

Селютин О.В.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СЕМЕЙНОГО СЛУЧАЯ МИКРОСПОРИИ СРЕДИ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

БУЗ ВО «Воронежский областной клинический кожно-венерологический диспансер»,
394038, г. Воронеж, Россия

Микроспория – одно из распространенных грибковых заболеваний из группы дерматофитий. Возбудитель микроспории впервые описан D. Gruby 1843 г. Микроспорию считают болезнью детского возраста. Однако в последнее время отмечается тенденция роста заболеваемости среди взрослого населения.

Представляем клиническое наблюдение семейного случая микроспории среди взрослых пациентов.

В нашем наблюдении в семье из трех человек больными оказались все (сын в возрасте 18 лет, мать 39 лет, отец 39 лет). Незадолго до появления высыпаний был приобретен котенок без осмотра ветеринара и вакцин от дерматофитий. Первой на прием обратилась мать, при осмотре процесс носил распространенный характер – 15 очагов в диаметре около 1 см на коже верхних и нижних конечностей, округлой формы, с четкими границами, розового цвета, при люминесцентной диагностике отмечено поражение пушковых волос.

Сын и отец привлечены к осмотру как бытовые контакты. У сына на коже верхних конечностей было 5 очагов в диаметре около 1 см, с поражением щетинистых волос. У отца 1 очаг в диаметре около 1 см в подмышечной области с поражением щетинистых волос. При микроскопическом исследовании обнаружены патогенные грибы, при проведении бактериологического исследования выделена культура микроспорум канис.

Пациенты получили комбинированную терапию (системные и топические антимикотики, депиляция волос в очагах, санитарно-гигиенические мероприятия) с клинико-лабораторным выздоровлением. Котенок пролечен у ветеринара.

Таким образом, комплексная диагностика микроспории (сбор анамнеза, клинический осмотр, люминесцентная диагностика, лабораторное исследование, привлечение для осмотра бытовых контактов) актуальна в настоящее время у пациентов любого возраста.

Снарская Е.С.¹, Фетисова Н.В.^{1,2}, Стручкова О.С.²

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА ФОНЕ ЭМИГРАЦИОННЫХ ПОТОКОВ НАСЕЛЕНИЯ

¹Кафедра кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова лечебного факультета
ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, г. Москва, Россия;

²Кожно-венерологическое отделение ГБУЗ МО «Наро-Фоминская районная больница
№1», 143300, г. Наро-Фоминск, Московская область, Россия

Цель проведения клинико-эпидемиологического исследования – изучение динамики показателей заболеваемости сифилисом в Московской области в период с 2010 по 2017 г. на фоне демографических изменений населения, связанного с высоким уровнем эмиграционных потоков из эпидемиологически неблагоприятных регионов (см. таблицу), а также выявление современных особенностей морфогенеза, клинической картины и характера течения сифилитической инфекции в регионах Московской области в период с 2010 по 2017 гг.

Материал и методы. Проведена оценка уровня заболеваемости различных групп населения (коренного и эмигрантов) и клинических проявлений сифилитической инфекции. Оценку распространенности заболеваемости среди населения и проявления эпидемического процесса проводили на основании анализа данных статистического учета по Московской области и статистических карт 200 амбулаторных больных. Обследованы комплексно клинически 90 больных сифилисом с целью выявления ранних признаков сифилитической инфекции и наличия поздних проявлений в виде поражения нервной системы. Клиническое исследование было основано на проведении клинико-лабораторных тестов, включающих обширную панель трепонемных и нетрепонемных лабораторных тестов *in vitro*, а также соскобов на бледную трепонему у участников исследования.

Сифилитическая инфекция, как и другие уrogenитальные инфекции, передающиеся половым путем, в настоящее время представляют собой одну из наиболее актуальных проблем дерматовенерологии в связи с эпидемическим ростом заболеваемости в период с 1989 по 1997 г. В этот период число зарегистрированных больных сифилисом увеличилось более чем в 63 раза. В период до 1997 г. наблюдалось увеличение доли регистрируемых больных первичными и вторичными формами сифилиса и уменьшение удельного веса регистрируемых больных ранним скрытым, поздним скрытым и скрытым неуточненным, сифилисом сердечно-сосудистой и нервной систем. С 1997 по 2000 г. число зарегистрированных больных уменьшилось в 1,7 раза. Частота регистрации различных форм сифилиса менялась в связи с естественным течением сифилитической инфекции. В период снижения показателей заболеваемости после 1997 г. отмечалась обратная взаимосвязь. В то же время существуют сведения о том, что показатели выявляемости сифилиса не отражают истинной заболеваемости и ее динамики среди населения. Это обуславливается наличием большого количества «теневых» медицинских структур и связанных с этим «иными диагнозами» у определенной части больных. Так, в 1997 г. по Московской области на фоне начавшегося снижения заболеваемости сифилисом отмечалось увеличение показателей выявляемости при всех видах скрининга, что является одним из важных признаков

