



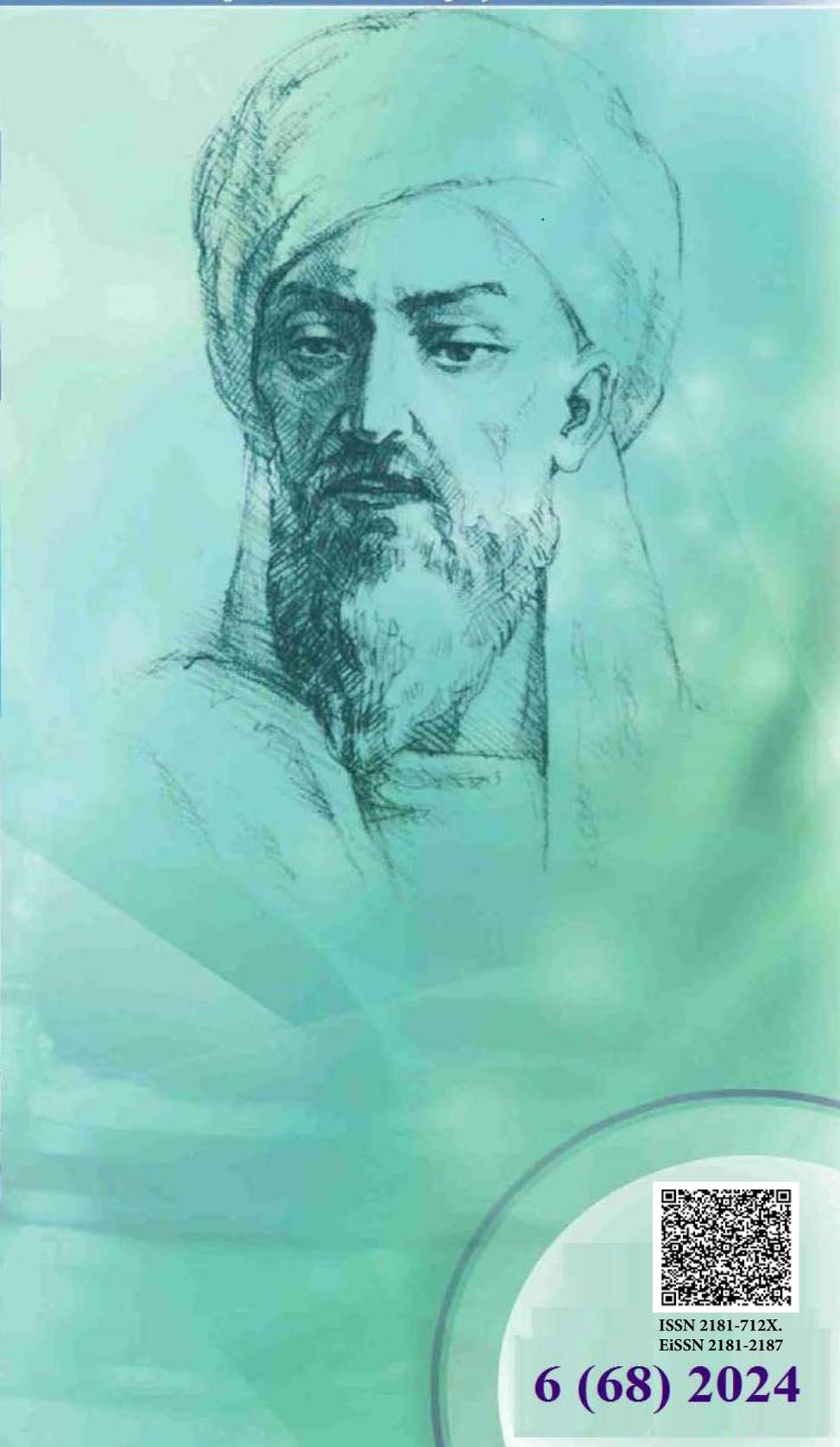
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

6 (68) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

6 (68)

2024

Июнь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2024, Accepted: 10.04.2024, Published: 10.06.2024

