

Э. Е. ДАНИЕЛЯН, М. С. МОКРОУСОВ, К. Р. БАБАЯН

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ
г. ЛЕНИНАКАНА ПО ДАННЫМ КОМПЛЕКСНЫХ
МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

В г. Ленинакане в составе трех комплексных медицинских бригад проведены осмотры 9590 лиц с целью выяснения дерматологической заболеваемости. Из выявленных кожных заболеваний своей частотой привлекают внимание: поверхностные грибковые заболевания, зудящие дерматозы, пиодермиты.

Изучение кожной заболеваемости среди различных групп населения всегда занимало важное место в исследованиях советских дерматологов. В последние годы большинство опубликованных работ по данному вопросу основано на первичной обращаемости больных в дерматологические учреждения и меньше работ—на результатах массовых профилактических осмотров населения. Массовые профилактические осмотры населения в основном проводились с целью выявления грибковых заболеваний [5, 21], и лишь в последние годы появились данные о структуре кожной заболеваемости, выявленной при массовых территориальных обследованиях [10].

С целью выявления дерматологической заболеваемости населения нами проведены медицинские осмотры в составе трех комплексных бригад врачей разных специальностей среди жителей г. Ленинакана.

Ленинакан—второй промышленный город Армянской ССР с 170 тыс. населением, расположен в Ширакском горно-климатическом районе (нагорно-степной пояс) на высоте 1800 м над уровнем моря. Район отличается большой прозрачностью воздуха в течение всего года, продолжительностью (2500 часов в год) и высокой интенсивностью солнечного сияния. Климат резко континентальный: суровая зима с продолжительным снежным покровом и теплое лето.

Медицинские осмотры населения производились в основном в марте-апреле и частично в мае-июне 1972 г.

Нозологические единицы кожной заболеваемости представлены в соответствии с трехзначными рубриками по статистической классификации болезней, травм и причин смерти, основанной на международной классификации болезней восьмого пересмотра 1965 г. Исходя из этиологии и патогенеза заболеваний, нами произведена некоторая перегруппировка нозологических единиц.

Из осмотренных лиц мужчин было 3343 (35%), женщин—6247 (65%), т. е. почти 2/3 осмотренного населения. В возрасте от 16 до 20

Таблица

Состав больных дерматозами, выявленных при массовых медицинских осмотрах взрослого населения г. Ленинска

Диагноз	Трехзначная рубрика	Общее число больных	Удельный вес в %	Интенсивный показатель на 10 тыс. населения	Распределение по полу		Заболеваемость по полу в %		В о з р а с т					
									15—20 лет	21—30 лет	31—40 лет	41—50 лет	51—60 лет	выше 60 лет
					м	ж	м	ж						
Пиодермиты	686	153	15,52	159,54	73	80	2,19	1,28	61	36	26	24	—	6
Грибковые заболевания	111	408	41,38	425,44	199	209	5,95	3,35	35	62	119	112	42	38
Зудящие дерматозы	698	180	18,26	187,69	75	105	2,24	1,68	5	11	46	65	17	36
Вирусные заболевания	079	26	2,64	27,11	10	16	0,29	0,26	10	4	4	6	—	2
Себорея	690	11	1,12	11,47	6	5	0,18	0,08	3	2	4	2	—	—
Дерматиты	692	39	3,96	40,67	8	31	0,24	0,5	2	4	17	12	3	1
Розацеа	659	7	0,71	7,3	3	4	0,09	0,06	—	—	1	4	1	1
Атерома	706	2	0,2	2,09	1	1	0,03	0,02	—	1	—	1	—	—
Дисгидроз	705	3	0,3	3,13	2	1	0,06	0,02	—	—	2	1	—	—
Гипергидроз стоп	709	7	0,71	7,3	4	3	0,12	0,05	3	—	3	1	—	—
Псориаз	696	24	2,42	25,03	12	12	0,36	0,19	—	4	11	5	4	—
Витилиго	709	18	1,83	18,77	7	11	0,21	0,18	2	2	2	4	2	6
Склеродермия	701	3	0,3	3,13	1	2	0,03	0,03	—	1	—	2	—	—
Облысение	709	4	0,41	4,17	1	3	0,03	0,05	—	1	1	1	1	—
Туберкулезная волчанка	017	1	0,1	1,04	—	1	—	0,02	—	—	1	—	—	—
Лишай волосистой	757	10	1,01	10,43	3	7	0,09	0,09	5	2	1	1	1	—
Гипертрихоз	709	4	0,41	4,17	—	4	—	0,06	1	3	—	—	—	—
Эритематозные состояния	695	12	1,22	12,51	4	8	0,12	0,13	1	—	5	4	—	2
Красный плоский лишай	697	2	0,2	2,09	—	2	—	0,03	—	—	1	—	1	—
Розовый лишай Жебера	697	4	0,41	4,17	1	3	0,03	0,05	1	2	6	1	—	—
Васкулиты	709	3	0,3	3,13	—	3	—	0,05	—	1	1	—	—	1
Лимфогранулематоз	201	1	0,1	1,04	1	—	0,03	—	—	—	1	—	—	—
Болезнь Прингла	709	2	0,2	2,09	—	2	—	0,03	—	—	1	1	—	—
Гиперкератоз пяток	709	16	1,62	16,68	2	14	0,06	0,22	—	1	6	6	2	1
Мозоль, оомозелость	700	7	0,71	7,3	2	5	0,06	0,08	1	2	2	1	1	—
Ониходистрофия	709	33	3,35	34,41	20	13	0,6	0,21	—	2	7	11	4	9
Невусы врожденные	700	6	0,61	6,25	2	4	0,06	0,07	1	1	2	—	1	1
Всего		986	100	1028,15	437	549	13,07	8,79	131	132	264	265	80	104

