

УДК 614

Глузмин Михаил Иванович

кандидат медицинских наук,

главный врач,

Клинический кожно-венерологический диспансер» министерства
здравоохранения Краснодарского края

kkvd@miackuban.ru

Шевченко Алексей Григорьевич

кандидат медицинских наук,

заместитель главного врача по ОМР,

Клинический кожно-венерологический диспансер» Министерства
здравоохранения Краснодарского края

kkvd@miackuban.ru

Егорова Елена Викторовна

врач дерматовенеролог,

Клинический кожно-венерологический диспансер Министерства
здравоохранения Краснодарского края

kkvd@miackuban.ru

Глузмина Мария Михайловна

врач дерматовенеролог,

Клинический кожно-венерологический диспансер» Министерства
здравоохранения Краснодарского края

kkvd@miackuban.ru

Mikhail I. Gloozmin

Candidate of medical sciences,

chief physician,

Clinical dermatovenerologic dispensary» of the Ministry of healthcare of Krasnodar
region

kkvd@miackuban.ru

Alexey G. Shevchenko

Candidate of medical sciences,

deputy chief physician for OMR,

Clinical dermatovenerologic dispensary» of the Ministry of healthcare of Krasnodar
region

kkvd@miackuban.ru

Elena V. Egorova

dermatovenerologist,

Clinical dermatovenerologic dispensary» of the Ministry of healthcare of Krasnodar
region

kkvd@miackuban.ru

Maria M. Gloozmina

dermatovenerologist,

Clinical dermatovenerologic dispensary» of the Ministry of healthcare of Krasnodar

ТРЕНД КОНТАГИОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ В КРУПНЕЙШЕМ РЕГИОНЕ ЮГА РОССИИ В 2013–2017 ГГ.

THE TREND OF CONTAGIOUS SKIN DISEASES IN THE LARGEST REGION OF THE SOUTH OF RUSSIA IN 2013-2017

Аннотация. В статье проведен ретроспективный анализ эпидемиологической ситуации по дерматомикозам и чесотке в Краснодарском крае за 2013–2017 гг., определены гендерные, возрастные и территориальные аспекты заразных дерматозов, исследованы тенденции и тренд развития эпидемиологической ситуации. Отмечены факторы, влияющие на распространение заразных дерматозов: климатические особенности самого южного региона РФ, миграционные потоки и социально-экономические спады. Перспективы профилактической работы включают повышение информированности населения и совместные мероприятия с немедицинскими службами, с акцентом на активное выявление.

Ключевые слова: заразные кожные заболевания, микозы стоп и кистей, микроспория, трихофития, чесотка, заболеваемость, возрастные группы, городское и сельское население.

Annotation. A retrospective analysis of the epidemiological situation of dermatomycosis and scabies in the Krasnodar Territory of 2013-2017 was conducted.

Gender, age and territorial aspects of infective dermatoses, the development trends of the epidemiological situation were identified for the analyzed period. The factors contributing to the spread of infectious dermatoses were studied: climatic features of the southern region of the Russian Federation, migration and socio-economic downturns. Perspectives of preventive work include raising public awareness and joint activities with non-medical services with an emphasis on active detection.

Keywords: infectious skin diseases, fungal infections of feet and hands, microsporia, trichophytosis, scabies, incidence, age groups, urban and rural population.

Микотические и паразитарные заболевания кожи в настоящее время остаются актуальной проблемой дерматологии и медицины, в целом. Массовую заболеваемость дерматофитиями (заболевания из группы поверхностных микозов) в России не удалось сдержать даже с появлением новых антимикотиков.

В условиях южного региона России, обусловленные дерматомицетами микозы кожи и волосистой части головы, имеют высокий уровень распространенности. Как инфекционные нозологии они представляют

определенную эпидемиологическую опасность и подлежат мониторингу и учету по формам Госстатотчетности №9 и №34 (утв. приказом Росстата от 29.12.2011 № 520 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения за деятельностью учреждений системы здравоохранения»). Чесотка (scabies) является социально обусловленной, эпидемически значимой инфестацией и выступает в определенной степени маркером социально-экономического благополучия населения. Чесотка также подлежит сплошному статистическому учету. Показатели заболеваемости этими заразными дерматозами имеют экономическую составляющую, так как в ряде случаев присутствует необходимость выдачи листа нетрудоспособности, а также госпитализации по социальным показаниям.

Материалы и методы исследования.

Материалом для исследования являлись накопленные статистические данные по результатам поданных извещений формы 0-89/у-КВ о каждом случае регистрации дерматомикоза и/или чесотки у жителей Краснодарского края. Методом описательной статистики проведен ретроспективный анализ данных, аккумулированных в формах федерального статистического наблюдения № 9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными болезнями» и № 34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, и заразными кожными болезнями» в Краснодарском крае с 2013 по 2017 годы. В данные статистические формы включаются только впервые выявленные случаи дерматомикозов и чесотки, которые формируют первичную заболеваемость заразными кожными заболеваниями (далее – ЗКЗ) в отчетном году. Показатели заболеваемости рассчитаны на 100 тысяч соответствующего населения; их динамика, как положительная, так и отрицательная, косвенно отражает социальные тенденции в обществе.

