

**ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА  
И АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ  
С КАПЛЕВИДНЫМ ПСОРИАЗОМ**

*Ксензова А. С.*

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

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

***Введение***

Псориаз — хроническое, рецидивирующее, генетически обусловленное, мультифакторное заболевание с ярко выраженными кожными симптомами, в основе которого лежит генетически обусловленное нарушение кератинизации, вызванное гиперпролиферацией и нарушением дифференцировки кератиноцитов, возникающее под влиянием эндогенных и экзогенных факторов [1, 2].

Патогенез данного дерматоза основан на ускоренном митозе эпидермоцитов с нарушением их дифференцировки, носящий транзиторный характер [3]. Имеется ряд гипотез возникновения псориаза, одна из которых является:

- Инфекционно — иммунологическая (бактериальная и вирусная инфекции способны сенсибилизировать организм через систему Т-супрессоров и оказывать воздействие на базальную мембрану дермы, завершаясь активизацией синтеза циклических нуклеотидов (цАМФ и цГМФ) и приводя к развитию гиперпролиферации клеток эпидермиса) [4].

- Генетическую (псориаз является генодерматозом, при котором генетически детерминированные особенности иммунной системы организма обуславливают состояние предрасположенности к заболеванию, которая может реализоваться в течение всей жизни при воздействии триггерных факторов).

- Обменная (имеются изменения в белковом (диспротеинемия), липидном (гиперхолестеринемия, гиперлипидемия) азотистом метаболизме (гиперурикемия)).

- Нейроэндокринная (наблюдаются функциональные нарушения нервной системы; важными пусковыми механизмами возникновения и обострения псориаза) [4].

В последние годы отмечены рост заболеваемости этим дерматозом, увеличение числа тяжелых, атипичных, инвалидизирующих, резистентных к проводимой терапии форм заболевания.

***Цель***

Изучить частоту и причину возникновения каплевидного псориаза, особенности клинических проявлений данной патологии, роль и инфекционного фактора в развитии каплевидного псориаза.

***Материал и методы исследования***

Исследование проводилось на основании ретроспективного анализа амбулаторных карт пациентов, проходивших лечение в УГОККВД в 2015 г., а также анализы посева биологического материала на флору. Всего было обработано 580 амбулаторных карт пациентов, страдающих псориазом. Среди них у 46 пациентов был каплевидный псориаз. У пациентов с каплевидным псориазом оценивали причину и длительность заболевания, сезонность, локализации сыпи, проводили посев из зева для определения микрофлоры.

***Результаты исследования и их обсуждение***

Был проведен ретроспективный анализ 580 амбулаторных карт пациентов, проходивших лечение на базе УГОККВД г. Гомеля за 2015 г. Из них 46 (7,9 %) был выставлен диагноз каплевидный псориаз. Среди них было 29 (63 %) пациенток женского пола и 17 (37 %) — мужского. Минимальный возраст 5 лет, максимальный 58 лет. В возрасте до 10 лет было 7 (15,2 %) человек, 11–18 лет — 11 (23,9 %) человек, 19–30 лет — 15 (32,6 %) человек, 31–40 лет — 8 (17,4 %) человек, 41–50 лет — 1 (2,2 %) человек, 51–60 лет — 4 (8,7 %) человека. Городскими жителями были 36 пациентов, 10 проживали в сельской местности. Отягощенная наследственность по псориазу была выявлена у 10 (21,7 %) пациентов. Впервые выявленный псориаз был у 18 пациентов. Рецидивирующий характер заболевания имело у

23 человек, причем у всех их отмечался сезонный характер высыпаний, преимущественно в осенне-зимний период.

Среди причин, которые привели к возникновению заболевания пациенты, страдающие каплевидным псориазом в большинстве случаев (70,8 %) отмечали перенесенные накануне инфекционные заболевания. Лишь 7 пациентов не указывали на перенесенную простуду, хотя при анализе данных лабораторных исследований у 3 из них были изменения в общем анализе крови, свидетельствующие о возможной бактериальной инфекции (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенное СОЭ).

Клинически высыпания при каплевидном псориазе у всех пациентов были представлены в виде распространенной симметричной мономорфной сыпи с поражением туловища, как сгибающей, так и разгибающей поверхности конечностей, волосистая часть головы вовлекалась в процесс почти у половины пациентов (45,8 %). Сыпь была представлена в виде лентикулярных эпидермально-дермальных папул розового или красного цвета, округлой формы, с четкими границами на неизменной коже. На поверхности элементов имелось серебристо-белое шелушение. У всех пациентов отмечалась положительная псориазная триада, у 8 был положительный феномен Кебнера. Поражения ногтей не было описано ни в одном случае.

Был взят посев биологический материала из зева для определения микрофлоры у 12 пациентов, страдающих каплевидным псориазом. У 2 из них в посевах отмечался рост стафилококков, стрептококков, Грамм-положительных палочек, в сочетании с дрожжеподобными грибами, у 2 пациентов в посевах определялись палочки и дрожжи, у 5 выросли стафилококки и стрептококки, у 3 пациентов определялась смешанная флора, представленная Грамм положительными и отрицательными палочками, стрептококками и стафилококками. Таким образом, стафилококки встречались в 83,3 % случаев, стрептококки — в 83,3 %, Грамм-отрицательные палочки были выявлены у 66,7 %, грамм-положительные палочки — у 50 %, рост дрожжей определялся в 33,3 % случаев.

#### **Выводы**

1. Каплевидный псориаз составил 7,9 % в общей структуре заболеваемости псориазом.
2. Часто каплевидный псориаз возникает как первичное проявление.
3. Заболевание часто встречается среди детей.
4. Наблюдается сезонность заболевания. Прослеживается заболеваемость в холодный период года.
5. Отмечен высокий уровень обсемененности микрофлорой зева пациентов, страдающих каплевидным псориазом, преимущественно определялась смешанная микрофлора. У трети пациентов определялся рост дрожжеподобных грибов.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Довжанский, С. И. Псориаз или псориазная болезнь / С. И. Довжанский, С. Р. Утц. — Саратов: Изд-во Саратовского университета, 1992. — 272 с.
2. Казанцева, И. А. Апоптоз и его роль в патологии кожи / И. А. Казанцева // Рос. журнал кожных и венерических болезней. — 2000. — № 4. — С. 17–22.
3. Адашкевич, В. П. Кожные и венерические болезни / В. П. Адашкевич, В. М. Козин. — М., 2006. — 277 с.
4. Маринина, Г. Н. Лечение псориаза / Г. Н. Маринина, В. С. Маринин. — Харьков, 2007. — 104 с.

УДК 616-006.66

### **ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА УЧРЕЖДЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» ОБ АСПЕКТАХ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Кудло И. О., Федорович Е. В.*

**Научный руководитель: старший преподаватель И. И. Халямина**

**Учреждение образования**

**«Белорусский государственный медицинский университет»**

**г. Минск, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Рак молочной железы — это одно из наиболее распространенных онкологических заболеваний в мире, от которого умирают женщины.