лет было 1642 человека (17,1%), от 21 до 30 лет—1347 (41%), 31—40—2426 (25,3%), 41—50—2219 (23,2%), 51—60—898 (9,4%) и старше 60 лет—1058 (11%).

У части больных (45) было выявлено по 2—3 дерматоза, из которых статистической обработке подвергался только один основной. Кроме этого, нами учитывались выявленные другими специалистами сопутствующие внутренние заболевания, способные повлиять на кожную патологию. Данные дерматологической заболеваемости представлены в таблице.

Как видно из таблицы, заболеваемость некоторыми дерматозами по интенсивному показателю на 10 000 населения в г. Ленинанкане довольно высока (грибковые заболевания, зудящие дерматозы, пиодермиты и т. д.). Некоторые другие заболевания, встречающиеся довольно редко, в условиях Ленинанкана значительно распространены: дерматиты, ониходистрофии, вирусные заболевания и др. В развитии этих заболеваний значительную роль играют местные условия: профессиональный фактор (химический, травматический), холодный горный климат со значительным колебанием температуры и т. д.

Среди осмотренных выявлено 986 больных с различными кожными заболеваниями (10,2%), из них мужчин—437 (44,3%), женщин—549 (56,7%). В возрасте от 15 до 20 лет был 131 больной (13,5% из числа всех выявленных больных), от 21 до 30 лет—132 (13,6%), 31—40—264 (27%), 41—50—265 (27,1%), 51—60—80 (8,2%) и старше 60 лет—104 человека (10,6%).

Среди выявленных дерматозов большой удельный вес имеет пиодермия—153 больных (15,52% выявленных больных или 1,6% всех обследованных). Е. К. Богданова и соавт. [3] из 3 496 обследованных в Амурской области выявили 23,7% больных с гнойничковыми заболеваниями. Е. М. Каралицкий [10] в Молдавской ССР из 2 290 обследованных жителей одного из сел отметил 1,1% пиодермий. Таким образом, данные о частоте заболеваемости населения пиодермитами довольно разноречивы, что, очевидно, связано как с климатическими условиями, так и с составом контингента, подвергшегося обследованию.

Из выявленных нами больных пиодермией у 116 человек отмечались юношеские угри, у 9—шаровидные угри, а у 4 больных—хроническая рожа. Кроме этого, в рубрику пиодермий были включены все остальные формы гнойничковых заболеваний (фурункулы, импетиго и др.), наблюдаемых у 24 человек.

Таким образом, основной формой гнойничковых заболеваний у обследованных больных являются юношеские угри, выявленные у 1,2% всех обследованных. Г. О. Сутеев [18] в 1930 г. в Москве среди 2 500 юношей в возрасте до 20 лет выявил угревую сыпь в 17% случаев. Такой высокий процент заболеваемости пиодермитами можно объяснить возрастом обследованных. Как известно, в возникновении угрей большая роль принадлежит изменениям нервной системы и нарушениям взаимодействия эндокринных желез в период полового созревания [7, 11].

Среди наших больных юношескими угрями также преобладал молодой возраст (от 15 до 20 лет).

Среди других дерматозов большой удельный вес приходится на долю грибковых заболеваний—408 человек (41,3% больных всеми дерматозами и 4,2% всех обследованных). В группу грибковых заболеваний была включена и эритразма (72 больных), хотя в последнее время это заболевание стали относить к числу бактериальных, что еще не нашло отражения в классификации дерматозов, принятой ВОЗ.

