

Дерматозы аногенитальной области грибковой этиологии: ошибки в тактике ведения и пути их устранения

А.В. Игнатовский

Dermatoses of fungal etiology in the anogenital area: errors in the management and ways to eliminate them

A.V. IGNATOVSKY

А.В. Игнатовский — ассистент кафедры дерматовенерологии с клиникой Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, к.м.н.

Обсуждаются наиболее распространенные ошибки при обследовании и лечении пациентов с дерматозами аногенитальной области. Различные формы микозов диагностированы у 58% пациентов мужчин и 25% женщин. При лечении дерматомикозов высокую клиническую эффективность продемонстрировал изоконазол (Травоген), обеспечивающий высокую концентрацию действующего вещества в коже. У пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом, а также с микстинфекцией (бактериально-грибковой ассоциацией) с целью уменьшения риска развития осложнений в виде экзематизации на первом этапе лечения показано применение комбинированного препарата травокорт, содержащего изоконазола нитрат и дифлюкортолона валерат.

Ключевые слова: **дерматозы аногенитальной области, дерматомикозы, бактериально-грибковые ассоциации, травоген, травокорт.**

The article discusses the most prevalent errors in the course of examining and treating patients with dermatoses in the anogenital area. Different forms of mycoses are diagnosed in 58% of male and 25% of female patients. Isoconazole (Travogen) demonstrated a high clinical efficacy for the treatment of dermatomycoses due to providing a high skin concentration of the active ingredient. Travocort, a combination drug comprising isoconazole nitrate and diflucortolone valerate, was indicated to treat patients with burdened allergic anamnesis and mixed infection (bacterial and fungal association) at the first stage of treatment to reduce the risk of developing complications in the form of eczematization.

Key words: **dermatoses in the anogenital areas, dermatomycoses, bacterial and fungal associations, Travogen, Travocort.**

■ Появление высыпаний на коже генитальной области всегда вызывают особую тревогу у пациентов. Предполагая у себя наличие «половой инфекции», пациенты стараются либо как можно скорее обратиться к врачу, либо начинают самолечение. Поражение кожи аногенитальной области может быть обусловлено разнообразными причинами. Локализация высыпаний в зоне, имеющей свои анатомо-физиологические особенности, требует от врача знания многообразных клинических проявлений различных дерматозов. Среди них могут встречаться как заболевания инфекционной природы (грибковые, вирусные, бактериальные),

так и дерматозы, обусловленные рядом других причин (аутоиммунные), что требует от врача владения всеми современными методами диагностики и лечения подобных заболеваний. При этом дерматозы аногенитальной зоны инфекционной этиологии зачастую в силу остроты течения не оставляют врачу времени на раздумья и требуют быстрого обследования пациента и определения оптимальной терапевтической тактики. При назначении лечения требуется оценить показания к проведению системной терапии антибиотиками или в случае дерматозов грибковой этиологии антимикотиками.

В то же время когда речь идет о болезнях кожи полиэтиологической природы, также не следует затягивать обследование пациента, так как при ряде дерматозов последующие изменения структуры кожи могут привести к развитию осложнений, например, синехий больших и малых половых губ (при рубцующем пемфигоиде), стенозу входа во влагалище или рубцовому фимозу (при склероатрофическом лихене). Впоследствии эти осложнения требуют хирургической коррекции и нередко являются серьезным психотравмирующим фактором для пациентов. При наиболее распространенных дерматозах, таких как, например, псориаз, атопический дерматит, также возможно поражение кожи в области гениталий. При этом нередко единственным проявлением заболевания может быть поражение гениталий, например при псориазе. Либо вовлечение гениталий сопровождается общим тяжелым течением дерматоза, например при распространенном атопическом дерматите или псориазе. Анатомические особенности кожи аногенитальной области требуют особого подхода к выбору наружных форм препаратов и средств.

Выбор метода лечения — ответственный шаг. В ряде случаев достаточно проведения только наружной терапии (при ограниченном псориазе, ограниченном нейродермите), но у других больных требуется назначение и системной терапии (при распространенном красном плоском лишае, склероатрофическом лихене). Несомненно, специалисту, к которому обратился пациент с поражением кожи аногенитальной области, необходимо знать особенности клинических проявлений дерматозов различной этиологии, иметь возможность провести адекватный объем обследования для подтверждения диагноза, а также уметь выбрать необходимый объем терапии.

