

А.Г. Шахлевич

СВЯЗЬ СОСТАВА МИКРОБИОЦЕНОЗА КОЖИ ЛИЦА ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ И ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Ж.Г. Шабан

Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

A. G. Shahlevich

CORRELATION BETWEEN THE COMPOSITION OF THE MICROBIOCENOSIS OF THE SKIN OF ACNE PATIENTS AND THE SEVERITY OF THE DISEASE

Tutor: PhD in Medical sciences, Associate Professor J.G. Shaban

Department of Microbiology, Virology, Immunology

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Основные выделенные микроорганизмы – представители *Staphylococcus* и *Streptococcus spp.*, единичные случаи выявления бактерий рода *Enterococcus* и *Klebsiella pneumoniae* в ассоциации со *S. hominis* и *S. epidermidis*. Значительного эффекта удавалось достичь при комбинировании антибиотика против выделенного микроорганизма с метронидазолом, эффективным против облигатных анаэробов, и препаратами, влияющими на лизис кератина (ретиноиды).

Ключевые слова: акне, микробиоценоз лица.

Resume. The main isolated microorganisms are representatives of *Staphylococcus* and *Streptococcus spp.*, single cases of detection of *Enterococcus* and *Klebsiella pneumoniae* bacteria in association with *S. hominis* and *S. epidermidis*. Significant effect was achieved by combining an antibiotic against the isolated microorganism with metronidazole, which is effective against obligate anaerobes, and drugs that affect keratin lysis (retinoids).

Keywords: acne, microbiocenosis of the face.

Актуальность. Проблема угревой болезни одна из самых актуальных в современной дерматологии. Акне встречается у 85 % людей в возрасте от 12 до 25 лет. Встречаемость тяжелых форм составляет 5-14% общей заболеваемости акне. Нередко дерматоз принимает непрерывный характер и сопровождает человека в течение длительного периода его жизни. При этом, страдает как физическое, так и психическое здоровье человека. Однако на современном этапе остается недостаточно изученным ряд важнейших аспектов этиологии и патогенеза угревой болезни. Так до сих пор продолжается дискуссия о роли различных микроорганизмов в развитии акне.

Цель: изучить взаимосвязь состава микрофлоры кожи лица больных угревой болезнью и выявить взаимосвязь с клиническим течением.

Задачи:

1. Изучить состав микробиоценоза кожи лица больных акне.
2. Выявить взаимосвязь с клиническим течением заболевания.
3. Проанализировать долгосрочный эффект терапии.

Материал и методы. В исследовании были задействованы данные архива УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» города Минска. Про-

анализированы истории болезни пациентов с угревой болезнью за 2019 и зиму 2020 г. Всего 43 пациента, из которых БАК исследование было выполнено 36.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты были разделены на группы по степени тяжести заболевания (рисунок 1).

