

А.Г.ПАШИНЯН, д.м.н., профессор, РГМУ, Москва

Лечение пиодермитов

У ПАЦИЕНТОВ С ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ КОЖЕЙ

Пиодермиты — гнойничковые заболевания кожи, которые составляют большую группу различных по клиническим формам, течению и прогнозу дерматозов, вызываемых гноеродными кокками — стафилококками, стрептококками, другими микроорганизмами (вульгарным протеем, синегнойной палочкой, выступающими обычно в ассоциации со стафилококками и стрептококками).

Гнойничковые заболевания могут быть первичными, т.е. возникать на здоровой коже, и вторичными, как осложнение других кожных заболеваний (чесотки, трофических язв, травматических поражений кожи).

При исследовании нормальной микрофлоры кожи и слизистых оболочек здоровых людей установлено носительство разнообразных микроорганизмов: стафилококков, стрептококков, дифтереридов, почвенных и грамположительных палочек, кишечной палочки, плесневых грибов и др. Обсемененность микроорганизмами (в т.ч. стафилококками и стрептококками) зависит от возраста, индивидуальных особенностей кожных покровов, условий жизни человека и др. [1].

Доказано, что почти всегда стафилококки находятся на коже здоровых людей (чаще всего в устьях волосяных мешочков и в протоках сальных желез), однако лишь в 10% случаев обнаруженные штаммы являются патогенными.

ми, тогда как среди болеющих или переболевших стафилодермией этот процент резко возрастает.

Частота выявления стафилококков, по данным разных авторов, составляет 90—100% от числа обследованных. При этом больше всего обсеменена кожа складок, подногтевые пространства, слизистые оболочки носа и зева, что может служить источником эндогенного инфицирования.

Частота встречаемости стрептококков на коже здоровых людей значительно ниже (до 6—10%). Локализуются они преимущественно в области кожных складок.

Для возникновения той или иной формы пиодермии имеют значение не только патогенность и вирулентность штаммов кокков, но и разнообраз-

ные экзогенные и эндогенные предрасполагающие причины. К эндогенным факторам относятся нарушение углеводного обмена, недостаточная активность гипофизарно-надпочечниковой системы и щитовидной железы, вегетативные неврозы, дефицит полноценных белков, гиповитаминозы, болезни ЖКТ, наследственные факторы, ослабление иммунных механизмов защиты.

Пиодермиты классифицируются:

- в зависимости от этиологического фактора: стафилококковые, стрептококковые, смешанные;
- от глубины поражения: поверхностные и глубокие;
- по характеру течения: острые и хронические.

При стафилококковых пиодермитах процесс развивается преимущественно в области волосяных фолликулов, в сальных и потовых железах. Гнойнички имеют коническую или полушаровидную форму, стенки их толстые, напряженные, гной густой желто-зеленый, в центре гнойничка часто имеется пушковый волос.

При стрептококковых пиодермитах сально-волосяные фолликулы и потовые железы в процесс не вовлекаются. Поражение носит преимущественно поверхностный характер, гнойнички плоской формы, стенки их тонкие, дряблые, экссудат серозно-гнойный. Высыпные элементы имеют склонность к периферическому росту.

Поверхностные пиодермиты находятся в пределах эпидермиса и оставляют после себя временную пигментацию.

Глубокие пиодермиты захватывают дерму и нередко подкожную клетчатку, оставляя после себя рубцы или рубцовую атрофию.

Различают следующие стафилококковые пиодермиты: остеофолликулит, глубокий фолликулит, фурункул, карбункул, гидраденит, ботриомикрома, или пиогенная гранулема.

Остеофолликулит — пустула размером 2—3 мм, расположенная в центре волосяного фолликула и

■ **Стафилококки входят в состав нормальной микрофлоры кожи, и лишь в 10% случаев обнаруженные штаммы являются патогенными.**

окруженная островоспалительным гипермировичным венчиком. Через несколько дней гнойничок подсыхает, покрывается корочкой, воспаление вокруг стихает и процесс заканчивается, не оставляя рубцов.

Глубокий фолликулит — острое гнойное воспаление фолликула волоса. Возникает ограниченный воспалительный инфильтрат в виде узла ярко-красного цвета, болезненного при пальпации. На 2—3 день пустула вскрывается с выделением гноя и образованием эрозии или ссыхается в корочку. После заживления остается пигментация или же — при гнойном расплавлении инфильтрата и выделении гноя — формируется язвочка с исходом в точечный рубец.

