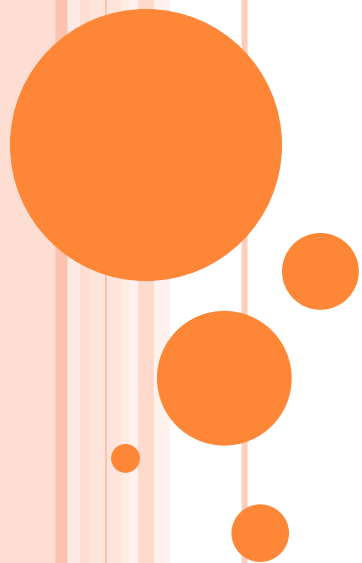


# ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПИОДЕРМИИ У БЕРЕМЕННЫХ



ГОО ВПО «ДонНМУ  
им.Горького  
Кафедра дерматологии и  
косметологии ФИПО  
Врач-интерн Рудомёткина В.П.  
Донецк  
10.02.2021

Пиодермии (*piodermia*; синонимы: гнойничковые болезни кожи, пиодермит, пиодерматоз, пиоз) – группа заболеваний кожи, вызываемых гноеродными микроорганизмами, главным образом стафилококками, стрептококками, реже – иными (псевдомонозная инфекция и др.). Дебют заболевания обычно носит острый характер, иногда впоследствии принимая хроническое рецидивирующее течение. В экономически развитых странах **больные пиодермией составляют 1/3 среди пациентов, страдающих инфекционными заболеваниями.**



Пиодермии в структуре дерматозов занимают первое место и 3–4 место в общей структуре заболеваемости человека после гриппа, респираторных и сердечно–сосудистых заболеваний [Stevens DL et al., 1989, Zeng X et al., 2006]. Это обусловлено тем, что пиодермиты нередко принимают хроническое, рецидивирующее течение, требуют упорной, продолжительной терапии.

Удельный вес пиодермий составляет от 17-60% всей дерматологической патологии.

Широкая распространенность пиодермий не вызывает сомнений, четкие и достоверные данные об их частоте и структуре в амбулаторных условиях отсутствуют так как, систематического изучения данной проблемы у беременных не проводилось.

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни, Триада–фарм, 2005, с.127–165

2. Новоселов В.С., Плиева Л.Р. Пиодермии, РМЖ, 2004– т.12, №5, с.327–335

В российской дерматологии общепризнанной является классификация пиодермий, предложенная 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. По протеканию заболевания выделяют острые и хронические формы; по глубине поражения – поверхностные и глубокие, а по механизму возникновения – первичные и вторичные.



# Классификация пиодермий

## *Поверхностные*

## *Глубокие*

### ***I. Стафилодермии***

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| 1. Остиофолликулит                           | 1. Глубокий фолликулит  |
| 2. Фолликулит<br>поверхностный               | 2. Фурункул, фурункулез |
| 3. Сикоз вульгарный                          | 3. Карбункул            |
| 4. Угри обыкновенные                         | 4. Гидраденит           |
| 5. Эпидемическая пузырчатка<br>новорожденных |                         |

### ***II. Стрептодермии***

- |                              |                        |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Импетиго стрептококковое: | 1. Целлюлит:           |
| а) заеда стрептококковая;    | а) острый              |
| б) интритригинозное;         | стрептококковый – рожа |
| в) буллезное;                | 2. Эктима обыкновенная |
| г) кольцевидное;             |                        |
| д) сифилидоподобное;         |                        |
| г) поверхностный панариций.  |                        |
| 2. Сухая стрептодермия       |                        |

### ***III. Стрепто–стафилодермии***

- |                                       |                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Импетиго вульгарное<br>(смешанное) | 1. Хроническая язвенная<br>пиодермия |
|                                       | 2. Шанкриформная<br>пиодермия        |

Наиболее распространенными являются фолликулиты, вульгарный сикоз, фурункул, карбункул, гидраденит, импетиго, хроническая язвенная пиодермия.



## Основные подходы в лечении пиодермий

- В последние годы в результате широкого и бесконтрольного применения различных антибактериальных препаратов, под влиянием неспецифических и специфических факторов защиты организма произошло изменение ряда биологических свойств возбудителей пиодермий.
- Все чаще появляются сообщения об увеличении числа полирезистентных штаммов основных возбудителей данной патологии, расширении спектра их устойчивости к противомикробным препаратам, возникновении трансформированных и  $\beta$ -лактамазопродуцирующих мутантов.
- **Показания для назначения системной антибиотикотерапии:**
- длительное, хроническое течение процесса,
- наличие общих явлений (лихорадка, слабость, головная боль и т.д.),
- развитие регионарных осложнений (лимфаденит, лимфангит), а
- глубокие формы пиодермий с локализацией на лице и шее.



