

- krovoobrashchenie i mikrotsirkulyatsiya. 2005; 4: 81–3]. (in Russian)
5. Спирина Л.В., Кондакова И.В., Клишо Е.В., Какурина Г.В., Шишкин Д.А. Металлопротеиназы как регуляторы неоангиогенеза в злокачественных новообразованиях. Сибирский онкологический журнал. 2007; 1: 67–71. [Spirina L.V., Kondakova I.V., Klishe E.V., Kakurina G.V., Shishkin D.A. Metalloproteinases as regulators of neoangiogenesis in malignant tumors. Sibirskiy onkologicheskij zhurnal. 2007; 1: 67–71]. (in Russian)
 6. Bergers G., Brekken R., McMahon G., Vu T.H., Itoh T., Tamaki K., et al. Matrix metalloproteinase 9 triggers the angiogenic switch during carcinogenesis. Nat. Cell Biol. 2000; 2(10): 737–44.
 7. Nyberg P., Xie L., Kalluri R. Endogenous inhibitors of angiogenesis. Cancer Res. 2005; 65(10): 3967–79.
 8. Rundhaug J.E. Matrix metalloproteinases and angiogenesis. J. Cell. Mol. Med. 2005; 9(2): 267–85.
 9. Yao J., Xiong S., Klos K., Nguyen N., Grijalva R., Li P., Yu D. Multiple signaling pathways involved in activation of matrix metalloproteinase 9 (MMP-9) by heregulin- β 1 in human breast cancer cells. Oncogene. 2001; 20(56): 8066–74.
 10. Meisser A., Chardonnens D., Campana A., Bischof P. Effects of tumour necrosis factor α , interleukin 1 α , macrophage colony stimulating factor and transforming growth factor β on trophoblastic matrix metalloproteinases. Mol. Hum. Reprod. 1999; 5(3): 252–60.
 11. Ruhul Amin A.R., Senga T., Oo M.L., Thant A.A., Hamaguchi M. Secretion of matrix metalloproteinase-9 by the proinflammatory cytokine, IL-1 β : a role for the dual signalling pathways, Akt and Erk. Genes Cells. 2003; 8(6): 515–23.
 12. Leib S.L., Leppert D., Clements J., Täuber M.G. Matrix metalloproteinases contribute to brain damage in experimental pneumococcal meningitis. Infect. Immun. 2000; 68(2): 615–20.
 13. Leib S.L., Clements J.M., Lindberg R.L., Heimgartner C., Loeffler J.M., Pfister L.A., et al. Inhibition of matrix metalloproteinases and tumor necrosis factor alpha converting enzyme as adjuvant therapy in pneumococcal meningitis. Brain. 2001; 124(Pt 9): 1734–42.

Поступила 05.05.14
Received 05.05.14

© ПЛИЕВА Л.Р., 2015

УДК 616.5-002.3-085

К терапии поверхностных пиодермий

Плиева Л.Р.

Кожно-венерологическое отделение № 2/2 клиники кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова УКБ № 2 ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 119991, г. Москва

Приведена классификация и основные подходы к лечению поверхностных форм пиодермий, в том числе и с применением серебряной соли сульфатиазола. Дано описание препарата Аргосульфан, механизма действия сульфатиазола серебра при гнойничковых поражениях кожи. Показана клиническая эффективность крема Аргосульфан в лечении различных форм поверхностных пиодермий.

Ключевые слова: пиодермии поверхностные; крем Аргосульфан.

Для цитирования: *Российский журнал кожных и венерических болезней. 2015; 18 (1): 37-39*

ON THERAPY OF SURFACE PYODERMA

Plieva L.R.

I.M. Setchenov First Moscow State Medical University, 119991, Moscow, Russian Federation

Classification and basic approaches to therapy of superficial forms of pyoderma, including therapy with sulfathiazole silver salt, are presented. Argosulfan drug is presented and the mechanism of silver sulfathiazole activity towards suppurative lesions of the skin are described. Clinical efficiency of Argosulfan cream in therapy of various forms of surface pyodermas is shown.