Для самого южного региона Российской Федерации уровень заболеваемости дерматомикозами имеет всесезонную актуальность в силу климатических особенностей Краснодарского края и благоприятных условий для персистирования и распространения грибков. На заболеваемость такой сугубо антропонозной инфестацией, как чесотка, немаловажное влияние оказывает повышенный уровень всех видов миграции населения в регионе, что обусловлено географическим расположением края и наличием крупных транспортных путей и узлов.

Результаты исследования.

Проанализирована динамика роста (снижения) заболеваемости по основным учетным нозологиям и нозологическим группам ЗКЗ за последние пять лет. Оценивался удельный вес числа заболеваний в возрастной группе детей 0-14 лет, относительно общего количества заболевших. Рассмотрена структура заболеваемости с позиции территориального, возрастного и гендерного аспектов.

Результаты статистического анализа эпидемиологической ситуации по заразным кожным заболеваниям в Краснодарском крае за 5 лет в динамике отражены в таблице 1.

Таблица 1 – Динамика заболеваемости заразными кожными заболеваниями за 5 лет (2013–2017 гг.) в Краснодарском крае (на 100 тыс. населения)

Годы	Микроспория	Трихофития	Микозы стоп и кистей	Чесотка
2013 г.	59,1	0,08	74,7	21,3
2014 г.	47,1	0,03	80,2	15,8
2015 г.	43,1	0,02	86,7	15,8
2016 г.	43,5	0,02	82,9	12,8
2017 г.	45,5	0	97,4	10,7
Темп прироста/убыли за 5 лет	-23,0 %	-100,0 %	+30,4 %	-49,8 %

Из таблицы 1 следует, что за исключением микозов стоп и кистей, по другим ЗКЗ наблюдается отрицательная динамика, причем наиболее значительная по чесотке и трихофитии.

Основные тренды заразных кожных заболеваний в анализируемом периоде наглядно представлены на рисунке 1.

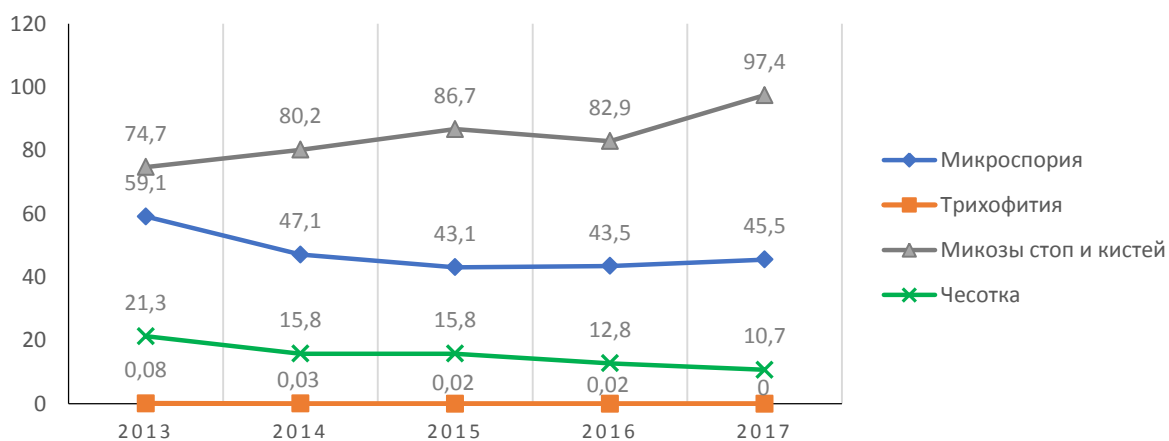


Рисунок 1 – Динамика заболеваемости заразными кожными

**заболеваниями
за 5 лет (2013–2017 гг.) в Краснодарском крае (на 100 тыс.
населения)**

Микозы стоп и кистей являются собирательным понятием и представляют группу заболеваний, вызываемых различными возбудителями (*Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton rubrum*, дрожжеподобные, плесневые грибки и др.). Микозы стоп и кистей занимают преобладающую долю в структуре ЗКЗ, заболеваемость ими наибольшая в данной группе дерматозов и демонстрирует повышение в 2015 году и существенный прирост в пятилетнем периоде (30,4%). В сравнении со среднепятилетним показателем (84,4) прирост заболеваемости микозами стоп и кистей в 2017 году составил 15,4%.

Неоднократно низкий уровень регистрации или даже отсутствие регистрации случаев микозов стоп и кистей за период 2013–2017 гг. отмечен в Абинском, Гулькевичском, Ленинградском, Успенском районах Краснодарского края. В то же время, заболеваемость часто превышает среднекраевую в Выселковском, Калининском, Крымском и Усть-Лабинском районах, городе-курорте Анапе.

