

Ж.В. Королева, к.м.н., В.М. Боровиков, Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

# Применение Банеоцина в педиатрической практике

**Среди инфекционных болезней кожи у детей наиболее часто встречаются гнойные воспалительные заболевания – пиодермии. Данная патология может возникнуть в результате инфицирования многими возбудителями (стафилококками, стрептококками, пневмококками, кишечной палочкой, вульгарным протеем и др.).**

**К пиодермии в узком понимании относятся заболевания, ассоциируемые с гноеродными кокками (стафилококками и стрептококками). Пиодермии – наиболее распространенные заболевания кожи как у взрослых, так и у детей, начиная с периода новорожденности. В структуре заболеваний кожи доля пиодермии составляет от 17 до 43%.**

**У детей они являются также обычным осложнением кожных заболеваний, сопровождающихся зудом и нарушением целостности кожного барьера, в частности атопического дерматита.**

Пиодермии наиболее опасны у новорожденных, так как для них характерны повышенная чувствительность к стафилококковой инфекции; склонность к генерализации инфекции; развитие стафилококковой инфекции как на коже, так и в ряде других органов; возможность развития сепсиса. Особенности строения и функциональная незрелость детской кожи также способствуют частому развитию кожных инфекционных заболеваний.

Значительная распространенность стафилококков и стрептококков в окружающей среде обуславливает их ведущую роль в развитии пиодермий. У здоровых пациентов является высокой обсемененность стафилококком кожи и складок, ногтей со свободного края, носа, зева (выделяются преимущественно белый и золотистый стафилококки). Стрептококки при обследовании кожи у здоровых пациентов встречаются реже и обнаруживаются примерно в 12% случаев (50% составляет гемолитический стрептококк). В зависимости от возбудителя выделяют стафилококковые, стрептококковые и смешанные пиодермии. По глубине поражения кожи различают поверхностные и глубокие пиодермии. К поверхностным формам стафилодермий относятся остиофолликулит, фолликулит, сикоз и другие, а к глубоким – фурункул и карбункул. Стафилококк вызывает

гнойное воспаление кожи, поражая волосяные фолликулы, потовые апокриновые железы (у детей эккринные) на различной глубине. У детей в возрасте до 1 года нередко возникают стафилококковые поражения кожи нефолликулярного характера.

**Везикулопустилез – гнойное воспаление устьев эккринных потовых желез. На волосистой части головы, в складках кожи возникают пустулы величиной с булавочную головку с плотной крышкой, нередко сгруппированные и быстро распространяющиеся. У ослабленных детей при плохом уходе или несвоевременно начатом лечении процесс может прогрессировать вглубь с образованием абсцессов, флегмон, развитием септического состояния. Длительность заболевания при благоприятном исходе 7-14 дней.**

Псевдофурункулез Фингера появляется при распространении инфекции в глубину протоков эккринных потовых желез на 1-й, чаще на 2-4-й неделе жизни, иногда в возрасте от 1-2 до 4-6 мес. На коже возникают инфильтраты в виде узлов величиной с горошину или немного больше с отеком мягких тканей. Инфильтраты труднее поддаются лечению, чем везикулопустилез, так как процесс развивается в толще кожи, захватывая всю эккринную потовую железу, чаще наблюдаются рецидивы.

Эпидемическая пузырчатка новорожденных – острая контагиозная поверхностная стафилодермия, возникающая в основном до 7-10-го дня после рождения. Часто начинается с появления пузырей на гиперемированном фоне. Крышечка пузыря беловатого цвета, вялая, дряблая. Пузыри увеличиваются в размерах и легко отслаиваются. Их содержимое вначале серозное, а затем серозно-гнойное. Они легко вскрываются, образуя эрозивные поверхности с неровными, фестончатыми краями. При неблагоприятном течении эрозии сливаются между собой, быстро захватывая значительную часть кожного покрова.

Эксфолиативный дерматит Риттера – тяжелая форма эпидемической пузырчатки новорожденных. Характеризуется развитием диффузной эритемы, на фоне которой быстро образуются крупные вялые пузыри. После их вскрытия образуются эрозии с отслаивающимся по периферии эпидермисом. Чаще всего локализируются в зонах вокруг пупка и рта с последующим распространением на другие участки кожи. Через несколько дней при благоприятном течении в патологический процесс может быть вовлечен весь кожный покров.

