

мированность населения по этому вопросу (на примере студентов 1–3 курсов ГомГМУ) недостаточная.

Необходимо уделять большее внимание освещению темы рубцовых дефектов кожи и возможности их коррекции, так как данная проблема может оказывать негативное воздействие на качество жизни пациентов. Кожа – динамический орган, однако, когда она травмирована, она имеет ограниченную способность к регенерации и в результате образующиеся рубцы могут привести к эстетическим и функциональным проблемам.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Адаскевич, В. П.* Дерматовенерология : учебное руководство / В. П. Адаскевич. – Витебск : Медицинская литература, 2019. – 44 с.
2. *Бутов, Ю. С.* Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 549 с. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441596.html>. – Дата доступа: 02.03.2024.
3. *Катина, М. А.* Приобретенные гиперпигментации : метод. рек. / М. А. Катина. – Витебск: ВГМУ, 2017. – 43 с.

УДК [616.34:579.61]:616.5-002-053.2

Д. С. Ильюшенко, П. С. Садченко

*Научный руководитель: старший преподаватель Л. А. Порошина*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА КИШЕЧНОГО БИОЦЕНОЗА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

#### ***Введение***

В настоящее время доказано, что бактерии-симбионты человеческого организма, включая кишечную группу, оказывают большое влияние на формирование иммунного ответа, а также, колонизируя эпителий кишечника человека, являют собой один из важных факторов в становлении иммуногенной функции кишечника и формировании пищевой толерантности, а соответственно и в патогенезе аллергических заболеваний (например, пищевой аллергии) [1].

В последние годы были найдены доказательства того, что у детей, предрасположенных к атопии, уже до развития аллергического процесса наблюдается вариабельность состава кишечной микрофлоры. К примеру, исследование М. Kalliomaki и его коллег показало, что у детей, у которых впоследствии развивается аллергическое заболевание, в его составе преобладают клостридии и наблюдается сниженное содержание бифидобактерий, в отличие от детей, которые остаются здоровыми [2]. Кроме того, для биоценоза кишечника этих детей характерен несколько иной тип колонизации различными штаммами бифидобактерий. Например, у здоровых детей чаще встречаются *Bifidobacterium breve*, *Bifidobacterium infants* и *Bifidobacterium longum*, в то время как у детей с аллергией чаще встречается *Bifidobacterium adolescentis*, который более характерен для микробиоценоза взрослых [3].

В связи с этим изучение состава микробиоценоза кишечника у детей, страдающих атопическим дерматитом, крайне актуально на сегодняшний день, а исследования в этой области позволят разработать новые методы коррекции нарушения состава кишечной микрофлоры, что позволит контролировать течение и тяжесть аллергического процесса.

### **Цель**

Изучить особенности микробной колонизации кишечника у детей с атопическим дерматитом.

### **Материал и методы исследования**

Исследование проводилось на базе Гомельской областной детской клинической больницы (педиатрического отделения № 3), где проводят стационарное лечение детей с атопическим дерматитом в зависимости от формы и степени тяжести аллергического процесса, было проведено ретроспективное изучение и анализ 50 медицинских карт детей за период 2023 года. Медиана возраста составила 9,8 лет. При этом количество мальчиков составило 19 (38,0%), девочек – 31 (62,0%). Согласно рабочей классификации атопического дерматита предложенной Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов, по возрастному периоду (2002 г.) выделено три группы: младенческая (от 1 месяца до 1 года) составила 4 (8,0%) детей, детская (от 2 до 11 лет) составила 28 (56,0%) детей, подростковая (дети старше 12 лет) составила 18 (36,0%) детей.

В процессе исследования для каждой группы детей проводился качественный и количественный анализ первичного посева микробиологического кишечного содержимого. Полученные данные по состоянию микробиоценоза толстого кишечника сравнивались со стандартными нормативами и актами [4].

Статистическая обработка данных производилась на персональном компьютере с помощью лицензионного программного обеспечения Statistica 10.0 и MS Excel. Описательная статистика количественных показателей представлена в виде медианы и квартилей Me (Q25%; Q75%). Достоверность различий оценивалась с помощью критерия Манна – Уитни при пороговом уровне значимости  $p < 0,05$ . Состояние биоценоза оценивали показателем коэффициента постоянства вида микроорганизма (С), определяемым по формуле:

$$C = p \times 100\% / P,$$

где  $p$  – число выборок, содержащих изучаемый вид;

$P$  – общее число выборок.

При  $C \geq 50,0\%$  вид относили к числу постоянных; при  $25,0\% \leq C \leq 50,0\%$  – к добавочным; при  $C < 25,0\%$  – к случайным.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В результате анализа микробиологического состава кишечного содержимого детей с атопическим дерматитом выявлена его общая структура, представленная следующими видами (таблица 1).

Таблица 1 – Результаты бактериологического состава кишечного содержимого у детей с атопическим дерматитом ( $n = 50$ )

Выделенная культура	С
Нормальная кишечная микрофлора	
<i>Escherichia coli</i> (с нормальной активностью)	100,00 %
<i>Escherichia coli</i> (со сниженной активностью)	40,00 %
<i>Enterococcus</i>	100,00 %
<i>Bifidobacillus</i>	100,00 %
<i>Lactobacillus</i>	100,00 %
Условно-патогенная кишечная микрофлора	
<i>Staphylococcus aureus</i>	30,00 %
<i>Enterobacteriaceae</i>	20,00 %
<i>Proteus</i>	4,00 %

## Окончание таблицы 1

Выделенная культура	С
<i>Candida</i>	28,00 %
<i>Clostridium</i>	90,00 %
Патогенная кишечная микрофлора	
<i>Escherichia coli</i> (гемолитические)	14,00 %

В целом, структура кишечной микробиоты разделилась на три группы: штаммы *Escherichia coli* (с нормальной активностью), *Enterococcus*, *Bifidobacillus*, *Lactobacillus*, *Clostridium* выделялись при каждом посеве и относились к числу постоянной микрофлоры ( $p < 0,05$ ); штаммы *Escherichia coli* (со сниженной активностью), *Staphylococcus aureus*, *Candida* выделялись не всегда, но определялись у большого количества детей, относились к добавочной микрофлоре ( $p < 0,05$ ); штаммы *Enterobacteriaceae* и *Proteus* обнаруживались крайне редко, поэтому считаются случайной находкой при посеве ( $p < 0,05$ ).