УДК 616.5-002.44:616.98-092

РОЛЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ

Обидов С.З. <https://orcid.org/0000-0003-2060-6248>
Мавлянова Ш.З. <https://orcid.org/0000-0003-2256-5283>
Хакимов Д.Р. <https://orcid.org/0009-0003-5855-3580>
Парпиев Б.Р. <https://orcid.org/0009-0000-8782-6902>
Хонхаджаев Ш.Ш. <https://orcid.org/0009-0002-4834-6740>
Садиев Ш.Ф. <https://orcid.org/0009-0007-3571-3835>

Республиканский специализированный научный-практический центр дерматовенерологии косметологии Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби, 3,
тел: 78 1470206, 94 6374043 E-mail: nidiv@mail.ru

✓ Резюме

В статье приводятся клиничко-микробиологические исследования язвенных поражений кожи у 84 пациентов в возрасте от 7 до 70 лет. Среди них лица мужского пола составили - 39 (46,4%) и женского пола – 45 (53,6%) больных. По клинической форме язвенных поражений кожи среди 84 больных с диагнозом трофической язвы составили – 47 (55,9%), язвенно – некротическим васкулитом – 18 (21,4%) и хронической язвенной пиодермией – 19, что составило 22,6% соответственно. Среди патогенной флоры в очагах язвенных поражений отмечали высеваемость *st. Aureus* – 35,7%, *st.epidermidis* – 29,7% (25) и *st.haemolyticus* 29,7% (25). Тогда как с учетом молекулярно-генетических исследования биосубстратов очагов поражения кожи 84 больных с язвенными поражениями кожи показали выявляемость генотипов *staphylococcus spp.* у 36 больных, что составило 42,8% случаев. По учетом генотипов наиболее часто выявлялся MRSA - метициллин резистентный *st. Aureus* – 41,6%. и метициллин чувствительный *St. Aureus* (MSSA) – у 14 (38,8%).

Ключевые слова: Язвенные поражение кожи, трофическая язва, ишемическая язва, язвенная пиодермия, микробиология, стафилакокк, MRSA, MSSA, MRCoNS.

ТЕРИ ЯРАЛИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЛИНИК ВА МИКРОБИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Обидов С.З., Мавлянова Ш.З., Хакимов Д.Р., Парпиев Б. Р., Хонхаджаев Ш.Ш., Садиев Ш.Ф.

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази Ўзбекистон, 100109, Тошкент, Олмазар тумани, Фароби кўчаси, 3,
тел: 78 1470206, 94 6374043 E-mail: nidiv@mail.ru

✓ Резюме

Мақолада 7 ёшдан 70 ёшгача бўлган беморларда тери ярали касалликлари бўйича клиник ва микробиологик тадқиқотлар келтирилган. Уларнинг орасида эркалар 39 (46,4%) ва аёллар 45 (53,6%) ни ташкил этади. Тери ярали касаллиги қўйилган 84 бемор орасида трофик яра клиник шакли 47 (55,9%), ярали некротик васкулит – 18 (21,4%) ва сурункали ярали пиодермия – 19 ни ташкил этди, бу мос равишда 22,6% ни ташкил этди. Ярали касалликлар ўчоқларида *St. Aureus* 35,7% ва *St.epidermidis* 29,7% (25) ва *St.haemolyticus* 29,7% (25) патоген флораларининг ўсиши кузатилган. Шу орада, тери ярали касалликлар билан оғриган 84 беморнинг 36 тасида (42,8%) *Staphylococcus spp.* генотиплари аниқланишини кузатилди. Генотипларни ҳисобга олган ҳолда MRSA – метициллинга чидамли *st. Aureus* – 41,6%, метициллинга сезгир *st. Aureus* (MSSA) 14 (38,8%) энг кўп аниқланган.

Калит сўзлар: терининг ярали касалликлари, трофик яра, ишемик яра, ярали пиодермия, стафилококк, MRSA, MSSA, MRCoNS.

CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL FEATURES OF SKIN ULCERS

Obidov S.Z., Mavlyanova Sh.Z., Xakimov D.R., Parpiev B. R., Khonkhajev SH.SH., Sadiev Sh.F.