Key words: surface pyoderma; Argosulfan cream.

Citation: *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney. 2015; 18 (1): 37-39*

Пиодермии (пиодермиты, гнойничковые болезни кожи, от *греч.* *pyon* – гной, *derma* – кожа) являются наиболее распространенными кожными заболеваниями среди пациентов всех возрастов и составляют обширную группу различных по клиническим формам, течению и прогнозу дерматозов, в основе которых лежит гнойное воспаление кожи, ее придатков и подкожной жировой клетчатки [1, 2].

Пиодермии занимают лидирующие позиции в структуре заболеваний дерматовенерологического профиля, на их долю приходится до 30–40% от всех кожных болезней. Пиодермии считаются междисциплинарной проблемой, так как они встречаются в практике хирургов, терапевтов, педиатров, инфекционистов и гинекологов.

Сведения об авторе:

Плиева Луна Ростиславовна, канд. мед. наук (doctorlina@list.ru)

Corresponding author:

Plieva Lina, MD, PhD (doctorlina@list.ru).

Пиодермия часто осложняет зудящие кожные заболевания (так называемая вторичная пиодермия), особенно чесотку, экзему, нейродермит, атопический дерматит. Нередко вторичная пиодермия наблюдается при пузырьчатке, опоясывающем герпесе, микозах, язвенно-некротическом ангиите [3].

Возникновение нагноения кожи под влиянием стафилококков и стрептококков объясняется воздействием различных продуктов метаболизма, выделяемых пиогенными кокками в процессе их жизнедеятельности (экзотоксин, энтеротоксины, ферменты и др.). На коже здорового человека постоянно находится множество микроорганизмов, количество которых зависит от возраста человека, состояния потовых и сальных желез, условий труда и быта, соблюдения правил гигиены кожи иммунологической реактивности организма.

В большинстве случаев причиной возникновения пиодермии является не внесение извне в кожу патогенных микроорганизмов, а превращение сапрофитировавших на коже данного человека пиококков в патогенные под влиянием тех или других предрас-



Рис. 1 Больная К. Сухая стрептодермия.
а – до лечения; б – через 7 дней применения крема Аргосульфан.



Рис. 2. Больная М. Атопический дерматит, осложненный вторичной пиодермией.
а – до лечения; б – через 7 дней применения крема Аргосульфан.

полагающих факторов, понижающих нормальное сопротивление организма по отношению к стафилококкам и стрептококкам. Таким образом, подавляющее большинство гнойничковых поражений кожи неконтагиозны [3].

Существенную роль в снижении защитной функции кожи играют факторы внешней среды (различные травмы кожи, в частности микротравмы), длительные охлаждения и перегревание организма, нарушения витаминного баланса. Развитию глубоких, хронических, рецидивирующих разновидностей пиококкового процесса чаще способствуют нарушения в макроорганизме, прежде всего хронические заболевания внутренних органов: сахарный диабет, болезни пищеварительного тракта, печени, крови, тяжелые заболевания, приводящие к истощению, нарушения центральной нервной системы (ЦНС) и себорейное состояние кожи. Последнее, вследствие увеличения количества кожного сала и изменения его химического состава, способствует снижению стерилизационных свойств кожи и активации гноеродных кокков [1].

Одной из причин, приводящих к развитию хронических пиодермий, является длительное применение кортикостероидных гормонов по поводу различных заболеваний [3].

Нередко у больных пиодермиями выявляют очаги фокальной хронической инфекции, вызывающие специфическую сенсibilизацию, которая в комплексе с аутоиммунными процессами значительно осложняет течение заболевания.

