

ПРИМЕНЕНИЕ ПОРОШКА «БАНЕОЦИН®» В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова» Минздрава России (Санкт-Петербург)

В статье приводятся клинические случаи успешного местного применения комбинированного антибактериального препарата «Банеоцин®» в практике врача-дерматолога.

Ключевые слова: бактериальные инфекции кожи, клинические наблюдения, комбинированный антибактериальный препарат «Банеоцин®» местного применения.

APPLICATION OF POWDER BANEOCIN® IN DERMATOLOGICAL PRACTICE

N.A. Timoshenko

Research Institute of Medical Mycology named by P.N. Kashkin
North-western State Medical University named by I.I. Mechnikov (St. Petersburg)

The article presents clinical reports of successful application of topical antibiotic combination Baneocin® in dermatological practice.

Key words: bacterial skin infections, clinical reports, topical antibiotic combination Baneocin®.

Введение

На прием к дерматологу часто приходят пациенты с первичными пиодермиями и хроническими кожными заболеваниями, осложненными вторичной бактериальной инфекцией. Врачу нередко приходится проводить манипуляции, связанные с санацией раневой поверхности, а также профилактику вторичной бактериальной инфекции. Нередко назначается курс системной антибактериальной терапии, что не всегда является обоснованным, может приводить к росту резистентности возбудителей, удорожанию терапии и повышению риска развития нежелательных лекарственных реакций, в том числе сопровождающихся утратой трудоспособности пациента и удлинением периода реабилитации. Для лечения бактериальной инфекции кожи оправдано использование мазей и порошков с антибактериальным компонентом в составе, для профилактики ее присоединения – различных антисептических препаратов и некоторых топических антибиотиков.

Современная фармакология предлагает различные варианты решения данных задач, в частности, возможно использование препарата «Банеоцин®» в виде порошка и мази.

«Банеоцин®» – комбинированный антибактериальный препарат, содержащий два антибиотика с синергизмом действия. Бацитрацин – полипептидный антибиотик, который оказывает бактерицидное действие путем подавления синтеза компонентов клеточной мембраны, в то время как неомицин – антибиотик группы аминогликозидов, который тормозит синтез белка в бактериальной клетке. Комбинированное воздействие двух компонентов обеспечивает широкий антимикробный спектр активности препа-

рата. Препарат активен в отношении грамположительных (*Streptococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*) и некоторых грамотрицательных микроорганизмов. Поскольку всасывания бацитрацина и неомицина через пораженную кожу практически не происходит, максимальная концентрация создается именно в месте нанесения. Препарат не инактивируется тканями, кровью и другими биологическими жидкостями.

В форме порошка препарат «Банеоцин®» имеет ряд преимуществ. Во-первых, это удобство применения препарата, которое обеспечивается узким отверстием флакона, что позволяет экономно расходовать препарат. Во-вторых, хорошая переносимость лечения, в большинстве случаев связанная с отсутствием раздражения и аллергической реакции, при этом, несмотря на свою гигроскопичность, препарат не пересушивает кожу. В-третьих, местное применение порошка или мази в большинстве случаев исключает необходимость назначения системных антибактериальных препаратов. В-четвертых, максимальный терапевтический эффект достигается за короткий промежуток времени. В-пятых, умеренная цена препарата позволяет назначать его пациентам с ограниченными финансовыми возможностями. И, наконец, в-шестых, препарат можно использовать в различных возрастных группах – и детям, начиная с периода новорожденности, и пожилым людям.

Клинические наблюдения

Одной из клинических ситуаций в дерматологии, требующих антибактериальной терапии, является вросший ноготь (*unguis incarnates*; син. инкарнация ногтя) – внедрение (врастание) латерального или медиального края ногтевой пластины в околоногтевой

валик пальца. Чаще всего врастает латеральный край ногтевой пластинки I пальца стопы.

Этому способствуют многие факторы: усиленный рост ногтей, несоблюдение гигиены, короткое подрезание углов ногтевой пластины, неправильно проведенный педикюр, ношение узконосой обуви и обуви на высоком каблуке, ортопедические заболевания (плоскостопие, косолапость и другие), систематические микротравмы, занятия спортом, танцами и другими видами деятельности с нагрузкой на стопы, а также заболевания с поражением ногтя – онихогрифоз, онихомикоз.

Клинически при врастании ногтя отмечаются отек и гиперемия ногтевого валика, боли при пальпации и ходьбе. В случае прогрессирования заболевания появляются гнойные выделения, изъязвление края ногтевого валика, патологические грануляции. Заболевание приобретает затяжной характер, нарушается трудоспособность, иногда развиваются лимфангит, лимфаденит. Рентгенологически при этом могут обнаруживаться экзостозы.

