

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ МИКРОБИОЦЕНОЗА КОЖИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Л.А. Хаертдинова, Э.Н. Мингазова, Н.И. Глушко, Т.Г. Маланичева

Кафедра дерматовенерологии (зав. - проф. Р.З. Закиев), кафедра гигиены и медицины труда с курсом медицинской экологии (зав. - акад. РАМН, проф. Н.Х. Амиров), кафедра педиатрии (зав. - проф. В.В. Сафронов) Казанского государственного медицинского университета, КНИИЭМ (директор - проф. Р.С. Фассахов)

Атопический дерматит (АД) у детей является важной медико-социальной проблемой, значимость которой определяется продолжающимся ростом данной патологии во всех возрастных группах, тенденцией к более тяжелому течению [2-4]. В настоящее время отмечается увеличение частоты хронических форм заболевания с непрерывно-рецидивирующим течением, резистентных к традиционной терапии. Одним из факторов, утяжеляющих АД, является агрессивное распространение бактериальной, грибковой и вирусной флоры. По данным литературы, инфекционные осложнения встречаются у 25-34% детей больных АД [1].

Цель настоящего исследования: изучение структуры микробной колонизации кожи у детей с АД.

Проанализированы результаты микробной и грибковой колонизации кожных покровов у детей, больных АД, с хроническим непрерывно-рецидивирующим течением, в большинстве случаев без эффекта проводимой ранее традиционной терапии. В исследование вошли результаты анализов 198 детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет. Девочек было 51,1%, мальчиков - 48,9%. В возрасте от 6 месяцев до 3 лет было 28,8% детей, от 3 до 7 - 20,2%, от 7 до 12 - 26,3%, от 12 до 15 - 24,7%. Всем детям было проведено культуральное микологическое и бактериологическое обследование кожи. Материал для исследования брали с помощью соскобов кожи и последующим смывом стерильной дистиллированной водой по периметру наиболее свежих кожных поражений. Посев смыва проводили на агаризованную среду Сабуро и МПА в 2 чашки Петри. Продолжительность культивирования составляла не менее 7 суток, а для выявления дерматомицетов - до 12 суток при 30°C. Идентифицировали грибы микроскопическими и биохимическими методами (тесты на трубки прорастания и хламидио-споры, ферментация углеводов) [5]. Бактерии выделяли и идентифицировали общепринятыми методами.

Выделено 7 групп пациентов в зависи-

мости от состава микробной колонизации кожи (см. табл.). Наиболее часто (84,9%) выявлялась стафилококковая колонизация кожных покровов. Были обнаружены *St. aureus* (54,7%), *St. epidermidis* (38,7%), ассоциация *St. aureus* и *St. epidermidis* (6,6%).

Особенностями клиники у детей, являлись торпидность к традиционной противоаллергической терапии, преобладание среднетяжелого течения заболевания (68,7%) и локализованных форм (78,6%), хроническое непрерывно-рецидивирующее течение (86,7%). Изолированная ко-

Результаты микологического и бактериологического исследования кожных покровов у детей (n=198)

Группы больных	Выделенные микроорганизмы	Абсолютное число	Относительная частота, %
1-я	Стафилококк	75	37,9
2-я	Ассоциации стафилококков и грибов	70	35,4
3-я	Ассоциации стафилококков и другой бактериальной флоры	13	6,6
4-я	Ассоциации стафилококков, грибов и нестафилококковой бактериальной флоры	10	5,0
5-я	Грибы	19	9,6
6-я	Ассоциации грибов и нестафилококковой бактериальной флоры	8	4,0
7-я	Нестафилококковая бактериальная флора	3	1,5

лонизация кожных покровов стафилококками в возрасте от 6 месяцев до 3 лет отмечалась достоверно чаще ($p < 0,01$), чем в других возрастных группах (рис. 1). У детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет была младенческая форма атопического дерматита с локальными проявлениями на лице, преимущественно в области щек, с наличием мелкопластинчатого шелушения, микровезикул, эксфолиаций, корок. Процесс у детей более старшего возраста был локализован чаще в области локтевых и подколенных сгибов, крупных складок. У детей от 3 до 12 лет форма заболевания

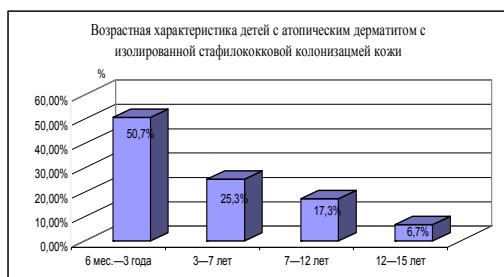


Рис. 1. Возрастная характеристика детей с изолированной стафилококковой колонизацией кожи.