Фурункул — острое гнойно-некротическое поражение фолликула, сальной железы и окружающей подкожно-жировой клетчатки. Появляются отек, краснота, боль, размягчение инфильтрата. Постепенно очаг приобретает конусовидную форму, на вершине которой начинает формироваться гнойная полость. Через несколько дней происходит отторжение гнойно-некротического стержня и постепенное заживление оставшейся глубокой язвы с образованием рубца.

Карбункул — конгломерат фурункулов, объединенных общим инфильтратом. В этом случае кожа приобретает сине-багровую окраску с инфильтрацией, характерны резкие болезненные явления, реакция со стороны лимфатической системы и организма в целом.

Гидраденит — гнойное воспаление апокринной потовой железы. Локализуется в подмышечных впадинах, вокруг сосков, пупка, половых органов и заднего прохода. Дети до полового созревания и старики не болеют гидраденитом, т.к. у них апокриновые потовые железы не функционируют.

Ботриомикрома, или пиогенная гранулема — одиночное быстрорастущее опухолевидное образование на ножке размером от горошины до лесного ореха с гладкой или крупнозернистой поверхностью и большим количеством сосудов. Легко травмируется, кровоточит, покрывается корочками. Развивается на месте травмы или инфицированных, плохо заживающих ран. Злокачественного перерождения не отмечено.

К пиодермитам, вызванным стрептококками, относятся: импетиго, простой (сухой) белый лишай, эктима, поверхностный панариций.

Стрептококковое импетиго чаще возникает на открытых участках тела (лице) или в местах трения одежды. На коже появляются поверхностные пузырьки (фликтены) с прозрачным содержимым на гипермировичном фоне. В течение нескольких дней содержимое мутнеет, ссыхается в корочку, после отпадения которой сохраняется пигментация.

Заеда — импетиго в углах рта. Кожа становится отечной, в глубине складки видна болезненная щелевидная эрозия с белесоватым венчиком отслаивающегося эпителия. Заболевание склонно к хроническому рецидивирующему течению.

Простой (сухой) белый лишай — возникает у детей и у взрослых с чувствительной кожей на открытых участках (лицо, руки, реже поражаются закрытые одеждой области кожи). На пораженных покровах появляются пятна округлой формы розоватого цвета, покрытые белесоватыми тонкими чешуйками. После излечения временно остается депигментированное пятно.

Поверхностный панариций — околоногтевая фликтена с мутным содержимым, имеет склонность к периферическому росту. Возникает при заусеницах, обкусывании ногтей, непрофессионально сделанном маникюре.

В *таблице* представлены основные группы средств для лечения различных форм пиодермий.

При сочетании вторичной пиогенной инфекции, вызываемой чаще коагулазонегативными *Staphylococcus epidermidis*, в т.ч. полирезистентными к антибиотикам, с *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) у пациентов возникают угри.

Кожа человека — комплекс андрогенчувствительных структур (сальных и потовых желез, волосяных фолликулов). На фоне гиперактивной работы половых желез в пубертатном периоде появляются первые клинические признаки угревой болезни.

Угревая болезнь — хроническое полиэтиологическое рецидивирующее заболевание волосяных фолликулов и сальных желез [2]. Несмотря на имеющиеся эффективные средства лечения акне, данное заболевание поражает до 95% пациентов в возрасте до 25 лет и более 50% — старше 25 лет [3].

Некоторые формы болезни могут протекать годами и приводить к косметическим дефектам: формированию атрофических рубцов, гипо- или гиперпигментаций открытых участков кожи, а также оказывать неблагоприятное влияние на психосоциальное развитие, вызывая эмоциональные нарушения.

Начальные морфологические изменения при акне связаны с нарушением процессов ороговения устья волосяных фолликулов и образованием микрокомедонов, которые закупоривают выводной проток сальной железы волосяного фолликула. В результате этого создаются анаэробные условия, которые являются оптимальными для быстрого

■ Распространенность заболевания среди пациентов в возрасте до 25 лет составляет до 95%, а старше 25 лет — более 50%.

роста и размножения *P. acnes* [4, 5, 6]. Эти бактерии высвобождают медиаторы воспаления, а также расщепляют триглицериды до свободных жирных кислот, индуцируя местную воспалительную реакцию, что приводит к образованию воспалительных элементов акне (папул, пустул, узлов) различной степени тяжести.