В значительной степени регистрируемый уровень заболеваемости микозами стоп и кистей зависит от таких факторов, как информированность населения о данной патологии, обращаемость потенциальных пациентов, а также настороженность смежных специалистов, и не всегда отражает истинную распространенность микотических поражений, особенно в старшей возрастной группе. Об этом косвенно свидетельствуют показатели заболеваемости в разрезе гендерно-территориальных аспектов (таблица 2): интенсивный показатель микозов стоп и кистей у женщин (80,9-111,1 на 100 тыс. соответств. населения) выше, чем у мужчин (68,6-81,7) во все годы анализируемого периода. Заболеваемость микозами стоп и кистей жителей городов (101,4-124,6) практически в два раза превышает уровень в сельской местности (45,1-64,8). Такое распределение может быть связано с большей доступностью специализированной помощи для городских жителей, с одной стороны, и скученностью населения в городе (общежития, интернаты и т.п.), с другой стороны.

Таблица 2 – Заболеваемость микозами стоп и кистей мужчин и женщин, городских и сельских жителей Краснодарского края

	Мужчины		Женщины		Городские жители		Сельские жители	
	Число	П на 100 тыс.	Число	П на 100 тыс.	Число	П на 100 тыс.	Число	П на 100 тыс.
оды	исло случаев, чел.	П на 100 тыс.	исло случаев, чел.	П на 100 тыс.	исло случаев, чел.	П на 100 тыс.	исло случаев, чел.	П на 100 тыс.

013	1 697	6 8,6	2 312	8 0,9	2 891	1 01,4	1 118	4 5,1
014	1 953	7 7,9	2 418	8 3,5	2 973	1 02,1	1 398	5 6,1
015	2 041	8 0,7	2 712	9 2,8	3 304	1 12,1	1 449	5 7,8
016	1 872	7 3,2	2 700	9 1,3	3 169	1 05,8	1 403	5 5,7
017	2 109	8 1,7	3 321	1 11,1	3 791	1 24,6	1 639	6 4,8

Среди заболевших микозами стоп и кистей абсолютное большинство – взрослые больные (после 40 лет), часто с отягощенной соматической патологией. Дети до 15 лет в анализируемом периоде составляют не более 5,8% (в 2015 году) от общего числа больных (рисунок 2).

Такое распределение объясняется возрастными изменениями кожи больных: усиление гиперкератоза на фоне менопаузы и/или патологии щитовидной железы у женщин, ухудшение микроциркуляции при других эндокринопатиях (сахарный диабет), старческие гиперкератозы, иммунодефицитные состояния и т.п.

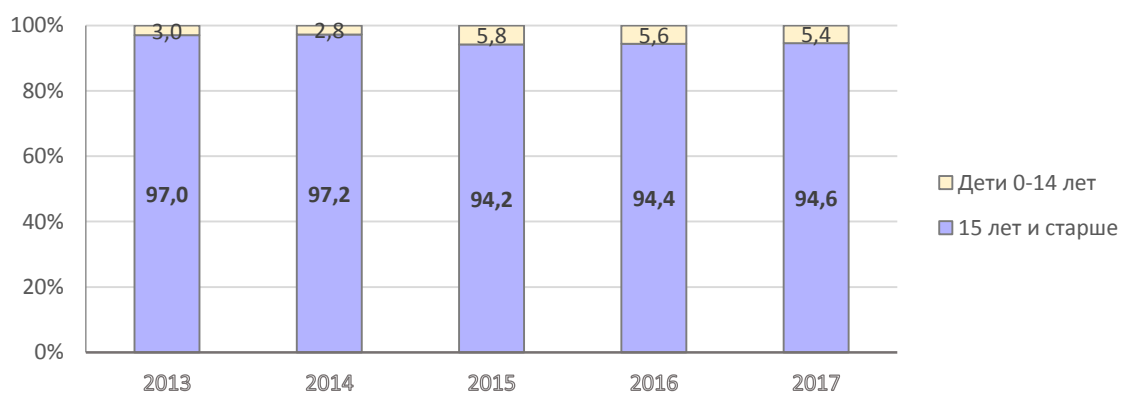


Рисунок 2 – Доля детей в структуре больных микозами стоп и кистей в Краснодарском крае в 2013–2017 гг.

Больные с микотическими поражениями стоп и кистей нуждаются в длительной терапии одновременно с коррекцией фоновой и сопутствующей патологии при участии смежных специалистов. При микозах с поражением ногтей (онихомикозах) длительность лечения существенно увеличивается.

Несмотря на то, что в подавляющем большинстве случаев микозы стоп и кистей не являются причиной нетрудоспособности как таковой, данное заболевание может являться препятствием для работы в некоторых сферах обслуживания по эпидемиологическим показаниям (например, микотические

поражения рук у повара и т.п.), что, соответственно, влечет за собой выдачу листка нетрудоспособности.