Republican Specialized Scientific and Practical Center for Dermatovenereology and Cosmetology
Uzbekistan, 100109, Tashkent, Almazar district, st. Farobi, 3, tel: 78 1470206, 94 6374043

E-mail: nidiv@mail.ru

✓ *Resume*

The article presents clinical and microbiological studies of ulcerative skin lesions in 84 patients aged 7 to 70 years. Among them, males accounted for 39 (46.4%) and females for 45 (53.6%) patients. According to the clinical form of ulcerative skin lesions among 84 patients diagnosed with trophic ulcers were 47 (55.9%), ulcerative necrotic vasculitis – 18 (21.4%) and chronic ulcerative pyoderma – 19, which amounted to 22.6%, respectively. Among the pathogenic flora in the foci of ulcerative lesions, the seeding rate of st. Aureus – 35.7% and St.epidermidis – 29.7% (25) and St.haemolyticus - 29.7% (25) was noted.. Whereas, taking into account molecular genetic studies of biosubstrates of skin lesions, 84 patients with ulcerative skin lesions showed the detectability of staphylococcus spp. genotypes in 36 patients, which amounted to 42.8% of cases. Taking into account the genotypes, MRSA - methicillin resistant St. Aureus – 41.6%. and methicillin sensitive St. Aureus (MSSA) – in 14 (38.8%) was most often detected.

Key words: Ulcerative skin lesions, trophic ulcer, ischemic ulcer, ulcerative pyoderma, microbiology, staphylococcus, MRSA, MSSA, MRCoNS.

Актуальность

Трофические язвы (ТЯ) представляют собой длительно не заживающие дефекты кожи, резистентные к проводимой терапии, возникающие в результате внешних или внутренних причин. [37; с. 61 - 63]. На протяжении многих десятилетий ТЯ находятся в центре пристального внимания клиницистов и специалистов, работающих в различных отраслях фундаментальной медицины [17; с 76-86, 57; с 47-57]. Несмотря на то, что эта проблема сохраняется не один десяток лет, на сегодняшний день в литературе нет единой концепции патогенеза ТЯ. В развитых странах около 1-2% трудоспособного населения страдает этой патологией [32; 36;], среди населения старше 70 лет — может достигать до 5-7% [61;]. ТЯ чаще всего наблюдается в возрастной группе от 30 до 77 лет [20;34;]. Женщины страдают в 2 – 3 раза чаще чем мужчины в соотношении 2 : 1 или 3,5 : 1. ТЯ могут развиваться при артериальной патологии, микроциркуляторных и нейротрофических нарушений, при травмах и нарушениях углеводного обмена [54;].

Язвенные очаги, возникающие на фоне хронических инфильтративно-воспалительных заболеваний кожи, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, имеют более тяжелое, медленно заживающее клиническое течение.

В последнее время проблема язвенных поражение кожи приобретает актуальную проблему в связи с хронизацией, тяжелым течением, резистентностью к базисным методам терапии и снижением качества жизни больных. [3,4,5,6]

Согласно литературным данным, основными триггерными факторами развития трофических язв являются нарушения микроциркуляторного русла сосудистой системы нижних конечностей - 53-86% случаев, эндокринопатия (диабетическая ангиопатия) - 43%, бактериальные инфекции – 27,6%. [1,10].

Изучение клинического течения язвенных поражения кожи на сегодняшний день имеет важное научно-практическое значение, так как в последние годы отмечается рост заболеваемости в молодом-активном возрастах и не уточненными факторами развития. [5,7,10].

Цель исследования: изучение клинического течения язвенных поражения кожи, микробиота кожи и клинических форм заболевания.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 84 больных с язвенными поражениями кожи в возрасте от 7 до 70 лет. Все больные находились на стационарном лечении в клинике РСПМЦДВиК МЗ

РУЗ. Среди них лица мужского пола составили 39 больных, женского пола – 45. У всех больных проводились клинические, микробиологические, молекулярно-генетические исследования. Клиническое течение язвенных поражений кожи изучался с учетом микробиомы кожи и характера кожно-патологического процесса.

Результат и обсуждения

Результаты клинических и гистологических исследований показали, что среди 84 больных с язвенными поражениями кожи у 47 (55,9%) диагностирована трофическая язва, ишемическая язва (язвенно-некротический васкулит) – у 18 (21,4%) и хроническая язвенная пиодермия – у 19 (22,6%). Следует отметить, что основной контингент больных составили жители сельских районов.

