

2. Когут, Т.А. Современные рекомендации по лечению стенозирующего ларинготрахеита у детей / Т.А. Когут, Л.И. Мозжухина, Н.П. Ганичева, Л.Г. Емеличева // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2014. – Т. 16, № 5 (2). – С. 718-722.

3. Махкамова, Г.Г. Результаты изучения этиологии крупа у детей и оценка эффективности ингаляционных кортикостероидов / Г.Г. Махкамова, Э.А. Шамансурова // Педиатр. фармакология. – 2009. – № 4. – С. 35-39.

4. Савенкова, М.С. Современные аспекты этиопатогенеза и тактики ведения детей с острым стенозирующим ларингитом / М.С. Савенкова // Педиатрия. – 2007. – 87 (1). – С. 133-38.

5. Wald, E.L. Croup: common syndromes and therapy / E.L. Wald // *Pediatr. Ann.* – 2010. – № 39 (1). – P. 15-21.

## **АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНОГО И МЕТИЦИЛЛИНЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА НА ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА**

*Бедин П.Г., Ляликов С.А, Кривецкая Н.И.<sup>1</sup>, Некрашевич Т.В.<sup>1</sup>,  
Бородавко П.Н.<sup>2</sup>, Бородавко О.Н.<sup>2</sup>, Панасик О.А.<sup>3</sup>*

УО «Гродненский государственный медицинский университет», кафедра клинической лабораторной диагностики и иммунологии, Гродно, Беларусь

<sup>1</sup>ГУ «Гродненский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» микробиологическая лаборатория, Гродно, Беларусь

<sup>2</sup>УЗ «Гродненская областная клиническая больница» Гродно, Беларусь

<sup>3</sup>УЗ «Детская поликлиника № 2», Гродно, Беларусь

**Введение.** Роль золотистого стафилококка в развитии атопического дерматита (АД) является широко известной и учитывается при составлении программы терапии заболевания [1]. Однако внутри вида «*S. aureus*» микроорганизмы могут существенно различаться по наличию факторов агрессии, а, следовательно, по своим патогенным свойствам [2]. Среди золотистых стафилококков особую роль в развитии заболеваний имеет метициллинрезистентный золотистый стафилококк (MRSA) [4]. Болезни, вызванные метициллинчувствительным золотистым стафилококком (MSSA), имеют более благоприятный прогноз и меньшую стоимость терапии [5].

В связи с изложенным выше мы поставили перед собой **цель:** сравнить влияние MRSA и MSSA на течение АД.

**Объекты и методы.** Было обследовано 89 детей в условиях детской областной клинической больницы г.Гродно, страдающих АД. Медиана возраста обследованных составила 4,0, а интерквартильный размах – 1-10 лет. У 10 детей дерматит был в полной ремиссии, у 11 – в неполной и у 68 – в обострении. Лёгкий дерматит был диагностирован у 20, средней тяжести – у 28, а тяжёлый – у 41 ребенка. Эритематозно-сквамозная форма наблюдалась в 32,6% случаев, эритематозно-сквамозная с лихенификацией – 13,5%, экзематозная – 14,7%, лихеноидная – 20,2%, пруригинозная – 7,8%. В 11,2% клиническая форма не была установлена ввиду того, что заболевание находилось в полной ремиссии. Возраст дебюта заболевания составил 3 (2-11) месяцев. Продолжительность заболевания на момент обследования составила 3 года (8 месяцев – 7 лет). Группа сравнения

представлена 63 детьми, госпитализированными в УЗ «ГОДКБ» с функциональными заболеваниями органов пищеварения, юными спортсменами, проходившие очередной врачебный осмотр и детьми без признаков респираторной инфекции и АД, посещавшими детский сад, которые были сопоставимы по возрасту и полу с основной группой.

Микрофлору с поверхности миндалин исследовали у детей обеих групп. Забор материала производился однократно и одновременно в утренние часы натощак не позднее одних суток от момента поступления в стационар. Материал для посева с непоражённой кожи забирался с участка в области большой грудной мышцы, так как эта область наименее часто поражается дерматитом. У детей с АД дополнительно производили посев с поражённой кожи до начала терапии кортикостероидами и не менее чем через 12 часов после применения каких-либо средств местной терапии. Стерильный тампон вращательными движениями соприкасали с поверхностью кожи, а затем помещали в универсальную транспортную среду Стюарта. Таким же образом выполнялся посев с миндалин.