Микроспория – инфекционное заболевание, протекающее с поражением кожи и ее придатков, вызываемое патогенными грибами рода *Microsporum*. Основным возбудителем микроспории (*Microsporum canis*), выявляющийся при культуральной диагностике чаще других, устойчив к факторам внешней среды (в волосах сохраняет свою жизнеспособность до 10 лет, в чешуйках – до 7 лет). Микроспория, возбудителем которой является зоофильный грибок *M.canis*, относится к зооантропонозным инфекциям и связана с содержанием домашних животных. Основным резервуаром гриба и источниками заражения являются кошки, собаки, реже – мелкие грызуны. Заражение происходит от больных микроспорией животных, а в семье, коллективе путем прямого или опосредованного контакта. В последние годы участились случаи заражения в городах от домашних комнатных животных. Инфицированные объекты персистенции возбудителей: белье, полотенца, одежда, расчески, игрушки, ковры, мягкая мебель, песок, пыль лестничных клеток.

Сезонное увеличение заболеваемости микроспории приходится на начало осени, среди особенностей помесячной динамики микроспории отмечаются пики заболеваемости. Подъем заболеваемости наблюдается в течение августа-сентября, ноября-декабря, связанный с выплодом кошек и собак, природно-климатическими условиями, миграционными изменениями жизни населения, в сентябре-ноябре, когда дети возвращаются из других территорий в город и тщательно осматриваются не только родителями, но и медработниками при поступлении их в школы, детские сады. При этом выявляются как свежие, так и стертые, прежде не распознанные формы микроспории.

Заболеваемость микроспорией в Краснодарском крае за анализируемый пятилетний период снизилась на 23,0% (таблица 1), в сравнении со среднепятилетним показателем (47,7) снижение заболеваемости в 2017 году составило 4,5%.

Традиционно высокий уровень заболеваемости этим дерматомикозом демонстрирует Ейский район. Неоднократно показатели заболеваемости значительно превышали среднекраевой уровень в Туапсинском, Приморско-Ахтарском и Славянском районах, в Новороссийске.

При этом, данные статистических форм показывают, что микроспорией чаще болеют жители городских поселений (50,1-70,8 на 100 тыс. соотв. населения), тогда как заболеваемость в селе составляет 32,0-46,5 на 100 тыс. жителей сельской местности (таблица 3). Возможной причиной такого соотношения является большая распространенность участков с индивидуальной застройкой на территориях городских поселений, в том числе краевого центра, и значительная распространенность популяций домашних и безнадзорных кошек и собак. Мягкие климатические условия южного региона способствуют накоплению возбудителя в очагах инфекции.

Таблица 3 – Заболеваемость микроспорией мужчин и женщин, городских и сельских жителей Краснодарского края

годы	Мужчины		Женщины		Городские жители		Сельские жители	
	Число случаев, чел.	П на 100 тыс.	Число случаев, чел.	П на 100 тыс.	Число случаев, чел.	П на 100 тыс.	Число случаев, чел.	П на 100 тыс.
2013	570	3,5	602	6,1	2020	0,8	152	6,5
2014	184	7,2	383	7,8	645	6,5	22	7,0
2015	175	6,4	191	0,7	478	0,1	88	5,4
2016	286	0,3	110	7,5	591	3,1	05	2,0
2017	316	0,9	217	0,7	642	4,0	91	5,2

Из таблицы 3 видно, что в разрезе гендерной структуры больных микроспорией заболеваемость лиц мужского пола несколько выше, чем женского (за исключением 2014 года).

Микроспория является преобладающей детской дерматофитией в Краснодарском крае. Из-за особенностей строения кожи к наиболее восприимчивому контингенту относятся дети старшего дошкольного и младшего школьного возраста. Доля детей 0-14 лет среди заболевших микроспорией по краю в анализируемом периоде составила 92,2-94,6% в разные годы (рисунок 3). Продолжительность курса терапии достигает до 30 дней в условиях стационара, часто дети госпитализируются с одним из родителей, которому выдается листок нетрудоспособности по уходу.

