

цидные свойства во всех исследуемых разведениях, что и подтверждается их активным использованием при обработке слизистых оболочек и кожных покровов. Люголь и эозин показали незначительную эффективность в 1 %, 0,1 % концентрации, однако эозин более эффективен для вида *C. parapsilosis*, чем для *C. albicans*, т. к. проявил свои свойства в 0,01 % концентрации. Было экспериментально доказано, что метиленовый синий и бриллиантовый зеленый являются лучшими антисептическими средствами при кандидозах, а основной фуксин являясь противогрибковым веществом, этих свойств в отношении микроорганизмов 2 видов рода *Candida* не проявил.

Стафилококки обнаруживаются на коже и слизистых оболочках человека, являясь представителями нормальной микрофлоры (*S. saprophiticus*, *S. epidermidis*). Особенно опасным из всех представителей рода *Staphylococcus* является вид *S. aureus*. Стафилококки поражают любые органы и ткани, вызывают сепсис септикопиемию. Для профилактики госпитальных инфекций необходимо соблюдать правила асептики, антисептики, дезинфекции [2]. Метиленовый синий обладает наибольшей антимикробной активностью по отношению к исследуемым штаммам *S. aureus*, однако в отношении *S. saprophiticus* его бактерицидная активность не обнаружена. Это свойство красителя можно использовать не только для терапии ГСИ, вызванных золотистым стафилококком, но и в диагностических целях в качестве элективного фактора при идентификации бактерий внутри рода.

Выводы

Таким образом, нами было установлено, что растворы бриллиантового зеленого обладают бактерицидным действием в отношении Gr^- бактерий рода *Klebsiella*, рода *Pseudomonas* в отличие от ранее известных литературных сведений о том, что данный краситель эффективен только отношении Gr^+ микрофлоры. Экспериментально доказано, что метиленовый синий является лучшим антисептическим средством при кандидозах. Он обладает наибольшей антимикробной активностью по отношению к исследуемым штаммам *S. aureus*. Бриллиантовый зеленый проявил очень высокую бактерицидную активность в отношении всех исследуемых микроорганизмов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мельникова, Г. Н. Проблемы кожных антисептиков: состояние и перспективы / Г. Н. Мельникова // Состояние и перспективы совершенствования научного и практического обеспечения дезинфекционной деятельности в Российской Федерации: материалы Всерос. науч.-практ. конф. — Звенигород, 22–23 сентября 2014 г. — С. 56–60.
2. Атанасова, Ю. В. Микробиологическая эффективность гигиенической обработки рук различными сортами кускового мыла / Ю. В. Атанасова, Е. И. Дегтярева, В. А. Никифорова // Веснік МДУ імя А. А. Куляшова. — 2015. — № 1 (41). — С. 84–91.

УДК 616.5-002-021.3-036.1

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Николаева Е. Д.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Согласно современным представлениям, атопический дерматит (АтД) — это генетически обусловленное, хроническое, рецидивирующее заболевание кожи, клинически проявляющееся первично возникающим зудом, воспалением, лихеноидными папулами (в младенчестве — папуловезикулами) и лихенификацией [1]. В основе патогенеза АтД лежит измененная реактивность организма, обусловленная иммунологическими и не иммунологическими механизмами. Заболевание часто встречается в сочетании с личным или семейным анамнезом аллергического ринита, астмы или поллиноза. Среди этиологических фак-

торов, приводящих к развитию заболевания, указывают на сенсibilизацию к пищевым аллeргенам, особенно в детском возрасте. Сенсibilизация к пыльцевым, бытовым, эпидермальным и бактериальным аллeргенам более характерна в старшем возрасте[2]. При АтД присутствует сочетание нарушений иммунологической реактивности (атопия и иммунодефицит), вегетативно-сосудистых и нейроэндокринных нарушений с наследственной предрасположенностью к заболеванию по аутосомно-доминантному типу. Отягощенность по атопии в семейном анамнезе встречается у 50–70 % больных[3]. Имеется ассоциация между АтД и наличием определенных антигенов гистосовместимости [4].

Заболевание начинается в детском возрасте, имеет хроническое рецидивирующее течение с ухудшением в холодное время года и улучшением летом [5].

Для диагностика АтД используют диагностические критерии. К основным диагностическим критериям АтД относят: зуд кожных покровов, типичная морфология и локализация высыпаний, хроническое рецидивирующее течение с обострениями весной и в осенне-зимнее время года, атопия в анамнезе или наследственная предрасположенность к атопии, начало заболевания в раннем возрасте. Дополнительные диагностические критерии — это ксеродерма или ихтиоз, фолликулный кератоз, хейлит, потемнение кожи глазниц, неспецифический дерматит кистей и стоп, повышенный уровень общего IgE в сыворотке, пищевая непереносимость, склонность к кожным инфекциям, белый дермографизм, зуд при потении, побледнение или эритема лица, непереносимость липидных растворителей и шерсти.

Оценка тяжести АД проводится по шкале SCORAD (таблица 1).

