



Наружная терапия дерматозов, осложненных вторичной инфекцией: три слагаемых успеха



Вопросы этиологии, патогенеза и рационального лечения хронических дерматозов не теряют своей актуальности ввиду их широкой распространенности и высокой вероятности присоединения вторичных инфекций. Рассмотрению наиболее эффективных схем наружной терапии дерматозов, осложненных вторичной инфекцией, с использованием комбинированного топического препарата Кандидерм было посвящено выступление профессора кафедры дерматовенерологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, д.м.н. Елены Александровны АРАВИЙСКОЙ на секционном заседании «Современные методы терапии распространенных дерматозов», организованном компанией «Гленмарк». Секционное заседание состоялось в рамках XIX Всероссийского съезда дерматовенерологов и косметологов (Москва, 21 июня 2019 г.).

При хронических дерматозах значительно увеличивается обсемененность кожи бактериями и грибами, которые могут усугублять течение воспалительного процесса. В связи с этим, по мнению профессора Е.А. Аравийской, на определенном этапе лечения необходимо использовать препараты, способные одновременно воздействовать и на воспаление, и на микроорганизмы. Значимую роль у пациентов с хроническими дерматозами иг-

рают патогенные стафилококки, микробные ассоциации и условно патогенные грибы. Свой вклад вносит выраженный дисбиоз кожи в очагах поражения. Установлено, что микробиом кожи играет важную роль в обеспечении противомикробной защиты. Генетически обусловленный состав микроорганизмов сбалансирован. Как только патогены начинают преобладать, активизируется врожденный иммунитет, вырабатываются факторы воспа-

Согласно эпидемиологическим данным, при дерматозах инфицированность кожи *Candida albicans* достигает 77%, *Staphylococcus aureus* – 60%¹. По данным экспертов Научно-исследовательского института медицинской микологии им. П.Н. Кашкина (2009), хронические дерматозы в 42% случаев осложняются пиококковой инфекцией, в 45% – грибковой, в 16% – бактериально-грибковой. Установлено, что обсемененность патологической микрофлорой как в очагах поражения, так и на

¹ Агафонова Е.Е., Дворянкова Н.В., Добрян З.Ф., Корсунская И.М. Терапия хронических дерматозов, осложненных *Candida*-инфекцией // Terra Medica Nova. 2006. № 1 (41). С. 34–35.



XIX Всероссийский съезд дерматовенерологов и косметологов

участках здоровой кожи при atopическом дерматите отмечается в 48% случаев, при экземе – в 30%, при псориазе – в 20%².

У больных алергодерматозами колонизация кожи патогенами особенно высока. Так, при atopическом дерматите (АтД) *S. aureus* в очагах острого воспаления обнаруживают в 80–100% случаев, в очагах лихенификации – в 85–91%. Дрожжеподобные грибы выявляют у 39% пациентов, антитела к грибам *Malassezia furfur* – практически у всех больных³. Микробная сенсibilизация поддерживает течение АтД, потенцируя atopическое воспаление.

Однако возникает очень важный вопрос: почему одни хронические дерматозы инфицируются, а другие – нет? По словам профессора Е.А. Аравийской, многое зависит от предрасполагающих экзогенных и эндогенных факторов, а также системы взаимосвязи между микроорганизмами на поверхности кожи. Существенное значение имеет соотношение антимикробных пептидов, которые могут играть роль как провос-

палительных, так и противовоспалительных факторов. При atopическом дерматите, например, наблюдается дефицит антимикробных пептидов, что делает кожу более уязвимой для проникновения патогенов. А при таких дерматозах, как псориаз, розацеа, уровень антимикробных пептидов повышен. И они выступают в качестве провоспалительного фактора.

Большое значение имеет носительство очагов хронической инфекции. Установлено, что инфекция дыхательных путей может влиять на обсемененность кожи определенными микроорганизмами⁴.

Присоединение вторичной инфекции чаще наблюдается у больных алергодерматозами, сопровождающимися интенсивным зудом и расчесами, вследствие нарушения барьерных свойств кожи. При первичном поражении кожного барьера в первые часы усиливается секреция уже готовых ламеллярных телец, затем синтез липидов и скорость пролиферации базальных кератиноцитов

(опосредуется такими цитокинами, как интерлейкин 1 альфа, фактор некроза опухоли альфа). Это приводит к восстановлению целостности кожного барьера в среднем через 72 часа. При повторном повреждении развивается воспалительный ответ. В случае выраженного или частого повреждения кожного барьера происходят те же процессы, однако воспалительный ответ становится более ярким.

Эффективное лечение инфицированных воспалительных дерматозов предусматривает подавление как воспаления, так и инфекции. Поэтому наиболее рациональным подходом считается применение комбинации сильного и безопасного топического глюкокортикоидного и антигрибкового препаратов. Таким требованиям отвечает препарат Кандидерм.