Рис. 2. Возрастная характеристика детей с колонизацией кожи ассоциацией стафилококков и грибов.

характеризовалась папулами, склонными к слиянию и образованию очагов лихенификации, многочисленными эскориациями. У детей старше 12 лет была подростковая форма с поражением локтевых и коленных сгибов, шеи с выраженной лихенификацией в очагах.

Во 2-й группе больных в возрасте старше 7 лет было достоверно ($p < 0,01$) больше, чем детей младших возрастных групп (рис.2). Течение заболевания группы характеризовалось тяжелыми формами (62,4%), распространенным процессом, локализацией на лице, шее, сгибательной поверхности конечностей, области крупных складок; у 24,7% наблюдались поражения ногтевых пластинок.

В 3 и 4-й группах, как и в двух предыдущих, течение заболевания было непрерывно-рецидивирующим и отмечена устойчивость к традиционной противоаллергической терапии. У пациентов 5-й группы были распространенные формы, часто с тяжелым течением, ухудшение кожного процесса после употребления в пищу продуктов, содержащих дрожжи. Изолированная колонизация кожи грибами чаще наблюдалась у школьников: у 36,8% детей от 7 до 12 лет, у 42,1% от 12 до 15 лет. Результаты микологического исследования показали, что у 47,4% детей этой группы высевались дрожжевые грибы, у 31,6% - дерматофиты, у 11,8% -

плесневые грибы и у 10,5% - ассоциации нескольких грибов. Пациенты 6 и 7-й групп имели незначительный удельный вес.

Таким образом, полученные результаты показали, что у детей с хроническим непрерывно-рецидивирующим течением АД, резистентностью к традиционной терапии в 84,9% случаев отмечалась стафилококковая колонизация кожных покровов как в изолированном виде, так и в форме микст-инфекции (стафилококки + грибы и стафилококки + другая бактериальная флора). Изолированная стафилококковая колонизация кожи чаще выявлялась у детей младшего возраста (до 3 лет) и характеризовалась среднетяжелым течением, локализованными формами. У детей школьного возраста чаще наблюдались стафилококки в сочетании с грибами, что утяжеляло течение АД и приводило к увеличению площади поражения. Присоединение стафилококковой инфекции усугубляло течение АД у детей, вызывало устойчивость к традиционной терапии. Проведение бактериологического и микологического обследований кожи у детей с непрерывно-рецидивирующим течением АД и торпидностью к традиционной противоаллергической терапии необходимо для выбора дальнейшей тактики лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атопический дерматит и инфекции кожи у детей: диагностика, лечение и профилактика: пособие для врачей. - М., 2004.
2. Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Атопический дерматит у детей. - М., 1999.
3. Клиническая аллергология: Руководство для врачей./Под ред. акад. РАМН, проф. Р.М.Хайтова - М., 2002.
4. Смирнова Г.И. Аллергодерматозы у детей: руководство для врачей. - М., 1998.
5. Саттон Д., Фотергилл А., Ринальди М. Определитель патогенных и условно-патогенных грибов. - М., 2001.

Поступила 07.04.05.

ANALYSIS OF SKIN MICROBIOCENOSIS IN CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS

L.A. Khaertdinova, N.I. Glushko, T.G. Malanicheva

Summary

Complications of atopic dermatitis by bacterial and fungous infection aggravates the persistence of atopic dermatitis in children causing resistance to traditional therapy. The results of cultural study of skin in 198 children with atopic dermatitis aged from 6 months to 15 years were analyzed. Colonization of skin by staphylococci both in insulated form and in associations with fungi and nonstaphylococcal flora prevailed. Bacteriologic and mycologic examination of skin in children with atopic dermatitis, complicated by secondary infection is necessary and provides differential approach to the treatment.