

Н.Г. ДИКОВИЦКАЯ,
И.М. КОРСУНСКАЯ,
О.В. ДОРДЖИЕВА,
З. НЕВОЗИНСКАЯ

Поликлиника МИД РФ,
ЦТП ФХФ РАН, ГKB № 14
им. В.Г. Короленко,
КВД № 16

Терапия вторичных инфекций кожи при хронических дерматозах

*Хронические дерматозы, сопровождающиеся зудом, очень часто осложняются присоединением бактериальной и/или микотической флоры. Кроме того, при различных дерматозах изменяется и состав кожной флоры, значительно повышается ее обсемененность дрожжеподобными грибами (*C. Albicans*) и стрепто- и стафилококками (1-3).*

По данным ряда авторов, АД осложняется вторичной инфекцией в 20% случаев. Также часто присоединением бактериальной и микотической инфекций осложняется течение хронической экземы и аллергического дерматита. Кроме того, микозы гладкой кожи, особенно крупных складок, могут сопровождаться выраженными островоспалительными явлениями. Некоторые соматические нозологии, при которых имеются нарушения трофики кожи, снижение иммунитета также могут стать причиной возникновения бактериальных или микотических поражений кожи с более тяжелым течением, чем у соматически неотягощенных пациентов. Особенно это актуально в детской практике (3, 5, 6).

Появление комбинированных ГКС сняло ряд проблем в лечении таких больных. При бактериальных поражениях кожи на фоне атопического дерматита или экземы применяются ГКС-содержащие антибиотики, но это довольно часто провоцирует бурный рост сапрофитной кандидозной флоры, что, естественно, осложняет

течение заболевания. Практически такая же картина складывается при лечении микозов на фоне аллергических заболеваний ГКС-содержащими антимикотиками, но в этом случае процесс осложняется бактериальной флорой.

Наиболее эффективны в качестве местной терапии комбинированные препараты, в состав которых кроме стероида входят антибактериальные и антимикотические средства, что позволяет воздействовать одновременно на все звенья патологического процесса. Одним из таких препаратов является Кандидерм, в состав которого входит комбинация из 0,01% клотримазола, 0,025% беклометазона дипропионата и 0,1% гентамицина на кремовой основе.

Клотримазол является синтетическим средством широкого спектра действия, влияющим на мембрану грибковой клетки, показан для местного применения при лечении микозов, вызванных грибами *Microsporum canis*, *Candida albicans*, *Trichophyton rubrum* и др. (4), а также на грамположительные и грамотрицательные бактерии.

Беклометазон дипропионат является синтетическим фторированным кортикостероидом с выраженной противовоспалительной, противозудной и сосудосуживающей активностью, показан для снятия явлений местного воспаления.

Гентамицина сульфат является антибиотиком широкого спектра действия, что обеспечивает его высокую эффективность при

местном применении для лечения первичных и вторичных инфекций кожи. Клинические испытания препарата Кандидерм продемонстрировали преимущества данной комбинации активных ингредиентов. В результатах клинических испытаний была отмечена более высокая эффективность при комбинации препаратов, чем при использовании каждого из них в отдельности. При изучении фармакокинетики не было выявлено отклонений эффектов комбинации препаратов от эффектов каждого из ингредиентов препарата.

При осложнении атопического дерматита и экземы вторичной инфекцией, а также микоза гладкой кожи, осложненного экзематизацией, мы применяли на фоне стандартной системной терапии крем Кандидерм местно от 7 до 21 дня.

Мы наблюдали 47 пациентов с хроническими дерматозами в возрасте от 25 до 70 лет, из них у 6 пациентов диагностирован атопический дерматит (АД), у 22 – микробная экзема, у 14 пациентов – истинная экзема, у 5 – микоз гладкой кожи (рисунок 1).

Уменьшение зуда, который очень часто возникает на фоне данной патологии, нами отмечалось в первые 3-4 дня. Разрешение острого процесса – уменьшение гиперемии, отека и мокнутия – наблюдалось в сроки от 7 до 21 дня в зависимости от распространенности процесса (рисунок 2).

