Катилов А.В.

ОСОБЕННОСТИ АСОЦИАЛЬНЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ И СПОСОБЫ ИХ КОРЕКЦИИ

Резюме. *В статье проанализирована и обобщена информация об асоциальных формах поведения подростков, а именно подростковой преступности. Рассматриваются проблемы подростковой наркомании, токсикомании, алкоголизма в их связи с социально-экономическими условиями, уровнем культуры и воспитания и особенностями высшей нервной деятельности подростков. Обсуждаются биологические, социальные и психологические причины, которые способствуют возникновению девиантных форм поведения. Приводятся традиционные и альтернативные методы профилактики и коррекции указанных явлений.*

Ключевые слова: *атипичные поведенческие реакции, подростковая преступность, социальная реабилитация подростков.*

Katilov O.V.

ANTISOCIAL BEHAVIOR FEATURES OF ADOLESCENTS AND WAYS OF ITS CORRECTION

Summary. *The article analyzes and summarizes information about antisocial behavior of adolescents, such as juvenile delinquency. The problems of teenage drug addiction, substance abuse, alcohol abuse in their relationship with social and economic conditions, the level of culture and education and features of higher nervous activity in adolescents. We discuss the biological, social and psychological factors that contribute to the emergence of deviant behaviors. We present the traditional and alternative methods of prevention and correction of these effects.*

Key words: *atypical behavioral responses, juvenile delinquency, social rehabilitation of adolescents.*

Стаття надійшла до друку 8.05.2014 р.

Катілов Олександр Васильович - к.мед.н., доцент кафедри пропедевтики дитячих захворювань та догляду за дитиною Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова.

© Кізіна І.Є.

УДК: 616.596-003.871

Кізіна І.Є.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ОНІХОМІКОЗ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ: ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ПОПУЛЯЦІЙНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Резюме. *У статті представлені результати популяційного дослідження поширеності оніхомікозу у Вінницькій області. Проведено порівняння отриманих результатів з іншими дослідженнями. За отриманими результатами можна зробити висновок про недостатню діагностику хворих на оніхомікоз в регіоні.*

Ключові слова: *оніхомікоз, захворюваність, епідеміологічне дослідження.*

Вступ

Період кінця XX - початку XXI століття характеризується помітним зростанням рівня захворюваності на мікози. Особливістю стало значне територіальне поширення низки грибкових інфекцій, зокрема дерматофітій, що можна пояснити інтенсивнішою міграцією населення та змінами способу життя в індустріальних країнах [Nsanze et al., 1995; Bramono, 2005; Brilhante et al., 2007]. За даними ВООЗ, у середньому кожний п'ятий житель Землі інфікований грибами, а кожний десятий має виражені клінічні прояви. Інфікованість населення європейських країн мікозами стоп становить від 20 до 70% [Коляденко, Степаненко, 2001; Коляденко, Короленко 2003; Sarma et al., 2008]. Аналогічна ситуація склалася і в Україні. Це значною мірою зумовили соціальні, медичні та фармакологічні чинники. Зокрема, погіршилася санітарно-просвітницька робота, розширилася мережа послуг для населення, таких як басейни, сауни, косметологічні кабінети, що за умови недотримання відповідних санітарних норм можуть ставати осередками інфекції, також є певні проблеми з лікуванням від грибкових хвороб соціально неблагополучних прошарків населення [Clayton, 1992; Qureshi et al., 2004; Chowdhary et al., 2005].

У 1999 році в Україні під координацією кафедри дерматовенерології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця було проведено "Ахіллес-проект України". У рамках проекту було обстежено 92 492 громадян, з яких у 28 823 (31%) було виявлено грибкові інфекції, а оніхомікози - у 14 715 (16%), що становить 52%.

За даними європейської частини Ахіллес-проекту, оніхомікози (ОМ) діагностують у 23% пацієнтів загальної популяції та у 40% - із захворюваннями стоп. За результатами Ахіллес-проекту, проведеного в Україні, мікоз ступень має 31% хворих загальної популяції [Руденко и др., 2000; Коляденко, Короленко, 2003; Руденко и др., 2007]. Серед них оніхомікоз ступень (ОМС) виявляють у 52% [Руденко и др., 2000; Коляденко, Короленко, 2003].