С учетом давности заболевания в группе больных ТЯ - 21 (44,6%) составили - до 1 года, 16 (34,2%) – 1-5 лет и более 5 лет – 10 (21,2%). Тогда как в группе больных ЯНВ с давность до 1 года составили 9 (50 %), 1-5 лет - 4 (22,2 %) и более 5 лет - 5 (27,8 %) А в группе больных с ХЯП 7 (36,8 %) составили больные - до 1 года, 6 (31,6%) больные от 1 до 5 лет и также 6 (31,6%) более 5 лет (таблица 1.)

Таблица 1 Характер давности заболевания язвенных поражений кожи с учетом клинической формы (абс, %)

Диагноз	До 1 года	1-5 лет	Более 5 лет
Больные с ТЯ n=47	21 (44,6 %)	16 (34,2 %)	10 (21,2 %)
Больные с ЯНВ n=18	9 (50 %)	4 (22,2 %)	5 (27,8 %)
Больные ХЯП n=19	7 (36,8 %)	6 (31,6%)	6 (31,6%)

Тщательный анализ истории болезни и консультации смежных специалистов позволили выявить провоцирующие факторы развития ЯП у обследованных больных (таблица 2).

Изучение провоцирующих факторов развития заболевания показало, что среди основных факторов развития ЯПК явилось заболеваемость ССС – у 41 (48,8%) больных, эндокринопатия (сахарный диабет) – у 25 (29,7%), травмы - у 12 (14,3%), вследствие ожога – у 2 (2,4%) и у 6 больных отмечали ятрогенный фактор, что составило 7,1% соответственно. Следует отметить, что инфекционный фактор (стафило-стрептококкового характера) наиболее часто отмечали у больных ХЯП – у 6, что составило 31,6% случаев .

Как следует из таблицы, ЯПК наиболее часто располагались на коже нижних конечностей - 88,1% (у 74 из 84), на коже волосистой части головы и лица – у 2 (2,4%) соответственно, на коже туловища и руки – у 4 соответственно, что составило 4,7% случаев.

Тогда как с учетом клинической нозологии в группе больных с ТЯ кожно-патологический процесс в основном располагался на коже ноги (верхней и нижней трети голени) – 100% (47) случаев. В группе больных ЯНВ - также отмечали расположение очага поражения на коже ноги - в области средней и нижней трети поверхности голени – 100% (18). А в группе больных с ХЯП - в 47,4% случаев 9 из 19) – на коже ноги, у 2 – на коже волосистой части головы - 10,5%, на коже лица - у 2 (10, 5%) соответственно. На коже верхней конечности в области предплечья и плеча отмечали у 4 и туловища – у 4 больных, что составило 21,1% случаев соответственно.

Таблица 2 Показатели провоцирующих факторов развития язвенных поражений кожи (абс, %)

Факторы	Больные с ТЯ n=47	Больные ЯНВ n=18	Больные ХЯП n=19	Всего
ССС	27	10	4	41
Эндокринная система (СД)	10	7	8	25
Травмы (механические)	7	2	3	12
Ожог			2	2
Ятрогенный фактор	3	1	2	6
Инфекции	1		6	7
Всего	48	20	25	93

Клиническая картина трофических язв характеризовалась наличием дефекта эпидермиса и дермы различной величины, формы и глубины. Кожно-патологический процесс, характеризовался образованием язвенных очагов, которые располагались на верхней и нижней трети голени, на фоне варикозно расширенных вен. Кожа вокруг очага пигментирована темно-синюшного оттенка и плотной консистенции. Трофические язвы имели овальную или округлую форму с четкими отлогими краями, размером в среднем от 2,5 см до 7,0 см в диаметре, дно язвы было покрыто струпом, отмечалось серозно-гнойное выделение. Следует сказать, что среди 47 больных с трофической язвой у 8 (17%) больных отмечали симптом «бутылочных ног», характеризующийся наличием язвенных поражений в сочетании с извитыми поверхностными венами на голени. Из 47 больных у 9 отсутствовали болезненные ощущения, что составило 19,1% случаев.