Материал и методы

С 2008 по 2010 г. к нам обратились 89 женщин и 153 мужчины с жалобами на высыпания на коже гениталий. Возраст женщин составлял от 26 до 58 лет, мужчин — от 19 лет до 51 года.

Все пациенты первично обращались в различные медицинские учреждения на прием: женщины — к врачу-гинекологу, мужчины — к урологу. Неудовлетворенность больных результатами лечения заставила их самостоятельно обратиться на прием к дерматовенерологу.

Все пациенты прошли осмотр, также было проведено дерматоскопическое исследование очагов поражения. Лабораторные методы включали микроскопическое исследование клинического материала (с КОН) и/или культуральное исследование для диагностики дерматомикозов, также в отдельных случаях выполнялась биопсия в зоне клинических проявлений. В случаях, потребовавших проведения системной терапии антимикотиками, проводили клинический ана-

лиз крови, биохимический анализ крови, общеклинический анализ мочи.

Результаты

Клинические диагнозы, поставленные при первичном обращении к врачу-гинекологу, у пациенток распределены следующим образом: крауроз вульвы ($n = 57$), дерматит промежности ($n = 21$), микоз паховых складок ($n = 11$).

У пациентов мужского пола при первичном обращении к урологу были диагностированы: баланопостит ($n = 67$), эритразма ($n = 41$), дерматит промежности ($n = 33$), аллергический дерматит ($n = 12$).

При обследовании у дерматовенеролога значительная часть первичных диагнозов была изменена. Так, при обследовании пациенток с диагнозом крауроза вульвы ($n = 57$) у 39 человек этой группы был диагностирован склероатрофический лихен, у 15 — ограниченный нейродермит и у 3 — красный плоский лишай. В группе пациентов с диагнозом дерматит ($n = 21$) выявлен микоз паховых складок (13 человек), склероатрофический лихен (7 больных) и красный плоский лишай (1 пациент).

Наименьшее количество ошибок было совершено в группе женщин с первично поставленным диагнозом микоз ($n = 11$), который был подтвержден у 9 пациенток, у 1 больной впоследствии был диагностирован контактный дерматит и у 1 — склероатрофический лихен.

У пациентов мужского пола первичные диагнозы после обследования у дерматовенеролога также были изменены. Так, в группе пациентов с первично диагностированным баланопоститом ($n = 67$) у 21 пациента был диагностирован склероатрофический лихен, у 9 — красный плоский лишай, у 17 — псориаз и лишь у 20 диагноз кандидозного баланопостита не был изменен.

Диагноз эритразма, поставленный при первичном обращении ($n = 41$), подтвердился у 3 пациентов, у остальных больных этой группы был диагностирован микоз паховых складок.

В группе мужчин с первоначальным диагнозом дерматит промежности у 2 пациентов диагностирована инверсная форма псориаза, у остальных ($n = 31$) установлен диагноз микоз паховых складок.

Также после обследования у дерматовенеролога были изменены диагнозы в группе лиц с первичным диагнозом аллергический дерматит — у 9 человек выявлен микоз паховых складок, у 2 подтвержден первичный диагноз и у 1 пациента сформулирован диагноз простой дерматит.

Проведенное лечение складывалось преимущественно из назначения наружных средств. Как у мужчин (91%), так и у женщин (87%) доминировало назначение комбинированных препаратов (тридерм, акридерм ГК).

Среди других наружных средств 2% мужчин назначали синафлан, 6% — бепантен и 1% — клотримазол крем. Женщинам в 3% случаев был назначен элоком, в 2% — лакричный крем, в 7% — бепантен и в 1% — пимафуцин крем.