В последнее время значительную роль в развитии акне отводят состоянию ЖКТ. По данным литературы, у 50–70% пациентов с акне выявлены клинические и гистологические признаки гастрита. В 30% случаев отмечались патологические состояния слизистой оболочки тощей кишки. В 60% случаев было выявлено состояние дисбактериоза [7]. Установлена зависимость локализации высыпаний от поражения ЖКТ. Высыпания на лбу соответствуют изменениям тонкого кишечника; на переносице, в области щек и под углами рта — поджелудочной железы; на верхней губе — толстого кишечника; в области виска — желчного пузыря. На подбородке выделяется гинекологический треугольник Гриффитца [7].

Определенное значение имеют также гормональный фон и генетическая предрасположенность.

У женщин нередко возникают угри на фоне длительного приема анаболических стероидов, противозачаточных средств, андрогенов по поводу различных эндокринных заболеваний.

Различные экзо- и эндогенные факторы, такие как профессиональные вредности, косметические средства, длительная инсоляция, могут усугубить течение угревой болезни.

В 1991 г. G.Plewig, A.Kligman предложили классификацию акне, основанную на клинических формах [8]:

1. Юношеские угри (комедоны, папуло-пустулезные, конглобатные, индуративные, флегмонозные-некротические, келоидные, твердый персистирующий отек лица при акне, фульминантные, или молниеносные, механические).
2. Неонатальные угри.
3. Младенческие угри.
4. Угри взрослых (постювенильные и постменопаузальные угри у женщин, синдром маскулинизации у женщин, тестостерон-индуцированные молниеносные угри у чрезвычайно высоких подростков мужского пола, допинговые — «Bodybuilding acne»).

5. Контактные угри: косметические, акне на помаду; хлор-акне; жирные и смоляные угри.

6. Комедональные угри вследствие воздействия физических факторов: соляные комедоны, майорка-акне, угри обыкновенные в результате ионизирующей радиации.

В последние годы в повседневной практике дерматологи опираются на классификацию, основанную на критерии тяжести течения заболевания:

легкое, среднетяжелое, тяжелое. Это деление основано на подсчете высыпаний на одной стороне лица, оценке выраженности и глубины самих элементов.

Выбор тактики лечения зависит от клинической формы заболевания, тяжести и длительности течения, переносимости препаратов, наличия сопутствующей эндокринной и соматической патологии, возраста, пола,

психоземональных особенностей пациента.

Большое внимание уделяют режиму питания. Больным рекомендуют ограничить потребление животных жиров, копченостей, экстрактивных веществ, алкоголя, острой, горячей пищи. Пациенты не должны длительное время находиться в помещении с высокой температурой воздуха, следует избегать инсоляции.

Перед лечением рекомендуется провести клинико-лабораторное обследование больного, выяснить причину возникновения данного заболевания, факторы риска. Терапию следует проводить совместно с гастроэнтерологом, гинекологом-эндокринологом, эндокринологом.

Для лечения гнойничковых поражений кожи назначают местные (наружные) и системные средства.

При поверхностных формах используют спиртовые растворы (1% салициловый спирт, камфорный спирт), анилиновые красители (фулорцин, бриллиантовый зеленый). При необходимости, соблюдая правила асептики, вскрывают покрывку пустул с последующей обработкой перекисью водорода, дезинфицирующими растворами.

При лечении поверхностных форм пиодермии применяют преимущественно антисептические препараты в виде мазей, гелей или паст, которые при глубоких формах сочетают с общей терапией. Они оказывают противомикробное, противовоспалительное, рассасывающее действие. Нередко используются средства, содержащие антибиотики.

Аэрозоли (оксициклозол, оксикорт) в лечении больных пиодермиями имеют ряд преимуществ по

■ До 70% пациентов с акне имеют сопутствующую патологию ЖКТ.

■ Антибактериальные препараты при лечении акне применяют не более 2–3 нед.

сравнению с другими лекарственными формами: удобство применения, тонкое гомогенное распределение действующего и вспомогательного вещества, быстрота проникновения в ткани.

Эритромициновая мазь (10000 ЕД/г) наносится 2 раза в сутки. Продолжительность применения не должна превышать 5 нед. в связи с риском развития резистентности микрофлоры.

Бензоил пероксид (продерм, экларан) — препарат, обладающий широким спектром антибактериальной и противожировой активности без развития микробной резистентности. Оказывает комедонолитическое и противовоспалительное действие, улучшает оксигенацию тканей, подавляет продукцию кожного жира в сальных железах. Гель наносят на чистую и сухую поверхность пораженных участков кожи 1 или 2 раза в сутки.