Ишемическая язва (Язвенно – некротический васкулит) диагностировалась у 18 больных, что составило в общем количестве пациентов 21,4 %. В возрастном аспекте ишемическая язва наиболее часто диагностировалась в возрасте старше 50 лет, что составило 56,2 %. Тогда в возрасте от 20-30 лет – у 2, 31-40 лет – 2 и 41-50 лет – 3 и старше 50 лет – у 12 пациентов соответственно. Язвенный очаг располагался на коже задней поверхности голени у 3 больных, что характеризовало клинику синдрома Марторелла. Следует отметить, что у 3 больных на одной голени отмечали образование 2 язвенных очагов с глубоким дном. Больных беспокоила сильная болезненность.

Язвенные очаги имели овальную и/или неправильную форму со средним дном и серозно-кровянистой поверхностью. Кожа вокруг язвенного очага отечная, гиперемирована и инфильтрирована.

Больные с диагнозом язвенная пиодермия составили 19, что составило 22,2%. При этом очаги поражения у 1 больных располагались на коже в/ч головы, у 2 больных на коже туловища, у 3 больных - на коже руки в области предплечья и на ногах, у 12 больных на ногах и у одного больного кожно-патологический очаг располагался в области лица.

У всех больных проводились микробиологические – культуральные исследования очагов поражения. По итогам микробиологического исследования было установлено, что условно-патогенные микроорганизмы рода *Staphylococcaceae* и стрептококков высеяны у всех обследованных больных с ЯПК. Причем высеваемость стафилококковой микрофлоры отмечалась при всех клинических формах язвенных поражений кожи.

По итогам микробиологического исследования было установлено, что среди 84 больных язвенными поражениями у всех высеивались грам+ хемоорганотрофные факультативно-анаэробные бактерии из рода *Staphylococcaceae* – *staphylococcus* spp., что составило 100%. У 21 из 84 больных в очагах поражения был высеян *Streptococcus pyogenes*, что составило - 25% и

грамм отрицательные микроорганизмы – *Pseudomonas aeruginosa* - у 7, что составило 8,3% случаев. Анализ видовой идентификации стафилакокковой флоры выявил следующие особенности в каждой нозологической группе (таблица 3.).

Таблица 3 Показатель выявляемости условно-патогенных микроорганизмов с клинической форм ЯПК. (абс)

Группа заболеваний	<i>S. aureus</i>	<i>S. epidermidis</i>	<i>S. saprophyticus</i>	<i>S. Haemolyticus</i>	<i>S. pyrogenus</i>	Синегнойная палочка
ТЯ n=47	14	11	4	10	7	3
ЯНВ n=18	10	4	8	3	2	2
ХЯП n=19	6	10	4	12	2	2
Всего n=84	30	25	16	25	11	7
Здоровые n=43	2 (4,6%)	7 (16,3%)				

Как следует из таблицы, по видовой идентификации среди *staphylococcus spp.* наибольшее количество составляет выявляемость *st. Aureus* – 35,7% (30), *st.epidermidis* – 29,7% (25) и *st.haemolyticus* – 29,7% (25) и *st.saprophyticus* – 19,04% (16) соответственно. Тогда как в группе здоровых лиц среди 43 обследованных у 2 высеян - *st. Aureus* (4,6%), *st.epidermidis* – у 7 (16,3%).

Результаты микробиологических анализов также проанализированы с учетом клинических форм ЯПК. С учетом клинических форм язвенных поражений в группе больных с трофической язвой наиболее часто высеивались патогенные формы - *St. aureus* - 29,7% (14 из 84) и *St. Epidermidis* – 23,4% (11), а также *St. Haemolyticus*- 11,9% (10). В группе больных с ЯНВ наиболее часто высеивался *St. Aureus* – 55,5% (10 из 18), *tS. Saprophyticus* – у 8, что составило 44,4% соответственно. А у больных ЯНВ часто высеивался *S. Naemoliticus* - у 12 (63,2%) и *S. epidermidis* - у 10, что составило 52,6% случаев. А *S. aureus* был выделен у 6 больных с ХЯП, что составило 31,6% случаев.