Дані щодо впливу статі на частоту захворювання на ОМ у літературі часті. Зокрема, на це вказують дані "Ахіллес-проекту", проведеного в Європі: ОМС частіше

виявляють у чоловіків та осіб старшого віку [Руденко и др., 2000; Руденко и др., 2007; Сергеев, Сергеев, 2008; El Sayed et al., 2006]. Результати інших досліджень свідчать, що частота ОМС у чоловіків загальної популяції більш ніж у 2 рази перевищує ці показники в жінок, а відносний ризик розвитку ОМС в осіб сильної статі є вищим за відносний ризик, пов'язаний з віком [Gupta et al., 2000; 2007]. Причини такого домінування пояснюють по-різному: від особливостей соціальної поведінки [Kam et al., 1997; Kiraz et al., 1999] до можливої генетичної схильності [Ng et al., 1999]. Дослідження розповсюдженості хворих на ОМ серед населення Вінницької області дозволить привернути увагу до даної проблеми та надасть можливість оптимізувати фінансування медичного забезпечення даної патології.

Мета нашої роботи: провести аналіз захворюваності на ОМ серед популяції Вінницької області.

Матеріали та методи

Проведений аналіз звітів дерматологів різних районів Вінницької області відносно захворюваності та гендерних особливостей оніхомікозу за період 2011-2013 роки. Хворі на ОМ перебували на обліку дерматолога та отримували лікування згідно існуючих протоколів надання медичної допомоги населенню МОЗ України. Дані про населення Вінницької області по районам були взяті станом на 1.01.2014 згідно даних Головного управління статистики у Вінницькій області.

Результати. Обговорення

Згідно проведеного дослідження захворюваність на ОМ в різних районах Вінницької області мала наступний вигляд (таблиця 1). Так, звертає увагу, що в цілому захворюваність на ОМ у Вінницькій області складала в 2011 році 38,4 (абсолютна кількість зареєстрованих випадків - 627), в 2012 - 38,9 (634) і в 2013 - 35,6 (577) на 100 тис. населення. Ці дані свідчать про високу захворюваність у Вінницькій області за період 2011-2013 роки, що можливо пов'язано з покращенням діагностики цього захворювання.

Звертає увагу чітка тенденція до зростання захворюваності на ОМ від 2011 до 2013 року в Бершадському (260,1 проти 230,5), Іллінецькому (138,3 проти 100,5), Козятинському (18,2 проти 10,5), Мурованокуроловецькому (37,3 проти 10,9), Теплицькому (94,0 проти 42,6) і Чернівецькому (22,0 проти 12,8) районах. Натомість в таких районах як Барський (1,9 проти 16,5), Жмеринський (12,7 проти 21,0), Калинівський (94,3 проти 143,7), Крижопільскій (37,3 проти 65,0), Могилів-Подільський (18,2 проти 28,5), Оратівський (0 проти 13,1), Тиврівський (15,7 проти 25,9) і Шаргородський (27,4 проти 40,6) спостерігали переконливе зниження захворюваності впродовж проаналізованого терміну. Аналогічно виглядала ситуація і в м. Ладижин, де на протязі 2011-2013 років визначали чітку тенденцію до зниження захворюваності на ОМ (70,3 проти 100,6).

Найбільша захворюваність на ОМ за останній 2013 рік спостерігалась в Бершадському (260,1), Іллінецькому (138,2) і Калинівському (94,3) та найменша - в Барському (1,9), Томашпільскому (11,5) і Жмеринському (12,7) районах. Крім того слід зауважити, що в таких районах як Оратівський і Чечельницький за 2013 рік захворювансть на ОМ склала 0, що, в більшій мірі, говорить не про відсутність цього захворювання в даних районах, а про відсутність статистичної реєстрації цих пацієнтів. З іншого боку привертає до себе увагу та потребує подальших досліджень разюча розбіжність захворюваності на ОМ серед населення Вінницької області та даними переважної більшості популяційних досліджень. Останнє, на наш погляд, обумовлене, безперечно, низьким виявленням ОМ серед населення Вінницької області на первинній ланці надання медичної допомоги, внаслідок необізнаності лікарів загальної практики щодо даного захворювання та недостатньої настороженості лікарів інших спеціальностей.