Статистика миграции в РФ в период с 1997 по 2015 г. (по данным Федеральной службы государственной статистики)

Страна и регион	Количество прибывших по годам								
	1997	2000	2005	2008	2011	2012	2013	2014	2015
Прибыло в Российскую Федерацию									
Всего...	597 651	359 330	177 230	281 614	356 535	417 681	482 241	590 824	598 617
в том числе из стран СНГ:									
Азербайджан	29 878	14 906	4600	23 331	22 316	22 287	23 453	26 367	24 326
Армения	19 123	15 951	7581	35 216	32 747	36 978	42 361	46 568	45 670
Беларусь	17 575	10 274	6797	5865	10 182	16 564	15 748	17 931	17 741
Казахстан	235 903	124 903	51 945	39 964	36 474	45 506	51 958	59 142	65 750
Киргизия	13 752	15 536	15 592	24 014	41 562	34 597	30 388	28 543	26 045
Республика Молдова	13 750	11 652	6569	15 519	19 578	23 594	28 666	32 107	34 026
Таджикистан	23 053	11 043	4717	20 717	35 087	41 674	51 011	54 658	47 638
Туркмения	16 501	6738	4104	3962	4524	5442	5986	6038	6539
Узбекистан	39 620	40 810	30 436	43 518	64 493	87 902	118 130	131 275	74 242
Украина	138 231	74 748	30 760	49 064	43 586	49 411	55 037	126 819	194 180

сокрытия истинных показателей заболеваемости. Резкий рост заболеваемости сифилисом, наблюдающийся в России с 1989 по 2000 г., когда число ежегодно регистрируемых больных сифилисом увеличилось до 37,7 раза по статистическим данным различных регионов, обусловил ряд приоритетных направлений современной венерологии, среди которых вопросы об особенностях современного течения и клинических проявлений сифилиса. Со второй половины XX века венерологи многих стран мира стали отмечать наличие определенных изменений в частоте встречаемости основных симптомов приобретенного сифилиса, а также перераспределение его форм в общей структуре заболеваемости. Вместе с тем основные клинические признаки приобретенного сифилиса сохраняют свои классические черты, описанные ведущим сифилидологом Франции А. Fournier во второй половине XIX столетия. За последнее десятилетие, по мнению ряда авторов, увеличилось число латентных и малосимптомных форм заболевания, значительно выросла доля нейро- и висцерального сифилиса. Действительно, за последнее десятилетие отмечается тенденция интенсивного снижения доли ранних форм сифилиса, на которые приходится 79,5% (в 2004 г. 97,6%), и резкое нарастание доли поздних форм – 12,2% (в 2004 г. 1,2%). В структуре поздних форм сифилиса преобладает поздний скрытый сифилис – 76%, на втором месте поздний нейросифилис – 19,6%. Особенности проявлений современного сифилиса, по мнению ряда авторов, обусловлены изменениями биологических свойств бледной трепонемы, иммунного статуса организма, широко, не всегда оправданным применением антибиотиков, а также ассоциацией с другими болезнями, передаваемыми половым путем, и ВИЧ-инфекции. Кроме этого, произошел сдвиг в сторону уменьшения частоты встречаемости основных клинических «классических» симптомов болезни, ведь сифилис на ранней его стадии способен имитировать великое множество заболеваний. Зачастую пациенты с различными формами сифилиса очень редко приходят на прием к врачу-венерологу, чаще всего они обращаются к врачам других специальностей с многообразными жалобами, что нередко вызывает сложность в диагностике, приводит к диагностическим ошибкам и, как следствие, несвоевременному выявлению больных и неадекватному лечению. На фоне высокой заболеваемости сифилисом в нашей стране (в 1997 г. 277,3 случая и в 2000 г. 165,3 случая на 100 тыс. населения) врачам всех специальностей нередко приходится диагностировать в том числе его заразные формы. В этой связи знания современных особенностей клинических проявлений сифилиса представляют не только теоретический интерес для клиницистов, но и помогают избежать диагностических ошибок, распространения сифилиса среди населения.

