

экземы, определить антибиотикочувствительность данных микроорганизмов.

Материалы и методы исследования

Материалом послужил ретроспективный анализ 20 историй болезней пациентов, страдающих микробной экземой, изучение у них характера микробной флоры в очагах поражения, с определением антибиотикочувствительности. Микробный пейзаж определялся путем посева отделяемого или соскоба из очагов поражения на питательные среды с последующим определением антибиотикочувствительности микроорганизмов.

Результаты исследования

При изучении характера микробной флоры в очагах инфекционной экземы у 20 пациентов при микробиологическом исследовании, в 18 (90 %) случаях был отмечен рост стафилококка, а в 2 (10 %) роста микроорганизмов не было выявлено. Антибиотикочувствительность микроорганизмов представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Показатели антибиотикочувствительности стафилококка, высеянного из очагов микробной экземы

Антибиотик (АБ)	Количество исследований по АБ	Чувствительный	Слабо чувствительный	Устойчивый	Результат, %
Цефалексин	3	3	0	0	100
Гентамицин	11	11	0	0	100
Цефотаксим	7	7	0	0	100
Цефтриаксон	9	8	0	1	88,8
Ципрофлоксацин	7	6	0	1	85,7
Рифампицин	6	5	0	1	83,33
Азитромицин	11	8	0	3	72,72
Клиндамицин	11	7	0	4	63,63
Цефаклор	15	8	0	7	53,33
Офлоксацин	6	3	0	3	50
Ломефлоксацин	5	1	0	4	20
Рокситромицин	6	1	0	5	16,66

Выводы

Наиболее часто в очагах микробной экземы присутствует стафилококк с высокой чувствительностью *in vitro* к цефалексину, гентамицину, цефотаксиму, цефтриаксону. Наименьшая чувствительность определялась к ломефлоксацину и рокситромицину.

ЛИТЕРАТУРА

1. Скрипкин, Ю. К. Кожные и венерические болезни / Ю. К. Скрипкин, В. Н. Мордовцев. — М., 1996. — С. 28–34.
2. Адашкевич, В. П. Кожные и венерические болезни / В. П. Адашкевич, В. М. Козин. — М., 2006. — С. 227–236.

УДК 615.5-001.18/19

ХОЛОДОВОЙ ДЕРМАТИТ

Полын И. В., Зборовский В. Ю.

Научный руководитель: ассистент Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Холодовой дерматит представляет собой воспалительную реакцию кожи в ответ на воздействие холода. Проявляется в виде красных зудящих пятен, поверхность которых склонна к шелушению и образованию трещин, в особенно тяжелых случаях — обширным отекам. Холодовой дерматит локализуется на лице, ушах, шее, руках, коленях или бедрах. Холодовую аллергию начали считать заболеванием относительно недавно. Ее

механизмы отличают от обыкновенных аллергических реакций. Поэтому аллергия на холод относится к группе псевдоаллергий. Присутствует физический фактор — холод, провоцирующий болезненную реакцию организма, которая проявляется различными способами. Возможно появление холодовой крапивницы в виде возникающих на коже зудящих волдырей, холодового ринита (чихание, жидкие выделения из носа, которые появляются на холоде, а в тепле исчезают) и холодового конъюнктивита (слезотечение и жжение на морозе). Известна клиническая форма бронхиальной астмы, при которой приступы провоцирует вдыхание морозного воздуха (холодовая астма) [1].

Цель

Изучить клинические проявления, течение, методы диагностики и лечение холодового дерматита. Определить качество жизни пациентов, страдающих холодовым дерматитом.

Материалы и методы исследования

Анализ научной литературы.

Результаты исследования

В настоящее время к этиологии и патогенезу холодового дерматоза комплексный подход. Ведущими являются три теории его происхождения. Первая связывает возникновение холодового дерматита со спазмом периферических капилляров, который происходит при воздействии холода. В результате нарушается кровоснабжение поверхностных слоев кожи с развитием воспалительной реакции. Согласно второй теории при понижении температуры кожи у некоторых людей происходит соединение белков, входящих в ее клеточные структуры. Образовавшиеся соединения выступают в роли сильного раздражителя, провоцируют продукцию гистамина и других медиаторов воспаления с развитием холодового дерматита. Однако такие белковые соединения являются не стойкими и склонны распадаться при согревании кожи. Третья теория появления холодового дерматита говорит о том, что он связан с недостаточностью жирового покрытия поверхности кожи, из-за чего под действием холода происходит избыточное испарение влаги. Обезвоженные клетки кожи слущиваются, образуются трещины. В пользу этой теории свидетельствует более частое возникновение холодового дерматита у людей с сухой и чувствительной кожей, а также при старении кожи. Отмечено, что повышению чувствительности кожи к холоду могут способствовать нарушения в работе иммунной системы, связанные с заболеваниями ЖКТ (язва желудка, дисбактериоз кишечника) или имеющимися очагами хронической инфекции (хронический тонзиллит, отит, парадантит, пиелонефрит, вагинит и т. д.) [2].