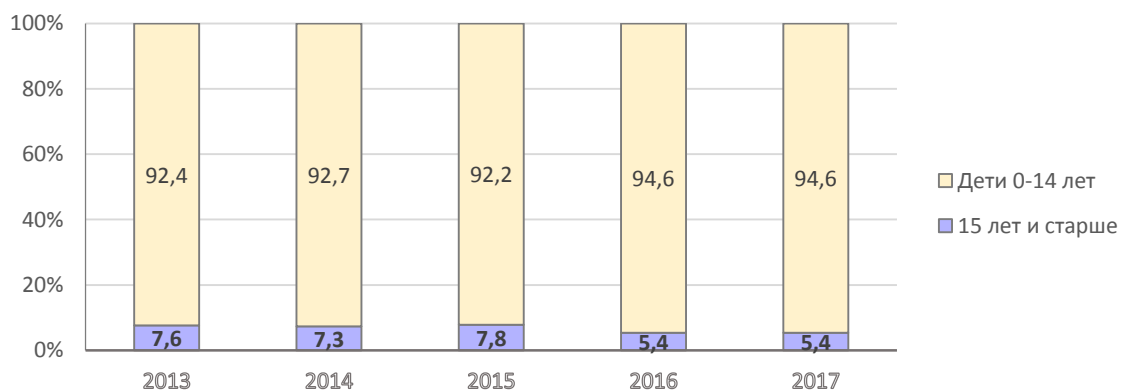


Рисунок 3 – Доля детей среди больных микроспорией в Краснодарском крае в 2013–2017 гг.

Снижение заболеваемости микроспорией – актуальная проблема в связи с широкой распространенностью ее среди детского населения. Микроспория традиционно считается болезнью детского возраста. Ею в основном болеют дети, в том числе и новорожденные. Однако в настоящее время этим микозом нередко болеют и взрослые. Сказываются, видимо, неблагоприятные социальные и экологические условия, рост нейроэндокринных заболеваний и иммунодефицитных состояний. Среди взрослых отмечается тенденция регистрации случаев микроспории с поражением гладкой кожи и вовлечением в патологический процесс пушковых волос. Предрасполагающими факторами развития заболевания могут быть: микротравмы, снижение защитных свойств кожи, высокое содержание глюкозы в крови и тканях, различная сопутствующая интеркуррентная и нейропатология, в том числе, не диагностированная ранее.

Динамика распространенности стригущего лишая во многом предопределена недоучетом больных в муниципалитетах в прежние годы, о чем свидетельствует соотношение в ряде территорий края поражения волосистой части головы и гладкой кожи, говорящее о недорегистрации случаев поражения гладкой кожи в силу объективных и субъективных причин. При анализе моментов, способствующих недовыявлению микроспории, установлено, что некоторые дерматовенерологические кабинеты ЦРБ не оснащены лампой Вуда и дерматоскопом, парк специальной диагностической аппаратуры не обновляется. Другим важным негативным фактором, отрицательно влияющим на эпидобстановку, является непроведение в ряде территорий заключительной камерной дезинфекции в очагах по месту проживания и пребывания больных. Третьим моментом является недостаточное участие врачей общей практики, педиатрической участковой и медицинских работников детских образовательных учреждений в выявлении случаев стригущего лишая у организованных детей, в том числе, в порядке диспансерных и профилактических мероприятий. Особенно это важно в связи с изменением федеральных подходов и структуры задействованных специалистов при проведении профилактических осмотров и диспансеризации, прежде всего, детской.

О неполной регистрации случаев микроспории свидетельствует значимая разница показателей заболеваемости различных территорий, а это косвенно свидетельствует о недостаточном выявлении стригущего лишая, неполном проведении противоэпидемических мероприятий в очагах заразного кожного заболевания в данном и других муниципалитетах, и может негативно влиять на дальнейшее развитие эпидемиологической ситуации.

Трихофития – высоконтагиозное микотическое заболевание кожи и ее придатков, вызванное грибом из рода *Trichophyton*, может быть

антропонозной, когда источником инфекции является человек, и зооантропонозной – эта форма трихофитии возникает при контакте с инфицированными животными.

Основным возбудителем трихофитии в настоящее время является антропофильный гриб *T. tonsurans*, реже встречается *T. violaceum*. При антропонозной трихофитии заражение происходит при контакте с больным человеком, а также его вещами. Зооантропонозная трихофития встречается главным образом у сельских жителей, может быть вызвана *T. gypseum* (переносчики – мыши, крысы) или *T. verrucosum* (переносчик – крупный рогатый скот, преимущественно телята).

Трихофития в Краснодарском крае представлена единичными спорадическими случаями. За последние 5 лет заболеваемость трихофитией в Краснодарском крае уменьшилась до нуля – в 2017 году не зарегистрировано ни одного случая трихофитии. Однако это не свидетельствует о ликвидации заболевания на территории края, поскольку всегда имеется природный резервуар возбудителя.

У детей младшего и школьного возраста трихофитию диагностируют чаще в связи с особенностями строения кожи. За анализируемый период 2013–2017 гг. было выявлено в общей сложности 8 случаев заболевания и все у детей до 15 лет, все заболевшие – мальчики.

Поскольку Краснодарский край в значительной степени является аграрным регионом, на его территории регистрируется, в основном, зооантропонозная трихофития, из 8 случаев за пять лет – 7 выявлено у сельских жителей (в 2016 году случай трихофитии зарегистрирован в городе).