Полученный материал засеивали на кровяной агар, желточно-солевой агар (ЖСА), среду Эндо, среду Сабуро. Посевы культивировали: кровяной агар при 35-37°C в инкубаторе при 5-10% концентрации CO<sub>2</sub> в течение 24-48 часов, среду Эндо – при 35-37°C в аэробных условиях, в течение 24 часов, ЖСА – при 35-37°C в аэробных условиях, в течение 24-48 часов; среда Сабуро-агар – при 25-30°C в аэробных условиях в течение 72 часов. При появлении роста на плотных питательных средах подсчитывали выросшие на чашках колонии микроорганизмов и отсеивали в пробирки со скошенным агаром. Выделенную чистую культуру идентифицировали классическими методами в соответствии с требованиями действующих рекомендаций [3]. Исследования проводились с использованием транспортных систем, питательных сред, фирмы HIMEDIA (Индия).

Статистическая обработка материала проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q) непараметрическими методами. Коэффициент корреляции рассчитывался по Спирмену. Сравнение двух независимых переменных проводили с помощью теста Манна-Уитни. При сравнении более трех независимых переменных использовали медианный тест, при попарном сравнении переменных в этом случае использовали тест Краскела-Уолиса (критерий z). Для сравнения долей использовали точный критерий Фишера (Fisher exact test, two-tailed). Данные приведены в виде «медиана (нижняя квартиль-верхняя квартиль)».

**Результаты и обсуждение.** Выделение MRSA существенно влияло на течение АД. Так при выделении с непораженных участков кожи MRSA экзема наблюдалась в 75% случаев, а при выделении MSSA случаев экземы зафиксировано не было (p=0,02). На момент повторного осмотра при выделении MRSA выраженность эритемы составила 1,0 (1,0-1,5) балл, а при выделении MSSA 0,0 (0,0-0,0) баллов (p=0,01). При обнаружении MSSA сумма баллов SCORAD на момент выписки была существенно меньше 5,0 (2,0-6,0), чем при обнаружении MRSA – 13,0 (8,5-36,0) (p=0,04).

Рост MRSA на поражённой коже был существенным образом ассоциирован с наличием ультразвуковых признаков холестаза. Так при их

наличии MRSA с пораженной кожи выделялся у 57,8% детей, что гораздо чаще, чем при отсутствии таковых (20,0) ( $p=0,04$ ).

Было установлено, что СОЭ при выделении с поражённой кожи MRSA была значимо меньше 5,0 (4,0-6,0) мм/ч, чем при выделении MSSA 7,0 (6,0-9,5) ( $p=0,04$ ), а уровень сывороточного IgE у детей с выделением с миндалин MRSA был существенно выше 625,0 (110,0-1000,0) КIU/ml по сравнению с детьми с MSSA 69,0 (14,0-274,0) КIU/ml ( $p=0,04$ ).

Кроме того, выделение MRSA с непоражённой кожи достоверно коррелировало с уровнем серомукоида ( $R=0,7$ ,  $p=0,03$ ), а также с выраженностью эритемы при поступлении ( $R=0,6$ ,  $p=0,04$ ).

Таким образом, метициллинрезистентный золотистый стафилококк является более агрессивным, чем метициллинчувствительный, и способен влиять на течение АД, не только вызывая непосредственное повреждение кожных покровов, но и модифицируя течение заболевания при нахождении в других биотопах.

#### **Список литературы:**

1. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Report / С.А. Akdis [et al.] // Allergy. – 2006. – Vol. 61. – P. 969-987.

2. Борисов, Л.Б. Стафилококки / Л.Б. Борисов // Медицинская микробиология, вирусология, иммунология: учебник. – М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2005. – Гл. 20.1.1.2. – С. 353-359.

3. Микробиологические методы исследования биологического материала: инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Республики Беларусь 19.03.2010. – Минск, 2010. – 129 с.

4. Страчунский, Л.С. Внебольничные MRSA - новая проблема антибиотикорезистентности / Л.С. Страчунский, Ю.А. Белькова, А.В. Дехнич // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2005. – Т. 7, № 1. – С. 32-46.

5. Экономические потери, связанные с инфекциями, вызванными *Staphylococcus aureus* / Р.Дж. Рубин [и др.] // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2000. – Т. 2, № 2. – С. 47-56.

### **ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА, ВЫДЕЛЕННОГО С МИНДАЛИН, У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

*Бедин П. Г., Ляликов С.А., Кривецкая Н.И., Некрашевич Т.В.<sup>1</sup>*

*Бородавко П.Н.<sup>2</sup>, Бородавко О.Н.<sup>2</sup>, Воротынская О.Е.<sup>3</sup>*

УО «Гродненский государственный медицинский университет», кафедра клинической лабораторной диагностики и иммунологии, Гродно, Беларусь

<sup>1</sup>ГУ «Гродненский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» микробиологическая лаборатория, Гродно, Беларусь

<sup>2</sup>УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

<sup>3</sup>УЗ «Витебский областной детский клинический центр», Гродно, Беларусь

**Введение.** Атопический дерматит (АД) – наиболее частое аллергическое воспалительное заболевание кожи детского возраста [2]. Роль золотистого