

УДК 616.521-022.1:615.33

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ЭКЗЕМЫ,
ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ***Л. А. Порошина***Гомельский государственный медицинский университет**

Инфекционная экзема — широко распространенное заболевание кожи. В последнее время имеет тенденцию к тяжелому течению, резистентности к терапии, частым рецидивам. В статье отображены клинические особенности проявления заболевания, исследованы особенности микробного пейзажа пораженной кожи пациентов, антибиотикочувствительность данных микроорганизмов.

Ключевые слова: инфекционная экзема, микробная экзема, микроорганизмы, стафилококки, антибиотики, антибиотикочувствительность, микозы стоп, онихомикозы.

**PECULIARITIES OF CLINICAL MANIFESTATION OF INFECTED ECZEMA
AND APPROACHES TO CHOOSING ANTIBIOTIC THERAPY***L. A. Poroshina***Gomel State Medical University**

Infected eczema is considered to be a widespread skin disease. Recently it has had a tendency for severe disease course, resistance to therapy and frequent relapse. This article describes clinical features of manifestations of the disease, studies microflora of patient's skin lesions, antibiotic sensitivity of these microorganisms.

Key words: microbic eczema, infected eczema microorganisms, antibiotics, antibiotic sensitivity, tinea pedis (athlete's foot), onychomycosis.

Экзема — хроническое, рецидивирующее заболевание с островоспалительными симптомами, представленное полиморфизмом морфологических элементов, которое формируется в результате сложного комплекса этиологических и патогенетических факторов [1, 2]. Термин «микробная экзема» возник в начале XX в. В. В. Иванов в 1916 г. описал особую форму экземы вокруг послераневых рубцов (впоследствии такую экзему стали называть паратравматической). В настоящее время к клиническим разновидностям микробной экземы относят нуммулярную, паратравматическую, варикозную, сикозиформную и экзему сосков и пигментного кружка у женщин [1–3]. Термин «микробная экзема» по международной классификации болезней соответствует диагнозу инфекционного дерматита, инфекционной экземы (ИЭ) и монетовидной экземы.

Экзема — широко распространенное заболевание кожи, которым страдает от 2 до 10 % трудоспособного населения, доходя в индустриально развитых государствах до 20 %, и является самой частой патологией в практике врача-дерматовенеролога, составляя 30–40 % среди всех кожных заболеваний [4]. 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 лечения [5–6].

Частые рецидивы и резистентность к стандартной терапии приводят пациентов с 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 ИЭ 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. Экзема — аллергическое заболевание, реакция кожи на внешние и внутренние раздражители. Сенсibilизация, которая возникает на один из аллергенов, в дальнейшем становится поливалентной, и пациент отвечает экзематозной реакцией на любой раздражитель. Аллергическое состояние у пациентов экземой может быть обусловлено и продуктами жизнедеятельности глистов, различных патогенных микроорганизмов, возбудителей дерматофитий, кандид особенно при обитании их в коже (язвы, гнойные раны) или в очагах хронической инфекции.

Несомненна роль микробных факторов в патогенезе ИЭ. Общепринято, что в патогенезе заболевания решающая роль отводится бактериальной сенсibilизации при ведущей роли *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus* (3-hemoly-

thicus)], чаще идентифицируется ассоциация стрептококков и стафилококков. Микробные аллергены обладают достаточно выраженной антигенной активностью, что ведет к сенсибилизации организма и способствует перестройке иммунного ответа. Микробная сенсибилизация является пусковым, поддерживающим и утяжеляющим фактором у пациентов, страдающих экземой. Условия для развития сенсибилизации к микроорганизмам создают также хронические очаги воспаления в миндалинах, корнях кариозных зубов, в придаточных пазухах носа, в желчном пузыре, в придатках. Под влиянием различных экзогенных и эндогенных факторов моновалентный очаг сенсибилизации трансформируется в поливалентный. Более того, возможно, что под влиянием бактериальной флоры формируются аутоантигены кожи [7]. У пациентов, страдающих микробной экземой, отмечается дисбиоз кожи в очагах поражения: преобладание патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, часто в ассоциации, при высокой плотности микрофлоры [8].

