

своих детей (16,5). К профилактике гриппа опрошенные относят вакцинацию (33,7%), прием витаминов (33,5%); личную гигиену (20,3%); прием лука и чеснока (12,6%). По мнению большинства анкетированных, прививка от гриппа предупреждает осложнения (68,8%). Меньшая часть опрошенных считают прививку бесполезной (22,7%) и вредной (8,4%). Дополнительно, респонденты хотели бы узнать о профилактике, лечению, осложнениях и влиянию на детский организм различных инфекций. Таким образом, преобладающая часть опрошенных знает, каким образом происходит заражение инфекционными заболеваниями. Основную информацию об инфекционных заболеваниях население получает от медработников, телепередач, на работе. Большинство анкетированных хотели бы больше узнать о некоторых аспектах влияния кишечных инфекций на детский организм, осложнениях и их лечении. Опрошенные считают, что прививка снижает риск развития осложнений при гриппе. Прививки являются основным методом профилактики гриппа как для взрослых, так и для детей. Большинство анкетированных считают информацию о профилактике различных инфекций достаточной, но хотели бы больше узнать о некоторых аспектах влияния кишечных инфекций на детский организм, осложнениях и их лечении.

## **АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ МИКРОФЛОРЫ В ОЧАГАХ ИНФЕКЦИОННОЙ ЭКЗЕМЫ**

**Л.А. Порошина**

УЗ «Гомельский государственный медицинский университет»

Микробная экзема (инфекционная экзема) - повсеместно встречающееся, чаще острое, реже хроническое рецидивирующее кожное заболевание, проявляющееся в любом возрасте, характеризующееся полиморфизмом морфологических элементов сыпи [1]. Это широко распространенное заболевание, которым страдает от 2% до 10% трудоспособного населения, достигая в индустриально развитых государствах до 20%, и является самой частой патологией в практике врача-дерматовенеролога, составляя 30–40% среди всех кожных заболеваний [2]. Микробная экзема в последние годы имеет тенденцию к более тяжелому течению с частыми продолжительными рецидивами, значительным распространением патологического процесса на коже, а также характеризуется резистентностью к общепринятым методам его лечения [2-3]. Частые рецидивы и резистентность к стандартной терапии приводят пациентов, страдающих экземой, к длительной

потере трудоспособности, преимущественно у лиц молодого возраста, что ставит проблему лечения экземы в ряд важнейших не только дерматологических, но и социально-экономических задач.

Патогенез микробной экземы сложный и до конца не изученный, на него оказывают влияние различные эндогенные и экзогенные факторы. Согласно современным представлениям, микробная экзема развивается как сенсibilизация к микробному антигену на фоне изменения нейроэндокринной, иммунной систем, нарушения функции желудочно-кишечного тракта. Несомненна роль микробных факторов в патогенезе микробной экземы. Общепринято, что в патогенезе заболевания решающая роль отводится бактериальной сенсibilизации при ведущей роли *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus (B-hemolyticus)*, чаще идентифицируется ассоциация стрептококков и стафилококков. Микробные аллергены обладают достаточно выраженной антигенной активностью, что ведет к сенсibilизации организма и способствует перестройке иммунного ответа. Микробная сенсibilизация является пусковым, поддерживающим и утяжеляющим фактором у пациентов, страдающих экземой. Условия для развития сенсibilизации к микроорганизмам создают также хронические очаги воспаления в миндалинах, корнях кариозных зубов, в придаточных пазухах носа, в желчном пузыре, в придатках. Более того, возможно, что под влиянием бактериальной флоры формируются аутоантигены кожи [4]. У пациентов, страдающих микробной экземой, отмечается дисбиоз кожи в очагах поражения: преобладание патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, часто в ассоциации, при высокой плотности микрофлоры[5].

Лечение инфекционной экземы включает комплексный подход, сочетание как системной, так и местной терапии [6]. Всем пациентам необходимо устранить контакт с возможными аллергенами, соблюдать гипоаллергенную диету. Лечение в первую очередь направлено на устранение очага хронической инфекции, терапию фонового заболевания, проводится патогенетическая, симптоматическая терапия, применяются антибиотики [7]. Назначение адекватной антибиотикотерапии на начальных этапах лечения способствует быстрому купированию экзематозного процесса. Проведение антибиотикограммы может занимать до 3 суток, поэтому важен правильный эмпирический выбор антибиотика.

**Цель работы:** изучить особенности микробного пейзажа в очагах кожных проявлений инфекционной экземы, определить антибиотикочувствительность данных микроорганизмов.

**Материалы и методы исследования.** В процессе работы было проведено исследование из очагов поражения на коже на

предмет определения микрофлоры, путем проведения культуральной диагностики (посев отделяемого из очагов поражения на коже на мясопептонный агар, культивирование при температуре 37°C в течение 24-48 час.), с последующим определением антибиотикочувствительности с использованием диско-диффузного метода у 34 пациентов, находившихся на стационарном лечении в УГОККВД. Возраст обследуемых составлял от 16 до 70 лет.