✓ **Наружная терапия :**

- ✓ **Антисептические наружные** препараты назначают 2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней: спиртовой раствор фукорцина или раствор 10% повидон-йод .
- ✓ **Антибактериальные лекарственные препараты** для наружного применения назначают местно на область высыпаний в течение 7–14 дней: крем или мазь 2% фузидовой кислоты (3–4 раза в сутки) или мазь 2% мупироцина (2–3 раза в сутки).
- ✓ **Глюкокортикостероидные топические средства**, комбинированные с антибактериальными препаратами, наружно на область высыпаний в случае острого воспалительного процесса, сопровождающегося эритемой, отечностью, зудом, и чаще при наличии зудящих дерматозов, осложненных вторичной пиодермией. Фузидовая кислота(фузидиевая к-та) + бетаметазон, крем (2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней) или бетаметазона валерат + гентамицина сульфат, крем, мазь (1–2 раза в сутки в течение 7–14 дней).
- ✓ **Системная антибиотикотерапия-** Пенициллины, цефлоспорины, макролиды, тетрациклины , фторхинолоны.
- ✓ **Иммунобиологические средства**
- ✓ **УВЧ–терапия** – применяется при глубоких формах пиодермии (D). Курс лечения 5–10 процедур.



- По данным исследований, частота назначения антимикробных препаратов беременным женщинам составляет 12,3%.
- Большинство антибактериальных препаратов имеют низкую молекулярную массу и легко проникают через плаценту, создавая терапевтические концентрации в крови плода, сопоставимые с концентрацией препарата у матери.
- Вопрос безопасности воздействия антибиотиков разных групп на плод исследован не окончательно.
- Общепринятое подразделение антимикробных препаратов по степени их безопасности для плода в соответствии с классификацией Американского управления по контролю за безопасностью продуктов и лекарств (FDA)





## Антибиотикотерапия при беременности :

Препаратами первого выбора являются **пенициллины (Амоксициллин)**.

Пенициллины в обычных терапевтических дозах не оказывают токсического воздействия на плод и наиболее безопасны для него. Данные различных исследований подтверждают отсутствие тератогенных, эмбрио- и фетотоксических свойств пенициллинов.

Пенициллины, особенно полусинтетические, проникают через плаценту, определяются в амниотической жидкости и тканях плода в терапевтической концентрации, не оказывая при этом токсического воздействия на плод. Способность пенициллинов проникать через плацентарный барьер находится в обратной зависимости от степени связывания с белками плазмы.

Единственная проблема, которая может возникнуть при лечении пенициллинами — развитие аллергических реакций и резистентности к данной группе антибиотиков у беременных.



## Макролиды.

Такие макролиды нового поколения, как кларитромицин, азитромицин, джозамицин и рокситромицин, являются препаратами 2-го выбора.

Макролиды плохо проникают через плаценту и создают низкие концентрации в системе кровообращения плода; (альтернатива- при наличии аллергической реакции на пенициллин .)

Эритромицин , всегда считался безопасным и эффективным антибиотиком, остается препаратом выбора среди макролидов. Данные эпидемиологических исследований более 7000 пациенток, получавших **в I триместре** беременности эритромицин, выявили отсутствие ассоциации между его приемом и развитием врожденных пороков.

**В III триместре** беременности отмечается замедление всасывания эритромицина, что приводит к субтерапевтическим концентрациям препарата в плазме крови и снижению эффективности терапии . **Не следует назначать во II и III триместрах** беременности эритромицин в форме пропионильного эфира (эритромицина эстолат), поскольку литературные данные свидетельствуют о повышении риска поражения печени у женщин, при этом нет данных о нарушении развития плода

Использование **АЗИТРОМИЦИНА**, как показывают результаты экспериментов на животных и клинических исследований, не ассоциировано с повышенным риском врожденных пороков, но данные о безопасности препарата в период беременности лимитированы.