Следует отметить, что у 6 больных с ТЯ из 84 больных отмечали микст-контаминацию патогенных микроорганизмов: *S. Aureus*+ *S. Saprophyticus*, *S. Aureus*+ *S. Epidermidis* и *S. Saprophyticus*+ *S. Pyrogenus* и др. Такая же тенденция отмечалась у 3 больных с хронической язвенной пиодермией, где высеивался в контаминации *St. Aureus* + *St. Epidermidis*.

Как следует из таблицы, уровень колонизации у обследованных больных имел повышенный характер, что обуславливало нарушения колонизационной резистентности условно-патогенных микроорганизмов рода стафилакокков. Так, в группе больных с ТЯ и ЯНВ степень колонизации *St. Aureus* в среднем составил $69,9 \pm 5,5$ КОЕ/см² и $69 \pm 6,6$ КОЕ/см² соответственно ($P < 0,05$). Патогенная флора *St. Naemoliticus* у больных с ТЯ в среднем составила - $72,1 \pm 7,5$ КОЕ/см², а у больных с ЯНВ - $68,3 \pm 6,6$ КОЕ/см² и в группе больных с ХЯП - $58,4 \pm 2,2$ КОЕ/см². Патогенная флора *St. Saprophyticus* имела повышенную колонизацию в группе больных с ЯНВ и в среднем составила $70,1 \pm 3,2$ КОЕ/см². Факультативная флора *St. Epidermidis* у обследованных больных также имела повышенную колонизацию и в среднем составила $59,5 \pm 5,1$ КОЕ/см² - в группе больных с ТЯ, у больных с ЯНВ - $70,1 \pm 3,2$ КОЕ/см² и у больных с ХЯП – в среднем составила - $51,7 \pm 4,02$ КОЕ/см² соответственно.

Таблица 4 Характеристика степени колонизации условно-патогенных микроорганизмов в очагах поражения у больных с ЯПК. (M±m; КОЕ/ см²)

Группа заболеваний	<i>S. aureus</i>	<i>S. epidermidis</i>	<i>S. saprophyticus</i>	<i>S. Naemoliticus</i>	<i>S. pyrogenus</i>
ТЯ n=47	$69,9 \pm 5,5^*$	$59,5 \pm 5,1^*$	$61,6 \pm 5,2$	$72,1 \pm 7,5$	$56,2 \pm 0,5$
ЯНВ n=18	$69 \pm 6,6^*$	$61 \pm 3,2^*$	$70,1 \pm 3,2$	$68,3 \pm 6,6$	$56,5 \pm 0,5$
ХЯП n=19	$61,6 \pm 2,8^*$	$51,7 \pm 4,02^*$	$59,5 \pm 3,2$	$58,4 \pm 2,2$	$78 \pm 0,02$
Здоровые n=43	$12,1 \pm 0,3$ (КОЕ)	$9,7 \pm 0,6$			

Примечание: *- показатель достоверности по отношению к показателям контрольной здоровой группы ($P < 0,05$)

Следует отметить, что у обследованных больных в очагах поражения также отмечали высеваемость патогенной флоры *St. Pyrogenus* в высоких показателях - $56,2 \pm 0,5$ КОЕ/ см² - у больных с ТЯ, у больных с ЯНВ - $68,3 \pm 6,6$ КОЕ/ см² и у больных с ХЯП - $78 \pm 0,02$ КОЕ/ см² соответственно.

Таким образом, итоги микробиологического исследования показали, что у больных ЯПК отмечается рост патогенной флоры с повышенной колонизацией *St. Aureus* - 35,7% *St. Haemoliticus* S. - 29,7% и *St. Pyrogenus* – 25% соответственно. Полученные данные свидетельствует о нарушении синдрома колонизационной резистентности с превалированием патогенной флоры - *St. Aureus* и *St. Haemoliticus*.

С целью изучения микробиомы кожи очагов поражения нами проводились молекулярно-генетические ПЦР – исследования выделений из очагов поражения, что среди больных у 84 больных с ЯПК показали выявляемость генотипов *staphylococcus spp.* у 36 больных, что составило 42,8% случаев (таблица 5.).