Комплекс эритромицина и цинка ацетат дигидрата (зинерит) оказывает противовоспалительное, антибактериальное, комедонолитическое действие. Выпускается в виде порошка для приготовления раствора для наружного применения в комплекте с растворителем и аппликатором. Наносят тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в сутки — утром (до нанесения макияжа) и вечером (после умывания) — в течение 10–12 нед. После высыхания раствор становится невидимым.

Клиндамицин 1% гель наносят тонким слоем 2 раза в сутки. Побочные местные реакции проявляются в виде сухости кожи, покраснения, кожного зуда, шелушения, повышенной жирности кожи. Противопоказанием к назначению является наличие в анамнезе колита, связанного с применением антибиотиков.

Цинка гиалуронат (куриозин) обладает противомикробным действием. Образует дисперсионный матрикс, способствует усилению активности и пролиферации клеточных элементов, ускоряет регенерацию тканей. Способствует поддержанию нормального тонуса и эластичности кожи. Гель равномерно наносят на тщательно очищенную кожу тонким слоем 2 раза в сутки. После применения препарата возможны побочные эффекты в виде ощущения жжения на месте аппликации (в начале лечения) или стягивания кожи, гиперемии

кожных покровов. Гель не обладает фотосенсибилизирующими свойствами, не окрашивает кожу и белье.

Азелаиновая кислота (скинорен) — 15% гель, 20% крем наносят равномерно тонким слоем 2 раза в сутки на предварительно очищенные (мягкими очищающими средствами и водой) участки кожи лица и, при необходимости, шеи и верхней части груди, пораженные угревой сыпью. Выраженное улучшение наблюдается через 4 нед. Местные побочные реакции в виде жжения, покалывания, покраснения проходят самостоятельно в течение 15 мин. При сильно выраженном раздражении кожи в первые недели лечения препарат рекомендуется применять 1 раз в сутки.

Третиноин (ретин — А) — крем или лосьон равномерно наносят на вымытую и высушенную поверхность пораженного участка кожи 1–2 раза в сутки. Курс лечения — 4–6 нед. Могут развиваться побочные эффекты в виде сухости, гиперемии, отечности, гипер- или гипопигментации, фотосенсибилизации.

Адапален (дифферин) — метаболит ретиноида. Оказывает противовоспалительное действие, обладает комедонолитической активностью, нормализует процессы кератинизации и дифференциации эпидермиса. 0,1% крем или гель равномерно, не втирая, наносят на пораженные участки сухой, чистой кожи 1 раз в сутки перед сном. Терапевтический эффект развивается после 4–8 нед., стойкое улучшение — через 3 мес. Побочные эффекты выражаются в гиперемии и шелушении кожи. Не рекомендуется использовать во время беременности и в период кормления грудью. Следует избегать попадания в глаза и на губы, не рекомендуется подвергаться инсоляции, применять косметические препараты с подсушивающим или раздражающим эффектом (в т.ч. духи, этанолсодержащие средства). Терапию начинают с геля, а при чувствительной и сухой коже назначают крем, содержащий увлажняющие компоненты.

При отсутствии эффекта от наружной терапии, наличии глубоких поражений на лице, шее, при пиодермиях, осложненных лимфаденитом, назначают системные препараты — противомикробные,

Таблица. Средства для лечения различных форм пиодермий

При легких и умеренных формах заболевания	При тяжелых формах
Спиртовые протирания, лосьоны	Метаболическая терапия
Окислители	Антибиотикотерапия
Наружное применение антисептиков	Гормонотерапия
Наружное применение антибиотиков	Ретиноиды
Топические ретиноиды	Комплексная терапия

общеукрепляющие, неспецифические, стимулирующие.

Антибиотики (макролиды, тетрациклины) применяют не более 2–3 нед. При хронических и рецидивирующих формах пиодермии применяют специфическую иммунотерапию: стафилококковый анатоксин, стафилококковый бактериофаг, стафилококковый антифагин, антистафилококковый иммуноглобулин, стрептококковую вакцину. При тяжелом течении, особенно у ослабленных больных, назначают иммуномодулирующие средства: метилурацил, Т-активин, гистоглобулин.

В качестве общеукрепляющих средств рекомендованы: аскорбиновая кислота, пантотеновая кислота, препараты кальция, калия.

Пантотеновая кислота участвует в углеводном, жировом обмене, стимулирует функцию надпочечников, способствует уменьшению воспалительных явлений в очагах поражения.

Фолиевая кислота (фолацин) стимулирует эритропоэз, участвует в синтезе аминокислот, нуклеиновых кислот, пуриновых и пиримидиновых оснований. Назначают по 1 таб. 5 мг в день в течение 20 дней.