Проведений аналіз демонструє значні розбіжності між отриманими результатами та даними офіційної статистики по відношенню до статевого розподілу хворих. Так, в Барському, Жмеринському, Калинівському, Козятинському, Липовецькому, Літинському, Могилів-Подільському, Мурованокуриловецькому, Теплицькому, Томашпільському, Хмільницькому та Чернівецькому районах відзначається істотне переважання серед популяції хворих на ОМ осіб жіночої статі. Найбільш вірогіднішим поясненням таких розбіжностей з результатами більшості популяційних досліджень є недодіагностування хворих чоловічої статі. Також однією з причин може бути низька частота звернень за медичною допомогою серед чоловіків.

На сьогоднішній день, однією з найбільш значущих проблем медичної мікології є саме ОМ. Серед населення доволі поширена думка, що цей стан є тільки косметичною проблемою, і в разі ураження нігтів далеко не кожен поспішає по медичну допомогу до дерматолога. На жаль, багато лікарів інших спеціальностей також ігнорують ОМ в пацієнтів, не звертаючи на них увагу або не вважаючи їх серйозною хворобою. Водночас з огляду на значне поширення ОМ, що є вогнищами хронічної грибкової інфекції і які негативно впливають на загальний стан організму, таке ставлення до цієї проблеми є абсолютно неприпустимим. Надзвичайно актуальним є точний облік хворих на ОМ, що дозволить прогнозувати об'єм надання медичної допомоги та покращити якість та своєчасність надання медичної допомоги даній кагорті хворих.

Вчасне та якісне діагностування ОМ дозволить ефективно контролювати хворобу, прогнозувати об'єм надання медичної допомоги, надавати своєчасну та виважену медичну допомогу, що значно покращить якість життя пацієнтів. Визначення реальної кількості хворих на ОМ в Вінницькій області дозволить прогнозувати

Таблиця 1. Захворюваність на оніхомікози в різних районах Вінницької області за 2011-2013 роки.