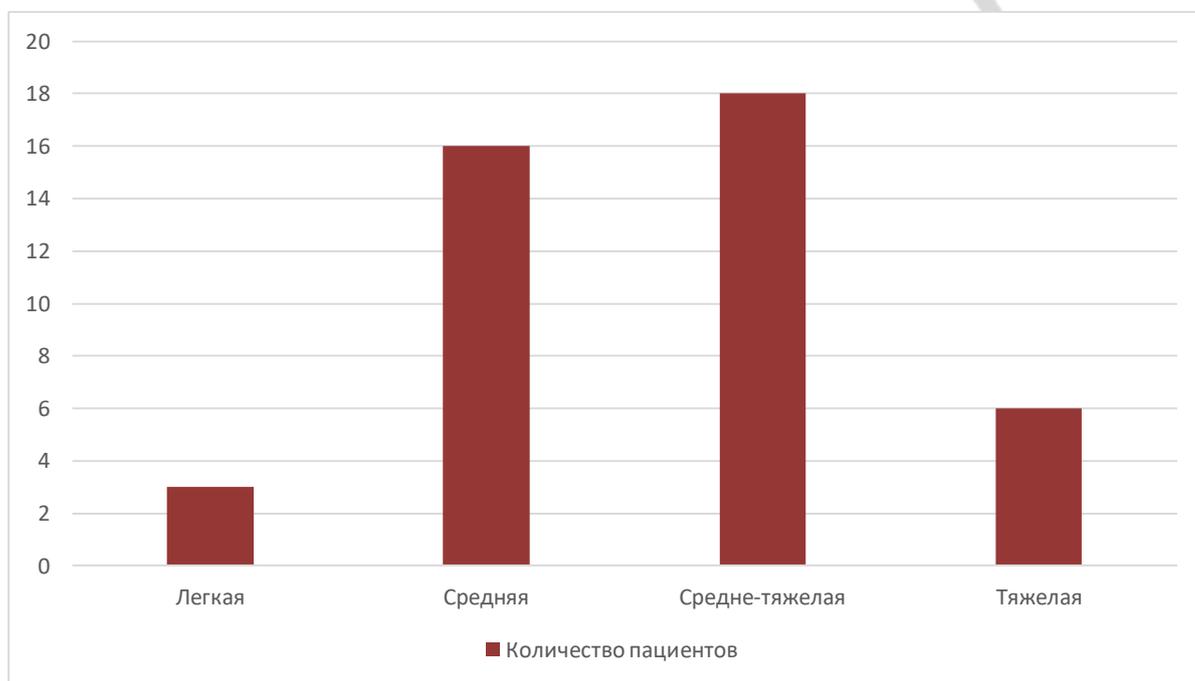


Рис. 1– Распределение по степеням тяжести заболевания

Как видно из диаграммы, в выборке преобладают пациенты со средней и средне-тяжелой степенью тяжести. Поскольку больных с легкой степенью, как правило, лечат амбулаторно, а тяжелая степень редка сама по себе и сочетается с прочими хроническими и дерматологическими заболеваниями (хронические пиодермии, стрептостафилодермии и т.д.). Также были проанализированы данные по составу выделяемых микроорганизмов (рисунок 2).

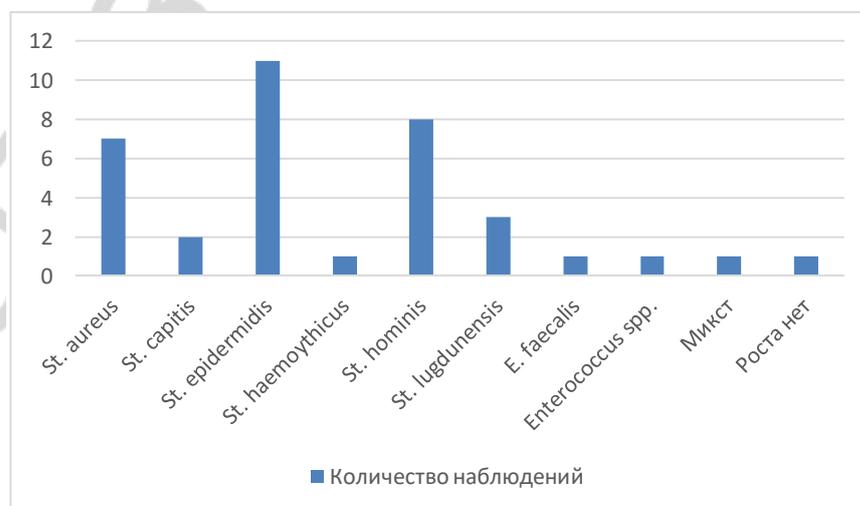


Рис. 2 –Состав выделенных микроорганизмов

Основные выделенные микроорганизмы – представители *Staphylococcus* и *Streptococcus* spp., единичные случаи выявления бактерий рода *Enterococcus* и *Klebsiella pneumoniae* в ассоциации со *S. hominis* и *S. epidermidis*. Облигатных анаэробов не выделяли вовсе. В одном случае роста не было выявлено вовсе, возможно, именно в этом случае можно было бы выделить анаэробов, при должных условиях