Таблица 1 — Распределение детей по степени тяжести атопического дерматита

Степень тяжести АтД	Оценка по шкале SCORAD (баллы)	Количество детей
Легкая	< 23	8
Среднетяжелая	23–63	15
Тяжелая	> 63	2

Например, если полностью поражена передняя поверхность одной нижней конечности, то балл равен 9, при поражении всей поверхности груди и живота — 18 и т. д. Тотальное поражение кожи встречается нечасто, поэтому при оценке площади поражения необходимо пользоваться правилом «ладони» («девятки»). Для этого врач полностью осматривает кожу пациента и на картинке-графарете наносит контуры зон поражения. Затем каждой зоне дает оценку в баллах и суммирует их: сумма баллов по передней поверхности + сумма баллов по задней поверхности. Общая сумма округляется с точностью до 5 баллов. Общая сумма может составить от 0 баллов (отсутствие кожных поражений) до 96 (для детей до 2-х лет) и 100 баллов (для детей старше 2-х лет и взрослых) при тотальном (максимальном) поражении кожи.

Цель

Изучить течение АтД в настоящее время, оценить сопутствующую патологию у пациентов, страдающих АтД.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезней 22 пациентов (8 — мужского и 14 — женского пола) в возрасте от 6 месяцев до 22 лет, находившихся на стационарном лечении в учреждении «Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер». У данных пациентов исследовали длительность заболевания, начало развития заболевания, оценивалась клиническая форма АтД, распространенность высыпаний, наличие аллергии, изучались сопутствующие заболевания, наследственность.

Результаты исследования и их обсуждение

На стационарном лечении по поводу АД находились пациенты чаще детского и молодого возраста. Большинство из них отмечали, что заболевание впервые возникло в раннем детстве и проявлялось в форме «диатеза», покраснения и сыпи преимущественно в области лица (13 пациентов), у 9 пациентов из анамнеза было выяснено, что высыпания возникло недавно и протекало от 2 месяцев до года. Среди причин, провоцирующих обостре-

ние болезни отмечались: неблагоприятные экологические и климатические факторы, погрешности в питании, нервно-психические перегрузки, рост инфекций и количества аллергических агентов

Из анамнеза было выяснено, что у 7 пациентов отмечалась аллергия (на сладкое (сахар), у 4 — на прием антибиотиков пенициллинового ряда, у 6 — на красители, на цитрусовые и шоколад у 5 пациентов. 10 пациентов не отмечали аллергических реакций на что-либо в анамнезе.

При оценке сопутствующей патологии у 8 пациентов отмечались частые простудные заболевания (у 5 из них ОРВИ стала причиной обострения АД), у 8 пациентов был хронический гайморит. 5 пациентов отмечали, что перенесли перенесенные операции на ЖКТ (операция при паховой грыжи, аппендэктомия).

У 15 пациентов наблюдалась эритематозно-сквамозная форма АД, у 7 пациентов имела место эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией.

Наиболее часто локализация пораженных участков была на коже сгибательных участков конечностей, коже кистей, спины, а так же лице и шее.

Повышенное содержание эозинофилов в крови наблюдалось у 11 пациентов, повышенное содержание лейкоцитов в моче — у 4 пациентов.

Длительность пребывания в стационаре составила от 10 до 20 дней.

Выводы

1. АД чаще страдают пациенты молодого и детского возраста.
2. Аллергические реакции в анамнезе имелись у 54,5 % пациентов, страдающих АД.
3. Пациенты с АД склонны к развитию инфекционных заболеваний.
4. У половины пациентов было повышение содержания эозинофилов в периферической крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Сергеева, Ю. В.* Атопический дерматит / Ю. В. Сергеева. — М.: Медицина для всех, 2003. — 56 с.
2. Аллергия и грибковые болезни / В. В. Кулага [и др.]. — М., 2005. — 254 с.
3. *Адашкевич, В. П.* Кожные и венерические болезни / В. П. Адашкевич, В. М. Козин. — М., 2006. — 742 с.
4. Кожные и венерические болезни / К. Н. Монахов [и др.]. — М., 2005. — 115 с.
5. *Скрипкин, Ю. К.* Кожные и венерические болезни / Ю. К. Скрипкин, В. Н. Мордовцев. — М., 1996. — 245с.

УДК 613.888.15-0537+176

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ О КОНТРАЦЕПЦИИ И РАННЕЙ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ

Николаева К. С., Тавониус А. А.

Научный руководитель: ассистент *В. В. Концевая*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время актуальны вопросы о ранней половой жизни у подростков и молодежи. Раннее начало половой жизни, плохая осведомленность о методах контрацепции и недостаточное их использование увеличивают риск наступления нежелательной беременности и приводят к росту числа искусственных абортов или родов у подростков в условиях их биологической, психологической и социальной незрелости. В последние годы половое созревание происходит значительно раньше. Это еще больше увеличило несоответствие между половой и общей зрелостью.

По результатам международного исследования сексуального здоровья детей школьного возраста, оказалось, что средний возраст сексуального дебюта мальчиков составляет 14 лет.