Отдельную группу наблюдения составили 36 пациентов с диагнозом атопического дерматита. У всех наблюдавшихся процесс носил распространенный характер и протекал с поражением аногенитальной области. Из них у 24 больных клинические проявления соответствовали экземоподобной форме и у 12 — лихеноидной форме атопического дерматита. Все пациенты данной группы обратились на прием в связи с низкой эффективностью наружной терапии и жалобами на особенно тяжелое течение кожного процесса в области наружных гениталий, паховых складок, ягодич. Все обследуемые ранее получали лечение у дерматолога. Наружная терапия складывалась из применения ожиривающих средств (бепантен, ланолиновый крем, топикрем, атодерм крем), а также топических глюкокортикостероидов (элоком, адвантан, тридерм).

Обсуждение

В результате анализа установлено, что ошибки в диагностике дерматозов, поражающих аногенитальную область, встречаются достаточно часто, и в нашем наблюдении составили в группе пациентов мужского пола 85%, а в группе женщин — 88%.

В обсуждении ошибок врачебной тактики особое внимание хотелось бы уделить вопросам диагностики и лечения наиболее распространенной патологии, по данным нашего наблюдения, — дерматомикозам. Различные формы микозов диагностированы у 58% пациентов в группе мужчин и у 25% женщин.

Анализ показал, что ошибки ведения пациентов встречались на этапе как диагностики, так и лечения.

Низкая информированность врачей о клинических проявлениях дерматомикозов на этапе диагностики определила неверный план обследования пациентов. До начала лечения следовало подтвердить этиологический диагноз, для чего достаточно было выполнить микроскопическое исследование кожных чешуек из очагов поражения на наличие мицелия. Пациентам не было выполнено микроскопическое исследование клинического материала на наличие мицелия из очагов на коже паховых складок и перигенитальной области. Проведение культурального исследования при первичном обращении не является обязательным условием для установления этиологии заболевания. Однако с учетом того, что все пациенты ранее наблюдались у уролога или гинеколога, можно предположить, что возможности лабораторной диагностики дерматомикозов у этих специалистов были ограничены и не позволяли выполнить обследование в полном объеме.

Хорошо известно, что ведущими этиологическими агентами паховой дерматофитии являются *Trichophyton rubrum*, с меньшей частотой встречаются *Epidermophyton floccosum*, *T. mentagrophytes*. Знание основных этиологических агентов грибкового поражения позволяет врачу установить эпидемиологические особенности заболевания и определиться с выбором противогрибкового препарата. С эпидемиологической точки зрения важно, что *Trichophyton rubrum* является одним из наиболее частых возбудителей микоза стоп, а значит, следует обращать внимание на состояние кожи в этой области, и при необходимости лечение кожи паховых складок дополнять терапией микоза стоп. Так, при обследовании пациентов с диагнозом микоз паховых складок (22 женщины, 78 мужчин) сопутствующий микоз стоп выявлен у всех наблюдавшихся.

В таком случае пациента следовало направить на консультацию к дерматовенерологу, чего не было сделано. Все пациенты обратились к дерматовенерологу самостоятельно.

Ошибки на этапе лечения заключались в необоснованно длительном применении комбинированных препаратов (в 93% случаев тридерма, в 7% случаев акридерма ГК), что в группе пациентов с микозом гладкой кожи и паховых складок привело к увеличению площади поражения. Следует отметить, что в большинстве консультативных заключений врач указывал продолжительность терапии наружными средствами, однако отсутствие эффекта от лечения приводило к тому, что пациенты самостоятельно увеличивали сроки применения комбинированных препаратов на 1—6 мес. Неудовлетворительный результат наружной терапии можно объяснить несколькими причинами. С одной стороны, это недооценка показаний к проведению системной терапии антимикотиками, с другой — неадекватный выбор форм и препаратов для наружной терапии. В нашем наблюдении ни одному из пациентов не была назначена системная терапия антимикотиками. При обследовании у дерматовенеролога у 96% пациентов имелись показания к проведению системной терапии противогрибковым препаратом.

Системная терапия антимикотиками при поражении кожи аногенитальной области назначается в случаях, если процесс носит распространенный характер (в том числе с поражением пушковых волос), в случаях неэффективности наружной терапии, непереносимости наружных средств. Проведение системной терапии, несомненно, является ответственным шагом и требует обследования для исключения противопоказаний, а при ее проведении — динамического наблюдения за пациентом.