При комедональной форме угревой сыпи рекомендовано назначать ретинол внутрь по 100–300 тыс. МЕ 1 раз в сутки в течение 2–4 мес. (до 6 мес.).

Комплексное лечение включает адекватный уход за кожей и патогенетическую терапию.

Современный уход за любым типом кожи, и особенно за чувствительной, включает бережное очищение и адекватное увлажнение.

Правильное очищение кожи — один из обязательных этапов избавления от гнойничковых элементов.

Пациентам с чувствительной кожей, склонной к появлению остеофолликулитов, фолликулитов, угревой сыпи, следует избегать жирных кремов и мазей, которые способствуют закупорке фолликулов. Предпочтительно использовать эмульсии, жидкие кремы, гидрогели, обладающие водопроницаемыми (увлажняющими) свойствами, которые не делают кожу жирной, легко смываются водой, быстро испаряются. Гидрогели изготавливаются на растительной слизи, желатине, карбоксиметилцеллюлозе и полиакрилате. При добавлении воды и глицерина эти вещества образуют желеобразную основу, которая хорошо переносится кожей.

Пациентам с тенденцией к появлению акне назначают препараты, воздействующие на фолликулярный гиперкератоз, пролиферацию *Papules* и воспаление. С этой целью в их состав включают кератолитики, дезинфицирующие и противовоспалительные средства (салициловую кислоту, ретинальдегид, производные цинка, меди и др.).

В последние годы появились препараты, влияющие на качественный состав кожного сала, обладающие себорегулирующими свойствами и матирующим эффектом.

Для ухода за кожей с акне используют специальные маскирующие косметические средства, предназначенные для жирной, проблемной кожи, не обладающие комедогенным эффектом. Маскирующие препараты должны соответствовать рН водно-липидной мантии и быть гипоаллергенными.

Средства декоративной косметики можно разделить на группы:

1) Входят в состав гамм для ухода: эмульсионные тональные средства «Себиум», «Фотодерм», «Эксфолиак», «Розельян»;

2) Самостоятельные линии: тональные и корректирующие средства в виде крема, пудры, стика: «Дермаблэнд», «Аэропент», «Унифьянс», «Галеник» [9].

Часто у пациентов угревая болезнь сочетается с розацеа, себорейным или периоральным дерматитом, поэтому им рекомендуют использовать средства лечебной косметики, специально предназначенные для чувствительной кожи.

Очищающая эмульсия *Visibly Clear* без жиров увлажняет кожу, не закупоривая поры. В состав «Очищающего лосьона» и «Геля для умывания» «Клерасил Ультра» входят 2%-ная салициловая кислота и гидролизованный молочный протеин, сочетание которых оказывает противовоспалительное, антибактериальное, кератолитическое действие, способствует нормализации регуляции выработки кожного жира.

Пациентам с проблемной кожей, особенно склонной к жирности, рекомендуют очищающий тоник «Дарфин», который очищает кожу и сужает поры благодаря своим антисептическим и стягивающим свойствам. Его можно использовать после «Очищающего молочка с ментолом» или «Очищающего геля».

У пациентов с жирной себореей снижаются барьерные свойства кожи, и они плохо переносят умывание водой. Поэтому им рекомендуют лосьоны для ежедневного очищения, такие как средства серии «Сетафил» — гель для ежедневного очищения и ухода за кожей и лосьон, наносимый 2–3 раза в сутки или по мере необходимости. Лосьон можно не смывать водой.

Для мягкой ежедневной гигиены применяют средства «Эксфолиак»: очищающий пенящийся гель, не содержащий мыла, лосьон, крем 10 при акне в легкой форме и крем 15 при средних и тяжелых формах акне.

Очищающий гель «Сэлкосмет» не содержит спирта, очищает кожу, не нарушая гидролипидную пленку, снижает восприимчивость кожи к аллергенам.

Для проблемной кожи, склонной к появлению гнойничковых высыпаний, рекомендовано использование антибактериального тоника для лица и очищающего геля «Аннемари», обладающих противовоспалительными свойствами и матирующим эффектом.

Для ухода за кожей, склонной к повышенному салоотделению, раздражению и образованию комедонов, создана гамма «Гифак», включающая очищающий гель, дерматологическое очищающее «мыло без мыла», очищающий мусс с АНА, кератолитическую эмульсию с АНА. Эти препараты содержат регулирующие и успокаивающие вещества, компоненты, восстанавливающие баланс на поверхности кожи. Рекомендуется применение утром и вечером, в зависимости от потребностей кожи.

