

## **Выводы**

Характерными отличиями псориаза волосистой части головы и себорейного дерматита являются:

### 1. Наследственная предрасположенность.

Наследственная предрасположенность играет роль только в развитии псориаза волосистой части кожи головы в отличие от себорейного дерматита.

### 2. Сезонность.

Сезонная закономерность проявления заболевания характерна как для себорейного дерматита (обычно проявляются острее зимой и мягче – летом), так и для псориаза волосистой части кожи головы (пик – в конце зимы/начале весны и спад – в конце лета/начале осени).

### 3. Локализация патологического процесса.

Псориаз может локализоваться на волосистой части кожи головы, разгибательных поверхностях локтей и коленей, крестце, ягодицах (часто в ягодичной складке) и в области гениталий; на ногтях, коже в области бровей, подмышечных ямках, пупке и периаанальной области. При себорейном дерматите могут поражаться область лица и туловища.

### 4. Клинические проявления.

Интенсивно гиперемизированные бляшки с четкими границами, с серебристым шелушением (без наслоения) на поверхности кожи волосистой части головы наблюдаются при псориазе, незначительное отрубевидное шелушение и нечеткие очаги гиперемии с наслоением желтоватых корок-при себорейном дерматите.

### 5. Дерматоскопический осмотр.

Отличить себорейный дерматит от псориаза волосистой части головы позволяют линейный характер телеангиоэктазий и желтый цвет чешуек.

Дифференциальная диагностика себорейного дерматита и псориаза волосистой части головы клинически сложная и в некоторых случаях даже невозможна. Поэтому все большее применение в диагностике и дифференциальной диагностике данных заболеваний находит дерматоскопия.

## **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Смагина, Н. Н. Дифференциальная диагностика псориазического артрита / Н. Н. Смагина, Л. А. Порошина, Е. А. Ивашкевич // Проблемы здоровья и экологии. – 2016. – № 4. – С. 50–54.
2. Самцов, А. В. Трудности дифференциальной диагностики себорейного дерматита и бляшечного псориаза на примере конкретного больного / А. В. Самцов // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. – Т. 87. – № 5. – С. 98.
3. Сергеев, Ю. Ю. Дерматоскопия в диагностике инфекционных и паразитарных заболеваний кожи / Ю. Ю. Сергеев, В. Ю. Сергеев // Медицинский алфавит. Серия «Дерматология». – 2019. – Т. 2, № 26 (401). – С. 50–53.
4. Панкратов, В. Г. Дерматоскопическая картина некоторых распространенных дерматозов / В. Г. Панкратов, А. А. Ревотюк, О. В. Панкратов // Медицинские новости. – 2011. – № 12. – С. 14–18.

**УДК 615.015.8:579.84]-07-052(476.2-25)**

**М. А. Дведари**

*Научный руководитель: ассистент А. С. Демиденко*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **АНАЛИЗ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ШТАММОВ NEISSERIA GONORRHOЕAE, ВЫДЕЛЕННЫХ У ПАЦИЕНТОВ ГОККВД**

### **Введение**

Гонорея – инфекционное заболевание, вызываемое специфическим возбудителем – гонококком, передающееся преимущественно половым путем и характеризующееся,

в основном, поражением слизистых оболочек мочеполовых органов. Наблюдаются также гонококковые поражения слизистой полости рта и прямой кишки, что выявляется после орогенитальных или гомосексуальных контактов [1].

Гонорея, вызванная *Neisseria gonorrhoeae*, является второй по распространенности бактериальной инфекцией, передающейся половым путем. По оценкам, количество новых случаев инфицирования гонореей среди взрослого населения в 2020 г. в мировом масштабе составило около 82,4 млн.

В последние годы устойчивость гонорее к противомикробным препаратам быстро растет, а вариантов лечения становится все меньше.

### **Цель**

Изучение антибиотикорезистентности культур гонококка, выделенных у пациентов ГОККВД.

### **Материал и методы исследования**

Материал исследования стал анализ чувствительности *Neisseria Gonorrhoeae* к антибиотикам на основе лабораторных данных. Исследование проводилось на базе ГУЗ «Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер». Были проанализированы данные пациентов с 2020 по ноябрь 2023. Обработка и анализ данных проводился с помощью программы Google Таблицы.