Помимо бактериальных инфекций при аллергических заболеваниях причинно значимыми аллергенами могут быть дрожжи рода *Candida*. Они относятся к условно-патогенным микроорганизмам и могут индуцировать формирование гиперчувствительности немедленного типа у лиц с заболеваниями атопического генеза. Установлено, что *Candida albicans* является причинно значимым аллергеном для 29–64 % больных бронхиальной астмой, 57 % — атопическим дерматитом и 78 % — ИЭ [9]. У. К. Нобл (1986) упоминал активное участие в формировании микробной экземы дрожжеподобных грибов рода *Pityrosporum*. У пациентов, страдающих экземой, нередко встречаются микозы стоп. Экзема микотического генеза осложняет течение микозов стоп и составляет, по разным источникам, до 20–30 % от всех дерматозов [10]. Считается, что микозы стоп являются одной из основных причин развития экзематозных реакций. Грибковая инфекция вызывает сенсибилизацию иммунной системы на антигены гриба, что и приводит к аллергическим проявлениям на коже. Процесс сенсибилизации вызывает сама грибковая клетка, продукты ее жизнедеятельности. Грибы также становятся своеобразными проводниками для других аллергенов. Такие патологические изменения на коже при микозах стоп, как сухость, наличие избыточного шелушения, трещины, эрозии приводят к нарушению барьерной, защитной функции кожи и способствуют более выраженной сенсибилизации к различным аллергенам. У пациентов с микозами стоп в результате аллергической перестройки в 3 раза чаще развиваются аллергические кожные ре-

акции, формируется поливалентная сенсибилизация к аллергенам. Под влиянием микозов стоп увеличивается не только частота возникновения аллергодерматозов, но и их выраженность и распространенность, уменьшается продолжительность ремиссий, возрастает частота рецидивов [10].

Роль микотической инфекции при микробной экземе и их взаимосвязи изучены недостаточно. В связи с этим актуально изучение встречаемости микоза стоп у больных микробной экземой и особенностей течения заболевания на его фоне. Микозы вызываются патогеном, элиминация которого вполне возможна. Именно поэтому их лечение будет положительно отражаться на ассоциированных с микробной экземой кожных проявлениях, позволяя достигать более длительной ремиссии.

Цель работы

Изучить распространенность инфекционной экземы в Гомеле и области, определить характер течения заболевания, оценить роль сопутствующих заболеваний в возникновении ИЭ и их влияние на течение патологического процесса, выявить особенности микробного пейзажа в очагах кожных проявлений экземы, антибиотикочувствительность данных микроорганизмов, проанализировать роль микотических поражений в развитии заболевания.

Материалы и методы

В процессе выполнения работы была изучена частота обращаемости за медицинской помощью пациентов, страдающих ИЭ. У 58 пациентов мужского пола, проходивших стационарное лечение в дермато-венерологическом отделении № 2 учреждения «Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер (ГОККВД), изучалась сопутствующая патология, профессиональная принадлежность, особенности течения ИЭ, наличие микотических поражений методом микроскопии ногтевых пластинок. Также был исследован материал 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 °С в течение 24–48 часов) с последующим определением антибиотикочувствительности с использованием диско-диффузного метода у 34 пациентов.

Результаты исследования

В 2013 г. в ГОККВД по поводу ИЭ обратилось 1232 пациента, у 1012 из них диагноз был поставлен впервые. В 2014 г. ИЭ была диагностирована у 1316 пациентов, обратившихся за амбулаторной помощью в УГОККВД, первично — у 999 человек. За 2013 г. стационарно в УГОККВД по поводу ИЭ пролечилось 510 пациентов, в 2014 г. — 549. Таким образом, стационарная помощь понадобилась 41,6 %

пациентов. Средняя длительность госпитализации составила 11,2 койко-дня.