Диагноз холодового дерматита устанавливается при выявлении типичных пятен на коже и четко прослеживаемой связи их появления с воздействием холода. Дополнительно проводится дерматоскопия элементов и измерение pH-кожи [2, 3]. Для исключения патологии ЖКТ и наличия хронических очагов инфекции необходимо дополнительное обследование всех систем организма.

Терапия холодового дерматита, как и профилактика его появления, заключается в основном в защите кожи от воздействия холода. В первую очередь это теплая одежда, перчатки, шапки и шарфы. Защитить кожу помогает нанесение жирного питательного крема на открытые участки кожи за 30–40 минут до выхода из теплого помещения на холод. Пациентам с холодовым дерматитом необходимо также избегать контакта с холодной водой и исключить прием холодных продуктов (напитки, мороженное). Для борьбы с сухостью кожи следует увлажнять воздух в помещениях и применять специальные косметологические средства ежедневного ухода за кожей. В лечении холодового дерматита применяют антигистаминные препараты, витамины (С, А, РР, Е), медикаменты, улучшающие микроциркуляцию и периферическое кровообращение. Важное значение имеет ликвидация инфекционного очага и устранение нарушений в работе органов ЖКТ [2, 3].

Выводы

Холодовой дерматит — псевдоаллергическая реакция, сочетающаяся с крапивницей, холодовым ринитом, конъюнктивитом, а также холодной бронхиальной астмой. Дополнительными методами диагностики являются дерматоскопия и рН-метрия кожи. Основными методами лечения являются профилактика переохлаждения, использование средств ухода за кожей, в виде защитных жирных кремов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Duval, H. Cytologie des inflammations cutanees / H. Duval. — М., 1908.
2. Данилевская, Е. А. Реакция кожи на химические и механические раздражения / Е. А. Данилевская, Л. В. Кисличенко // Рус. вестник дерматологии. — 1927. — № 8.
3. Адашкевич, В. П. Кожные и венерические болезни / В. П. Адашкевич, В. М. Козин. — М., 2006. — С. 218, 378–379.

УДК 616.5-002.828-036.22

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МИКРОСПОРИИ

Полын И. В., Тимашкова В. И.

Научный руководитель: ассистент Л. А. Порошина

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Ведение

По данным ВОЗ, каждый пятый житель планеты страдает грибковыми заболеваниями кожи и ее придатков. В современной дерматологической практике заболеваемость микозами продолжает занимать одно из ведущих мест, не уступая по актуальности ни одному дерматозу. По разным оценкам, на долю микозов приходится от 37 до 42 % от всех болезней кожи [2]. Микроспория является высококонтагиозным заболеванием с поражением кожи, волос, иногда ногтей, вызывается грибами рода *Microsporum*. Микроспория волосистой части головы отмечается почти исключительно у детей. Возбудителями заболевания могут быть как антропофильные (*M. audouinii*, *M. ferrugineum*), так и зоофильные (*M. canis*). Самые главные источники заражения и распространения зоонозной микроспории — животные: кошки и собаки. Но встречается и антропонозная микроспория, обусловленная ржавым микроспорумом, передается только от больного человека к здоровому при контакте с ним или через зараженные предметы [1].

Цель

Исследовать пациентов, страдающих микроспорией. Определить посезонную динамику заболеваемости микроспорией в 2013 г. Оценить сложившуюся эпидемическую ситуацию в Гомельской области.

Материалы и методы исследования

Мы провели ретроспективный анализ 522 амбулаторных карт пациентов, находившихся на диспансерном учете в Гомельском областном кожно-венерологическом диспансере в 2013 г., а также ретроспективный анализ 110 историй болезней пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу микроспории. Оценили эпидемиологическую обстановку по микроспории в Гомельской области, определили сезонное количество заболеваемости микроспорией.

Результаты исследования

Диагноз микроспории выставлялся на основании клинической картины, анамнеза, а также исследования очагов поражения в лучах лампы Вуда (по характерному зеленовато-изумрудному