Райони	Абсолютна кількість випадків (захворюваність на 100 тис. населення, зареєстрованих на рік аналізу)								
	Чоловіки			Жінки			Обидві статі		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Барський	3 (12,1)	0 (0)	1 (4,1)	6 (20,2)	0 (0)	0 (0)	9 (16,5)	0 (0)	1 (1,9)
Бершадський	84 (294,5)	67 (237,3)	89 (317,8)	61 (177,3)	52 (153,4)	71 (211,8)	145 (230,5)	119 (191,5)	160 (260,1)
Вінницький	8 (22,5)	6 (16,7)	5 (13,7)	3 (7,4)	5 (12,4)	11 (26,8)	11 (14,5)	11 (14,4)	16 (20,7)
Гайсинський	17 (62,1)	14 (51,3)	13 (47,9)	13 (40,8)	16 (50,8)	11 (35,1)	30 (50,7)	30 (51,1)	24 (41,0)
Жмеринський	8 (24,5)	6 (18,4)	4 (12,3)	7 (18,0)	9 (23,2)	5 (13,0)	15 (21,0)	15 (21,1)	9 (12,7)
Іллінецький	20 (110,2)	23 (127,3)	28 (155,4)	19 (92,0)	17 (83,0)	25 (123,0)	39 (100,5)	40 (10,4)	53 (138,2)
Калинівський	27 (98,0)	24 (87,4)	13 (47,4)	59 (182,6)	68 (211,4)	43 (134,6)	86 (143,7)	92 (154,3)	56 (94,3)
Козятинський	3 (9,9)	4 (13,2)	7 (23,3)	4 (11,0)	8 (22,2)	5 (14,0)	7 (10,5)	12 (18,1)	12 (18,2)
Крижопільский	15 (92,9)	17 (106,1)	8 (50,2)	8 (41,6)	12 (62,9)	5 (26,5)	23 (65,0)	29 (82,6)	13 (37,3)
Липовецький	3 (16,4)	2 (11,0)	3 (16,7)	2 (9,2)	5 (23,4)	4 (19,0)	5 (12,5)	7 (17,7)	7 (17,9)
Літинський	3 (17,8)	5(29,7)	3 (17,9)	7 (34,5)	11 (54,8)	8 (40,3)	10 (26,9)	16 (43,3)	11 (30,1)
Могилів-Подільский	10 (32,5)	6 (19,5)	3 (9,9)	9 (25,0)	4 (11,2)	9 (25,4)	19 (28,5)	10 (15,1)	12 (18,2)
Мурованокуриловецький	0 (0)	2 (16,2)	3 (24,5)	3 (20,0)	4 (27,0)	7 (48,1)	3 (10,9)	6 (22,1)	10 (37,3)
Немирівський	11 (46,4)	14 (59,3)	12 (51,3)	5 (17,9)	9 (32,6)	5 (41,0)	16 (31,0)	23 (44,9)	17 (33,5)
Оратівський	2 (19,4)	1 (9,7)	0 (0)	1 (8,0)	1 (8,0)	0 (0)	3 (13,1)	2 (8,8)	0 (0)
Піщанський	5 (47,5)	4 (38,3)	5 (48,3)	4 (34,4)	5 (43,6)	4 (35,2)	9 (40,6)	9 (41,1)	9 (41,5)
Погребищинський	19 (131,2)	18 (125,3)	15 (105,8)	6 (33,4)	9 (51,0)	8 (46,1)	25 (77,0)	27 (84,3)	23 (72,9)
Теплицький	5 (35,7)	8 (57,8)	7 (51,1)	8 (48,4)	8 (49,1)	11 (68,1)	13 (42,6)	16 (53,1)	18 (94,0)
Томашпільский	4 (43,5)	2 (50,1)	3 (50,4)	4 (105,3)	2 (106,3)	2 (86,0)	8 (18,2)	4 (9,1)	5 (11,5)
Тростянецький	7 (40,1)	8 (75,1)	8 (29,0)	20 (34,9)	20 (15,1)	16 (45,8)	27 (77,0)	28 (80,5)	24 (69,6)
Тульчинський	7 (22,6)	12 (34,1)	5 (19,1)	7 (28,6)	3 (12,8)	9 (12,9)	14 (37,3)	15 (40,4)	14 (38,0)
Тиврівський	6 (19,8)	9 (9,9)	5 (14,9)	9 (16,8)	4 (8,5)	4 (8,5)	15 (25,9)	13 (22,6)	9 (15,7)
Хмільницький	11 (37,7)	19 (65,3)	15 (51,9)	20 (56,8)	21 (60,1)	10 (28,8)	31 (48,2)	40 (62,5)	25 (39,3)
Чернівецький	2 (19,1)	4 (38,6)	1 (9,8)	1 (7,8)	6 (47,4)	4 (32,0)	3 (12,8)	10 (43,4)	5 (22,0)
Чечельницький	0 (0)	2 (19,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (8,8)	0 (0)
Шаргородський	16 (58,4)	13 (47,7)	9 (33,2)	8 (25,2)	10 (31,7)	7 (22,3)	24 (40,6)	23 (39,1)	16 (27,4)
Ямпільський	7 (35,9)	7 (36,2)	5 (26,1)	6 (26,3)	6 (26,6)	6 (26,8)	13 (30,8)	13 (31,0)	11 (26,5)
м. Ладижин	13 (114,5)	15 (130,4)	12 (103,9)	11 (87,9)	7 (55,6)	5 (39,6)	24 (100,6)	22 (91,3)	17 (70,3)
ВСЬОГО	316 (42,1)	312 (41,7)	282 (37,8)	311 (35,2)	322 (36,6)	295 (33,7)	627 (38,4)	634 (38,9)	577 (35,6)

фінансові витрати щодо надання медичної допомоги в рамках сучасних протоколів затверджених МОЗ України.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. ОМ є поширеним дерматомікозом у Вінницькій області, захворюваність на який упродовж 2011-2013 роки склала 38,4, 38,9 і 35,6 на 100 тис. населення відповідно.

2. Визначені досить суттєві розбіжності в захворюваності на ОМ в різних районах Вінницької області, що може свідчити про недостатню діагностику захворювання в більшості районів Вінницької області.

3. Аналіз гендерних особливостей захворювання продемонстрував більшу частоту даного захворювання у жінок, що суперечить результатам більшості популяційних досліджень та може свідчити про низьке виявлення ОМ у чоловіків.

Перспективним в подальшій роботі є проведення скринінгу з метою виявлення хворих на ОМ у Вінницькій області.

Список літератури

Коляденко В.Г., Степаненко В.І. Плісневі гриби - етіопатогенетичне значення у виникненні та розвитку мікозів. Міф чи реальність? Еволюція наукових досліджень // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2001. - № 1. - С. 41-48.