Таким образом, анализ случаев обращения пациентов с жалобами на высыпания на коже аногенитальной области, ранее получавших лечение у врачей акушеров-гинекологов и урологов, выявил, что качество

медицинской помощи в данной группе пациентов можно оценить как ненадлежащее.

В группе пациентов с диагнозом атопический дерматит ($n = 36$) при обследовании были диагностированы следующие осложнения основного заболевания: микоз паховых складок (у 21 пациента), эритразма (у 4), по поводу которых пациенты лечения не получали.

К общим наиболее частым ошибкам тактики ведения пациентов следует отнести назначение топических глюкокортикостероидов в чистом виде (без комбинации с антимикотиком/антибиотиком) при дерматозах грибковой этиологии, что, как известно, противопоказано при инфекционных процессах на коже.

Однако неудачи в терапии пациентов с дерматомикозами возможны даже в тех случаях, когда диагноз поставлен верно, но выбор формы и средств для наружной терапии выполнен с ошибкой. Так, в группе пациентов с диагнозом атопического дерматита применение жирных кремов на кожу паховых складок способствовало мацерации кожи, а впоследствии приводило к присоединению инфекционного агента и развитию осложнений. Пациенты этой группы применяли наружные средства в форме крема, однако особенностью течения дерматоза при атопическом дерматите является нарушение микробного пейзажа на коже пораженных участков с активизацией условно-патогенной флоры и последующим развитием осложнений грибковой или бактериальной этиологии [1, 2].

Для проведения наружной терапии микозов гладкой кожи следует выбирать антимикотики, обеспечивающие высокие терапевтические концентрации действующего вещества в коже, а также имеющие широкий спектр антимикотического действия. Выбор современного и эффективного препарата определяет хороший терапевтический эффект и позволяет избежать случаев неэффективности наружной терапии, а значит, и необходимости назначения впоследствии препаратов системного действия. Так, изоконазол быстро проникает из крема в толщу кожи. Максимальная концентрация в коже достигается уже через 1 ч. и поддерживается на протяжении не менее 7 ч. (роговой слой — около 3500 мкг/мл \pm 7 ммоль/л, эпидермис — около 20 мкг/мл \pm 40 мкмоль/л, дерма — около 3 мкг/мл \pm 6 мкмоль/л). Уровень вещества в роговом слое и в эпидермисе превышал минимальную концентрацию, оказывающую ингибирующее и противогрибковое действие на наиболее важные патогенные микроорганизмы (дерматофиты, плесневые грибы и дрожжи). Изоконазол не инактивируется в коже путем метаболизма. Системная нагрузка путем всасывания через кожу низкая. Даже после удаления рогового слоя менее чем 1% нанесенной дозы достигает системного кровотока в течение 4 ч. после нанесения. Часть препарата, которая абсорбировалась через ко-

жу, была слишком незначительной для возможности исследования преобразования изоконазола нитрата в организме человека [3].

Механизм действия изоконазола, как и других антимикотических препаратов из группы производных имидазола, связан с нарушением синтеза эргостерола в плазматических мембранах микробной клетки, что обеспечивает фунгистатический и фунгицидный эффекты препарата.

Поражение аногенитальной зоны определяет и выбор формы, в которую заключено действующее вещество. Одной из наиболее распространенных ошибок в нашем наблюдении было назначение наружных средств в форме мази, что неприемлемо для таких участков, как область паховых, межъягодичных складок. Оптимально с учетом анатомо-физиологических особенностей кожи аногенитальной зоны применение наружных противогрибковых средств в форме крема. Всем предъявленным требованиям отвечает крем Травоген (изоконазола нитрат).

Однако следует помнить, что проведение наружной терапии при грибковых заболеваниях может осложниться развитием экзематозной реакции вследствие массивного разрушения клеток грибов с последующим развитием сенсibilизации, особенно у пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом [4, 5]. Избежать подобного осложнения можно, если начать терапию с комбинации изоконазола и дифлюкортолона валерата (Травокорт крем) с последующим назначением изоконазола в чистом виде (Травоген крем). Подобная ступенчатая терапия позволяет избежать такого осложнения, как экзематизация при лечении дерматомикозов, а создаваемые при этом высокие терапевтические концентрации действующего вещества обеспечивают высокую эффективность лечения. Хорошие фармакокинетические особенности изоконазола позволяют назначить его 1 раз в сутки, что обеспечивает отличную комплаентность.

