

## ЛІКУВАННЯ ВТОРИННИХ БАКТЕРІАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ ШКІРИ.

Г.Є.Гірник

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»\*

**Ключові слова:** бактеріальні захворювання шкіри, особливості перебігу, принципи терапії, місцеве лікування, фузидієва кислота.

**Актуальність теми.** Причиною гнійничкових захворювань шкіри вважають різні мікроорганізми: стафілококи, стрептококи, пневмококи, кишкова паличка, вульгарний протей, синьогнійна паличка та ряд інших. Ця флора розповсюджена в навколишньому середовищі: повітрі, пилу в приміщеннях, на одязі тощо, але далеко не у всіх випадках інфекційні агенти здатні викликати захворювання. Непошкоджений роговий шар епідермісу є непроникним для мікроорганізмів, адже складається з рогових пластинок, які щільно прилягають одна до одної і мають негативний електричний заряд, що відштовхує бактерії з однойменним зарядом і забезпечує механічний бар'єр для піогенної флори. Життєвий цикл клітин епідермісу передбачає постійне відокремлення рогових лусочок, з якими з поверхні шкіри видаляється велика кількість мікроорганізмів [2]. Кисле середовище на поверхні шкіри (рН 3,5-6,7), зумовлена кератином а також шкірним салом і потом, є несприятливим фоном для розмноження мікроорганізмів. Вільні жирні кислоти, які входять до складу шкірного сала і епідермального ліпідного бар'єру, мають бактерицидні властивості. Найбільш виражену бактерицидну дію мають ненасичені жирні кислоти (лінолева, ліноленова, олеїнова) і при цьому найбільша чутливість до дії вказаних ненасичених жирних кислот спостерігається у стрептококів, дещо менша – у золотистих стафілококів [4]. Клітини Лангерганса в епідермісі, базофіли, тканинні

макрофаги, Т-лімфоцити в дермі володіють імунологічними захисними механізмами. Існує ряд факторів, які сприяють виникненню піодермій. До екзогенних факторів належать: забруднення і велика кількість інфекційних агентів патогенних мікроорганізмів при порушенні санітарно-гігієнічного режиму; порушення цілісності рогового шару епідермісу внаслідок фізичної травми (опік, обмороження, вплив радіації тощо); тривале і нераціональне використання антибактеріальних засобів (зовнішнє застосування і пероральний прийом); прийом глюкокортикоїдів, цитостатиків, імуносупресорів. До ендогенних факторів, які знижують опірність організму, зараховують: хронічні захворювання внутрішніх органів (ендокринопатії: цукровий діабет, синдром Іценко-Кушинга та інші; захворювання шлунково-кишкового тракту, печінки, хронічні інтоксикації, захворювання судин, які є причиною порушення мікроциркуляції); первинна і вторинна недостатність імунокомпетентної системи; вогнища хронічних гнійних інфекцій; захворювання, пов'язані зі зміною кількості і хімічного складу шкірного сала; вікові особливості. Піодермії поділяються на стафілококові (стафілодермії), стрептококові (стрептодермії), змішані і атипові. Бактеріальні захворювання шкіри можуть бути первинними, що виникли на незмінній шкірі, і вторинними, що ускладнюють перебіг різних дерматозів (атопічного дерматиту, хронічної екземи, корости та інших). Також піодермії поділяють на поверхневі і глибокі форми, в залежності від того, чи формуються після розрішення морфологічних

елементів рубці [1]. До стафілококових піодермій традиційно належать остіофолікуліт, фолікуліт, вульгарний сикоз, фурункул, карбункул, гідраденіт, а також стафілодермії дитячого віку (везикулопустульоз, стафілококова міхурниця новонароджених, синдром стафілококової обпеченої шкіри) [1]. Діагностика піодермій переважно не є проблематичною і діагноз встановлюється на основі клінічної картини. При гострих поверхневих формах мікробіологічне дослідження зазвичай не потрібне. Але при часто рецидивуючих формах, при хронічних піодерміях таке дослідження провести необхідно, також слід визначити чутливість мікрофлори до призначених раніше препаратів. При поширених поверхневих і глибоких формах застосовується системна антибактеріальна терапія. В якості препаратів для місцевої терапії поверхневих форм можливе застосування антисептиків в комбінації зі спиртовими розчинами антибіотиків. При виникненні абсцесів, флегмон, фурункулів, карбункулів, гідраденітів можливим є хірургічне лікування [3]. Велика кількість пацієнтів з піодерміями мають обтяжений алергологічний анамнез, і дуже часто призначення антибіотиків призводить до розвитку алергічних реакцій. В таких випадках необхідно застосовувати комбіновані препарати, які містять топічні глюкокортикоїди і антибіотик [2].