Количественный состав относительно нормальных значений представлен в таблице 2.

Таблица 2 – Количественный состав кишечной микрофлоры у детей с атопическим дерматитом

Выделенная культура	Норма	↑	↓
Нормальная кишечная микрофлора			
<i>Escherichia coli</i> (с нормальной активностью)	$10^7-10^8$	13 (26%) чел.	8 (16%) чел.
<i>Escherichia coli</i> (со сниженной активностью)	не более $10^6$	14 (28%) чел.	
<i>Bifidobacillus</i>	$10^8$ и выше		9 (18%) чел.
<i>Lactobacillus</i>	$10^6$ и выше		18 (36%) чел.
Условно-патогенная кишечная микрофлора			
<i>Staphylococcus aureus</i>	до $10^3$	6 (12%) чел.	
<i>Enterobacteriaceae</i>	не более $10^5$	8 (16%) чел.	12 (24%) чел.
<i>Candida</i>	до $10^4$		
<i>Clostridium</i>	до $10^5$	12 (24%) чел.	
Патогенная кишечная микрофлора			
<i>Escherichia coli</i> (гемолитические)	не более $10^6$	10 (20%) чел.	

Анализ количественного состава кишечной микрофлоры у детей с атопическим дерматитом выявил дисбактериоз в каждой группе микроорганизмов в зависимости от их патогенности. Увеличение титра наблюдалось среди штаммов условно-патогенной и патогенной микрофлоры. При этом тенденция к уменьшению количества микроорганизмов наблюдается среди штаммов нормальной микрофлоры кишечника.

**Выводы**

Из проведенного исследования следует, что состав кишечной микрофлоры у детей с атопическим дерматитом крайне разнообразен и вариабелен, что позволяет рассматривать его как ключевой этиологический фактор развития аллергических заболеваний и иммунопатологических состояний. Данные, полученные в ходе настоящего анализа, показывают необходимость дальнейшего исследования всей микробной общности кишечника детей с атопическим дерматитом с группировкой пациентов в зависимости от возраста, степени распространенности процесса и тяжести течения заболевания. Результативным может оказаться как исследование пациентов в формате совокупности, так и в формате индивидуального клинического случая.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Роживанова, Т. А. Современные представления о микробиоценозе кожи и кишечника у больных экземой и метаболическим синдромом. / Т. А. Роживанова, И. В. Полеско, М. Ю. Щербакова // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – Т. 2, № 14. – С. 11–16.
2. Kalliomaki, M. Distinct patterns of neonatal gut microflora in infants developing or not developing atopy / M. Kalliomaki, P. Kirjavainen, E. Eerola // J. Allergy Clinical Immunology. – 2016. – № 107. – С. 129–134.
3. Ouwehand, A. C. Differences in Bifidobacterium flora composition in allergic and healthy infants / A. C. Ouwehand, E. Isolauri // Journal of Allergy and Clinical Immunology. – 2018. – № 108. – С. 144–145.
4. Бобровничай, В. И. Дисбактериозы кишечника у детей: причины, диагностика, лечение / В. И. Бобровничай, Л. И. Вязова. – Минск : БГМУ, 2007. – 40 с.

УДК 616-006.81-036.22(476.2)

**И. В. Ковалев, Н. С. Стрельченя, Т. А. Пивоварова**

*Научный руководитель: старший преподаватель Л. А. Порошина*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

*ООО «Медицинский центр “Расаяна”»*

*г. Минск, Республика Беларусь*

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЛАНОМЫ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

### ***Введение***

Меланома кожи – злокачественное новообразование, возникающее из меланоцитов кожи. Уровень заболеваемости растет, особенно среди белого населения. Меланома кожи обычно возникает под воздействием ультрафиолетового излучения естественного солнечного света и загара в помещении [1, 2].

Меланома кожи является болезнью с бурным и непредсказуемым течением, активным лимфогенным и гематогенным распространением, что обуславливает быстрое прогрессирование заболевания и высокую смертность. К биологическим особенностям меланомы можно отнести ее высокий злокачественный потенциал и одновременно низкую чувствительность к лучевой и химиотерапии. На сегодняшний день стойкое излечение от меланомы кожи возможно только на ранних стадиях. Во второй половине минувшего столетия меланома кожи считалась сравнительно редким заболеванием во всем мире. Но в последние десятилетия ситуация заметно меняется. Среднегодовой темп прироста заболеваемости этой опухолью в мире составляет около 5% [3].

### ***Цель***

Провести оценку уровня и динамики заболеваемости меланомой населения Гомельской области.

### ***Материал и методы исследования***

Проведен анализ базы данных информационного ресурса «Белорусский канцер-регистр» по заболеваемости меланомой населения Гомельской области с 2014 по 2023 годы. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2016. Методы исследования – ретроспективный и эмпирический.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

За 10 лет было зарегистрировано 1582 пациентов с меланомой в возрасте от 10 до 85 лет и старше. Среди исследуемых пациентов было 604 мужчин (38%) и 978 женщин (62%). Динамика заболеваемости спустя годы остается неизменной (рисунок 1).