Препараты линии «Зеник» предназначены для жирной кожи, склонной к появлению угрей. Обладают противовоспалительным, комедонолитическим, отшелушивающим, себоцидным действием, нормализуют процессы кератинизации эпидермоцитов кожи и таким образом предотвращают формирование «рубчиков». Система постепенного высвобождения за счет использования микрогубок обеспечивает продолжительный матирующий эффект и оптимальную переносимость активных веществ. Кожа очищается, увлажняется. После применения очищающего геля, не содержащего мыла, роликового карандаша для локального ухода, лосьона, крема исчезает сальный блеск, кожа приобретает матовый оттенок, исчезают микрокисты, комедоны, угри. Препараты назначаются как в качестве монотерапии, так и в сочетании с антибиотиками, синтетическими ретиноидами при невоспалительных, воспалительных формах и постакне.

В качестве профилактики образования атрофических рубцов, возникающих после глубоких форм пиодермий и акне, рекомендуется применение геля контрактубекс, который оказывает фибринолитическое, противовоспалительное, кератолитическое действие, стимулирует клеточную регенерацию без гиперплазии, ингибирует пролиферацию келоидных фибробластов. Гель наносят

2–3 раза в сутки, легко втирая в рубцовую ткань. Курс лечения при свежих рубцах составляет в среднем 4 нед.

Силиконовый гель дерматикс предназначен для ремоделирования рубцов и в качестве профилактики грубого рубцевания.

Для лечения косметических рубцов назначают гипоаллергенный гель медерма. Благодаря содержанию активных веществ сералин и аллантоина, он обладает противовоспалительным, антипролиферативным, бактерицидным действием. Используют в течение 3–6 мес.

Регедин (гиалуронат цинка), выпускаемый в виде геля, способствует образованию косметического рубца на месте разрешения глубоких пустул, что может быть использовано в профилактике постэруптивных изменений кожи. Хорошо переносится чувствительной кожей, без цвета и запаха, незаметен на коже. Наносить необходимо на пораженные участки кожи 2 раза в сутки.

Для предотвращения образования келоидных рубцов, при острых или хронических состояниях, приводящих к нарушению целостности кожного покрова, назначают крем «Эпителиаль А.Н.», основными действующими компонентами которого являются экстракт овса, реалба и гиалуроновая кислота. Крем наносят 2 раза в день.

В качестве дополнительных методов лечения при пиодермиях используют УФО, УВЧ. При акне рекомендуют чистку лица, дарсонвализацию, оксигенотерапию, фотодинамическую терапию [9].

Для уменьшения или удаления вторичных пигментных пятен после гнойничковых высыпаний используют различные косметические процедуры, а также средства, уменьшающие пигментообразование: химический пилинг, криотерапию, микродермабразию, лазерную дермабразию [9].

Разумное комбинированное назначение препаратов для наружного и системного применения позволяет добиться хорошего клинического эффекта, улучшить качество жизни у большинства больных различными формами пиодермий и угревой болезнью.



ЛИТЕРАТУРА

1. Глухенький Б.Т., Делекторский В.В., Федоровская Р.Ф. Гнойничковые болезни кожи. — 1983. — С. 135.
2. Суворова К.Н., Котова Н.В. Юношеские акне — клиника, патогенез, лечение. //Рос журн. кожн. и вен.бол. — 1999; 5: 67–72.
3. Данилова А.А., Шеклакова М.Н. Акне. //РМЖ — 2001; 7: 1–6.
4. Plewig, Kligman F.M. Akne und Rosacea. — Berlin: Springer-Verlag. — 1994. 740 ps.
5. Аравийская Е.Р., Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Акне //Кожный зуд. Акне. Урогенитальная хламидийная ин-

фекция. /Под ред. Е.В.Соколовского. — СПб: «Сотис», 1998. — С. 68–100.

6. Забненкова О.В. Современные аспекты этиопатогенеза акне vulgaris. //Эксперимент. клин. дерматокосметол. — 2003; 17; 3: 21.
7. Колсанова О.А. Опыт лечения акне, осложненного демодекозом. //РМЖ — Т.1. — 2006. — №1. — С. 40–41.
8. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. /Под ред. Кисинной В.И., Кубановой А.А. — М., 2005.
9. Акне и розацеа. /Под ред. Потекаева Н.Н. — 2007. — С. 213.