В ходе исследования был проведен анализ резистентности выделенных микроорганизмов, к различным антибиотикам. Определение чувствительности к антибиотикам проводили диско–диффузионным методом на агаре Мюллера–Хинтона. Использовались диски для определения чувствительности к антибиотикам: амоксициллину, оксациллину, цефтриаксону, цефокситину, цефепиму, гентамицину, амикацину, доксициклину, азитромицину, цiproфлоксацину, линезолиду, дальфопристин, ванкомицину. Результаты определения антибиотикочувствительности оказались таковыми: пациентам с легкой формой БАК посева не проводились, назначались метаболические препараты и аутогемотерапия, при средней форме в большинстве случаев выделялся *S. epidermidis*.

Наибольшую чувствительность проявлял к оксациллину, цефалексину, гентамицину, ванкомицину, тетрациклину, линезолиду, рифампицину Наименьшую – к амикацину, доксициклину, амоксициллину, цефокситину, эритромицину.

При средне-тяжелой форме в основном выделялись *S. aureus* и *S. hominis*.

S. aureus показал наибольшую чувствительность к оксациллину, цефалексину, цiproфлоксацину, наименьшую к цефепиму, эритромицину, амоксициллину.

В отношении *S. hominis* наиболее эффективными себя показали цефалексин, гентамицин, ванкомицин, рифампицин, цiproфлоксацин, наименее – бензилпенициллин, цефокситин, цефепим, эритромицин, дальфопристин.

У пациентов с тяжелой формой выделялись *S. epidermidis* и *S. hominis*, спектр чувствительности не отличался.

В данной работе была предпринята попытка выявить эффективность проводимого лечения путем обратной связи с пациентами. Поскольку терапия угревой болезни продолжительна и интенсивна. В условиях стационара невозможно завершить лечение пациента до полного разрешения заболевания. Поэтому встает вопрос о эффективности терапии в долгосрочной перспективе и сохранении клинического эффекта.

Все пациенты были разделены на группы (рисунок 3).