Среди всех дерматозов эпидермофития стоп занимала довольно большой удельный вес—15,2% (чаще у мужчин), что соответствует 1,5% всего количества обследованных и 35,5% всех больных грибковыми заболеваниями. Большинство больных было в возрасте от 31 до 50 лет. При этом основной формой эпидермофитии стоп была дисгидротическая. Онихомикоз отмечен у 6 больных.

Литературные данные, касающиеся заболеваемости эпидермофитией, различны и зависят от местных климатических условий, а также от времени года, когда проведено обследование. Так, Е. А. Матушкин [12], обследуя один и тот же коллектив, зимой находил 9% больных эпидермофитией, а летом—40%. Вообще поражаемость эпидермофитией городского населения в несколько раз больше, чем сельского (от 1,3 до 4,2% обследованных) [17]. По данным первичной обращаемости, эпидермофития встречается несколько чаще: 8,5% [14]—12,3% [15]. Другие авторы приводят более высокую заболеваемость эпидермофитией: 55% среди 8 292 человек обследованного населения Свердловской области [16] и 63,4% по данным первичной обращаемости [6]. Низкую заболеваемость населения Ленинграда, выявленную нами, можно объяснить климатическими условиями данной местности, неблагоприятными для указанного заболевания. Имеет также значение время проведения осмотров (в основном весенние месяцы). Можно ожидать, что в летнее время заболеваемость эпидермофитией будет значительно выше.

Некоторые авторы [16] одним из существенных этно-патогенетических моментов в развитии микозов считают трофические и нервно-сосудистые расстройства нижних конечностей. По нашим данным, из 149 больных эпидермофитией стоп у 102 отмечалось плоскостопие и у 12 человек—различные нарушения со стороны сосудов нижних конечностей.

В отечественной литературе почти нет работ о паховой эпидермофитии, немногие авторы в своих исследованиях вскользь упоминают об этом заболевании [1, 12]. Однако и они не приводят исчерпывающих данных относительно частоты и распространенности паховой эпидермофитии, ограничиваясь лишь указанием литературных данных об очень низком удельном весе этого дерматоза (0,2%—0,6%) среди других грибковых заболеваний. Представляют интерес наши данные относительно 15 больных паховой эпидермофитией, что составляет 0,14%; среди больных всеми дерматозами—1,5%, среди больных грибковыми заболеваниями—3,6% и, наконец, среди больных микозами стоп—10%. Все

больные паховой эпидермофитией были в возрасте старше 20 лет. Профессиональной предрасположенности у обследованных лиц не выявлено. В то же время обращает на себя внимание тот факт, что г. Ленинакан характеризуется не жарким, а высокогорным сравнительно холодным климатом, неблагоприятным для развития данного заболевания.

Большой процент составляли больные с отрубевидным лишаем—134 человека (32,8% всех больных грибковыми заболеваниями), поражаемость мужчин—1,2%, женщин—1,3%. Данные различных авторов о частоте заболеваемости мужчин и женщин этой формой дерматомикозов различны. Одни [2] отмечают данное заболевание преимущественно у женщин, другие [8]—у мужчин, третьи [4]—одинаково часто у мужчин и женщин. У большинства наших больных очаги разноцветного лишая имели характерную для данного дерматоза локализацию. У 5 больных, кроме этого, заболевание поражало также волосяную часть головы.

Л. М. Брагина [5] при массовых обследованиях больных с различными формами туберкулеза и ревматизма, а также здоровых выявила большую роль хронических инфекционно-аллергических заболеваний в патогенезе отрубевидного лишая. Среди наших больных, страдающих разноцветным отрубевидным лишаем, выявлен туберкулез и другие легочные заболевания у 6 больных, ревматизм—у 12, инфекционный полиартрит—у 3, желудочно-кишечные заболевания—у 5 и различные заболевания центральной и периферической нервной системы—у 18.

Удельный вес руброфитии среди других заболеваний с каждым годом увеличивается. По нашим данным, руброфития составляла всего 3,2% (13 больных) всех грибковых заболеваний. Клинически процесс в основном локализовался на ладонях и подошвах.

У 72 человек (0,75% общего числа обследованных) наблюдалась эритразма подмышечных и паховых складок. Особой предрасположенности какого-либо пола к данному заболеванию не отмечено. Следует заметить, что Г. О. Сутеев [18] у молодых мужчин обнаружил эритразму в 0,48% случаев. М. С. Мокроусов и О. А. Тер-Геворкян [13] из 1902 студентов Ереванского медицинского института эритразму обнаружили у 0,8%. Возраст выявленных в г. Ленинакане больных эритразмой колебался в основном от 30 до 50 лет. Наши данные о заболеваемости эритразмой близки к данным последних авторов.