Всем нашим пациентам с дерматомикозами ($n = 109$) мы проводили наружную терапию в два этапа. На первом — назначали Травокорт 2 раза в сутки в течение 5—7 дней с последующим переходом на Травоген, который назначали 1 раз в сутки в течение 14—21 дня. Одновременно с применением крема Травоген на кожу паховых складок все пациенты наносили крем на кожу стоп в связи с диагностированным микозом стоп. Системная терапия итраконазолом проводилась с учетом показаний 34 пациентам.

Пациентам с диагнозом атопического дерматита, осложненного микозом паховых складок и эритразмой, с учетом спектра действия препарата, а также с целью профилактики экзематизации в процессе терапии мы также проводили лечение в два этапа. Следует отметить развитие быстрого клинического эффекта. В среднем на 4-й день на этапе применения крема Травокорт отмечались уменьшение и последу-

ющий регресс мокнутия, зуда и эритемы в очагах поражения. Широкий антимикробный спектр действия изоконазола (Травокорт и Травогена), включающий большинство дерматофитов, грамположительную кокковую флору и коринебактерии, позволяет применять крем в тех случаях, когда в качестве этиологического фактора выступают не только грибы, но и некоторые бактерии, например, при эритразме или при осложнении воспалительного процесса микстинфекцией (ассоциация грибковой и бактериальной микрофлоры) [6].

Положительный клинический эффект был подтвержден отрицательными результатами микологического исследования у всех пациентов. Все больные переносили наружную терапию хорошо. В 3 случаях, и только в группе пациентов с диагнозом атопического дерматита, пациенты в первые дни лечения отмечали кратковременное чувство жжения при нанесении крема Травоген, что, впрочем, не потребовало отмены препарата. Все больные отметили легкость нанесения и прекрасную текстуру наружных форм как крема Травокорт, так и крема Травоген.

Выводы

1. Ошибки при ведении пациентов с поражением аногенитальной области встречались на этапе как диагностики, так и лечения.

2. В случае невозможности проведения адекватного объема медицинской помощи соответствующим специалистом следует направлять пациентов на консультацию дерматовенеролога.

3. Дерматомикозы преобладают над другими нозологиями, составляя в группе мужчин 58%, в группе женщин 25%.

4. При назначении лечения при дерматомикозах часто не учитываются показания к проведению системной терапии антимикотиками.

5. Применение крема Травокорт на первом этапе лечения дерматомикозов позволяет избежать осложнений (экзематизации).

6. Наружную терапию дерматомикозов следует проводить препаратами, фармакокинетика которых позволяет создавать высокие терапевтические концентрации препарата в роговом слое, например, таких, как изоконазол (Травокорт и Травоген крем). ■

Литература

1. Текучева Л.В. Изменение видового состава и показателей обсемененности стафилококковой микрофлорой кожи детей, больных атопическим дерматитом. Тезисы X Всероссийского съезда дерматовенерологов, М., 2008.
2. Леина Л.М., Милявская И.Р. Клиническая картина, дифференциальная диагностика и лечение заболеваний кожи аногенитальной области у детей. Клин. дерматол. и венерол., 2009; 5: 60—64.
3. Справочник VIDAL. Лекарственные препараты в России: Справочник. с. Б-1270-1271 М.: АстраФармСервис, 2010.
4. Молочков А.В. и соавт. Результаты наблюдательного исследования трамплин по оценке эффективности, безопасности и переносимости крема Травоген и крема Травокорт в Москве. Вестн. дерматол. и венерол., 2010; 2: 101—105.
5. Соколовский Е.В. (ред.) Основы наружной терапии болезней кожи. Васкулиты кожи. (Библиотека врача-дерматовенеролога. Вып. 2). СПб.: СОТИС, 1999.
6. Босак И. А., Котрехова Л. П. Действие изоконазола в отношении избранных бактерий. Пробл. медиц. микол., 2010; 12: 4: 49—51.