### **Результаты исследования и их обсуждения**

Результаты исследования антибиотикорезистентности гонококковой инфекции у пациентов ГОККВД в 2020 году представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Чувствительность к антибиотикам культур *N. gonorrhoeae*, полученных от пациентов в 2020 году

	Азитромицин	Ломефлоксацин	Клиндамицин	Цефтриаксон	Ципрофлоксацин	Доксициклин	Ампициллин
	Количество исследуемых образцов						
	24	3	22	24	4	19	17
S	10	3	13	23	4	8	9
I	3	0	1	1	0	3	0
R	11	0	8	0	0	8	8
	Процентное соотношение						
S	41,67%	100,00%	59,09%	95,83%	100,00%	42,11%	52,94%
I	12,50%	0,00%	4,55%	4,17%	0,00%	15,79%	0,00%
R	45,83%	0,00%	36,36%	0,00%	0,00%	42,11%	47,06%

Низкую чувствительность (R) гонококковая инфекция проявила к действию азитромицина (45,83%), клиндамицина (36,36%), доксициклина (42,11%) и ампициллина (47,06%). Наиболее высокую чувствительность (S) к действию цефтриаксону (95,83%), ломефлоксацину (100 %) и ципрофлоксацину (100%).

Результаты исследования антибиотикорезистентности гонококковой инфекции у пациентов ГОККВД в 2021 году представлены в таблице 2.

Культуры гонококка, выделенных у пациентов, были устойчивы (R) к действию азитромицина (53,06%), клиндамицина (55,10%) и доксициклина (55,10%). Наиболее высокая чувствительность (S) была к цефтриаксону (93,88%), ломефлоксацину (100%) и ципрофлоксацину (82,22%).

Таблица 2 – Чувствительность к антибиотикам культур *N. gonorrhoeae*, полученных от пациентов в 2021 году

	Азитромицин	Ломефлоксацин	Клиндамицин	Цефтриаксон	Ципрофлоксацин	Доксициклин
	Количество исследуемых образцов					
	49	3	49	49	45	49
S	19	3	15	46	37	15
I	4	0	3	3	6	7
R	26	0	27	0	2	27
	Процентное соотношение					
S	38,78%	100,00%	30,61%	93,88%	82,22%	30,61%
I	8,16%	0,00%	6,12%	6,12%	13,33%	14,29%
R	53,06%	0,00%	55,10%	0,00%	4,44%	55,10%

Результаты исследования антибиотикорезистентности гонококковой инфекции у пациентов ГОККВД в 2022 году представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Чувствительность к антибиотикам культур *N. gonorrhoeae*, полученных от пациентов в 2022 году

	Азитромицин	Ломефлоксацин	Клиндамицин	Цефтриаксон	Ципрофлоксацин	Доксициклин	Ампициллин
	Количество исследуемых образцов						
	68	13	60	28	68	69	52
S	31	12	36	27	62	41	14
I	7	1	6	1	2	11	2
R	30	0	18	0	4	17	36
	Процентное соотношение						
S	45,59%	92,31%	60,00%	96,43%	91,18%	59,42%	26,92%
I	10,29%	7,69%	10,00%	3,57%	2,94%	15,94%	3,85%
R	44,12%	0,00%	30,00%	0,00%	5,88%	24,64%	69,23%

Низкую чувствительность (R) гонококковая инфекция проявила к действию азитромицина (44,12%) и ампициллина (69,23%). Наиболее высокую чувствительность (S) к действию цефтриаксону (96,43%), ломефлоксацину (92,31%) и ципрофлоксацину (91,18%).