В отечественной дерматологии общепризнанной является классификация пиодермий, предложенная J. Jadasson (1949) в модификации А.А. Каламкаряна (1954) и С.Т. Павлова (1957) согласно которой пиодермии в зависимости от возбудителя традиционно разделяют по этиологическому принципу – стафилодермии и стрептодермии, а также смешанные – стрептостафилодермии [1, 3]. По глубине поражения выделяют поверхностные и глубокие [1, 2].

Стафилодермии в основном вызываются грамположительным золотистым стафилококком (*Staphylococcus aureus*). Обитая преимущественно в устьях волосяных фолликулов, стафилококки обуславливают формирование фолликулярных пустул, которые, как правило, имеют коническую форму. Стрептодермии в основном вызываются β -гемолитическим стрептококком и характеризуются поверхностным поражением гладкой кожи, складок, в том числе крупных (подмышечных, субмаммарных, паховых), а также склонностью к периферическому росту

очагов поражения. Придатки кожи (фолликулы волос, потовые железы) в этом случае не поражаются. Первичным морфологическим элементом при стрептодермиях является нефолликулярная пустула-фликтена, представляющая собой плоский пузырь диаметром 0,5–0,8 мм с вялой покрывкой, гнойным содержимым и воспалительным венчиком по периферии. Во многих случаях наблюдается совместное действие этих двух возбудителей с формированием поражений типа вульгарного импетиго или хронической язвенной пиодермии.

В практической деятельности врачи-дерматологи часто наблюдают такие разновидности поверхностных пиодермий как фолликулит, остиофолликулит, вульгарный сикоз, стрептококковое и вульгарное импетиго, сухая стрептодермия, рожистое воспаление.

Алгоритм обследования больных пиодермией включает в себя: общий клинический и биохимический анализ крови с расширенным изучением углеводного обмена, общий анализ мочи, исследование иммунологического статуса (по необходимости), микробиологическое выделение и идентификация микробной флоры кожи с определением чувствительности к антибактериальным препаратам [2].

Лечение поверхностных форм пиодермий, как правило, ограничивается использованием топических антисептиков (за исключением распространенных форм поверхностных пиодермий, когда необходимо назначение системных антибактериальных препаратов), анилиновых красителей и антибактериальных препаратов наружного действия [4, 5].

Режим больного пиодермией в первую очередь предполагает рациональный уход за кожей в очаге поражения, так и вне его.

При локализованных формах заболевания не рекомендуется мыть лишь кожу в очаге поражения и вблизи него, а при диссеминированном процессе мытье запрещается вообще. Волосы в области расположения пиодермических элементов необходимо состричь (не брить!). Непораженную кожу обрабатывают, особенно тщательно в окружности очага поражения дезинфицирующими растворами (1–2% спиртовой раствор салициловой кислоты, 0,1% водный раствор перманганата калия и др.). С целью предотвращения распространения инфекции ногти должны быть коротко острижены, дважды в день их обрабатывают 2% спиртовым раствором йода.

Для местного лечения поверхностных форм пиодермий используют спиртовые растворы (салициловой кислоты, камфоры), анилиновые красители (фуорцин, 1% бриллиантовый зеленый, 0,1% калия перманганат), топические антисептические и антимикробные препараты. При необходимости, принимая асептические меры, вскрывают покрывку фликтен и пустул с последующим промыванием 3% раствором перекиси водорода и смазыванием дезинфицирующими растворами (0,1% раствором фурацилина, 5% спиртовым раствором йода). В качестве антисептических средств широко применяют хлоргексидин (0,5% спиртовой или 1% водный раствор хлоргексидина биглюконата), диоксидин, хлорфиллипт, микроцид, цитеал, бетадин и др. На распространенные множественные очаги наносят мази, содержащие антибиотики и сульфаниламиды: 2% мазь/крем фузидовой кислоты, 2% мазь мупицина, мазь сульфадиазина серебра, мазь бацитрацина-неомицина, левомеколь, 4% мазь гелиомицина, 2% мазь линкомицина, 0,1% мазь гентамицина. Курс лечения составляет 7–14 дней.