Проблема сухой кожи –

ОТ ШЕЛУШЕНИЯ ДО АМПУТАЦИИ. СОСТОЯЛСЯ ЛИ ПРОРЫВ В ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИИ?

Прежде чем ответить на этот вопрос, хотелось бы задать встречный: неужели так важно, насколько кожа сухая? Похолодание — и вот, кожа сухая и шелушится. Два-три дня применения крема — и все пришло в норму. В чем же проблема?

Отвечаем. Для здоровых людей проблем нет. Нужно только помнить, что сухость кожи может быть вестником и симптомом очень неприятных заболеваний. Таких как экзема, например. Да и более «привычные» атопические дерматиты сопровождаются очагами сухой кожи. Вы часто видели у детей и взрослых шелушение на щеках?

А насколько часто мы замечаем сухость кожи на стопах, например? При этом сухость кожи на стопах на фоне сахарного диабета является признаком очень грозного заболевания — синдрома диабетической стопы — которое, если его запустить или неправильно лечить, заканчивается плачевно: гангреной и ампутацией стопы.

Именно данная проблема стала «локомотивом» разработки нового дерматологического средства в Германии. Перед сотрудниками немецкой компании «Ньюборг Скин Кер» (Neuborg Skin Care GmbH) была поставлена задача — создать средство, увлажняющее кожу при синдроме диабетической стопы (СДС), которое при нанесении не приводило бы к изменению поверхности кожи и не закупоривало бы поры, что при СДС может привести к перегреву, воспалению и микротрещинам поверхности стопы. При этом такое средство должно было содержать увлажняющий компонент и не быть аллергеном.

Специалисты компании с честью справились с подобной задачей, создав средство, которое назвали «Аллпресан», ставшее в течение нескольких лет ежедневным средством ухода для десятков тысяч людей, страдающих сахарным диабетом. В чем же секрет и «изюминка» данной разработки?

Она проста, как все гениальное. Здоровая и гладкая кожа зависит от содержания в ней естественных увлажняющих факторов, одним из которых является мочевина или карбамид (не путать с мочой, уринотерапией и прочим шарлатанством). Мочевина — это ве-

щество без цвета и запаха, содержащееся в различных органах человеческого тела. Мочевина содержится не только в почках, которые выводят ее с мочой, но также в эпидермисе и поте. Большая часть ее является продуктом образования и распада протенинов, сопровождающегося процессом кератинизации кожи. При уменьшении содержания естественных увлажняющих факторов кожа теряет влагу и «высыхает». Поэтому, например, в стареющей коже, характеризующейся сухостью, содержание мочевины снижено примерно на 50%. У людей же, страдающих атопическим дерматитом, диабетом, псориазом, дефицит мочевины в коже может достигать 90%. Таким образом, внеся в «Аллпресан» мочевину, было получено средство, содержащее естественный для кожи, а значит, не вызывающий аллергии компонент, который, к тому же, не требует

консервантов, т.к. мочевина препятствует размножению бактерий.

Вторая задача была труднее, т.к. любой наружный крем или гель закупоривает поры кожи непроницаемой пленкой, ограничивая естественный теплообмен и создавая благоприятную среду для образования колоний бактерий и грибков,

что недопустимо при СДС. Выходом стало создание пены, содержащей аллантоин, глицерин и диметикон, а точнее — пенообразного крема. Пенообразные кремы чрезвычайно просты в применении. Кроме того, крем-пена легко распределяется по коже, регулируя ее влажность и создавая на коже защитный «дышащий» слой, позволяя коже выполнять свои естественные функции дыхания и потоотделения, создавая защиту от внешних факторов.

В результате и был создан «Аллпресан» — прорыв в дерматокосметологии — крем-пена с содержанием мочевины в 15%, что является оптимальным для применения при синдроме диабетической стопы.

При дальнейшем развитии линейки средств «Аллпресан» было выяснено то, что лежало на поверхнос-



ти — подобная форма выпуска чрезвычайно востребована практически при любых состояниях раздражения и сухости кожи — от пеленочного дерматита до псориаза.

На сегодня новая серия галеновых препаратов «Аллпресан» в России представлена следующими средствами:

Крем-пена «Аллпресан №1». Не содержит мочевины, рекомендуется при проблемной, сухой, шелушащейся коже, кожном зуде, нейродермитах и дерматитах у детей, в т.ч. аллергической природы; при регулярном контакте с моющими агентами, детергентами, дезинфицирующими веществами; частом контакте с пылью, грязью; людям, часто использующим резиновые и латексные перчатки; резиновую, спортивную обувь.