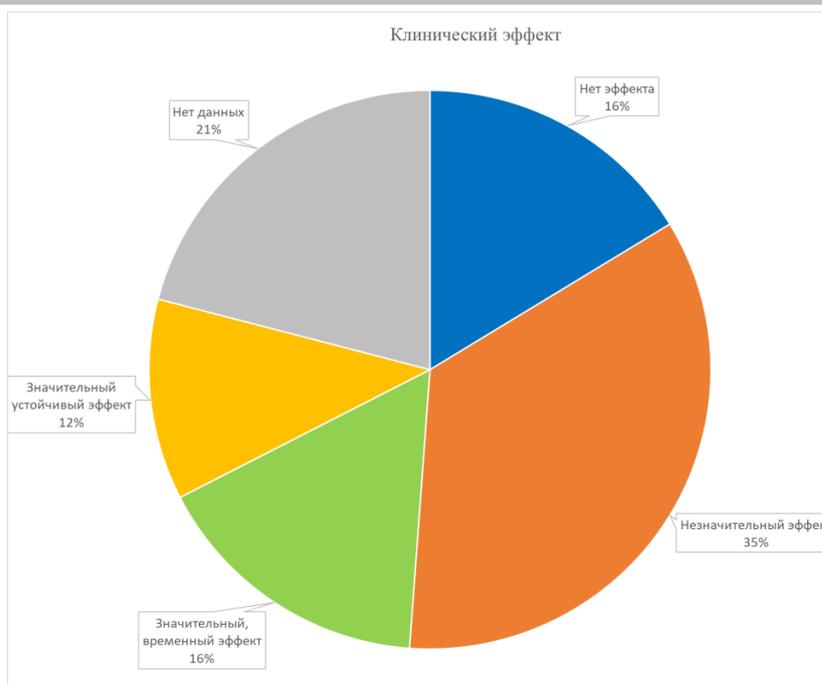


Рис. 3 – Распределение по выраженности долгосрочного клинического эффекта

В этих группах примечательно то, что различались назначения. Стоит отметить, что в группах «Нет эффекта» и «Незначительный эффект» из этиотропной терапии присутствовали антибиотики широкого спектра действия, а именно доксицилин, азитромицин, в единичных случаях гентамицин и цефтриаксон, либо какая-то этиотропная терапия не назначалась вовсе, ограничивались аутогемтрансфузиями, метаболическими препаратами и местной терапией. В группе «Значительный временный эффект» уже назначается метронидазол в комбинациях с антибиотиками против выделенной флоры и роаккутан (таблица 1).

Табл.1. «Значительный временный эффект»

№	Степень тяжести	Микроорганизм	Этиотропная терапия
1	Легкая	Не выделялся	Роаккутан
2	Средняя	<i>S. epidermidis</i>	Роаккутан
3	Средняя	<i>S. hominis</i>	Метронидазол Антистаф. Ig
4	Средне-тяжелая	<i>S. aureus</i>	Метронидазол Ципрофлоксацин
5	Средне-тяжелая	<i>S. epidermidis</i>	Метронидазол Гентамицин
6	Тяжелая	<i>S. lugdunensis</i>	Гентамицин Роаккутан
7	Тяжелая	<i>S. hominis</i>	Метронидазол Роаккутан

Наличие значительного эффекта говорит об определенном отклике на проводимую терапию, однако встает вопрос о приверженности к лечению и коррекции образа жизни.

В группе «Значительный устойчивый эффект» антибиотикотерапия во всех случаях дополняется метронидазолом, роаккутаном или антистафилококковым иммуноглобулином (таблица 2).

Табл. 2. «Значительный устойчивый эффект»

№	Степень тяжести	Микроорганизм	Этиотропная терапия
1	Средне-тяжелая	<i>S. epidermidis</i>	Метронидазол Гентамицин Антистаф. Ig Роаккутан
2	Средне-тяжелая	<i>S. aureus</i>	Метронидазол Роаккутан
3	Средне-тяжелая	<i>S. capitis</i>	Метронидазол Доксициклин Роаккутан
4	Тяжелая	Микст (<i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>S. hominis</i> , <i>S. epidermidis</i>)	Метронидазол Гентамицин Антистаф. Ig Роаккутан
5	Тяжелая	<i>S. epidermidis</i>	Метронидазол Рифампицин Антистаф. Ig

Выводы: необходимо более детальное выяснение роли каждого микроорганизма в патогенезе угревой болезни. Значительная устойчивость к терапии наблюдается в случаях применения монотерапии антибиотиками.

Современный подход недостаточен, поскольку в большинстве случаев не учитывается антибиотикочувствительность выделенной флоры и роль облигатных анаэробов. При этом воздействие исключительно на бактерии рода *Staphylococcus* не дает долгосрочного клинического эффекта! Значительный устойчивый клинический эффект при лечении акне достигается при комплексном подходе: комбинировании противомикробных препаратов против выделенного микроорганизма с метронидазолом, активным в отношении облигатно-анаэробной флоры (*Propionibacterium acne*) и ретиноидами.

Литература

1. Адашкевич В.П. Акне и розацеа / В.П. Адашкевич. СПб.: Ольга, 2000. -132 с.
2. Кириченко, И.М. Современные подходы к терапии инфекционных заболеваний кожи / И.М. Кириченко // Consilium medicum. - 2006.-Дерматология.- С. 12-15.-(приложение).
3. Микробиоценоз акне-элементов у пациентов с угревой болезнью и его изменение под влиянием липосомальных форм антибиотиков / Шиханова Е.Н. Саратов - 2008.
4. Фитцпатрик, Джеймс Е. Секреты дерматологии / Джеймс Е Фитцпатрик, Джон Л. Эллинг. Пер. с англ. М.; СПб.: «Издательство Бином» - «Невский диалект», 1999. С. 164 0 - 172 с.