Таблица 5 Показатель выявляемости генотипов *staphylococcus spp.* у больных с язвенными поражениями кожи с учетом клинической формы (абс)

Клинические нозологии	Обследовано	Выявлено	%
Больные с ТЯ n=47	47	18	38,3
Больные с ЯНВ n=18	18	7	38,8
Больные с ХЯП n=19	19	11	57,9

С учетом клинической формы в группе больных с ТЯ среди 47 больных у 18 были выявлены генотипы *staphylococcus spp.*, что составило 38,3% случаев. Тогда как в группе больных с ЯНВ среди 18 больных у 7 (38,8%) был выявлен генотип, а у больных с ХЯП у 11 из 19, что составило 57,9% случаев.

С учетом видовой идентификации 36 генотипов *staphylococcus spp.* у 15 больных был выделен генотип *MRSA* - метициллин резистентный *St. Aureus*, что составило 41,6%, метициллин чувствительный *St. Aureus (MSSA)* – у 14 (38,8%) и метициллин резистентный коагулононегативный *staphylococcus spp. (MRCoNS)* стафилококки, не продуцирующие фермент коагулазу, устойчивые к бета-лактамам антибиотикам – *St.epidermidis*, *St.saprophyticus* выделен у 7 больных, что составило 19,4% случаев соответственно (таблица 6).

Таблица 6 Показатели ПЦР – исследований ДНК - генотипов *staphylococcus spp.* у больных с язвенными поражениями кожи с учетом клинической формы (абс,%)

Больные с ЯПК	MSSA	MRSA	MRCoNS
Больные с ТЯ n = 18	6 (33,3%)	9 (50 %)	3 (16,6%)
Больные с ЯНВ n = 7	2 (28,6%)	5 (71,4 %)	
Больные ХЯП n = 11	6 (54,5%)	1 (9,1 %)	4 (36,4%)
Всего n = 36	14 (38,8%)	15 (41,6 %)	7 (19,4%)

Как следует из таблицы, в группе больных с ТЯ наиболее часто выделяли генотип *MRSA* - метициллин резистентный *st. Aureus* - в 9 случаях, что составило 50%, *MSSA* - к 6 (33,3%) и *MRCoNS* – у 3 из 18 больных, что составило 16,6% случаев. А в группе больных с ЯНВ в основном выделяли *MRSA* – у 5 из 7, что составило 71,4% и у 2 (28,6%) – генотип *MSSA*. В группе больных ХЯП в 54,5% случаях выявляли метициллин чувствительный *st. Aureus (MSSA)* – 54,5% (6 из 11) и *MRCoNS - non aureus* – в 36,4% (у 4 из 11) соответственно.

Клиническое течение язвенных поражений кожи у больных с выявленными генотипами *staphylococcus spp.* характеризовалось упорностью, хронизацией, резистентностью к проводимой антибактериальной и противовоспалительной терапией. У всех больных отмечали частую рецидивность от 7 -11 раз в году, что способствовало снижению качества жизни.

Таким образом, анализ результатов молекулярно-генетических исследований показал, что у больных язвенными поражениями кожи отмечается оппортунистическая инфекция с персистенцией, обусловленная генотипами *staphylococcus spp.* в 42,8% случаях.

В зависимости от клинической формы в группе больных с ТЯ генотипы *staphylococcus* spp. определялись - 38,3%, у больных с ЯНВ - в 38,8%, а у больных с ХЯП - 57,9% случаев соответственно.

С учетом видового характера наиболее часто выделяли генотип *MRSA* - 41,6% , метициллин чувствительный *st. Aureus (MSSA)* – в 38,8% и *MRCoNS* - в 19,4% случаев соответственно.

В зависимости от клинической формы в группе больных с ТЯ наиболее часто выделяли генотип *MRSA* - 50% и *MSSA* - 33,3%, в группе больных с ЯНВ в основном выделяли *MRSA* –71,4%, а в больных ХЯП в 54,5% случаях – *MSSA* – 54,5% и *MRCoNS - non aureus* – в 36,4% соответственно.