В дополнение к имеющимся предположениям об изменении клинических проявлений и течения современного сифилиса существуют также факторы социальной среды, которые играют немаловажную роль в эпидемическом процессе. Неиспользо-

вание средств контрацепции, половая распушенность, доступность интимных услуг, половые извращения, а также низкая осведомленность о заболеваниях, передающихся половым путем, приводят к их распространению. Немаловажным является факт неуклонного роста притоков мигрантов из стран СНГ в связи со сложившейся социально-экономической ситуацией: высокий уровень безработицы, повальное обнищание населения, низкий уровень образования и здравоохранения приводят к большому притоку мигрантов в Российскую Федерацию. По данным Федеральной службы государственной статистики, приток мигрантов неуклонно растет, что наглядно представлено в таблице. Наибольший приток из Азербайджана, Казахстана, Таджикистана, Узбекистана, а также Украины. Недавно наконец появилась возможность с помощью информационной системы ФМС получить сведения о реальном количестве мигрантов, согласно которым в конце 2011 г. в России находилось 9 млн мигрантов. Такой поток дает основание утверждать, что и в 2000-е годы Россия оставалась одной из главных стран в мире по приему мигрантов (после Германии и США), сохранив место, которое она заняла в 1990-е годы.

Из 9 млн общего количества мигрантов 3,3 млн человек приехали с личными целями на непродолжительное время (в гости, на лечение, туристы и др.) или на учебу; 1,3 млн официально работали; оставшиеся 4,3 млн – в основном трудовые мигранты, зарегистрированные, но работающие нелегально, без разрешения. Если учесть 0,3 млн прибывших в Россию на постоянное жительство, неопределенный остаток составит 4 млн человек, которые представляют потенциальную опасность, так как, не имея стабильного социального положения, живут скученно, имеют тесный бытовой контакт, бродяжничают, а женщины занимаются коммерческим сексом.

В подтверждение своих утверждений приводим случаи клинических наблюдений.

Б о л ь н о й П., 1996 года рождения, проживающий в Московской области, обратился с жалобами на высыпания на коже половых органов. Впервые появление высыпаний отметил около 2 мес назад. Со слов пациента, на коже половых органов отмечалась небольшая безболезненная язвочка, которую он расценил как проявление генитального герпеса. Самостоятельно не лечился, за медицинской помощью не обращался, появление новых высыпаний самостоятельно связывает с переохлаждением. Со слов пациента, аллергоанамнез не отягощен, другие сопутствующие заболевания отрицает. При осмотре на коже мошонки отмечались мелкие папулы красно-розового цвета, до 0,5–1 см в диаметре, с четкими границами, поверхность слегка приплюснута. При пальпации элементов наблюдался дискообразный инфильтрат. Поверхность элементов гладкая, блестящая. Результаты обследования на сифилис: ИФА (сум.) 2040/0,208, РПГА 3+ (1:2500), реакция микропреципитации 4+ (1,16), РИФ 3+. В соскобе бледная трепонема обнаружена. При обследовании

на гепатит обнаружены признаки гепатита С: anti-HCV IgM более 3 МЕ/мл, anti-HCV IgG 0,969 МЕ/мл. Сдавать анализ на ВИЧ-инфекцию пациент отказался. Таким образом, у больного был диагностирован вторичный свежий сифилис, гепатит С. При беседе с пациентом выяснилось, что он ведет беспорядочную половую жизнь, никогда не пользовался средствами контрацепции. Кроме того, он нетрадиционной сексуальной ориентации и имеет большое число половых контактов, практикует коммерческий секс. Больному был назначен курс лечения, объяснены последствия при отказе от лечения данного заболевания, тем не менее пациент написал отказ от лечения сифилиса.

Б о л ь н о й К., 1976 года рождения, проживает в Москве, обратился с жалобами на «язвочку» в области головки полового члена, без субъективных жалоб. Из анамнеза известно, что в середине сентября 2016 г. произошел незащищенный половой акт с работницей коммерческого секса, спустя некоторое время появилась безболезненная «язвочка» в области головки полового члена. Самостоятельно использовал противогерпетические средства (без эффекта), затем мазь левомеколь, после применения которой отметил выраженный отек головки полового члена, в связи с чем обратился в кожно-венерологический диспансер по месту жительства. При осмотре были проведены лабораторные исследования и выявлено: МР 4+, РИФ 3+, РПГА-. Больного направили в Клинику кожных и венерических болезней им. Рахманова для уточнения диагноза и последующего лечения в условиях стационара. При осмотре в клинике зафиксировано единичное высыпание диаметром до 12 мм, локализованное на коже головки полового члена. Высыпание представлено округлой эрозией с ровными, валовообразно приподнятыми краями, также отмечается листовидное уплотнение в основании. Дно эрозии гладкое, блестящее, цвета сырого мяса. Отделяемого с поверхности эрозии не отмечается. Кроме того, отмечается двустороннее увеличение паховых лимфатических узлов до размера лесного ореха, плотной-эластической консистенции, безболезненны при пальпации.

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки вне очага поражения без особенностей, ногти и волосы не изменены. Был установлен диагноз Lues I seropositive, проведено лечение согласно стандартным рекомендациям. При беседе с больным было выяснено, что он никогда не пользовался средствами контрацепции, часто пользуется интим-услугами. О заболеваниях, передаваемых половым путем, он слышал, но считал что в условиях нынешнего времени это казуистика и заразиться невозможно.