Коляденко В.Г., Короленко В.В. Сучасні погляди на класифікацію мікроорганізмів - збудників шкірних та венеричних хвороб // Український

журнал дерматології, венерології, косметології. - 2003. - № 3. - С. 7-11.
Руденко А., Коваль Э., Полищук В., Заплавская Е. Онихомикозы в Украине // Ліки України.- 2000.- № 6 (35).- С. 22-24.
Руденко А.В., Коваль Э.З., Рыжко П.П., Заплавская Е. А.Онихомикоз (диагностика, этиология, эпидемиология, ленчение).- К.: ЧП ВМБ, 2007.- 302 с.: ил.
Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. 2 изд. - М.: Издательство БИНОМ, 2008.- 480 с.: ил.
Bramono K. Budim individual studies. Nippon Ishinkin Gakkai Zasshi, 2005;46(3):171-6.
Brilhante R.S., Cordeiro R.A., Medrano D.J., et al. Onychomycosis in Ceara (Northeast Brazil): epidemiological and laboratory aspects. MemInstOswaldo Cruz. 2005 Apr; 100(2): 131-5.
Chowdhary A., Randhawa H.S., Sharma S., et al. Malassezia furfur in a case of onychomycosis: colonizer or etiologic agent? // Med Mycol, 2005 Feb;43(I):87-90.
Clayton Y.M. Clinical and mycological diagnostic aspects of onychomycoses and dermatomycoses //Clin Exp Dermatol. 1992 Sep;17Suppl 1:37-40.
El Sayed F., Ammoury A., Haybe R.F., Dhaybi R. Onychomycosis in Lebanon: a mycological survey of 772 patients // Mycoses. - 2006. - Vol. 49, №3.- 216-9.
Gupta A.K., Jain H.C., Lynde C.W., et al. Prevalence and epidemiology of onychomycosis in patients visiting physicians' offices: a multicenter Canadian survey of 15,000 patients / / J Am AcadDermatol. - 2000. - Vol.43(2 Pt I). - P. 244-8.
Gupta M, Sharma N.X., Kanga A.K., et al. Onychomycosis: Clinico-mycologic study of 130 patients from Himachal Pradesh, India // Indian J DermatolVenereolLeprol. - 2007. - Vol. 73(6). - P. 389-92.
Kam K.M., Au W.F., Wong P.Y., Cheung M.M. Onychomycosis in Hong Kong / /Int J Dermatol. 1997 Oct;36(10):757-61.
Kiraz M., Yegencglu Y., Eituran Z., Ang O. The epidemiology of onychomycoses in Istanbul, Turkey // Mycoses. 1999. Vol. 42(4). -P. 323-329.
Ng K.P., Saw T.L., Madasamy M., SooHoo T. OnychomycosisinMalaysia // Mycopathologia. 1999; 147(1):29-32.
Nsanze H., Lestringant G.G., Mustafa N.O., Usmani M.A. A etiology of onychomycosisin AlAin, United Arab Emirates // Mycoses. -1995. - vol. 38(9-10). - P.421-4.
Qureshi H.S., Ormsby H.A., Kapadia N. Effects of modified sampl e collection technique on fuigal cultureyield: nailclippiag / scraping versus microdrill // J. Pax. Med. Assoc. - 2004. - Vol.54(6):301-5.
Sarma S., Capoor MR., Deb M. et al. Epidemiologic and clinicomycologic profile of onychomycosis from north India // Int J Dermatol. - 2008 Vol.47(6). P. 584.

Кизина И.Е.

ОНИХОМИКОЗ В ВИННИЦКОЙ ОБЛАСТИ: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Резюме. *В статье представлены результаты популяционного исследования распространенности онихомикоза в Винницкой области. Проведено сравнение полученных результатов с другими исследованиями. По полученным результатам можно сделать вывод о недостаточной диагностике больных онихомикозом в регионе.*

Ключевые слова: *онихомикоз, заболеваемость, эпидемиологическое исследование.*

Kizina I.E.

ONYCHOMYCOSIS IN VINNYTSIA REGION: VIEWPOINT ON THE PROBLEM THROUGH THE LENS OF POPULATION STUDIES

Summary. *The results of population studies the prevalence of onychomycosis in Vinnitsa region. A comparison of the results with other studies. According to the results, we can conclude about the lack of diagnosis of patients with onychomycosis in the region.*

Key words: *onychomycosis, the population studies.*

Стаття надійшла до друку 8.05.2014 р.

Кізіна Ірина Євгеніївна - аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова