

4. Іщейкін К.Є., Степаненко В.І., Кайдашев І.П. Атопічний дерматит чи синдром атопічної екземи/дерматиту: Pro ta contra. Погляди на механізми розвитку алергії та атопії //Укр. журнал дерматології, венерології, косметології. – 2007. – № 4 (27). – С. 11-14.
5. Кожные и венерические болезни: Рук-во для врачей в 4-х т. / Под ред. Ю.К.Скрипкина. – М.: Медицина, 1995.
6. Свирид С.Г., Гречуха М.В. Патогенез екземи: особливості та можливі напрямки подальших досліджень // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2006. - № 1-2 (9). - С. 68-70.
7. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов мед. вузов. – М.: Триада-фарм, 2001. – 688 с.
8. Mohrenschlager M., Darsow U., Schnopp C., Ring J. Atopic eczema: what's new? //Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology (JEADV). – 2006. – Vol. 20, N 5. - P. 503-513.
9. Hanifin J.M., Rajka G. Diagnostic features of atopic eczema // Acta Dermatol Venereol (Stockh). – 1980. - Number 92. – P. 44-47.
10. Rona M., MacKie. Clinical Dermatology. An illustrated Textbook. Oxford-New York-Tokyo - Oxford university press, 1991. - 365 p.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ І ЛІКУВАННЯ ЕКЗЕМИ

Р.Ф.Айзятұлов, В.В.Юхименко, Н.В.Єрмілова

Приведений короткий огляд літератури про деякі аспекти патогенезу екземи. Детально описана клінічна картина екземи у пацієнтів. Показана ефективність комплексної терапії екземи із застосуванням антигістамінних препаратів гістафен, фенкарол.

PATOGENETIC FEATURES CLINICS AND TREATMENTS OF ECZEMA

R.F.Aizjatulov, V.V.Yukhymenko, N.V.Yermilova

The brief review of literature about some aspects of pathogenesis of eczema is resulted. The clinical picture of eczema at patients is written up. Efficiency of complex therapy of eczema with the use of antihistaminic preparations of gystafen, fenkarol is shown.

УДК 616.599-002-022.7-036-008.9-02:612.018:616.992.28:616.981.21/.25

МІКРОБІОЦЕНОЗ ШКІРИ ХВОРИХ НА НЕУТОЧНЕНУ ІНФЕКЦІЮ ПІДШКІРНОЇ КЛІТКОВИНИ (БАКТЕРІАЛЬНИЙ ЦЕЛЮЛІТ) ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ

Ж.В.Корольова

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шурика, Київ

Ключові слова: неуточнена інфекція підшкірної клітковини, мікробний фактор, 0,01% р-р мірамістину, гель тирозур, мазь ілон

В літературі не до кінця вивченою є роль мікробного фактору в патогенезі неуточненої інфекції підшкірної клітковини

(НІПК) (бактеріальному целюліті). Целюліт частіше всього викликають стрептококи групи А та *Staphylococcus aureus* [7, 9, 10]; до менш розповсюджених ознаковим агентам відносяться: - *Erysipelotrix rhusiopathiae* (ерізіпелоїд) у продавців рибою; - *Aeromonas hydrophilia* – після купання в холодній воді; - *Pasteurella multocida* – від

укусів та подряпин тварин [9]. Клострідійний анаеробний целюліт частіше всього викликає *Clostridia perfringens*, а іноді - інші мікроорганізми виду *Clostridium* [9]. При бульозному геморагічному целюліті виявлена *Enterobacter cloacae* [8], а також *Pseudomonas aeruginosa*; *Escherichia coli*; *Aeromonas hydrophilia*; *Morganella morganii*; *Vibrio vulnificus*; *Salmonella typhi*; *Yersinia enterocolitica*; *Campylobacter fetus* [8].

Матеріал і методи дослідження.

Для корекції мікробної флори, яка є токож одним з патогенетичних факторів цієї патології, ми застосовували місцево препарати: 0,01% р-р мірамістину, гель тірозур, мазь ілон. Для впливу на патогенні мікроорганізми, які знаходяться на зовнішніх покривах (шкірі та слизових оболонках) та викликають місцеві інфекційно-запальні процеси, традиційно застосовують антисептичні лікарські засоби, або препарати з антибактерійними властивостями. Їх використовують як для профілактики, так і для лікування інфекцій. Слід зазначити, що переважна більшість засобів з антибактерійними властивостями внаслідок застосування у їх складі діючих речовин із слабкою антибактерійною активністю та резистентністю до них більшості мікроорганізмів, які зустрічаються при інфекції підшкірної клітковини, є неефективними. Препарат мірамістин, який можна без перебільшення назвати універсальним антисептиком, на фармацевтичному ринку України спільно представляють ЗАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця» та ЗАТ «Інфамед» (Росія). Цей антисептичний засіб широкого спектру дії, який відноситься до класу катіонних поверхнево-активних речовин. Поряд з вираженою протимікробною, протигрибковою, противірусною активністю, суттєвою перевагою мірамістину є відсутність місцево-подразнюючої дії та алергізуючих властивостей, що обумовило можливість його використання для лікування та профілактики різних інфекцій шляхом нанесення на шкіру та слизові оболонки [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Доцільним також є використання саме топічних антибіотиків. Важливою якістю препаратів цієї групи, що ви-

значає їх ефективність є широта спектру активності по відношенню до різних збудників. Тирозур – топічний антибіотик, який не всмоктується через шкіру та поверхню рани, не має токсичної, місцево-подразнюючої дії та алергізуючих властивостей при місцевому застосуванні.

Гель тирозур (Енгельхард Арцнаймиттель ГмбХ и Ко, Німеччина) містить 1 мг тиротрицину в 1 г гелю. Тиротрицин має широкий спектр антибактерійної активності по відношенню до грампозитивних бактерій *Staph. aureus*, *Staph. haemolyticus*, *Strep. pyogenes*, *Strep. Viridans*, *Enterococcus faecalis*, *Diplococcus pneumoniae*, *Corynebact. spp*, *Neisseria meningitides*, грибів, а також грамнегативних бактерій та деяких видів грибів, включаючи *Candida*. Він виявляє дозозалежну бактеріостатичну або бактерицидну дію на такі мікроорганізми, як *Clostridia*. Тиротрицин має унікальний механізм дії – не спричиняє перехресної резистентності. Тирозур прискорює процес загоєння ран (очищує дно рани, знімає набряк), а також стимулює процеси грануляції та епітелізації.

Мазь ілон (Цесра Арцнаймиттель ГмбХ и Ко, Німеччина). Мазь ілон містить унікальний склад: терпентин модрини, олію терпентинову, олії розмарину, евкаліпту, тим'яну. Препарат покращує мікроциркуляцію ураженої ділянки шкіри, купує запалення та виявляє дезінфікуючу та антибактерійну дію. Це призводить до регресії запалення. Препарат ілон зменшує біль, запобігає повторному запаленню.

Обстежено 28 жінок з неуточненою інфекцією підшкірної клітковини (середній вік хворих - 61 рік).

Результати досліджень. При бактеріоскопічному та бактеріологічному дослідженні з поверхні шкіри, виділень з виразок, з поверхні шкіри ступнів та нігтів були виявлені особливості їх бактеріальної контамінації та з'ясований спектр чутливості виділених збудників до низки антимікробних препаратів. Проведені дослідження дозволяють заключити, що у 28 хворих з НПК спектр бактеріальної мікрофлори представлений в основному коковими формами (71,42%), в першу чергу -

стафілококами-57,14% та стрептококами 14,28%. Ентеробактерії (25%) включали наступні види: *Proteus mirabilis*, *Citrobacter*, *Klebsiella oxytoca*, *Enterobacter cloacae*, *Enterobacter faecium*, *Enterobacter coli*. Пліснявих грибів, грибів роду *Candida* та дерматофітів при дослідженні шкіри ступнів та гомілок, нігтьових пластин не були виділені у жодної хворої НІПК.

У 11 хворих флора була представлена монокультурою бактерій. Найбільш часто зустрічався золотистий стафілокок - у 5 (17,85%) хворих, в асоціації - у 6 (21,42%) хворих, у 4 (14,28%) хворих був виділений епідермальний стафілокок, в асоціації він був виділений у 1 (3,57%) хворої (табл. 1).

Таблиця 1

Мікрофлора поверхні шкіри хворих з неуточненою інфекцією підшкірної клітковини

Виділені мікроорганізми	Частота виявлення мікроорганізмів					
	В монокультурі		В асоціації		Всього випадків	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<i>Staphylococcus aureus</i>	5	17,85	6	21,42	11	39,28
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	4	14,28	1	3,57	5	17,85
<i>Streptococcus faecalis</i>	0	0	3	10,7	3	10,7
<i>Streptococcus haemoliticus</i>	1	3,57	0	0	1	3,57
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	3,57	0	0	1	3,57
<i>Klebsiella oxytoca</i>	0	0	1	3,57	1	3,57
<i>Proteus mirabilis</i>	0	0	1	3,57	1	3,57
<i>Citrobacter</i>	0	0	1	3,57	1	3,57
<i>Enterobacter cloacae</i>	0	0	1	3,57	1	3,57
<i>Enterobacter faecium</i>	0	0	1	3,57	1	3,57
<i>Enterobacter coli</i>	0	0	2	7,14	2	7,14

Streptococcus faecalis був в асоціації у 3 (10,7%) хворих, *Streptococcus haemoliticus* у 1 (3,57%) хворої в монокультурі. *Pseudomonas aeruginosa* в монокультурі у 1 (3,57%) хворої, *Klebsiella oxytoca*, *Proteus mirabilis* та *Citrobacter* в асоціації був у хворих в 3,57% випадків, *Enterobacter cloacae* в 1 (3,57%) випадку, *E.faecium* в 1 (3,57%) випадку, *E.coli* в 2 (7,14%) випадках в асоціації.