Крем-пена «Аллпресан №2». Содержит 5% мочевины и рекомендуется при кератозе, нейродермитах, дерматитах, в качестве средства сопутствующей терапии при проявлениях экзем, псориаза.

Крем-пена «Аллпресан №3». Содержит 10% мочевины и рекомендуется при сахарном диабете (синдром диабетической стопы) при гиперкератозе, нейродермитах, экземе, псориазе.

Крем-пена «Аллпресан №3 Плюс». Содержит 15% мочевины и масло Примулы Вечерней и рекомендуется при сахарном диабете (синдром диабетической стопы); при сухой, шелушащейся коже, при трещинах на коже рук и ног, при гиперкератозе, нейродермитах; в качестве средства сопутствующей терапии при проявлениях экзем, псориаза.

Эффективность и безопасность крем-пены «Аллпресан» доказана многочисленными исследованиями. Вот выдержки части из них:

- «... было установлено, что оба продукта увеличивают влажность кожи на стопах/лодыжках больных диабетом»;
- «... было установлено увеличение влажности кожи при использовании обоих продуктов»;
- «... было установлено, что исследуемые продукты не только увеличивают упругость кожи, но и одновременно повышают ее эластичность. Более того, они индуцируют изменения биомеханических свойств кожи в направлении упруго-эластического оптимума».

Исследование эффективности и испытание двух видов продукции (крем-пена «Аллпресан 3», «Аллпресан 3 Плюс»). Т.Шварц, проф., д.м.н., директор университетской клиники, Э.Прокш, проф., д.м.н., д.е.н., Университетская клиника Шлесвиг-Холштейн, кафедра дерматологии, венерологии и аллергологии.

Число исследуемых: 20 (10 страдающих диабетом). Пол: женский. Возраст: 28—63 года (средний: 42,9)

1. Определение степени влажности кожи с помощью Корнеометра CM 825 PC.

2. Определение упругости и эластичности кожи (биомеханические свойства кожи) с помощью Кутометра МРА 580.

3. Определение грубости кожи с помощью PRIMOS® 4.

4. Субъективная оценка с использованием анкет.

«... При итоговом анализе полученных результатов не было выявлено никаких признаков продолжительного отклонения pH кожи при регулярном применении, с частотой 3 раза в день, нейтральной крем-пены («Аллпресан 3»), содержащей мочевины, по отношению к pH пораженной кожи при хронических дерматозах ... или ранних проявлениях синдрома диабетической стопы».

С полным составом и входящими в средства «Аллпресан» компонентами можно ознакомиться на сайте www.allpresan.ru. Там же выложены полные тексты проведенных исследований, подтверждающих эффективность и безопасность данного средства.

Крем-пена «Аллпресан» представлена в России с октября 2006 г. и успела завоевать важное место в арсенале дерматологов, аллергологов и подиатров (специалистов по СДС) во всех регионах России и пользуется широким спросом у больных сахарным диабетом.

Эксклюзивный представитель и дистрибьютор продукции «Аллпресан» на территории России — компания «РИА «ПАНДА» принимает активное участие в региональных специализированных мероприятиях.

Если говорить о мероприятиях последних 2 месяцев, то это «Дни диабета» в Нижнем Новгороде, «Дни пожилого человека», лекции в школах диабета, конференции и «круглые столы» для детских аллергологов, дерматологов в Перми, лекции для дерматологов в Красноярске, лекции для педиатров в Ижевске, лекции в школах диабета в Уфе, участие в конференции «Дни сахарного диабета» в Тюмени.

Благодаря программе «Без рецепта» с д-ром Брандтом на канале НТВ, публикациям в специализированной и массовой прессе, популярность средств «Аллпресан» в России продолжает расти.

Мы надеемся, что продукция «Аллпресан» станет востребованной и полезной для многих и многих людей в России. Позволит им забыть о некоторых недомоганиях и вести привычный образ жизни.



ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ФИРМА «РИА «ПАНДА»:

г. С.-Петербург	тел.: (812) 320-69-66, 320-69-84
Московская обл., г. Реутов	тел. (495) 777-58-83
г. Нижний Новгород	тел. (831) 434-90-28
г. Волгоград	тел. (844) 239-10-68
г. Новосибирск	тел. (383) 227-32-60
г. Краснодар	тел. (861) 260-53-70
г. Ростов-на-Дону	тел. (863) 206-01-90

Горячая линия:

В Москве	(495) 788-53-47
В С.-Петербурге	(812) 703-09-59
В России	8-800-333-10-33

www.riapanda.spb.ru