Топические комбинированные глюкокортикостероидные препараты с противовоспалительным и анти-

бактериальным действием назначают при вторичной пиодермии основных дерматозов (атопического дерматита, чесотки, экземы и др.): фуцикорт, полькортолон ТС, гиоксизон, лоринден С, целестодерм с гариацином, травокорт и др. [1, 3].

При лечении поверхностных форм пиодермий мы применяли 2% крем Аргосульфан в тубике 40 г. Действующее начало – сульфатиазол серебра, обладающий мощным антибактериальным эффектом на грамотрицательные и грамположительные микроорганизмы и намного превосходящий аналогичное действие одних сульфаниламидов. Ионы серебра, содержащиеся в креме, ослабляют сенсibiliзирующие свойства сульфаниламидов, а благодаря связыванию с РНК микробных клеток они обладают и бактериостатическим действием. Сульфатиазол серебра обладает слабой растворимостью и всасываемостью с раневой поверхности, что позволяет длительно поддерживать постоянную концентрацию препарата в очаге воспаления. Гидрофильная основа крема, имеющая оптимальное значение pH и содержащая большое количество воды, обеспечивает местное анальгезирующее действие и увлажнение раны, способствуя репарации тканей. Препарат наносят на очаги поражения 2–3 раза в день.

Под нашим наблюдением находились 12 пациентов (8 женщин и 4 мужчин), средний возраст $24,3 \pm 3,7$ года с различными формами поверхностных пиодермий: 2 больных фолликулитом, 4 – остиофолликулитом, 2 – сухой стрептодермией и 4 больных – вульгарным импетиго.

В лечении пациентов в качестве основного лекарственного препарата применили крем Аргосульфан. В течение 5–7 дней у всех больных отмечено значительное улучшение в виде выраженного уменьшения воспалительных явлений, отторжения корок и купирования субъективных ощущений, а к 14-му дню применения крема Аргосульфан – полное клиническое излечение (рис. 1, 2). При этом в процессе лечения больные не отмечали никаких побочных эффектов от проводимой местной терапии.

Таким образом, серебряная соль сульфатиазола в виде 2% крема Аргосульфан является препаратом выбора, эффективным и безопасным в терапии поверхностных форм пиодермий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов О.Л., ред. *Кожные и венерические болезни*. М.: Медицина; 2006: 83–97.
2. Кубанова А.А., ред. *Дерматовенерология. Клинические рекомендации*. М.: Российское общество дерматовенерологов; 2010: 102–25.
3. Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С., Иванов О.Л., ред. *Дерматовенерология. Национальное руководство*. М.: Гэотар-Медиа; 2014: 319–56.
4. Машкиллейсон Л.Н. *Инфекционные и паразитарные болезни кожи*. М.: Медгиз; 1963: 5–29.
5. Олисова О.Ю., Плиева Л.Р. *Терапия пиодермий*. *Русский медицинский журнал*. 2014; 8: 610–2.

Поступила 12.11.14

REFERENCES

1. Ivanov O.L., ed. *Skin and venereal diseases*. Moscow: Medicine; 2006: 83–97. (in Russian)
2. Kubanova A.A., ed. *Dermatovenereology. Clinical recommendations*. Moscow: Russian Society of Dermatovenereologists; 2010: 102–25. (in Russian)
3. Skripkin Yu.K., Butov Yu.S., Ivanov O. L., eds. *Dermatovenereology. National management*. Moscow: GEOTAR-media; 2014: 319–56. (in Russian)
4. Mashkilleyson L.N. *Infectious and parasitic diseases of skin*. Moscow: Medgiz; 1963: 5–29. (in Russian)
5. Olisova O. Yu., Pliyeva L.R. *Therapy of piodermya*. *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2014; 8: 610–2. (in Russian)

Received 12.11.14