Однако те единичные случаи трихофитии, которые регистрируются, не всегда отражают истинную эпидемиологическую ситуацию в регионе. Согласно нормативным требованиям, диагноз трихофитии требует обязательного лабораторного подтверждения микроскопическим и культуральными методами. Люминесцентная диагностика данного заболевания малоэффективна и не информативна. Результативность микроскопии снижается за счет морфологического сходства возбудителей трихофитии (*Trichophyton violaceum*, *T. tonsurans*, *T. gypseum*, *T. verrucosum*) с возбудителями микроспории (*Microsporum canis*, оидии *M. ferrugineum*), а также вследствие использования пациентами фунгистатических и фунгицидных топических средств до обращения за медицинской помощью, особенно в преобладающей сельской местности.

В случае инфильтративно-нагноительной трихофитии, верификация возбудителя микроскопическим методом еще больше осложняется наличием гнойно-некротических масс в биологическом материале. Культуральный метод при высокой специфичности имеет существенный временной недостаток – продолжительная длительность идентификации возбудителя до 20 - 24 дней, т.е. на этапе окончания терапии, его чувствительность также невысока при глубоких формах редкого грибкового заболевания.

Молекулярно-биологические методы диагностики трихофитии в

Российской Федерации нормативно не закреплены и не применяются.

Чесотка относится к заразным дерматозам, подлежащим строгому учету. Возбудителем служит кожный паразит – чесоточный клещ (*Sarcoptes scabiei*). За последние 5 лет в Краснодарском крае наблюдается динамика со снижением заболеваемости населения, уровень чесотки снизился на 49,8% (таблица 1). В сравнении со среднепятилетним показателем (15,3) показатель заболеваемости чесоткой в 2017 году уменьшился на 30,0%.

На фоне прогрессирующего снижения частоты регистрации случаев чесотки в целом по краю в некоторых районах неоднократно отмечалось значительное превышение среднекраевого показателя: в Новороссийске, Приморско-Ахтарском, Брюховецком, Курганинском и Павловском районах.

Наиболее активно чесотка выявляется среди трудоспособного населения, немаловажное значение имеет половой путь передачи клеща.

Таблица 4 – Заболеваемость чесоткой мужчин и женщин, городских и сельских жителей Краснодарского края

Годы	Мужчины		Женщины		Городские жители		Сельские жители	
	Число случаев, чел.	П на 100 тыс.	Число случаев, чел.	П на 100 тыс.	Число случаев, чел.	П на 100 тыс.	Число случаев, чел.	П на 100 тыс.
2013	560	2,6	582	0,4	616	1,6	526	1,2
2014	396	5,8	463	6,0	459	5,8	400	6,1
2015	429	7,0	439	5,0	490	6,6	378	5,1
2016	349	3,6	359	2,1	397	3,3	311	2,3
2017	303	1,7	294	,8	312	0,3	285	1,3

В анализируемом периоде (за исключением 2014 года) лица мужского пола несколько чаще болели чесоткой, чем женщины.

Городское и сельское население болеет чесоткой примерно с одинаковой частотой.

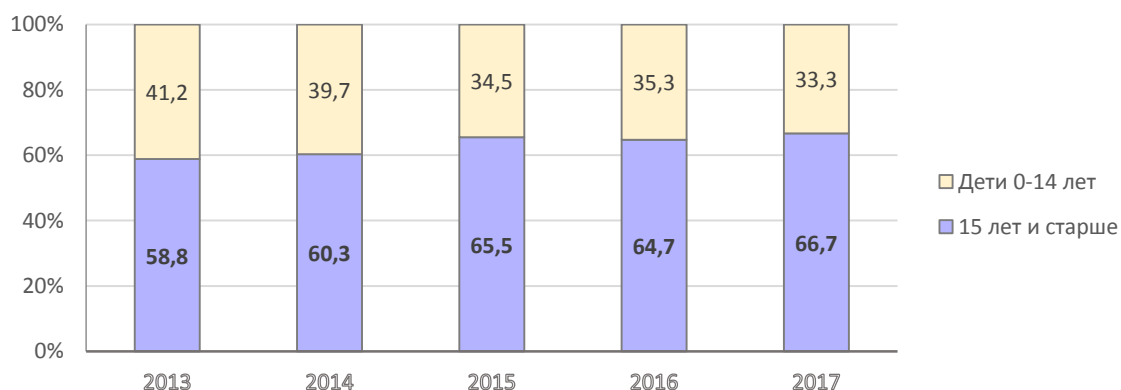


Рисунок 4 – Удельный вес детей 0-14 лет в структуре больных чесоткой в Краснодарском крае в 2013–2017 гг.

Согласно данным диаграммы на рисунке 4, доля детей от 0 до 14 лет составляет 33,3-41,2% от всех заболевших чесоткой.

При этом уровень заболеваемости детей 0-14 лет значительно выше, чем в среднем по популяции и в сравнении с населением края старше 14 лет (таблица 5).

