4. Онищенко, Г. Г. Радиационная безопасность населения Российской Федерации / Г. Г. Онищенко // Гигиена и санитария. – 2019. – № 4. – С. 4–9.

5. Петров, А. В. Анализ уровня знаний студентов-медиков по вопросам радиационной безопасности / А. В. Петров // Высшее образование в России. – 2020. – Т. 29, № 2. – С. 156–162.

МИКРОСПОРИЯ: АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ

Мелехова П.А.

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Новоселецкая А.И.
Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Вопросы лечения микроспории по-прежнему актуальны в связи с тем, что данное заболевание является одним из наиболее частых микозов. Микроспория – антропозоонозный микоз кожи, волос, а иногда и ногтей. Заболевание встречается повсеместно. В большинстве случаев оно передается при непосредственном контакте с зараженным животным и лишь в 2-4% случаев – от человека к человеку.

Яковлев А.Б. Микроспория вызывается различными видами грибов: M. ferrugineum, M. audouinii, M. distorum, M. rivalieri, M. Langeronii, M. canis, M. nanum, M. Persicolor, M. gypseum, M. cookeii, Keratynomyces ajelloii. Самым распространенным возбудителем микроспории является Microsporum canis (seu lanosum) контагиозность которого настолько велика, что он обнаруживается в 98% случаев [1].

Лечение микроспории зависит от клинических проявлений: от количества очагов, их локализации, выраженности воспалительного процесса в очагах, от наличия поражения волос (в том числе и пушковых) или ногтевых пластинок [2, 3]. От этих критериев также зависит и продолжительность лечения. При многоочаговой микроспории и при поражении волос или ногтей необходимо назначать системную терапию в добавок к местному лечению. В случае же нескольких очагов на гладкой коже достаточно назначения только топической терапии.

Топическая терапия заключается в применении наружных антимикотических препаратов. Таким образом можно чередовать нанесение 2-5% настойки йода утром с вечерним применением противогрибковой мази. Традиционно используют 10-20% серную, 10% серно-3% салициловую или 10% серно-дегтярную мази. Альтернативой могут являться современные кремы: клотримазол, изоконазол, миконазол, бифоназол, нафтифин и др., которые могут применяться 2 раза в день либо 1 раз в день в комбинации с настойкой йода. Хорошо себя зарекомендовал аллиламиновый препарат тербинафин, который выпускается в виде крема и спрея.

Для лечения микроспории волосистой части головы, многоочаговой микросоприи гладкой кожи и при поражении ногтей до сих пор препаратом выбора остается гризеофульвин. Расчет дозы препарата проводится в

Репозиторий ГрГМУ

зависимости от массы тела пациента. Таким образом гризеофульвин назначают из расчета 22 мг на 1 кг массы тела пациента. Препарат принимают ежедневно в 3–4 приема во время еды с чайной ложкой растительного масла, которое необходимо для повышения растворимости гризеофульвина и увеличения длительности его действия. Непрерывная терапия проводится до первого отрицательного результата анализа на грибы, после чего гризеофульвин в течение 2 недель принимают в той же дозе через день, а затем еще 2 недели 2 раза в неделю. Общий курс лечения составляет 1,5–2 месяца. Обязательным условием является еженедельное сбривание волос в очагах и мытьё головы 2 раза в неделю. На очаги применяются противогрибковые мази. Альтернативой гризеофульвину является тербинафин.

Некоторые формы микроспории требуют особого внимания и длительного лечения в связи с их устойчивостью к ряду антимикотиков.

Цель. Анализ проводимых методов лечения у пациентов с микроспорией.

Материалы и методы. Нами была изучена группа из 43 пациентов с микроспорией, находившихся на лечении в ГУЗ «Гродненский областной клинический кожно-венерологический диспансер». Были проанализированы данные, полученные из амбулаторных карт и выписных эпикризов пациентов с установленным диагнозом микроспории. При анализе возрастного состава пациентов было установлено, что это были дети в возрасте от 4 до 16 лет. Особое внимание уделялось описанию клинического осмотра, а именно локализации и степени поражения кожи и волос. Также учитывались данные о назначенном виде лечения. Данные были обработаны при помощи программы Microsoft Excel и представлены в процентном соотношении.