Таха Т.В.<sup>1</sup> , Нажмутдинова Д.К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГК «Мать и дитя», Перинатальный медицинский центр, Москва

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ. Москва

## Противопоказания:

По данным канадской программы **Motherisk**, проспективное контролируемое исследование 200 беременных женщин, подвергшихся воздействию **фторхинолонов**, не выявило различий в количестве больших врожденных пороков в испытуемой (2,2%) и контрольной группах (2,6%). По данным С. **Schaefer с соавт.**, Фторхинолоны следует использовать лишь в случаях осложненной инфекции при резистентности к антибиотикам выбора. Предпочтение отдается ципрофлоксацину и норфлоксацину как наиболее изученным. Использование антибиотиков этой группы в I триместре беременности не является показанием для ее прерывания, однако рекомендуется детализированное УЗИ плода.

Таха Т.В.<sup>1</sup>, Нажмутдинова Д.К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГК «Мать и дитя», Перинатальный медицинский центр, Москва

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва



## Противопоказания:

**Тетрациклины**-Применение препаратов этой группы в I триместре не ассоциируется с повышенным риском врожденных пороков развития. Образуя прочные связи с ионами кальция, тетрациклины с 16-й недели беременности накапливаются в закладке зубов плода и костных структурах, придавая коричневатый оттенок молочным зубам и ингибируя рост костной ткани. По этой причине тетрациклины противопоказаны в течение всей беременности.

Таха Т.В.<sup>1</sup>, Нажмутдинова Д.К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГК «Мать и дитя», Перинатальный медицинский центр, Москва

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва



## **Местное лечение пиодермии беременных:**

**Фузидовая кислота(фузидиевая к-та) крем или мазь 2%** Зр/сут  
7-14дней -при необходимости применения при беременности и в период лактации следует оценить предполагаемую пользу для матери и потенциальный риск для плода.

В *экспериментальных исследованиях* установлено, что фузидиевая кислота не оказывает тератогенного действия. Фузидиевая кислота проникает через плацентарный барьер. В экспериментах *in vitro* установлено, что фузидиевая кислота замещает билирубин в связи с альбумином. Поэтому следует избегать применения фузидиевой кислоты в III триместре беременности из-за возможного развития желтухи у новорожденных.

**Мупироцин 2% мазь –** Зр/сут 10дней;

[Таха Т.В.](#)<sup>1</sup>, [Нажмутдинова Д.К.](#)<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГК «Мать и дитя», Перинатальный медицинский центр, Москва

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва



**•Антисептические средства  
разрешенные при  
беременности:**

-Хлоргексидин водный раствор  
0,05-1% наружно 2-3р/сутки 7-14  
дней.

-1% раствор водный  
метиленового синего 2-3 р/сут;  
-1% раствор бриллиантового  
зеленого 2-3р/сут;

Возможно применение следующих  
комбинаций:

- бетаметазон+фузидовая к-та.
- бетаметазон валерат+гентамицин  
сульфат,корм 1р/д 7 дней
- бетаметазон дипропионат+гентамицин  
сульфат,крем

Безопасность наружного  
применения кортикостероидов при  
беременности не установлена.  
Применение кортикостероидов при  
беременности возможно только в  
том случае, когда ожидаемая  
польза терапии для матери  
превышает любой потенциальный  
риски для плода. У данной  
категории пациентов  
кортикостероиды не следует  
применять в высоких дозах или в  
течение длительного  
времени.

**Беременность** является полным **противопоказанием** для лечения пиодермий :

**иммунобиологическими средствами** –

- анатоксином стафилококковым жидким;
- жидкой стафилококковой вакциной;
- иммуноглобулином антистафилококковым человека жидким.

**УВЧ–терапией!**



- **Профилактика**

**-Первичная профилактика** пиодермий заключается в проведении определенных мер для устранения факторов, ведущих к нарушению на производстве и в быту санитарно-технических и санитарно-гигиенических норм, возникновению производственного травматизма и микротравм, своевременной антисептической обработке раневых поверхностей. Следует проводить лечение выявленных общих заболеваний, на фоне которых могут развиваться гнойничковые поражения кожи (сахарный диабет, болезни пищеварительного тракта, ЛОР-органов и др.)

**-Вторичная профилактика** пиодермий включает периодические медицинские осмотры, учет и анализ заболеваемости, диспансеризацию больных, проведение противорецидивной терапии (общие УФ-облучения, уход за кожей, санация фокальной инфекции).





БЛАГОДАРЮ ЗА  
ВНИМАНИЕ!