#### **Матеріали і методи.**

Під нашим клінічним спостереженням перебувало 35 пацієнтів віком від 18 до 40 років, які знаходилися на стаціонарному чи амбулаторному лікуванні в Івано-Франківському обласному клінічному дерматовенерологічному диспансері. З них у 15 пацієнтів було виставлено діагноз «атопічний дерматит, ускладнений вторинною піодермією», у 12 – короста, ускладнена вторинною піодермією, ще у 8 пацієнтів – алергічний дерматит обличчя, ускладнений піодермією. Спостереження за пацієнтами здійснювалося протягом 14 днів з

початку лікування. Оцінка клінічного стану проводилася до початку лікування, в процесі лікування на 3–4 день і на 14 день відповідно. До схеми лікування пацієнтів було включено препарат фузідерм, основним компонентом якого є фузидієва кислота. Препарат застосовували місцево на уражені ділянки шкіри. Місця ураження вкривали тонким шаром мазі 2-3 рази на добу. Курс лікування складав від 7 до 10 днів. В якості супутньої терапії пацієнти отримували загальне медикаментозне лікування відповідно до встановленого діагнозу: полівітаміни, протизапальні препарати, антигістамінні препарати 2-го покоління, препарати з вмістом поліненасичених жирних кислот, емолієнти, топічні кортикостероїди чи протипаразитарні препарати. Всім хворим рекомендувалося регулювати режим харчування, обмежуючи вживання в їжу продуктів, які містять тваринні жири і білки, вуглеводи і прянощі, а також рекомендовано було збільшення мобільності, рухливості у вигляді лікувальної фізкультури. В процесі лікування не дозволялося застосування інших антибактеріальних препаратів загальної чи місцевої дії. Ефективність препарату оцінювалася на основі динаміки вираженості клінічних проявів піодермії. Оцінка переносимості препарату проводилася на основі суб'єктивних скарг, даних об'єктивного спостереження. Враховувалась частота виникнення, характер і ступінь важкості побічних реакцій.

#### **Результати дослідження.**

На 3-4 добу від початку терапії у 80% пацієнтів не було відмічено нових висипань. У хворих на вторинно інфікований алергічний дерматит обличчя позитивна динаміка спостерігалася вже на 2–3 день лікування, а у хворих з атопічним дерматитом, ускладненим вторинною піодермією – на 6–7 день. При лікуванні корости, ускладненої піодермією, набряк, гіперемія та інфільтрація зменшувалися приблизно на 3–4 день лікування фузідермом. У всіх пацієнтів

переносимість була доброю, повністю патологічний процес розрішався на 7–14 добу. Клінічне видужання зафіксоване у всіх хворих. Фузидієва кислота високоактивна по відношенню до грам позитивних бактерій. При зовнішньому використанні у вигляді крему чи мазі фузидієва кислота легко проникає через здорові і пошкоджені шкірні покриви, при цьому системна адсорбція препарату дуже низька [6]. Фузидієва кислота може накопичуватися в гної, що робить актуальним її застосування при гнійничкових інфекціях.

#### **Висновки.**

.

#### **Список літератури.**

1. Дерматологія, венерологія: Підручник /За ред. В.І.Степаненка. – К.: КІМ, 2012. – 848с.
2. Карпов И.А., Стафилококковая инфекция: клинические аспекты и перспективы терапии / И.А. Карпов, Е.Ф. Качанко // Мед. Новости. – 2005. – №9. – С. 53–56.
3. Кацамба А.Л., Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. – М., 2009. – С.19–24.
4. Масюкова С.А., Гладько В.В., Устинов М.В. Бактериальные инфекции кожи их значение в клинической практике дерматолога //Consilium medicum. –2004.–№3.– С. 183–185.
5. Справочник Видаль. Лекарственные препараты под. ред. Е.А. Лицарева, Е.А. Толмачева. – М., VIDAL, 2012. – 1664с.
6. Russel A.D. Mechanisms of antimicrobial action of antiseptics and disinfectants: an increasingly important area of investigation //J.Antimicrob. Chemother.–2002.–№9 (4).–P.597–599.

### **TREATMENT OF THE SECONDARY BACTERIAL SKIN DISEASES**

G.Yev.Girnyk

Data concerning pathogenesis and development of bacterial skin infections and modern methods of their treatment are presented in the article. Results of Fusiderm ointment using in 35 patients are presented. Under the observation were kept patients with bacteril skin infections for 14 days. Fusiderm ointment was applied on the affected areas 2 times per day until the symptoms disappear usually in 7–14 days. Positive dynamics was in all patients on the 3–4day. Side effects were not observed.

### **ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ КОЖИ.**

Г.Е.Гирник

В статье приведены данные о некоторых аспектах патогенеза и особенностях течения вторичных бактериальных инфекций кожи, а также современных методах терапии данной патологии. Местное лечение проводилось при помощи препарата Фузидерм (мазь,

крем либо гель), с натрием фузидатом или фузидиевой кислотой в составе, и было применено для 35 пациентов. Под нашим наблюдением больные пребывали в течении 14 дней. Препарат применяли местно 2 раза в день на пораженные участки кожи в течении 7–10 дней. Позитивная динамика наблюдалась у всех пациентов уже на 3–4 сутки, полностью же патологический процесс разрешился на 7–14 сутки. Побочных явлений вследствие использования данного средства зафиксировано не было.