Таблица 5 – Заболеваемость чесоткой в разных возрастных группах населения Краснодарского края

Годы	Дети 0-14	Население 15 лет и старше	Все население края
2013	55,3	15,0	21,3
2014	38,7	11,5	15,8
2015	32,8	12,5	15,8
2016	26,5	10,0	12,8
2017	20,4	8,7	10,7

Восприимчивость детской кожи к заражению чесоточным клещом намного выше, чем у взрослых в силу особенностей строения эпидермиса. В качестве источника заражения детей чаще выступают взрослые члены семьи.

Обсуждение и выводы.

За исключением микозов стоп и кистей, по остальным заразным кожным заболеваниям в Краснодарском крае в анализируемом пятилетнем периоде наблюдается отрицательная динамика, причем, наиболее значительная - по чесотке и трихофитии.

В значительной степени регистрируемый уровень заболеваемости микозами стоп и кистей зависит от таких факторов, как информированность населения о данной патологии, обращаемость потенциальных пациентов,

активность врачей смежных с дерматологами специальностей.

Установленный тренд заболеваемости микроспорией городского и сельского населения Краснодарского края обусловлен несколькими аспектами:

- информированностью городского населения о данной инфекции выше, чем сельского, благодаря СМИ, сети Интернет и другим источникам;
- медицинская помощь в городе более доступна, чем для жителей села, что ведет к большей обращаемости и регистрации случаев заболевания;
- наличием в крупных и средних городах КВД, имеющих в своей структуре оснащенные клинико-диагностические лаборатории, что способствует более качественной диагностике;
- жители малых городов края по стилю жизни фактически принадлежат к жителям села, но в формах Госстатотчетности учитываются как городское население;
- теплый влажный климат самого южного региона России способствует накоплению возбудителя в природных резервуарах.

При инфекционном заболевании, особенно у детей из организованных коллективов, работников сельского хозяйства и современной сферы обслуживания и досуга, оперативность лабораторной идентификации возбудителя микоза для диагностики имеет важное значение для проведения лечебных, профилактических и эпидемиологических мероприятий, поэтому важным в современной дерматомикологии является разработка быстрого и информативного молекулярно-биологического теста, позволяющего в короткий срок установить диагноз, назначить адекватную терапию и оперативно и полноценно обследовать контактных лиц и животных.

Незначительное превалирование городского населения в структуре пациентов с чесоткой может быть связано с доступностью специализированной помощи и большей скученностью населения в городах.

В последние годы в Краснодарском крае регистрируются только единичные случаи трихофитии (со снижением до нуля), что обусловлено активизацией профилактики зооантропонозных инфекций смежными службами: ветеринарной в сельском хозяйстве и городах, а также в сфере жилищно-коммунального хозяйства по месту жительства и в общественных местах на фоне активной урбанизации сельских поселений Кубани.

На фоне прогрессивного снижения частоты регистрации случаев чесотки, в целом по краю, в некоторых районах неоднократно отмечалось значительное превышение среднекраевого показателя, что может быть связано со значительной маятниковой и общей миграцией.

Детская заболеваемость чесоткой выше средней в регионе.

Как показывают данные исследования путей распространенности и причин заразных дерматозов, в практической микологии имеются ряд проблем как материально-технического, так и социально-медицинского характера, требующих дальнейшего научного анализа и прикладного решения.

Оснащенность учреждений здравоохранения приборами

люминесцентной диагностики (лампами Вуда) и аналогичными приборами аппаратной диагностики, которая должна использоваться при идентификации микроспории с поражением пушковых волос, волосистой части головы, составляет около 30% за счет изношенности старых модификаций оборудования, отсутствия комплектующих для ремонта и обновления кабинетов специалистов новыми моделями неинвазивного диагностического оборудования.

Важным saniрующим и эпидемиологически значимым направлением профилактической работы в очагах микроспории является заключительная камерная дезинфекция.

Нормативно регламентированные лабораторные методы исследований включают обнаружение грибов в патологическом материале при микроскопическом исследовании нативных или окрашенных препаратов, выделение культуры возбудителя, молекулярно-биологический метод. Но ПЦР в практическом здравоохранении практически не применяется.

Сложившаяся картина эпидемиологических тенденций по ЗКЗ в крупнейшем южном регионе РФ за последние пять лет, в целом, является вполне благоприятной. В то же время, в обществе достаточно часто стали возникать социально-экономические кризисы разной степени интенсивности, что влечет изменение уровня заболеваемости социально обусловленными инфекциями и требует продолжения активных административных, образовательных, логистических межведомственных профилактических мероприятий по улучшению эпидемиологической ситуации путем своевременного выявления и санации больных среди завозных случаев и постоянного населения Кубани.