Заключение

По итогам микробиологического метода было установлено, что условно-патогенные микроорганизмы рода *Staphylococcaceae* и стрептококков высеяны у всех обследованных больных с ЯПК. По видовой идентификации среди *staphylococcus* spp. наибольшее количество составила выявляемость *St. Aureus* – 35,7%, *St. epidermidis* – 29,7%, *St. haemolyticus* – 29,7% и *St. saprophyticus* – 19,04% соответственно. Тогда как в группе здоровых лиц среди 43 обследованных у 2 высеян - *st. Aureus* (4,6%), *st. epidermidis* – у 7 (16,3%). С учетом клинических форм язвенных поражений в группе больных с трофической язвой наиболее часто высеивались патогенные формы - *St. aureus* - 29,7% (14 из 84) и *St. Epidermidis* – 23,4% (11), а также *St. Haemolyticus*- 11,9% (10). В группе больных с ЯНВ наиболее часто высеивался *St. Aureus* – 55,5% (10 из 18), *St. Saprophyticus* – у 8, что составило 44,4% соответственно. А у больных ЯНВ часто высеивался *St. Haemolyticus* - у 12 (63,2%) и *St. epidermidis* - у 10, что составило 52,6% случаев. А *S. aureus* был выделен у 6 больных с ХЯП, что составило 31,6% случаев. Уровень колонизации у обследованных больных имел повышенный характер в 6,1 раз при соотношении со значениями здоровых лиц, что обуславливало нарушения колонизационной резистентности условно-патогенных микроорганизмов рода стафилококков. Анализ результатов молекулярно-генетических исследований показал, что у больных язвенными поражениями кожи отмечается оппортунистическая инфекция с персистенцией, обусловленная генотипами *staphylococcus* spp. в 42,8% случаях. В зависимости от клинической формы в группе больных с ТЯ генотипы *staphylococcus* spp. определялись - 38,3%, у больных с ЯНВ - в 38,8%, а у больных с ХЯП - 57,9% случаев соответственно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Pascarella L., Schmid G.W., Bergan J. J. Microcirculation And Venous Ulcers: A Review. // *Annals of vascular surgery*. 2005;19:921-927.
2. В.В.Гриценко, П.И.Орловский, А.Ж.Мельцова, В.И.Гавриленков, В.В.Давыденко. Современные аспекты диагностики и лечения трофических язв венозной этиологии Санкт-Петербург 2007.
3. В.М. Козин, Ю.В. Козина, Н.Н. Янковская. Дерматологические болезни и инфекции, передаваемые половым путем / Учебно-Методическое Пособие Витебск, 2016 С. 79-84.
4. Горюнов С.В. Трофические язвы. // *Клиническая Хирургия: Национальное Руководство В 3 Т. Под Ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко.* - М.: Гэотар-Медиа, 2008;1(29):600-619.
5. Дибиров М.Д. Лечение трофических язв при венозной недостаточности у лиц пожилого и старческого возраста. // *Хирургия, №1. Приложение К Журналу Consilium Medicum*. 2008. - С. 59-64.
6. Дубровщик О. И., Довнар И. С., Колешко С. В., Ясюк Л. С., Ясюк А. А. Трофические язвы венозного генеза: современные возможности лечения // *Журнал Гродненского Государственного Медицинского Университета* 2016; 2:107-111.
7. О.В. Жукова, Л.С. Круглова, А.Н. Панина, В.В. Портнов, К.В. Котенко, Т.И. Стрелкович. Комбинированная ультразвуковая терапия и лазерофорез в лечении больных трофическими язвами венозного Генеза // *Вестник Новых Медицинских Технологий* 2014(1).
8. Обидов С.З. Клинико – морфологическая характеристика трофических язв и оптимизация методов терапии / Диссертация Ташкент 2022.
9. Оболенский В.Н., Родоман Г.В., Никитин В.Г., Карев М.А. Трофические язвы нижних конечностей — обзор проблемы. // *Русский Медицинский Журнал*. 2009; 25:1647-63.
10. П.Ю. Туркин, С.В. Родионов, Н.О. Сомов, И.О. Миргатия. Венозные трофические язвы: современное состояние вопроса. // *Москва Лечебное дело* 1. 2018 Ст 41-45
11. Тамразова О.Б. Длительно Не Заживающие Язвы Нижних Конечностей: Патогенетическое обоснование тактики выбора терапии: / Дис..Д-Ра Мед. Наук. М. 2013.

Поступила 20.03.2024