Из других грибковых заболеваний отмечены: кандидамикоз—у 17, бластомикоз—у одного, актиномикоз—у одного больного.

В группе зудящих дерматозов больные распределялись следующим образом: экзема—69, невродермит—54, почесуха—2, зуд кожи—33, неврогенный зуд—2, зуд заднего прохода—1, зуд половых органов—6, крапивница—13 больных. Всего в этой группе было 180 больных, что составляло 1,8% всех обследованных и 18,2% больных дерматозами. Е. М. Каралицкий [10] приводит аналогичную цифру (1,4%) заболеваемости зудящими дерматозами. Среди больных этой группы мужчин было 75, женщин—105; поражаемость—соответственно 2,2 и 1,7%.

Основная часть больных находилась в возрасте от 30 до 50 лет. Большинство из них страдало данными дерматозами больше 5 лет. Обращает на себя внимание у исследуемой группы больных характер сопутствующих заболеваний: сердечно-сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, атеросклероз, тромбофлебит, ревматизм и др.) наблюдались у 32 больных; поражение центральной нервной системы (неврастения, склероз мозговых сосудов и др.)—у 10; заболевания желудочно-кишечного тракта—у 7; сахарный диабет—у 5.

Таким образом, у третьей части всех больных зудящими дерматозами были зарегистрированы сопутствующие заболевания, которые могли сыграть определенную патогенетическую роль в развитии и течении данных дерматозов.

Из выявленных 39 больных различными дерматозами, объединенных в одну группу, почти у половины отмечался профессиональный дерматит, а в число остальных вошли контактные дерматиты от различных факторов.

В группу эритематозных состояний включены различные заболевания, одним из клинических проявлений которых была эритема: узловатая эритема—у 5 больных, экссудативная многоформная—у 1, кольцевидная—у 1, эритематоз (красная волчанка)—у 3, эритема кожи невыясненной этиологии—у 2 больных. У больных красной волчанкой длительность заболевания была свыше 5 лет, а у одного больного с дискоидной формой волчанки—31 год. У больных узловатой эритемой заболевание длилось от 1 до 7 месяцев; возраст 4 из них был от 20 до 30 лет, а у одного из последних отмечался ревматический полиартрит.

В группу вирусных дерматозов вошли опоясывающий лишай (4), бородавки (18) и заразительный моллюск (4).

Наши данные о заболеваемости псориазом среди всех выявленных дерматозов (2,4%) являются самыми низкими по сравнению с имеющимися в литературе: от 2,4% [9] до 7—10% [17]. Из наблюдаемых 24 больных псориазом (12 мужчин и 12 женщин) большинство было в возрасте от 30 до 50 лет с давностью заболевания свыше 3 лет.

У 18 человек диагностировано витилиго (1,9% всех дерматозов). В Узбекистане [19] данное заболевание выявлялось соответственно у 0,5—2,8% кожных больных. Среди наших больных витилиго преобладали женщины (11:7). Т. Т. Таджибаев [19] на большом клиническом материале также показал большую предрасположенность к этому заболеванию женщин. Характерных особенностей, касающихся возраста наших больных, не отмечено. 15 больных страдали данным дерматозом свыше 3 лет.

Волосной лишай или фолликулярный кератоз отмечался у 10 человек (7 женщин и 3 мужчины). Данный дерматоз имел типичную локализацию (разгибательные поверхности конечностей) и у всех больных носил наследственный характер.

Из общего количества обследованных у 33 человек (0,32%) отмечена ониходистрофия. Г. И. Филатов [20] за 5 лет работы в смотровом кабинете выявил дистрофию ногтей у 7,1% осмотренных. Другие авторы

приводят более низкие цифры—0,04% [10] и 0,1% [13]. Из всех наших больных дистрофией ногтей у 24 отмечался онихогрифоз. У 4 из них данное заболевание носило травматический характер, у остальных этиология онихогрифоза не была выявлена. У 9 больных ониходистрофией заболевание имело различную этиологию, не связанную с кожной патологией. В возрасте до 30 лет было 17 больных, старше 30 лет—16. У 4 больных были поражены все ногти стоп, у остальных—только ногти больших пальцев стоп. Из сопутствующих заболеваний у 5 человек отмечены заболевания центральной и периферической нервной системы (неврастения, полиневрит и др.).

Итак, комплексные медицинские осмотры позволили выявить картину заболеваемости различными дерматозами населения г. Ленинакана. Сравнение полученных данных с литературными показывает, что заболеваемость кожными болезнями характеризуется по многим нозологическим факторам средними показателями.