Результаты и их обсуждение. Данная группа пациентов состояла из детей из организованных коллективов, при этом преобладали дети младшего школьного возраста: 40% – от 7 до 10 лет. Пациенты старше 15 лет составили 7%, в возрасте от 11 до 14 лет – 30%, а дети от 3 до 6 лет – 23%.

Также была проведена оценка локализации заболевания. Из общего числа пациентов – 16% имели поражение верхних конечностей, 13% – нижних конечностей, 13% – волосистой части головы, 20% – кожи лица, 17% – туловища и 20% – спины.

При этом некоторые пациенты имели сочетанное поражение гладкой кожи и волосистой части головы, что составило 12%. Микроспорией волосистой части головы страдали 23% пациентов, а микроспорией гладкой кожи – 65%.

Лечение пациентов проводилось в соответствии с установленными протоколами, включающими как местные, так и системные терапевтические подходы.

По результатам проведенного анализа, продолжительность лечения составила у 48,8% пациентов 2 месяца, у 18,6% – 1,5 месяца, а у 32,6% – 1 месяц.

При распределении пациентов в зависимости от получаемого лечения исключительно местную терапию получали 74,4% пациентов. Им было назначено лечение настойкой йода и кремом миконазол или фунгазол. Из них 46,3% пациентов излечились через 1 месяц, а лечение остальных пациентов длилось от 1,5 до 2 месяцев. При чем курс лечения всех пациентов, получающих

Репозиторий ГрГМУ

фунгазол, составил от 1,5 до 2-х месяцев.

Из группы пациентов, получавших лечение на протяжении 2-х месяцев, 52,4% пациентов имели поражение волосистой части головы и получали как топическую, так и системную терапию гризеофульвином. Остальные же пациенты имели поражение гладкой кожи, но устойчивое к проводимой топической терапии.

Выводы. Соблюдение рекомендованного лечения и его продолжительности является ключевым фактором для достижения успешных результатов. Контроль и мониторинг состояния пациентов в процессе лечения также играют важную роль. Регулярные клинические осмотры и микологические исследования позволяют оценить эффективность терапии и при необходимости скорректировать лечение. Профилактика рецидивов заболевания включает в себя соблюдение гигиенических норм и избежание контакта с потенциальными источниками инфекции.

Системная терапия позволяет достичь более уверенного эффекта в сравнении с местной терапией. Анализ проводимой терапии показал, что наблюдается некоторая устойчивость возбудителей микроспории к местному лечению, особенно кремом фунгазол.

Литература

1. Микроспория: особенности современного клинического течения, диагностики и терапии / Н. С. А. Абдаллах, А. В. Чепрасова, Е. И. Касихина [и др.] // Медицинский совет. – 2025. – Т. 19, № 14. – С. 86-92.

2. Яковлев, А. Б. Опыт лечения неосложненной микроспории гладкой кожи препаратом Ламизил 1% спрей / А. Б. Яковлев // Дерматовенерология и дерматокосметология. – 2012. – № 1. – С. 20–24.

3. Яковлев, А. Б. Современные концепции терапии микроспории и трихофитии / А. Б. Яковлев // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2014. – № 6. – С. 22–29.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНО-ОБУСЛОВЛЕННЫХ ФАКТОРОВ НА АДАПТАЦИЮ ИНОГОРОДНИХ СТУДЕНТОВ

Мисюта А.В.

Научный руководитель: Башкирова Ю.В.
Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Рост академической мобильности студентов, мигрирующих в крупные образовательные центры, выдвигает на первый план проблему их адаптации к новым условиям. Психофизиологическое состояние данной группы формируется под воздействием физических факторов, таких как климат, экология, акустический и световой режимы, а также социально-обусловленных детерминант, включая уровень урбанизации, образовательную нагрузку, социальную среду и бытовой стресс [1]. Эти факторы могут как способствовать успешной интеграции, так и провоцировать развитие психоэмоциональных расстройств (тревожность, депрессия) и соматических нарушений (артериальная гипертензия, инсомния), что негативно влияет на

Репозиторий ГрГМУ