Наиболее частым этиологическим фактором стрептодермии является β-гемолитический стрептококк группы А. Стрептококки поражают эпидермис, не проникая в его придатки, и вызывают серозно-экссудативную воспалительную реакцию с образованием поверхностного дряблого пузыря – фликтены. Различают стрептококковое импетиго, буллезное импетиго и вульгарную эктиму, а при присоединении стафилококков – вульгарное импетиго. У детей могут возникать атипичные формы стрептодермий.

Папулоэрозивная стрептодермия (сифилоподобное импетиго, пеленочный дерматит) – разновидность стрептококкового импетиго у детей до 1 года. Развивается при нарушении правил гигиены и ухода за ребенком. Кожа раздражается и мацерируется под воздействием мочи и кала, особенно при жидком стуле или при использовании непромокаемого белья, затрудняющего испарение влаги.

В области ягодиц, бедер, промежности, мошонки появляются плотные папулы синюшно-красного цвета величиной с горошину, окруженные островоспалительным венчиком. На поверхности папул возникают фликтены, затем эрозии, корочки. Эрозии в диаметре меньше, чем папулы, кожа вокруг них воспалена и инфильтрирована.

Результаты многих исследований не подтвердили предположения о том, что при лечении инфекций кожи легкой и средней степени тяжести применение местной терапии менее эффективно, чем прием препаратов внутрь. Кроме того, помимо сохраняющегося высокого уровня заболеваемости бактериальными инфекциями кожи увеличивается количество штаммов микроорганизмов, устойчивых к антибактериальным средствам, применяемым системно. Изучение чувствительности выделенных штаммов у больных фурункулезом, микробной экземой, воспалительными формами акне показало увеличивающуюся с каждым годом резистентность выделенных штаммов *S. aureus* к эритромицину, клиндамицину, тетрациклину (57,4; 46,2 и 48,4% соответственно).

Лекарственные средства для местного применения удобны при использовании, их легче дозировать, чем препараты для перорального приема. При возможности выбора метода лечения многие пациенты отдали бы предпочтение местной терапии. При проведении последней риск развития



Ж.В. Королева

системных побочных эффектов, в том числе со стороны пищеварительного тракта, минимален. При пероральном приеме антибиотик воздействует на микрофлору пищеварительного тракта, что нередко приводит к появлению резистентных к действию препарата штаммов микроорганизмов. Кроме того, более высокая концентрация антибиотика, которая создается в месте локализации инфекции, способствует эрадикации большего количества патогенных микроорганизмов.

В случаях поверхностного или локализованного патологического процесса на коже лучше всего использовать только местные средства. Если инфекционное воспаление достигает более глубоких структур кожи или поражена большая площадь, можно комбинировать местные и пероральные антибактериальные средства. При тяжелой степени воспаления, развитии системных проявлений – лихорадки, выраженной интоксикации, лимфаденопатии – не обойтись без назначения системной антибиотикотерапии.

Учитывая вышеизложенное, актуальной проблемой остается поиск эффективного и безопасного препарата для лечения инфекционных дерматозов. У идеального препарата, предназначенного для местного лечения, должны быть следующие свойства: отсутствие болезненных ощущений во время применения; отсутствие аллергических проявлений; отчетливый бактерицидный и/или бактериостатический эффект; отсутствие негативного влияния на процесс эпителизации пораженного участка; сохранение жизнеспособных клеток кожи; отсутствие токсического воздействия на организм в целом.

**Одной из удачных комбинаций для местного лечения инфекционных заболеваний кожи является Банеоцин – комбинация двух высокоэффективных (бактерицидных) антибактериальных средств с синергичным действием, предназначенных исключительно для наружного применения, – неомицина и бацитрацина. Бацитрацин – полипептидный антибиотик, который оказывает бактерицидное действие путем подавления синтеза компонентов клеточной мембраны, в то время как неомицин является антимикробным препаратом группы аминогликозидов, тормозит синтез белка в бактериальной клетке. Поскольку всасывание бацитрацина и неомицина через поврежденную кожу незначительно, максимальная концентрация лекарственных средств создается в месте их использования. Антибиотики при местном применении хорошо переносятся. Важно отметить широкий спектр действия компонентов, входящих в состав Банеоцина.**

Бацитрацин активен главным образом в отношении грамположительных микроорганизмов (гемолитического стрептококка, стафилококков, *Clostridium*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Treponema pallidum*), а также в отношении некоторых грамотрицательных патогенных микроорганизмов, таких как *Neisseria* и *Haemophilus influenzae*. Спектр действия препарата включает также актиномицеты и фузобактерии.