Различают 3 стадии развития врастания ногтя:

1-я стадия – гиперемия, отек, боль, ощущение давления и распирания в области околоногтевого валика;

2-я стадия – присоединение вторичной (бактериальной) инфекции;

3-я стадия – разрастание грануляционной ткани в области ногтевого валика, острое воспаление сменяется хроническим.

Существуют многочисленные варианты (до 75!) лечения врастания ногтей. Применяют консервативную терапию, хирургические методы лечения (от краевой резекции ногтя до полного удаления пластины – онихоэктомии), современные методы лазерной коррекции, установка BS-пластин и скобок Фрезера и другие методы.

Каждый вариант имеет свои позитивные стороны и ограничения к использованию. При выборе лечения необходимо учитывать возраст больного, его социальный статус, жизненную активность пациента, сопутствующую патологию.

Часто при врастании ногтя назначаются системные антибактериальные препараты, что, как упоминалось выше, может иметь негативные проявления и последствия.

На 1–2-й стадиях данного заболевания есть возможность справиться с проблемой без применения скальпеля и лазерной установки, а также без проведения системной антибактериальной терапии. Это тем более желательно, поскольку на 2-й стадии врастания ногтя все лечебные процедуры может проводить только врач и только в условиях медицинского учреждения.

Предлагаемый вариант лечения врастания ногтя 1–2-й стадии с присоединением бактериальной инфекции осуществляется в три этапа. На первом этапе (проводится пациентами в домашних условиях) снимается воспалительная реакция (ванночки со слабым раствором перманганата калия комфортной темпера-

туры по 5 минут 3 раза в день, после чего кожа хорошо просушивается стерильным марлевым тампоном и наносится порошок «Банеоцин®» в околоногтевой валик до 3–4 раз в день). Вторым этапом проводится в медицинских учреждениях, где есть кабинеты аппаратного педикюра: с осторожностью производится удаление врастающего края ногтевой пластины, при необходимости проводится выравнивание края ногтя (латерального, медиального) при помощи фрез и педикюрного аппарата. Проводится туалет (промывание и обработка) раневой поверхности с последующим применением порошка «Банеоцин®». Третьим этапом лечения проводится самостоятельно пациентами в домашних условиях: ванночки со слабым раствором перманганата калия комфортной температуры продолжительностью не более 5 минут 3 раза в день с дальнейшим присыпанием порошка «Банеоцин®» 3–4 раза в день. Ванночки применяются в течение 3–5 дней, порошок применяется до 7 дней.

Через неделю проводится осмотр пациента с ревизией ногтя и околоногтевых валиков. По решению врача назначается коррекция ногтевых пластин для предупреждения врастания ногтя в будущем, чаще всего эта процедура проводится однократно в месяц.

Преимуществами предложенного варианта лечения с использованием порошка «Банеоцин®», обеспечивающего местное антимикробное действие в очаге поражения, являются безболезненность процедуры, отсутствие необходимости оперативного вмешательства и назначения системных антибактериальных препаратов, сохранение трудоспособности и хорошая переносимость лечения.

Клинический случай № 1

На фотографиях представлен клинический случай пациента И.Ю., 13 лет с врастанием ногтя 2-й стадии (рис. 1–2). Проведена краевая резекция латерального края ногтевой пластины I пальца правой стопы. Раневой участок обработан 3% раствором перекиси водорода, раствором фукоцидина, в завершение – присыпан порошком «Банеоцин®».

Даны рекомендации по обработке раневой зоны порошком «Банеоцин®» 3 раза в день в течение 7 дней.

Клинический случай № 2

Пациентка Х.М.А., 65 лет, много лет страдает венозной недостаточностью, регулярно проходит лечение у флеболога. В последние месяцы появились язвенные дефекты в области голеностопных суставов, сопровождающиеся выраженным болевым синдромом, затруднением ходьбы (рис. 3). Хирургом назначены вазоактивные препараты, на область язвы – повязка с перуанским бальзамом, однако на фоне проводимой терапии появились пульсирующие боли, отек, покраснение вокруг очага, выделение серозно-гнойной жидкости. На приеме у дерматолога поставлен диагноз: «Трофические язвы нижних конечностей, осложненные вторичной бактериальной инфекцией. Контактный дерматит, предположительно на повязки с перуанским бальзамом». Взят анализ на бактериальную флору с определением