Результаты исследования антибиотикорезистентности гонококковой инфекции у пациентов ГОККВД в 2023 году представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Чувствительность к антибиотикам культур *N. gonorrhoeae*, полученных от пациентов в 2024 году

	Азитромицин	Ломефлоксацин	Клиндамицин	Цефтриаксон	Ципрофлоксацин	Доксициклин	Ампициллин
	Количество исследуемых образцов						
	66	16	11	52	40	45	16
S	21	15	4	47	28	26	3
I	9	1	3	2	6	4	1
R	36	0	4	3	6	15	12
	Процентное соотношение						
S	31,82 %	93,75 %	36,36 %	90,38 %	70,00 %	57,78 %	18,75 %
I	13,64 %	6,25 %	27,27 %	3,85 %	15,00 %	8,89 %	6,25 %
R	54,55 %	0,00 %	36,36 %	5,77 %	15,00 %	33,33 %	75,00 %

Культуры гонококка, выделенных у пациентов, были устойчивы (R) к действию азитромицина (54,55%), клиндамицина (36,36%), доксициклина (33,33%) и ампициллина (75,00%). Наиболее высокая чувствительность (S) была к цефтриаксону (90,38%), ломефлоксацину (93,75%) и ципрофлоксацину (70,00%).

В настоящий момент препаратом выбора для лечения является цефтриаксон. По данным таблицам за 2020–2023 года уровень резистентности гонококка на протяжении

2020–2022 годов составлял 0%, а на 2023 – 5,77%. Что говорит о появлении резистентности к цефтриаксону.

Отмечается увеличение резистентных штаммов к ципрофлоксацину с 4,44% в 2021 году до 15,00% в 2023 году. Это говорит о том, что использование данного антибиотика нежелательно.

Высокую чувствительность гонококковая инфекция имеет к ломефлоксацину, в 2020 и 2021 годах составляла 100%, в 2022 году – 92,31% (I = 7,69%, R = 0,00%), в 2023 году – 93,75% (I = 6,25%, R = 0,00%).

Исторически первыми высокоэффективными препаратами, применявшимися для лечения гонореи являлись препараты пенициллинового ряда. По данным на 2020 год уровень резистентности гонококка к ампициллину составлял 47,06%, в 2022 году – 69,23%, а в 2023 – 75,00%, что говорит о нецелесообразности применения данного антибиотика.

Уровень устойчивости к тетрациклинам достаточно высок. Так в 2020 году к доксициклину были резистентны 42,11%, в 2021 году составило 55,10%, в 2022 году – 24,64%, а в 2023 году снова наблюдался подъем устойчивости до 33,33%. Поэтому тетрациклиновый ряд не рекомендован для лечения гонококковой инфекции.

Резистентность гонококка ко клиндамицину на высоком уровне, в 2023 году составило 36,36%.

### **Выводы**

Регистрируется резистентность штаммов гонококка ко всем антибиотикам, что подталкивает к рациональному использованию АБ, а также мониторинге резистентности гонококковой инфекции к препаратам.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. *Адаскевич, В. П.* Дерматовенерология: учебное руководство / В. П. Адаскевич. – Витебск: Медицинская литература, 2006. – 473 с.
2. *Бохан, И. В.* Анализ заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, среди различных возрастных групп по г. Гомелю и Гомельской области / И. В. Бохан, А. С. Демиденко, Н. Б. Янко // VII Полесский урологический форум : сб. материалов, Гомель, 8–9 июня 2023 г. / Гомел. гос. мед. ун-т ; редкол. : И. О. Стома, А. С. Князюк, Э. А. Повелица. – Гомель : ГомГМУ, 2023. – С. 12–15.

**УДК 616-003.92-06**

**Д. А. Жукова, Н. А. Лукашевич**

*Научный руководитель: старший преподаватель Н. Б. Янко*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ РУБЦОВЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ**

### **Введение**

Рубец – это вторичный морфологический элемент, вызванный массовым поражением соединительной ткани в месте повреждения. Образуется в результате заживления язв и представляет собой грубоволокнистые соединительнотканые разрастания с разрушением дермы и нередко подлежащих тканей. Развивается на месте ожогов, изъязвлений, глубоких пустул, бугорков, узлов. Они представляют собой дефект заживления после утраты рогового слоя. При этом в области рубца отсутствует рисунок кожного рельефа и придатки кожи.

Свежий рубец вначале красный или гиперпигментированный, затем становится белым. Поверхность рубца может быть неровной или гладкой. Атрофические рубцы рас-