Возраст 58 обследуемых был от 16 до 70 лет, с преобладанием людей трудоспособного возраста (таблица 1).

По профессиональной принадлежности пациенты относились к различным группам. Среди обследуемых встречались пенсионеры, безработные, студенты, но преобладали люди рабочих специальностей (таблица 2).

Таблица 1 — Возраст исследуемой группы пациентов

Возраст пациентов, лет	Абсолютное число пациентов	Процентное соотношение
16–29	13	22,4 %
30–49	26	44,8 %
50–79	19	32,8 %

Таблица 2 — Профессиональная принадлежность

Профессия	Количество	Процентное соотношение
Пенсионеры	13	22,4 %
Безработные	4	6,9 %
Рабочие	28	48,3 %
Руководители	6	10,3 %
Студенты	5	8,6 %
Прочие	2	3,4 %

У большинства пациентов в исследуемой группе имелись те или иные сопутствующие заболевания, среди которых преобладали заболеваний системы кровообращения (44,8 %) в виде ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, варикозное расширение вен нижних конечностей встречалось у 22,4 %, заболевания желудочно-кишечного тракта (41,4 %), такие как гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Было изучено течение инфекционной экземы, частота рецидивов заболевания. В обследуемой группе диагноз был выставлен впервые 23 (39,7 %) пациентам, а у 35 (60,3 %) — заболевание имело рецидивирующий характер. У 31 пациента экзематозные высыпания на коже проявлялись 1 раз в несколько лет. У 4 пациентов обострения процесса были более 1 раза в год.

При обследовании ногтевых пластинок у пациентов с инфекционной экземой было выявлено, что у 50 больных имелись изменения их цвета и формы. Преимущественно данные

изменения локализовались на ногтях нижних конечностей (42 чел.). При микроскопическом исследовании у 40 из них были найдены нити мицелия и выставлен диагноз: «Онихомикоз» (70,0 % исследованных пациентов).

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

При наличии роста микрофлоры на питательной среде мы определяли ее антибиотико-чувствительность к цефаклору, азитромицину, клиндамицину, гентамицину, офлоксацину, ципрофлоксацину, цефалексину, цефотаксиму, рифампицину, цефтриаксону, оксациллину, доксициклину (таблица 3).

Таблица 3 — Антибиотикочувствительность микрофлоры

Название АБ	Кол-во исследований (n = 32)	Чувствительна	Слабо чувствительна	Устойчива	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	15	15	—	—	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	8	8	—	—	100 ± 0,05
Цефтриаксон	6	6	—	—	100 ± 0,05
Оксациллин	6	4	—	2	66,6 ± 0,33
Доксициклин	5	4	—	1	80 ± 0,2

Таким образом, микроорганизмы оказались чувствительны к гентамицину, рифампицину и цефтриаксону во всех проводимых исследованиях, к ципрофлоксацину были чувствительны в 84,6 %, к клиндамицину — в 81,8 %, наибольшая устойчивость наблюдалась к азитромицину — 35,8 %.

Выводы

1. Для проведения адекватной терапии пациентов, страдающих инфекционной экземой, необходимо обследовать его на наличие сопутствующей патологии, проводить своевременное и рациональное ее лечение, что будет способствовать уменьшению рецидивов заболевания. Особую роль следует уделять проблемам со стороны желудочно-кишечного тракта, системы кровообращения, лечению варикозного расширения вен нижних конечностей.

2. У всех пациентов с инфекционной экземой следует проводить осмотр ногтевых пластинок на предмет наличия ониходистрофий, обследовать на наличие грибковой инфекции и при возможности проводить противогрибковую терапию, так как онихомикоз выявляется в 70,0 % случаев, а микотическая сенсibilизация может утяжелять течение дерматоза, способствовать рецидивам заболевания.