Крем Кандидерм – уникальная комбинация, содержащая беклометазона дипропионат, 0,1% гентамицина сульфата и 1,0% клотримазола. Первое вещество представляет собой сильный, нефторированный ГКС, второе – антибиотик широкого спектра действия, в том числе в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, третье – антимикотик, эффективный в отношении нитчатых и дрожжеподобных грибов.

Беклометазона дипропионат был синтезирован в 1962 г., однако только в 2014 г. эксперты Всемирной организации здравоохранения включили его в перечень необходимых для здравоохранения эффективных и безопасных лекарственных средств⁵. Беклометазона дипро-

Крем Кандидерм – уникальная комбинация, содержащая беклометазона дипропионат, 0,1% гентамицина сульфата и 1,0% клотримазола. Первое вещество представляет собой сильный, нефторированный ГКС, второе – антибиотик широкого спектра действия, в том числе в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, третье – антимикотик, эффективный в отношении нитчатых и дрожжеподобных грибов

² Хлебникова А.Н. Рациональная терапия инфицированных дерматозов // Эффективная фармакотерапия. 2013. Выпуск 40. Дерматовенерология и косметология. № 3. С. 22–26.

³ Арзуманян В.Г., Зайцева Е.В., Кабаева Т.И., Темпер Р.М. Оценка стафилококковой и нелипофильной дрожжевой микрофлоры кожи у больных с кожной патологией при контактном способе посева // Вестник дерматологии и венерологии. 2004. № 6. С. 3–6.

⁴ Olesen A.B. Chronic skin disease and risk of infection // The Open Infectious Diseases Journal. 2012. Vol. 6. Suppl. 1. № M6. P. 60–64.

⁵ www.medscape.com/viewcollection/33558.

дерматовенерология



пионат – классическое пролекарство, которое обеспечивает активность и хорошую концентрацию именно в очаге воспаления. Благодаря механизму биоактивации беклометазон обладает выраженным противовоспалительным действием именно в ограниченном очаге воспаления, что обеспечивает эффективность и безопасность проводимой терапии. Аффинность рецепторов его метаболита, беклометазона-17-монопропионата, в 30 раз выше, чем у беклометазона дипропионата, и в 50 раз выше, чем у беклометазона-21-монопропионата.

Беклометазона дипропионат вместо фтора содержит хлор. Хлорированные ГКС в отличие от фторированных безопасны в отношении системной абсорбции. Поэтому их применение не сопровождается нежелательными местными и системными реакциями⁶. Это дает возможность применения крема Кандидерм при любой локализации симптомов, в том числе на чувствительных участках кожи.

На фоне применения беклометазона не было отмечено статистически значимого снижения уровня эндогенного кортизола в плазме крови⁷. Так, в исследовании, проведенном R.S. Patel и соавт., установлено, что у всех пациентов группы беклометазона сохранялся нормальный уровень кортизола. В то же время в группе бетаметазона таковой отмечался только у 75% пациентов.

Введение галогена в молекулу ГКС существенно повысило активность последнего в отношении воспаления, которое, как было сказано ранее, может быть связано не толь-

Для лечения инфицированных воспалительных дерматозов показаны комбинированные препараты, представителем которых является Кандидерм. Однако комбинированные препараты не должны назначаться в отсутствие поставленного диагноза и признаков присоединения или активации инфекции, а также в режиме поддерживающей или интермиттирующей терапии

ко с основным заболеванием, но и с ответом на повышенную колонизацию микроорганизмов (*S. aureus*, *Malassezia* spp.). Галогенизированные хлорированные ГКС, представителем которых является беклометазона дипропионат, обладают большей противовоспалительной активностью. Кроме того, доказано, что ГКС преимущественно ингибируют Toll-подобные рецепторы и их лиганды, при этом важно как можно раньше начать лечение⁸.

Комбинированный трехкомпонентный препарат Кандидерм (беклометазон + гентамицин + клотримазол) отличается высокой эффективностью и благоприятным профилем безопасности. В открытом сравнительном исследовании эффективности и безопасности топических комбинированных препаратов в терапии дерматозов, осложненных вторичной инфекцией, было продемонстрировано преимущество препарата Кандидерм в отношении быстрого достижения выраженного клинического эффекта и нивелирования симптомов.

На фоне терапии кремом Кандидерм у пациентов отмеча-

лось двукратное снижение индекса тяжести симптомов, более быстрое снижение интенсивности зуда, уменьшение симптомов шелушения и сухости кожи, чем в группе сравнения.

По окончании лечения все пациенты, получавшие терапию кремом Кандидерм, оценили результат лечения как «хорошо» и «отлично». Кроме того, отмечалось, что препарат Кандидерм хорошо переносится, удобен в применении, имеет приятную текстуру, не обладает запахом, бесцветен и не пачкает одежду.