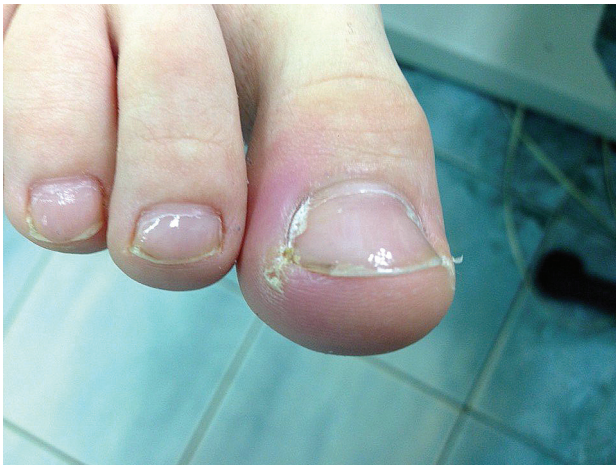


Рис. 1. Пациент И.Ю., 13 лет, до начала лечения



Рис. 2. Тот же пациент через 7 дней лечения: отек отсутствует, отделяемого нет, болевые ощущения отсутствуют

чувствительности к антибиотикам из отделяемого дна язвы.

Рекомендовано: 1) отменить все мази и повязки; 2) примочки со слабым раствором перманганата калия 2–3 раза в день; 3) обработка раствором фукорцина 2–3 раза в день; 4) порошок «Банеоцин®» на дно язвы 3 раза в день; 5) вокруг язвы – мазь «Банеоцин®» 2 раза в день; 6) супрастин по 25 мг на ночь.

Уже на третий день терапии отмечено значительное улучшение процесса: уменьшение отека, отсутствие мокнутия, образование корочки, отсутствие болевых ощущений. Через неделю лечения: отек отсутствует, отделяемого нет, болезненные ощущения отсутствуют (рис. 4). По результатам бактериологического исследования выделен *Staphylococcus aureus*.



Рис. 3. Трофическая язва области голеностопного сустава у пациентки Х.М.А., 65 лет, до начала комплексного лечения с порошком «Банеоцин®»



Рис. 4. Та же пациентка через неделю лечения

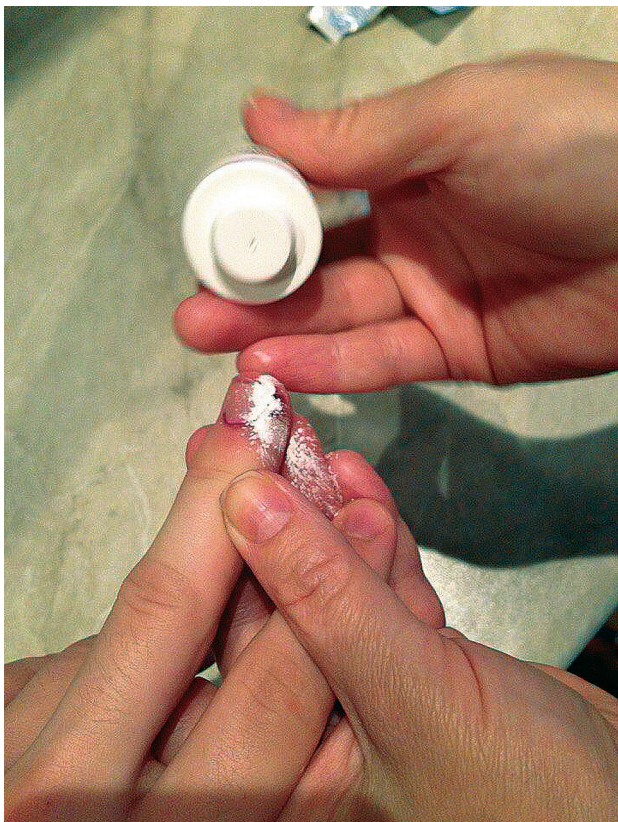


Рис. 5. Лечение у пациента Т.А.И., 16 лет, паронихии среднего пальца левой кисти порошком «Банеоцин®»

Клинический случай № 3

Пациент Т.А.И., 16 лет, с паронихией среднего пальца левой кисти, осложненной бактериальной инфекцией (рис. 5). Считает себя больным несколько дней, данному процессу предшествовала микротравма (откусывание заусеницы). Проведено вскрытие инфильтрата, обработка 3% раствором перекиси водорода, раствором фукорцина, порошком «Банеоцин®». Пациенту рекомендовано присыпать порошок «Банеоцин®» самостоятельно 3 раза в день последующие 5 дней. Эпителизация кожного покрова наступила на 3-й день.

Клинический случай № 4

Пациентка М.О.В., 35 лет, с мягкой фибромой на ножке на задней поверхности шеи. Проведено лазерное удаление элемента. Место удаления обработано раствором фукорцина и порошком «Банеоцин®» (с целью профилактики присоединения инфекции). Пациентке рекомендовано присыпать порошок «Банеоцин®» самостоятельно трехкратно в течение 5 дней. Спустя неделю на месте удаленного элемента отсутствовали пигментные пятна и рубцы (рис. 6).