Данные примеры свидетельствуют о низкой осведомленности населения о половых инфекциях, половой распущенности, доступности интим-услуг. Таким образом, первичный анализ эпидемической ситуации, проведенный в некоторых регионах Московской области за последнее десятилетие, показал, что показатели заболеваемости поздними формами сифилитической инфекции населения региона увеличиваются.

Результаты. Анализ эпидемической ситуации в Московской области за период 2010–2017 гг. показал, что заболеваемость сифилисом населения региона увеличилась, при этом наблюдается рост заболеваемости асимптомным нейросифилисом. В последнее десятилетие в Российской Федерации возросли показатели регистрации нейросифилиса с 19 случаев в 1992 г. до 987 в 2011 г., причем большую (68,6%) часть из них составили поздние формы. В целом показатель заболеваемости нейросифилисом по РФ колеблется в рамках 0,3–0,66 случая на 100 тыс. населения в год по разным регионам страны. В настоящее время поражение нервной системы у больных сифилисом выявляют в 15–20% случаев. На долю нейросифилиса приходится 7–9% всех органических заболеваний нервной системы. Многие авторы называют учащение поражение нервной системы одним из основных признаков современного течения сифилиса.

В условиях роста заболеваемости асимптомным нейросифилисом необходимо более тесное взаимодействие дерматовенерологов и неврологов в вопросах диагностики и лечения нейросифилиса.

Соколова Т.В., Монте Росель К.В., Малярчук А.П.

К ВОПРОСУ ОБ АКТИВНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ВРАЧАМИ МИКОЗОВ СТОП

Кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии Института медико-социальных технологий ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет пищевых производств» Минобрнауки России, 125080, г. Москва, Россия

В связи с широким распространением микозов (МС) их профилактика является актуальной задачей не только для дерматологов, но и для здравоохранения в целом. Профилактика МС условно подразделяется на общественную и личную. Главной целью профилактических мероприятий при МС должно быть своевременное выявление заболевания на ранних стадиях. Общественная профилактика МС включает несколько направлений. Это активное выявление больных и их полноценная регистрация. Выявление источников заражения и контактов лиц с последующим проведением специфического и профилактического лечения антимикотиками различных групп, диспансеризация больных. Контроль за качеством проведения дезинфекционных мероприятий в местах общественного пользования (бани, бассейны, душевые, спортивные залы, фитнес-центры и др.), замена деревянных и ковровых покрытий на синтетические. Профилактические осмотры декретированного контингента населения. Соблюдение гигиенического режима в местах пользования обезличенной обувью и своевременная ее дезинфекция (боулинги, лыжные базы, катки и т.п.). Пропаганда здорового образа жизни, ориентированная на постоянный приток пациентов в лечебные учреждения. Большинство больных МС имеют длительный микологический анамнез. Часто с момента возникновения заболевания до получения необходимой медицинской помощи проходит значительный промежуток времени, несмотря на то, что пациенты неоднократно обращались к врачам разных специальностей по поводу соматической патологии.

Цель исследования – оценить активность выявления больных МС врачами разных специальностей и акцентировать их внимание на данный раздел работы.

Материал и методы. Работа выполнена на кафедре кожных венерических болезней с курсом косметологии ФГБОУ ВПО МГУПП. В многопрофильном лечебном учреждении проведен осмотр 28 больных (24 мужчины и 4 женщины, что обусловлено спецификой военного медицинского учреждения) в возрасте от 21 года до 72 лет (средний возраст 25,1 года), госпитализированных в отделения различного профиля (гастроэнтерологическое, пульмонологическое, хирургическое, нейрохирургическое). При выявлении больного МС заполняли авторский вариант анкеты. Проверены записи в историях болезни о состоянии кожного покрова больного при поступлении в стационар. Лабораторную диагностику МС осуществляли бактериоскопически. Для забора материала использовали метод скотч-проб [Малярчук А.П., 2016]. Диагноз дерматофитии стоп устанавливали при обнаружении истинного септированного мицелия при микропиривании препаратов с использованием 30% раствора щелочи.

Результаты. После осмотра 28 больных из стационара клинически МС выявлен почти у 12 (42,9%) из них. После однократного бактериоскопического исследования нити септированного мицелия обнаружены у 11 (91,6%). Среди пациентов преобладали лица мужского пола (83,3%), их средний возраст составил 28,5 года. Гипертоническую болезнь имели 4 больных, хронический гастрит – 3, хроническую венозную недостаточность – 3, сахарный диабет – 2, язвенную болезнь – 2, пневмонию – 1,