3. При назначении антибиотикотерапии пациентам с ИЭ необходимо отдавать предпочтение цефтриаксону и гентамицину, применение азитромицина нежелательно.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Адаскевич, В. П.* Кожные и венерические болезни / В. П. Адаскевич, В. М. Козин. — 2 изд. — М.: Мед. лит., 2007. — 672 с.
2. *Скрипкин, Ю. К.* Кожные и венерические болезни / Ю. К. Скрипкин, А. Л. Машкиллейсон, Г. Я. Шарапова. — М., Медицина, 1995. — 462 с.
3. *Иванов, О. Л.* Кожные и венерические заболевания: справочник / О. Л. Иванов. — М.: Медицина, 1997. — 352 с.
4. *Charles, J. Eczema / J. Charles, Y. Pan, G. Miller // J. Aust Fam Physician.* — 2011. — № 40 (7). — P. 467.
5. *Потекаев, Н. С.* Экзема: ремарки к современным представлениям / Н. С. Потекаев // Клиническая дерматовенерология. — 2009. — № 1. — С. 67–73.
6. *Юнусов, Е. И.* Экзема: дифференцированный подход к выбору наружной терапии / Е. И. Юнусов // Леч. врач. — 2013. — № 5. — С. 46–48.
7. *Глухенький, Б. Т.* Иммунозависимые дерматозы: экзема, атопический дерматит, истинная пузырчатка, пемфигоиды / Б. Т. Глухенький, Е. А. Грандо. — Киев: Здоровья, 1990. — 230 с.
8. *Касымов, О. И.* Микробиоценоз кожи и состояние сенсibilизации больных микробной экземой / О. И. Касымов, С. Х. Муниева // Научно-практический профессиональный журнал. — 2007. — № 2. — С. 14.
9. *Маркова, О. Н.* Микробная экзема: клиника, патогенез и принципы лечения / О. Н. Маркова // Военно-медицинский журнал. — 2007. — № 7. — С. 23–25.
10. *Рукавишников, В. М.* Микозы стоп / В. М. Рукавишников. — 2-е изд. — М.: ЭликсКом, 2003. — 332 с.

Поступила 30.04.2015

УДК 616.379-008.64-053.2-098

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДОЛГОВРЕМЕННОГО МЕТАБОЛИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ТЕРАПИИ РАЗНЫМИ ВИДАМИ ИНСУЛИНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ СРЕДСТВ ЕГО ВВЕДЕНИЯ

Н. В. Волкова, А. Г. Михно, А. В. Солнцева

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Цель: провести сравнительный анализ долговременной компенсации углеводного обмена у детей с сахарным диабетом 1 типа, находящихся на терапии разными видами инсулина с использованием различных способов его введения.

Материалы и методы. Проанализированы данные 77 историй развития детей с сахарным диабетом 1 типа. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от вида применяемого инсулина и способа его введения. Проанализированы исходные и актуальные на момент исследования показатели уровня гликированного гемоглобина, частоты самоконтроля гликемии, наличие острых осложнений сахарного диабета.

Результаты. У детей, находившихся на непрерывном подкожном введении инсулина, выявлено статистически значимое снижение уровня гликированного гемоглобина при отсутствии острых осложнений заболевания. В группе детей, длительно применявших в терапии аналоги инсулина, установлено достоверное снижение вариабельности гликемии, не отмечено острых осложнений заболевания.

Заключение. Выявлена долговременная компенсация углеводного обмена у детей с сахарным диабетом 1 типа, находившихся на помповой инсулинотерапии.

Ключевые слова: сахарный диабет 1 типа, гликированный гемоглобин, инсулиновая помпа, аналоговые инсулины.

THE ASSESSMENT OF PARAMETERS OF LONG-TERM METABOLIC CONTROL IN CHILDREN WITH DIABETES TYPE I USING UNDERGOING DIFFERENT TYPES OF INSULIN THERAPY AND USING DIFFERENT MEANS OF ITS INTRODUCTION

N. V. Volkova, H. G. Mikhno, A. V. Solntseva

Belarusian State Medical University, Minsk

Objective: to carry out comparative analysis of long-term compensation of carbohydrate metabolism in children with diabetes type 1 undergoing different types of insulin therapy and using different means of its introduction.