**БАНЕОЦИН**

**Безболісно<sup>1</sup> та швидко<sup>2</sup> загоє ранки!**

БАНЕОЦИН  
Бацитрацину цинк  
Неомицину сульфат  
порошок нашірний

БАНЕОЦИН  
Бацитрацину цинк  
Неомицину сульфат  
мазь 20 г

БАНЕОЦИН  
Бацитрацину цинк  
Неомицину сульфат  
мазь 20 г

**SANDOZ**  
a Novartis company

1. Безболісність наведено. Багуні Л.А. Хірургія. Журнал ім. М.І.Пирогова 2013;4: 51-9  
2. Паршина В.Л. Педіатрія, «Застосування порошку Банеоцин» Сестринська Медсестра 2007; 9(1): 3-7

Інформація виключно для спеціалістів сфери охорони здоров'я. Банеоцин порошок нашірний, контейнер, 10г (Р.І. № UA/3951/02/01)  
Банеоцин мазь, туба 20г (Р.І. № UA/3951/01/01) виробник: Сандоз Інші, Ізраїль.  
Продукт має лінійні реалізації, протипоказання та особливі застереження. Ви можете пошкодити про лінійні реалізації та/або відсутність ефективності лікарського засобу представника замовника за адресою або телефоном: вул. Амосова 12, м. Київ, 01680; тел. +38 (044) 495 28 66. Не для продажу: www.sandoz.ua  
KM 4-06-540-01C-0215

Устойчивость к бацитрацину встречается чрезвычайно редко. Неомидин воздействует как на грамположительные, так и на грамотрицательные микроорганизмы (стафилококки, Proteus, Enterobacter aerogenes, Klebsiella pneumoniae, Shigella, Haemophilus influenzae, Pasteurella, Neisseria meningitidis, Vibrio cholerae, Bordetella pertussis, Bacillus anthracis, Corynebacterium diphtheriae, Streptococcus faecalis, Listeria monocytogenes, Escherichia coli, Mycobacterium tuberculosis, Borrelia и Leptospira interrogans). Эффективность комбинированного воздействия обоих компонентов обусловлена широким применением Банеоцина не только в дерматологии, но и других областях медицины. В хирургии — для лечения гнойно-некротических ран и трофических язв; в акушерстве и гинекологии — для терапии в послеоперационном периоде по поводу разрывов промежности и эпизиотомии, лапаротомии; для лечения и профилактики маститов. В оториноларингологии препарат в виде мази применяется при вторичных инфекциях: при остром и хроническом рините, наружном отите; в послеоперационном периоде — при вмешательствах на придаточных пазухах носа, сосцевидном отростке. Цинк, входящий в состав Банеоцина, оказывает дополнительное противомикробное и эпидерморегулирующее действие.

**Банеоцин — единственный в Украине препарат, который содержит рекомендованную Всемирной организацией здравоохранения комбинацию антибактериальных средств (неомицин + бацитрацин) для наружного применения. Известно, что резистентность к этим антибиотикам возникает крайне редко, что определяет возможность использования данного препарата у пациентов с длительно незаживающими ранами и наличием ассоциаций микроорганизмов, устойчивых к обычным антисептикам и антимикробным средствам.**

Банеоцин доступен в двух лекарственных формах: в виде порошка и мази, причем порошок можно применять с первых дней жизни ребенка. Частицы порошка не травмируют кожу, обладают подсушивающим эффектом и дают возможность влаге испаряться с поверхности. Мазь изготовлена на основе ланолина и оказывает действие сквозь образовавшуюся на ране корочку. В результате корочка перестает расти, скрепляется и самостоятельно отпадает при полном заживлении раны. Мазь также применяют для лечения фурункулов, карбункулов, фолликулитов и долго незаживающих ран.

Банеоцин порошок применяется на очаги поражения для образования бактерицидных корочек 2-4 раза в сутки, мазь — с целью разрешения элементов и регресса признаков воспаления кожи 2-3 раза в сутки, при необходимости под повязку. При назначении повторного курса максимально допустимая доза снижается в 2 раза. Следует учесть, что Банеоцин вызывает фотосенсибилизацию, поэтому рекомендуется предотвращать доступ прямых солнечных лучей к месту нанесения препарата.