Вогнище запалення у наших пацієнтів було з чіткими межами на шкірі гомілок на тлі гіперемованої, інфільтрованої з набряком шкіри, а також відмічався симптом «шкірки помаранча». Для місцевого лікування ми застосовували 0,01% р-р мірамістину, який застосовували 2-3 рази на добу на протязі 5-7 діб. Після примочок з 0,01% р-р мірамістину застосовували тирозур гель 2 рази на добу на протязі 10-14 діб. Для покращення кровообігу на шкіру враженої кінцівки в період згасання запа-

лення 1 раз на добу застосовували мазь ілон до 10-14 діб. Через 3-5-7 діб у всіх наших пацієнтів відмічалось зменшення гіперемії, інфільтрації та набряку шкіри. У всіх пацієнтів ми отримали негативний результат мікробіологічних досліджень.

Висновки. Проведені дослідження дозволяють заключити, що у 28 хворих з НІПК спектр бактеріальної мікрофлори представлений в основному коковими формами (71,42%), в першу чергу - стафілококами - 57,14% та стрептококами 14,28%. Ентеробактерії (25%) включали наступні види: *Proteus mirabilis*, *Citrobacter*, *Klebsiella oxytoca*, *Enterobacter cloacae*, *Enterobacter faecium*, *Enterobacter coli*.

0,01% р-р мірамістину, мазь ілон та гель тирозур впливають майже на уся мікрофлору, яка зустрічається при неуточненій інфекції підшкірної клітковини (бактеріальний целюліт), ліквідує клінічні симптоми та збільшує час настання рецидивів.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Винцерская Г.А. Мирамистин в комплексном лечении гнойничковых заболеваний кожи: Дис. ... канд. мед. наук. – Харьков, 1998. – 19 с.
2. Винцерская Г.А. Функциональная активность неспецифических Т-хелперов и супрессоров у больных пиодермиями и её коррекция мирамистином // Дерматология и венерология. – 1997. - № 2 (4). - С. 59-62.
3. Винцерская Г.А., Белоглазов В.А. Регуляция миримистином *in vitro* уровня плазменного фибронектина у больных пиодермиями // Журнал дерматологии и венерологии. – 1998. - № 1 (5). - С. 36-40.
4. Винцерская Г.А., Кириченко И.М., Молочков В.А. Мирамистин в комплексном лечении больных с инфекционными заболеваниями кожи и слизистых // Успехи медицинской микологии: Материалы Третьего Всероссийского конгресса по медицинской микологии. – Т. VI. - Москва, 2005. - С. 192-193.
5. Кривошеин Ю.С., Рудько А.П., Свистов В.В., Смирнов И.В. Мирамистин – отечественный антисептик широкого спектра действия (стратегия создания новых лекарственных форм мирамистина для дерматологии) // Успехи медицинской микологии: Материалы Третьего Всероссийского конгресса по медицинской микологии. - Т. V. - Москва, 2005. – С. 305-307.
6. Кутасевич Я.Ф., Пятикоп И.А. Грибковые поражения кожи и возможности их лечения мирамистином // Успехи медицинской микологии: Материалы Третьего Всероссийского конгресса по медицинской микологии. - Т. VI. - Москва, 2005. – С. 213-215.
7. Потекаев Н.С., Курдина М.И., Ястребова Р.И., Колмогорова И.В., Семенова В.Б., Силаева А.И. К клинике и терапии целлюлита // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2000. - № 5. - С. 15-17.
8. Dachenko P., Ziv M., Kamil S., Dodink – Jad R., Chazan B., Rozenman D. Bullous haemorrhagic cellulitis caused by *Enterobacter cloacae* HC et al. // *Korting. JEADV.* - 2005. - P. 763-724.
9. Thomas P Habib *Skin Disease. Diagnosis and Treatment.* - 2005. - P. 142-145.
10. Vang G.H., Lin Y.C., Cheng D.L. et al. Role of benzathin penicillin J in prophylaxis for recurrent *Streptococcus A* cellulitis of the lower legs // *Clin Infect Dis.* - 1997. – Vol. 25. - P. 685-689.

МИКРОБИОЦЕНОЗ КОЖИ БОЛЬНЫХ НЕУТОЧНЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ (БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ЦЕЛЛЮЛИТ) И ЕГО КОРРЕКЦИЯ

Ж.В.Королёва

У 28 женщин больных не уточненной инфекции подкожно-жировой клетчатки изучен микробный фактор и проведено лечение препаратами: 0,01% р-р мирамистина, гель тирозур, мазь илон.

MIKROBIOTSENOZIS OF SKIN OF THE PATIENTS WITH UNSPECIFIED INFECTION OF SUBCUTANEOUS FAT (BACTERIAL CELLULITIS) AND ITS CORECTION

Zh.V.Korolova

Microbial factor was researched among 28 female patients with unspecified infections of subcutaneous fat and medical treatment was done: 0,01% sol. miramistin, gel tyrosur, Pon ointment.