**Результаты исследования.** У 34 пациентов с инфекционной экземой мы оценили характер микробного пейзажа пораженных участков кожи. В преобладающем количестве исследований (73,5%) преобладал рост стафилококков, у 6 пациентов имело место сочетанная флора в виде грамположительных и грамотрицательных палочек в сочетании со стафилококками, у 3 пациентов роста на питательной среде отмечено не было.

При наличии роста микрофлоры на питательной среде мы определяли ее антибиотикочувствительность к цефаклору, азитромицину, клиндамицину, гентамицину, офлоксацину, ципрофлоксацину, цефалексину, цефотаксиму, рифампицину, цефтриаксону, оксациллину, доксициклину. В данном исследовании микроорганизмы оказались чувствительны к гентамицину, рифампицину и цефтриаксону во всех проводимых исследованиях, к ципрофлоксацину были чувствительны микроорганизмы в 84,6%, к клиндамицину – в 81,8%, доксициклину - 80,0%. Наибольшая устойчивость наблюдалась к азитромицину (35,8%), цефотаксиму, офлоксацину - по 33,3% (табл. 1).

Таблица 1. – Антибиотикочувствительность микрофлоры очагов инфекционной экземы

Название АБ	Кол-во исследований (n=30)	Чувствительны	Слабочувствительны	Устойчивы	Доля чувствительности в %
Цефаклор	10	7	-	3	70±0.3
Азитромицин	14	9	-	5	64.2±0.35
Клиндамицин	11	9	-	2	81.8±0.18
Гентамицин	14	14	-	-	100±0.05
Офлоксацин	11	8	2	1	72.7±0.27
Ципрофлоксацин	13	11	-	2	84.6±0.15
Цефалексин	12	8	2	2	77.7±0.22
Цефотаксим	9	8	-	1	66.6±0.33
Рифампицин	6	6	-	-	100±0.05
Цефтриаксон	6	6	-	-	100±0.05
Оксациллин	6	4	-	2	66.6±0.33
Доксициклин	5	4	-	1	80±0.20

## **Выводы:**

1. Чувствительность микрофлоры в очагах инфекционной экземы колеблется от 64,2% до 100%. Поэтому в комплекс обследования пациентов, страдающих инфекционной экземой, необходимо включать посев отделяемого из очагов с последующей антибиотикограммой.

2. При назначении антибиотикотерапии пациентам с инфекционной экземой необходимо отдавать предпочтение цефтриаксону и гентамицину, либо включать эти препараты в схему лечения при комбинированной антибиотикотерапии.

## **Литература:**

1. Скрипкин, Ю. К. Кожные и венерические болезни / Ю. К. Скрипкин, А. Л. Машкиллейсон, Г. Я. Шарапова. - М.: Медицина, - 1995. - 462 с.

2. Charles, J.Eczema /J. Charles, Y.Pan, G.Miller//J. AustFam Physician.– 2011. -№ 40 (7). -P.467.

3. Потекаев, Н. С. Экзема: ремарки к современным представлениям / Н. С. Потекаев// Клиническая дерматовенерология. - 2009. № 1. С. 67–73.

4. Глухенький, Б.Т. Иммунозависимые дерматозы: экзема, атопический дерматит, истинная пузырчатка, пемфигоиды / Б.Т. Глухенький, Е.А. Грандо. - Киев: Здоровья, 1990 - 230с.

5. Муниева, С. Х. Распространенность, этиология, некоторые стороны патогенеза и совершенствование терапии микробной экземы в условиях жаркого климата: автореф. дис. ...канд. мед.наук: 14.00.11 / С.Х.Муниева. - Санкт-Петербург. – 2006. – 124с.

6. Маркова, О.Н. Оптимизация патогенетической терапии микробной экземы: : автореф. дис. ...канд. мед.наук: 14.00.11 / О. Н. Маркова. - М.- 2006. - 18 с.

7. Вдовиченко, В. П. Фармакология и фармакотерапия: справочник/ В. П. Вдовиченко. - Минск: Зималетто, 2011. – 816 с.

## **КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: БУЛЛЕЗНЫЙ ПЕМФИГОИД**

**Н.В. Светляк**

УЗ: «Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

**Актуальность.** Частота встречаемости буллезных дерматозов среди всех кожных заболеваний, по данным разных авторов, составляет 0,7-1%, причем на долю вульгарной пузырчатки приходится до 80%. Чаще болеют женщины, средний возраст пациентов 50-60 лет, буллезный пемфигоид чаще встречается в странах Европы.

Буллезные нарушения (по МКБ 10 L 10-14):

Пузырчатка (L 10)

Другие акантолитические нарушения (L11)