Подводя итог, профессор Е.А. Аравийская подчеркнула, что для лечения инфицированных воспалительных дерматозов показаны комбинированные препараты, представителем которых является Кандидерм. Кандидерм оказывает противовоспалительное, противозудное, антиаллергическое, антибактериальное и антимикотическое действие. Выступающая отметила, что комбинированные препараты не должны назначаться в отсутствие поставленного диагноза и признаков присоединения или активации инфекции, а также в режиме поддерживающей или интермиттирующей терапии. ●

⁶ Täuber V.U., Amin M., Fuchs P., Speck U. Comparative studies in man on the percutaneous absorption of diflucortolone valerate, betamethasone-17-valerate, beclomethasone dipropionate and flucocinolone acetonide // *Arzneimittelforschung*. 1976. Vol. 26. № 7b. P. 1492–1495.

⁷ Patel R.S., Wallace A.M., Hinnie J., McGarry G.W. Preliminary results of a pilot study investigating the potential of salivary cortisol measurements to detect occult adrenal suppression secondary to steroid nose drops // *Clin. Otolaryngol. Allied. Sci.* 2001. Vol. 26. № 3. P. 231–234.

⁸ Mogensen T.H., Berg R.S., Paludan S.R., Østergaard L. Mechanisms of dexamethasone-mediated inhibition of Toll-like receptor signaling induced by *Neisseria meningitidis* and *Streptococcus pneumoniae* // *Infect. Immun.* 2008. Vol. 76. № 1. P. 189–197.

КАНДИДЕРМ



Реклама
ЛСР-002530/08 от 04.04.2008

КАНДИДЕРМ® БЕЛАЯ ПОЛОСА В ЖИЗНИ ВАШИХ ПАЦИЕНТОВ

**Кандидерм — уникальная комбинация с беклометазоном
для выраженного и бережного устранения симптомов дерматоза,
осложненного вторичной инфекцией^{*** 1-3}**

Гентамицин
бактерицидный антибиотик
широкого спектра
активности¹⁻³

Беклометазон
сильный⁴
уникальный²
Нефторированный ГКС⁴

Клотримазол
широкий спектр
противогрибковой
активности^{1,3}

Информационный материал для специалистов здравоохранения. Пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению препарата.

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Кандидерм крем для наружного применения. ЛСР-002530/08 от 04.04.2008

МНН: Гентамицин + Беклометазон + Клотримазол. **Состав:** активные компоненты (в 1 г) клотримазол 10 мг, беклометазона дипропионат 0,25 мг, гентамицин (в виде сульфата) 1 мг. **Показания к применению:** дерматозы, осложненные вторичной инфекцией; эпидермофития стоп; дерматомикозы (в т. ч. с локализацией в паховой области), вызванные чувствительными к препарату возбудителями. **Противопоказания:** туберкулез кожи, кожные проявления сифилиса, ветряная оспа, простой герпес, кожные реакции после вакцинации, повышенная чувствительность к компонентам препарата, детский возраст до 7 лет, беременность, период лактации, открытые раны. **Побочные действия:** чувство жжения, гиперемия, эритема, шелушение, отек, сухость, мацерация и атрофия кожи; стрии, гипертрихоз, фолликулит, потница, крапивница, стероидные угри, периоральный дерматит, аллергический контактный дерматит, телеангиоэктазии, гипопигментация, пиодермия, фурункулез. При длительном применении возможно системные побочные эффекты в т. ч. угнетение функции коры надпочечников. **Способ применения и дозы:** наружно, крем наносят тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в сутки (утром и вечером). Продолжительность лечения зависит от эффективности и переносимости терапии и составляет, как правило, 2-4 недели (не более). Детям (7-16 лет) препарат назначают только строго по назначению и под контролем врача. **Условия отпуска из аптек:** без рецепта врача.

* дерматоз, осложненный вторичной инфекцией

** у всех пациентов, принявших участие в исследовании

*** за исключением кожи вокруг глаз

1. Матушевская Е.В., Масюкова С.А. «Топические комбинированные кортикостероидные препараты в лечении атопического дерматита»

(Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии, №2-2009, с. 14-19.

2. ГРЛС от 03.09.2019 г., на территории РФ (в составе трехкомпонентных, комбинированных ГКС).

3. Инструкция по медицинскому применению препарата Кандидерм.

4. Соколова Т. В., Гладько В. В., Флак Г. А., Малярчук А. П., Сафонова Л. А. Микробная экзема как инфекционно-зависимый дерматоз в практике врача дерматовенеролога. Учебное пособие для врачей. — М.: «ВАШ ФОРМАТ», 2017. — 60 с.