Литература:

1. Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Егорова Е.В., Жестовский С.Д., Шеренговский Е.Г. *Благоприятные тенденции микозов в Краснодарском крае в аспекте улучшения профилактики. Тезисы Российско-китайского конгресса по медицинской микробиологии, эпидемиологии и клинической микологии (XX Кашкинские чтения). Проблемы медицинской микологии. 2017; 19 (2) 159.*

2. Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Егорова Е.В., Ермакова Н.В., Федоров Р.Г. *К вопросу микроспории в Краснодарском крае в 2016 году. Тезисы Российско-китайского конгресса по медицинской микробиологии, эпидемиологии и клинической микологии (XX Кашкинские чтения). Проблемы медицинской микологии. 2017; 19 (2) 160.*

3. Беляков В.Д., Дегтярев А.А., Иванников Ю.Г. *Качество и эффективность противоэпидемических мероприятий. – Л.: Медицина, 1981. – 125 с.*

4. Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Егорова Е.В. *Аспекты заболеваемости дерматофитиями в Краснодарском крае. Материалы 5 научно-практической конференции Южного Федерального округа «Актуальные вопросы инфекционной патологии». – Краснодар-Сочи-Майкоп: ОАО «Полиграф-ЮГ», 2010. – 232 с.*

5. Государственный доклад «О реализации государственной политики Краснодарского края в сфере охраны здоровья» 2014-2016 гг.
6. Базаев В.Т., Бедоева З.Р. Спектр возбудителей дерматомикозов в Республике Северная Осетия-Алания. Современная микология в России. Том 3. Материалы 3-го Съезда микологов России. М.: Национальная академия микологии, 2012. – С. 457-458
7. Гафаров М.М., Петрасюк О.А., Файзулин Н.К., Гущина Р.Г. Динамика заболеваемости микозами стоп в Башкирии. Современная микология в России. Том 3. Материалы 3-го Съезда микологов России. М.: Национальная академия микологии, 2012. – С. 461-462.
8. Иванова М.А. Заболеваемость дерматомикозами детского населения Российской Федерации в 2011 г. Современная микология в России. Том 3. Материалы 3-го Съезда микологов России. М.: Национальная академия микологии, 2012. – С. 468.
9. Сергеев Ю.В. Современные клинико-иммунологические особенности чесотки и новые подходы к ее диагностике и терапии. Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2000; 4: 102-107.
10. Соколова Т.В. Чесотка с позиции практического врача. Врач. 2006; 2: 69.
11. Соколова Т.В. Чесотка. Современное состояние проблемы. Клин. геронтология. 2007; 12: 49-59.

Literature:

1. Shevchenko A.G., Gloozmin M.I., Egorova E.V., Zhestovsky S.D., Sherengovsky E.G. Favourable trends of fungal infections in krasnodar region in the aspect of prevention improving. Abstracts of the Russian-Chinese Congress on medical Microbiology, epidemiology and clinical Mycology (XX Kashkin readings). Problems of medical Mycology. 2017; 19 (2) 159.
2. Shevchenko A.G., Gloozmin M.I., Egorova E.V., Ermakova N.V., Fedorov R.G. To the question of microsporum in the Krasnodar region in 2016. Abstracts of the Russian-Chinese Congress on medical Microbiology, epidemiology and clinical Mycology (XX Kashkin readings). Problems of medical Mycology. 2017; 19 (2) 160.
3. Belyakov V.D., Degtyarev A.A., Ivannikov Yu.G. The quality and effectiveness of anti-epidemic measures. – L.: Medicine, 1981. – 125 p.
4. Gloozmin M.I., Shevchenko A.G., Egorova E.V. Aspects of the morbidity of dermatophytosis in the Krasnodar region. Materials 5 scientific-practical conference, Southern Federal district "Actual issues of infectious pathology" – Krasnodar-Sochi-Maykop: JSC "Poligraf-YUG", 2010. – 232 p.
5. State report "On the implementation of the state policy of Krasnodar region in the sphere of health protection" 2014-2016.
6. Bazaev V.T., Bedoeva Z.R. The spectrum of causative agents of dermatomycoses in the Republic of North Ossetia-Alania. Modern Mycology in Russia. Volume 3. Materials of the 3rd Congress of mycologists Russia. M.: National Academy of Mycology, 2012. – P. 457-458/
7. Gafarov M.M., Petrasjuk O. A., Fayzulin N.K., Gushchina R.G.

Dynamics of the incidence of fungal infections of feet in Bashkiria. Modern Mycology in Russia. Volume 3. Materials of the 3rd Congress of mycologists Russia. M.: National Academy of Mycology, 2012. – P. 461-462.

8. *Ivanova M.A. The incidence of dermatomycoses of the child population of the Russian Federation in 2011. Modern Mycology in Russia. Volume 3. Materials of the 3rd Congress of mycologists Russia. M.: National Academy of Mycology, 2012. – S. 468.*

9. *Sergeev Yu.V. Modern clinical and immunological features of itchy and new approaches to its diagnosis and therapy. Immunopathology, Allergology, Infectology. 2000; 4: 102-107.*

10. *Sokolova T.V. Scabies from the position of a practicing doctor. Doctor. 2006; 2: 69.*

11. *Sokolova T.V. Scabies. Current state of the problem. Clinical gerontology. 2007; 12: 49-59.*