

**Волкова Виктория Дмитриевна**

студентка

**Вознесенская Наталья Викторовна**

ассистент

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный  
медицинский университет» Минздрава России

г. Оренбург, Оренбургская область

## **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ СТАФИЛОКОККОВЫХ ПИОДЕРМИЙ**

*Аннотация: в данной работе представлены методы местной и общей антибактериальной терапии, направленные на лечение стафилококковых пиодермий. Проанализированы виды антибиотикорезистентности штаммов, вызывающих пиодермии. Рассмотрены методы лечения пиодермий, вызванных мепициллинорезистентными штаммами *Staphylococcus aureus*.*

**Ключевые слова:** пиодермии, стафилококк, антибактериальная терапия, антибиотикорезистентность, MRSA.

Стафилококковые пиодермии являются одним из наиболее часто встречающихся заболеванием кожи, как у взрослых, так и у детей (до 20–30% всех дерматитов). Этиологическим фактором стафилококковых пиодермий чаще всего является *Staphylococcus aureus*, реже это могут быть *S. haemolyticus* и *S. epidermidis*.

Следуя из этиологии, основным методом лечения данного заболевания является антибиотикотерапия, как местная, так и общая (при тяжелом и генерализованном течении).

Базисными антибактериальными препаратами для наружной терапии являются: неомицина сульфат + бацитрацин цинк, мазь или крем 0,1% гентамицина сульфата, крем или мазь 2% фузидовая кислота, мазь 2% муцироцин, мазь эритромицин, мазь 2% линкомицина гидрохлорид, 1% крем сульфатиазол серебра.

В качестве местной терапии также применяют антисептические препараты: спиртовой 1% раствор бриллиантового зеленого, спиртовой раствор фукорцина,

1% водный раствор метиленового синего, 0,01–0,1% водный раствор калия перманганата, 0,05–1% водный раствор хлоргексидина.

В случае развития острого воспалительного процесса, который сопровождается эритемой, отечностью, зудом, назначают глюокортикоидные топические препараты в комбинации с антибактериальными препаратами: аэрозоль тетрациклина гидрохлорид + триамцинолона ацетонид, мазь гидрокортизона ацетат + окситетрациклина гидрохлорид, фузидовая кислота + бетаметазон – крем, крем бетаметазона валерат + гентамицина сульфат.

Препаратами выбора для системного лечения тяжелых форм пиодермий являются:

- пенициллины (бензилпенициллина натриевая соль, амоксициллина тригидрат, амоксициллин тригидрат + клавулановая кислота, оксациллин);
- цефалоспорины (цефалексин, цефаклор, цефуроксим, цефотаксим, цефтриаксон).

Альтернативные препараты (при аллергии к  $\beta$ -лактамам):

- макролиды (эритромицин, азитромицин, кларитромицин);
- тетрациклины (доксициклин);
- фторхинолоны (ципрофлоксацин, левофлоксацин, офлоксацин);
- линкозамиды (клиндамицин);
- сульфаниламиды (сульфаметоксазол + триметопrim).

Также возможно применение иммунобиологические средства: анатоксин стафилококковый очищенный жидкий, вакцина стафилококковая лечебная, иммуноглобулин антистафилококковый человека жидкий.

За последние 10–15 лет во всем мире наблюдается рост антибиотикорезистентности как госпитальных, так и внебольничных штаммов возбудителей. Данная проблема особенно актуально для *S. aureus*, который способен приобретать устойчивость к большинству доступных на сегодняшний день антибиотикам.

Проанализировав данные зарубежных исследований, можно сделать вывод, что штаммы *S. aureus*, выделенные у пациентов с инфекциями кожи и мягких тканей, имеют достаточно высокую резистентность к эритромицину (17–49,4%),

хлорамфениколу (32%), ципрофлоксацину (2–23.1%), линкомицину (11–21,1%), клиндамицину (16.5%), тетрадиклину (8.9%) и гентамицину (8%). Несмотря на это, большинство перечисленных антибиотиков всё ещё широко применяются для лечения заболеваний данной группы.

Также одной из наиболее значимых проблем является растущее число сообщений о случаях выявления в амбулаторных условиях метициллинорезистентный *S.aureus* (MRSA). MRSA – это штаммы *S.aureus*, резистентные к метициллину (оксациллину), они нечувствительны ко всем β-лактамным антибиотикам: пенициллинам, в том числе ингибиторозащищенным, цефалоспоринам I-IV поколений и карбапенемам.

По данным зарубежных публикаций, частота выявления MRSA в амбулаторных условиях при инфекциях кожи и мягких тканей варьирует от 5% до 29.1%. В Европе частота выявления MRSA несколько ниже (4% в Германии, 14.8% в Испании) чем в США (29,1%). Частота выявления MRSA при амбулаторных инфекциях кожи на территории России составляет в среднем 27,7%.

Наиболее эффективный метод на сегодняшний день по лечению инфекций, вызванных MRSA, предложили ученые из Медицинской школы Университета Дж. Вашингтона, заключающийся в использовании комбинации трех антибиотиков: меропенема, пиперациллина и тазобакта. Ученые Британского общества по антимикробной химиотерапии предлагают следующие комбинации препаратов:

– рифампицин (по 300 мг 2 раза в сутки внутрь) + фузидиевая кислота (по 500 мг 3 раза в сутки внутрь) или доксициклин (по 100 мг 2 раза в сутки внутрь) в течение 5–7 дней;

– рифампицин (по 300 мг 2 раза в сутки внутрь) + ко-тримоксазола (по 240 мг 2 раза в сутки внутрь) в течение 5–7 дней).

### **Список литературы**

1. Дерматовенерология: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем: Федеральные клинические рекомендации. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Деловой экспресс, 2016. – 768 с.

2. Никулин А.А. Обзор рекомендаций Британского общества по антимикробной химиотерапии (BSAC) по диагностике и лечению инфекций, вызванных метициллинрезистентными штаммами *Staphylococcus aureus* (MRSA) во внебольничных условиях / А.А. Никулин, А.В. Дехнич // Клиническая Микробиология и Антимикробная Химиотерапия. – 2010. – Т. 12. – С. 4–22.
3. Эпидемиология и эпидемиологический мониторинг инфекций, вызванных метициллинрезистентными штаммами золотистого стафилококка: Федеральные клинические рекомендации. – М., 2014. – 50 с.
4. Claeys K.C. Novel Application of Published Risk Factors for Methicillin-Resistant *S. aureus* in Acute Bacterial Skin and Skin Structure Infections / K.C. Claeys, E.J. Zasowski, A.M. Lagnf, D.P Levine, S.L. Davis, M.J. Rybak // Int J Antimicrob Agents. – 2017.
5. Estes K. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* skin and soft tissue infections. Impacting patient care // Crit Care Nurs Q. – 2011.