Кафедра кожных и венерических болезней
Ереванского медицинского института и
Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер

Поступила 18/VII 1974 г.

Է. Ե. ԴԱՆԻԵԼՅԱՆ, Մ. Ս. ՄՈՎՍԻՍՅԱՆ, Կ. Ռ. ԲԱԲԱՅԱՆ

ԼԵՆԻՆԱԿԱՆ ՔԱՂԱՔԻ ԱԶԳԱՐԱԿԱԶՈՒԹՅԱՆ ԴԵՐՄԱՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ
ՀԻՎԱՆԴԱՅՈՒԹՅՈՒՆԸ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿՈՄՊԼԵՔՍ ՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ՏՎՅԱԼՆԵՐՈՎ

Ա մ փ ն փ ու մ

1972 թ. մայիս-հունիս ամիսներին Լենինական քաղաքում անց է կացվել չափահաս զգաբնակչության մի մասի՝ թվով 9.590 մարդու քննություններ բժշկական բոլոր հիմնական մասնաճյուղերի ուղղությամբ: Նրանցից 10,2% տոկոսի մոտ (986 մարդ) հայտնաբերվել են տարբեր մաշկային հիվանդություններ:

Սնկային հիվանդություններով տառապողները կազմել են բոլոր մաշկային հիվանդների 41,3%, կամ հետազոտվածների 4,2%, պիոդերմիաներով հիվանդները համապատասխանորեն՝ 15,6% և 1,6%, ալերգիկ դերմատոզներով հիվանդները՝ 18,2% և 1,8% և այլն:

Ազգաբնակչության հիվանդացության ուսումնասիրության տվյալները զգալիորեն կօգնեն առողջապահության օրգաններին տարբեր հիվանդությունների նկատմամբ ավելի լիարժեք պրոֆիլակտիկ ու բուժական միջոցառումներ անցկացնելու գործում:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Андриасян Г. К. Сборник научных трудов I Республиканской конференции дерматологов Армении. Ереван, 1969, стр. 169.

2. Ариевич А. М. и Степанищева З. Г. В кн.: Очерки по грибковым заболеваниям кожи. М., 1955, стр. 183.
3. Богданова Е. К., Романова К. И. и Батманов Е. Н. Вестник дерматологии и венерологии, 1963, 1, стр. 72.
4. Брагина Л. М. Вестник дерматологии и венерологии, 1965, 12, стр. 64.
5. Брагина Л. М. Материалы—тезисы Ставропольской конференции дермато-венерологов. Ставрополь, 1971, стр. 63.
6. Воронов Д. Л. Тезисы докладов научной конференции Рязанского медицинского института. Рязань, 1953, стр. 90.
7. Дубовый М. И. Вестник венерологии и дерматологии, 1955, 2, стр. 22.
8. Ильин Б. И. Советская медицина, 1963, 3, стр. 75.
9. Иордан А. П. Русский вестник дерматологии, 1924, стр. 210.
10. Каралицкий Е. М. Труды Центрального института усовершенствования врачей, т. 150. М., 1970, стр. 93.
11. Королев Ю. Ф. Вестник дерматологии и венерологии, 1960, 4, стр. 25.
12. Матушкин Е. А. В кн.: Основы современного учения об эпидермофитиях. Л., 1947, стр. 89.
13. Мокроусов М. С., Тер-Геворкян О. А. Ж. экспер. и клинич. медицины АН Арм. ССР, 1972, 12, 5, стр. 83.
14. Плишкин Д. Н. Вестник дерматологии и венерологии, 1959, 4, стр. 36.
15. Полякова З. П. и Клебанов Г. Л. Труды Ленинградского научно-исследовательского кожно-венерологического института, т. II. Л., 1956, стр. 319.
16. Поташиник М. Б., Бахирева А. В., Сяно В. И., Царькова Л. А., Самарина А. Г., Новиков Г. М., Гладилович Р. Г., Шотохина Л. М., Фурман О. А. Труды V Всесоюзного съезда дермато-венерологов. Л., 1959, стр. 328.
17. Скрипкин Ю. К., Шарапова Г. Я. В кн.: Кожные и венерические болезни. М., 1972, стр. 294.
18. Сутеев Г. О. Венерология и дерматология, 1930, 4—5, стр. 90.
19. Таджикибаев Т. Т. В кн.: Витилиго. Ташкент, 1972, стр. 7.
20. Филатов Г. И. Вестник дерматологии и венерологии, 1969, 1, стр. 57.
21. Groppe H. Ärzte. Dtlngt., 1963, 4, стр. 99.