Средняя продолжительность лечения Банеоцином в виде порошка — 3-5 дней, мази — 7-10 дней. В зависимости от клинического характера заболевания, больным с первичными пиодермиями Банеоцин можно назначать в виде монотерапии; при других заболеваниях, осложненных вторичной пиодермией, — в дополнение к базовому стандарту лечения заболевания. При наличии различной выраженности мокнутия сначала применяют Банеоцин в виде порошка с дальнейшим переходом на мазевую форму.

Наш опыт лечения Банеоцином продолжается более 15 лет. Дерматологические показания для его применения включают бактериальные инфекции кожи, вызванные микроорганизмами, чувствительными к неомицину и бацитрацину. Показания для применения мази: фурункулы, карбункулы (после хирургического вмешательства), фолликулит волосистой части головы, гнойный гидраденит, псевдофурункулез, паронихии, пиодермия; контагиозное импетиго, вторичные инфекции при дерматозах (язвы, экзема), папуло-пустулезные формы акне. Порошок применяют в случае вторичного

инфицирования при герпетических инфекциях, ветряной оспе; при экземе. В педиатрии и неонатологии — с целью профилактики пупочной инфекции и лечения бактериального пеленочного дерматита; при псевдофурункулезе Фингера; а также в комбинированной терапии при эксфолиативном дерматите Риттера, некротической флегмоне новорожденных. Кроме того, порошок Банеоцин обладает дополнительными охлаждающим и успокаивающим действиями. Это особенно важно для лечения ран у пациентов детского возраста ввиду их высокой чувствительности к боли и страха перед спиртосодержащими средствами, традиционно используемыми для обработки ран.

**Применение препарата Банеоцин в практике неонатальной реанимации позволяет: в более короткие сроки эпителизовать пупочную ранку новорожденных; эффективно лечить инфицированный пеленочный дерматит и эксфолиативный дерматит Риттера (в составе комбинированной терапии); предупредить развитие серьезных гнойно-септических осложнений кожи. Положительная динамика в лечении эксфолиативного дерматита Риттера отмечалась в уменьшении выраженности кожных проявлений заболевания уже через сутки от начала терапии препаратом в сочетании с системными антибиотиками. Отмечена значительная эффективность Банеоцина в лечении пеленочного дерматита: полная эпителизация эрозий происходила в течение 8 дней.**

В курсе лечения пиодермий при стрептококковом импетиго, фолликулитах и паронихиях Банеоцин назначался в виде монотерапии, при этом отмечался наиболее быстрый регресс высыпаний в течение 7-10 дней. Лечение фурункулов, вульгарного сикоза и подрывающего фолликулита головы требовало более длительного применения Банеоцина в сочетании с дополнительной терапией (иммуномодуляторы, витамины и др.). При лечении дерматозов, осложненных пиодермией, Банеоцин применяется в течение недели при опоясывающем герпесе и на протяжении 7-12 дней при осложненном атопическом дерматите, инфекционной экземе.

При угревой болезни Банеоцин используется на фоне базовой терапии. В практической деятельности дерматолога наиболее значимое место занимает когорта пациентов с акне средней степени тяжести, высыпания у которых преимущественно представлены воспалительными папулами и пустулами. По данным авторов, больные с папуло-пустулезными формами акне средней степени тяжести составляют до 75,2% от всех обратившихся на консультативный прием. Согласно результатам проведенных исследований в 48% случаев при лечении отмечалось полное исчезновение клинических признаков на 20-25-й день от начала терапии, в остальных случаях — значительное улучшение течения заболевания. Наши данные совпадают с литературными и свидетельствуют о том, что Банеоцин является одним из наиболее эффективных средств инфекционной профилактики при акне.

Многолетний опыт применения свидетельствует о высокой активности Банеоцина в отношении грамотрицательной, грамположительной флоры, аэробов и анаэробов. Безболезненность и атравматичность нанесения, глубокое проникновение в ткани, хорошая переносимость Банеоцина позволяют эффективно лечить детей с инфекционными дерматозами даже в случаях отягощенного аллергологического анамнеза (при непереносимости традиционных местных препаратов). Для Банеоцина характерна способность создавать высокие бактерицидные концентрации в очаге воспаления и не оказывать системного влияния. Применение Банеоцина может быть рекомендовано как в стационарных, так и амбулаторных условиях для лечения поверхностных пиодермий (импетиго, фолликулитов), фурункулеза, различных форм акне, а также вторично инфицированных дерматозов.

Список литературы находится в редакции.

