин В. В. Динамика заболеваемости чесоткой в Саратовской области в 1994–2008 гг. // Социальные проблемы медицины и экологии человека: материалы Всерос. науч.-практ. конф. Саратов: Изд-во СГМУ, 2009. С. 170–172.

Translit

1. Jepidemiologicheskie zakonomernosti zabolevaemosti chesotkoj v periody ee pod#ema i snizhenija v Saratovskoj oblasti / A. I. Zav'jalov, V. F. Orkin, L. A. Sherstobitova [i dr.] // Saratovskij nauchno-medicinskij vestnik. 2004. № 2. S. 102–104.
2. Sokolova T. V., Lopatina Ju. V. Parazitarnye dermatozy: chesotka i krysinij klewevoj dermatit. M.: ООО «БИНОМ-Пресс», 2003. 120 s.
3. Utc S. R., Zav'jalov A. I., Marchenko V. M. Kliniko-jepidemiologicheskie osobennosti chesotki i novye podhody k ee diagnostike i lecheniju na sovremennom jetape // Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal. 2011. T. 7, № 3. S. 687–691.
4. Marchenko V. M., Orkin V. F., Zav'jalov A. I., Rowepkin V. V. Dinamika zabolevaemosti chesotkoj v Saratovskoj oblasti v 1994–2008 gg. // Social'nye problemy mediciny i jekologii cheloveka: materialy Vseros. nauch.-prakt. konf. Saratov: Izd-vo SGMU, 2009. S. 170–172.