В старшей возрастной группе (пациенты пожилого возраста) на



Рисунок 1. Распределение пациентов по заболеваниям

первое место выходит патология сосудов нижних конечностей и другие соматические поражения (сахарный диабет, ИБС и т.д.), которые являются одним из факторов, способствующих развитию и распространению микотической инфекции. Нарушение венозного кровотока очень часто сопровождается трофическими язвами, рожистым воспалением и варикозной экземой. Основной причиной рецидивов вышеперечисленных заболеваний является микоз. Дифференцировать варикозную, микробную или микотическую экземы бывает достаточно сложно. В данной ситуации лечение должно быть комплексным, с учетом сосудистой патологии и инфекционных агентов. Всех пациентов беспокоил сильный зуд, на коже имелись папуло-везикулярные и пустулезные высыпания, отек и инфильтрация.

Все пациенты получали антигистаминные препараты, препараты, улучшающие кровообращение и трофические процессы, наружно на очаги поражения назначался крем Кандидерм. Препарат назначался на очаги поражения 2 раза в день. Через 5-7 дней данной терапии исчезал зуд, уменьшались мокнутие и отечность. Полное раз-

решение высыпаний наблюдалось через 14-21 день. Клиническое излечение было достигнуто у всех пациентов.

В качестве примера приводим историю болезни больного К., 45 лет. Пациент обратился в КВД № 16 с жалобами на высыпания в области паховых складок. Субъективно беспокоит интенсивный зуд. Пациент самостоятельно применял эритромициновую мазь, на фоне терапии появилось интенсивное мокнутие и отек. При осмотре: в области паховых складок с переходом на внутреннюю часть кожи бедра на фоне яркой гиперемии и отека множественные везикулезные и пустулезные элементы, мокнутие (рисунок 3). Пациенту было рекомендовано применение антигистаминных препаратов, местно крем Кандидерм. Через 7 дней отмечается отсутствие свежих высыпаний, уменьшение отека и гиперемии (рисунок 4) при повторном осмотре через 14 дней процесс полностью разрешился (рисунок 5).

Полученные результаты позволяют считать Кандидерм высокоэффективным препаратом при лечении дерматозов, осложненных вторичной инфекцией с различной микрофлорой. **ЕИД**

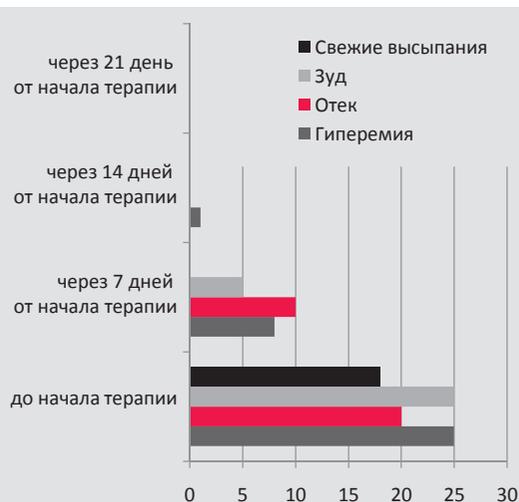


Рисунок 2. Обратное развитие симптомов на фоне терапии



Рисунок 3. До начала терапии Кандидермом



Рисунок 4. Через 7 дней от начала терапии Кандидермом



Рисунок 5. Через 14 дней от начала терапии Кандидермом

Литература

1. Нобл У.К. Микробиология кожи человека. 1986 г.
2. Stratchounski L.S., Dekhnich A.V., Kretchikov V.A. et al. Antimicrobial resistance of nosocomial strains of St.aureus in Russia : results of prospective study. J Chemother. 2005. 17:1:54-60
3. Рукавишникова В.М., Моххамед Ю. Актуальные вопросы дерматовенерологии. Астрахань - Москва 1995. С. 83-89.
4. Степанова Ж.В. Грибковые заболевания. М., 1996.
5. Сергеев Ю.В., Ларионова В.Н., Каменных П.В., Колесников Ю.Ю., Котова Н.В., Кудрявцева Е.В., Сергеев В.Ю., Хватов Б.И. Новые подходы к местной терапии пиодермий и осложненных дерматозов // Клиническая дерматология и венерологии, 2008, №6: 55-58.
6. Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Кеникс-фест Ю.В. и др. Дифференцированная наружная терапия экзематозных проявлений // Медицинская технология. Екатеринбург, 2007.