КМ 4-06-БАН-ОТС-0215

## Інформаційне повідомлення

Міністерство охорони здоров'я України  
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

### Шановні колеги!

Запрошуємо вас взяти участь у роботі науково-практичної конференції

**«Медико-соціальні аспекти діагностики, лікування та реабілітації захворювань у дітей», яка відбудеться 19-20 березня 2015 р. у м. Києві.**

Науково-практична конференція проводиться в НМАПО ім. П.Л. Шупика кафедрою педіатрії № 2 (завід увач — професор В.В. Бережний) і кафедрою дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації (завідувач — Р.О. Моїсеєнко). У рамках заходу буде проведено науково-методичну нараду завідувачів кафедр педіатрії і кафедр дитячої неврології, присвячену актуальним питанням післядипломного викладання педіатрії та дитячої неврології у вищих медичних навчальних закладах III-IV рівня акредитації МОЗ України.

**Тематика симпозиуму:** сучасні проблемні питання лікування дітей та її нові технології, доказова терапія, проблемні питання харчування дітей, терапія невідкладних станів у педіатричній практиці, лікування патологічних станів і захворювань у новонароджених дітей та підлітків. Частина доповідей буде присвячено організації системи та методології медико-соціальної реабілітації дітей з особливими потребами в системі раннього втручання, інтенсивної нейрореабілітації.

Запрошуємо Вас взяти участь у роботі конференції. Просимо до 1 лютого 2015 року надіслати в оргкомітет симпозиуму назву доповіді та друкований і електронний варіанти. Статтю буде опубліковано в журналі «Сучасна педіатрія». Умови публікації надруковано в журналі.

Статті у друкованому та електронному вигляді надіслати на адресу: 04655, м. Київ, вул. Богатирська, 30, міська дитяча клінічна лікарня № 1, професору В.В. Бережному (тел.: 412-16-07).

Бажаючим виступити із стендовими повідомленнями слід вказати про це в супроводжувальному листі. До статей необхідно додати лист з даними про автора (прізвище, ім'я та по батькові, посада, місце роботи, адреса, телефон).

Інформацію про готелі в м. Києві буде надано в програмі конференції.

**ГОЛОВНІ ПОДІЇ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**IMF VI МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ**  
ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ - ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

**IV МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС**  
«Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України»

**15-17 квітня 2015 року**

**КІЇВ ЕКСПО ПЛАЗА** Україна, Київ, вул. Салютна, 2-Б

**ЕКСПОНЕНТІВ** 400 **ВІДВІДУВАЧІВ** 14000 **КРАЇН** 20 **ДОПОВІДАЧІВ** 700

**WWW.MEDFORUM.IN.UA**

**MEDICA EXPO** Міжнародна виставка охорони здоров'я

**PHARMA EXPO** Міжнародна фармацевтична виставка

**ВСЬ СПЕКТР ОБЛАДНАННЯ, ТЕХНІКИ, ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДЛЯ МЕДИЦИНИ, НОВИНКИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ВІД СВІТОВИХ ТА ВІТЧИЗНЯНИХ ВИРОБНИКІВ**

**У РАМКАХ ФОРУМУ ТА КОНГРЕСУ**

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ЗАХОДИ, ШКОЛИ ТА МАЙСТЕР-КЛАСИ НА ДІЮЧОМУ ОБЛАДНАННІ, ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ, ВИДАЧА СЕРТИФІКАТІВ**

**Спеціальні програми:**

- Організація та управління охороною здоров'я
- Дні лабораторної медицини
- Медицина радіології
- Онкологія
- Терапія
- Фізіотерапія та реабілітація
- HEALTH BEAUTY

**Спеціальні напрямки:**

- Хірургія та нейрохірургія
- Медицина невідкладних станів
- Акушерство, гинекологія та педіатрія
- Інфекційні хвороби та епідеміологія
- Організація та управління фармацією

**ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ НА САЙТІ WWW.MEDFORUM.IN.UA**

Генеральний стратегічний партнер: **ZDOROV-INFO**

Генеральний інформаційний партнер виставки PHARMA EXPO: **АТЕНА**

Міжнародні інформаційні партнери: **labco&more**, **medicosports network**, **Світ Здоров'я**

Генеральний інформаційний партнер: **Здоров'я України**

3 питань участі у Форумі: **+380 (44) 526-93-09**, **+380 (44) 526-94-87**

3 питань участі у Конгресі: **+380 (44) 526-92-89**

**med@imt.kiev.ua**, **expo@imt.kiev.ua**, **congress@medforum.in.ua**