Клинический случай № 5

Пациент П.А.А., 15 лет, с фурункулом передней поверхности левого бедра.

После вскрытия элемента проведена обработка раневой поверхности 3% раствором перекиси водорода, фукорцином, поверхность присыпана порошком «Банеоцин®». Рекомендовано продолжить присыпать порошок «Банеоцин®» 3 раза в день 3–5 дней (рис. 7).



Рис. 6. Лечение порошком «Банеоцин®» пациентки М.О.В., 35 лет, после лазерного удаления мягкой фибромы на ножке на задней поверхности шеи



Рис. 7. Обработка раневой поверхности после вскрытия фурункула левого бедра пациента П.А.А., 15 лет, порошком «Банеоцин®»

Использование порошка привело к окончательному разрешению инфекционного процесса уже на 3-й день без применения системных антибактериальных препаратов.

Заключение

Представленные клинические случаи – это лишь немногие варианты в практике дерматолога, где возможно применение порошка «Банеоцин®» для лечения и профилактики кожных заболеваний.

Препарат «Банеоцин®», обладающий антибактериальным действием за счет комбинации двух антибиотиков с синергическим действием (бацитрацин и неомицин), воздействует на широкий спектр возбудителей, способствуя в большинстве случаев быстрому разрешению процесса на коже, тем самым ограничивая необходимость применения системных антибактериальных препаратов.

Легкая текстура, удобство применения, быстрый терапевтический эффект, отсутствие побочных реакций, доступная цена и качество, возможность применения препарата в различных возрастных группах – вот те достоинства препарата «Банеоцин®», благодаря которым он заслуженно занимает место в арсенале средств, используемых врачом-дерматологом.

Тимошенко Наталья Анатольевна (контактное лицо) – врач-дерматовенеролог, миколог высшей квалификационной категории консультативно-диагностического отделения микологической клиники НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. 194291, Санкт-Петербург, ул. Сантьяго-де-Куба, д. 1/28. Тел. (812) 303-51-41.

УДК 618.5-089.888.61-089.5:616.711-007.54

С.И. Ситкин¹, А.М. Роненсон¹, Ю.В. Савельева², Л.Ю. Гребенщикова²

НЕЙРООКСИАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ У БЕРЕМЕННЫХ С КИФОСКОЛИОЗОМ

¹Кафедра анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России
²ГБУЗ «Областной клинический перинатальный центр им. Е.М. Бакуниной»

Использование нейрооксиальной анестезии у беременных с тяжелым кифосколиозом является спорным. Считается, что кифосколиоз является противопоказанием к нейрооксиальной анестезии. В статье описываются два успешных случая эпидуральной анестезии у беременных с тяжелым кифосколиозом. Авторы предполагают, что у беременной с тяжелой формой кифосколиоза при кесаревом сечении может быть успешно выполнена эпидуральная анестезия.

Ключевые слова: кифосколиоз у беременных, эпидуральная анестезия.

NEURAXIAL ANESTHESIA FOR CAESAREAN SECTION IN PREGNANT WOMEN WITH KYPHOSCOLIOSIS

S.I. Sitkin¹, A.M. Ronenson², Yu.V. Savel'eva², L.Yu. Grebenshikova²

¹Tver State Medical Academy
²Tver Regional Perinatal Center named after E.M. Bakunina

Use of neuraxial anesthesia in pregnant women with severe kyphoscoliosis is controversial. It is believed that severe kyphoscoliosis is a contraindication to neuraxial anesthesia. The article describes two cases of successful epidural anesthesia in pregnant women with severe kyphoscoliosis. The authors suggest that a pregnant with severe kyphoscoliosis can be successfully managed by epidural anaesthesia for caesarean section.

Key words: kyphoscoliosis in pregnant women, epidural anesthesia.

Введение

Кифосколиоз – это сочетание искривления позвоночника в правую или левую стороны с усилением естественного кифоза в грудном отделе. Примерно 1% населения планеты страдает кифосколиозом, при этом в 90% случаев он не требует какого-либо лечения. И только у 10% лиц, страдающих данной патологией, имеется тяжелая форма кифосколиоза.

Доля тяжелого кифосколиоза в общей популяции в среднем составляет 0,3%, имеется «перевес» частоты встречаемости у женщин (3:1). Со временем заболевание приводит к рестриктивной патологии легких с развитием гипоксемии, что сопровождается гипертрофией и перегрузкой правых отделов сердца. При отсутствии лечения тяжелый идиопатический кифосколиоз приводит к летальному исходу на пя-