

# Лечение микст-инфекций кожи

Ю.К. Кузнецова<sup>1,2</sup>, Н.С. Сирмайс<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ Поликлиника 5 УД Президента РФ  
119121, Москва, ул. Плющиха, 14

<sup>2</sup> Научно-исследовательский институт медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е.И. Марциновского ГОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова  
119435, Москва, ул. Малая Пироговская, 20

<sup>3</sup> Институт повышения квалификации федерального медико-биологического агентства России  
125371, Москва, Волоколамское шоссе, 91

**Цель.** Оценить переносимость, эффективность и косметическую приемлемость комбинированного топического средства на кремовой основе при лечении дерматозов сочетанной этиологии, локализованных на участках кожи с тонким эпидермисом (интертригинозные поражения, поражения лица, хейлиты).

**Материал и методы.** В проспективное открытое когортное исследование были включены 40 пациентов мужского и женского пола в возрасте от 22 до 58 лет с диагнозами микоз крупных складок ( $n = 28$ ), дерматозы сочетанной этиологии участков кожи с тонким эпидермисом (лицо, уши, мошонка) ( $n = 12$ ). В эту группу вошли больные импетиго области бороды ( $n = 1$ ), микоз кожи ушных раковин, заушной области ( $n = 2$ ), атопический дерматит век, осложненный вторичной инфекцией ( $n = 4$ ), кандидозный хейлит ( $n = 2$ ), микоз кожи мошонки ( $n = 3$ ). Лечение осуществлялось пациентами самостоятельно в течение 10—30 дней. Оценка эффективности лечения основывалась на заключении врача о выраженности симптомов и мнении пациента касательно симптомов и собственных жалоб.

**Результаты.** Установлена выраженная клиническая эффективность и безопасность комбинированного топического препарата (Кандидерм) при лечении дерматозов, осложнившихся вторичным инфицированием в складках и на деликатных участках кожи. Данное исследование доказывает, что крем Кандидерм является высокоэффективным и безопасным препаратом, не вызывает подавления коры надпочечников, хорошо переносится, а также удобен в применении.

**Ключевые слова:** дерматозы сочетанной этиологии, кожа с тонким эпидермисом, беклометазона дипропионат, гентамицин, клотримазол.

Контактная информация: Julkuz1008@yandex.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2013; (5): 132—137.

## Treatment of mixed skin infections

Yu.K. Kuznetsova<sup>1,2</sup>, N.S. Sirmais<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Clinic 5 administration of President RF  
Plyushchikha str., 14, Moscow, 119121, Russia

<sup>2</sup> Martsinovskiy Institute of Medical Parasitology and Tropical Medicine  
Malaya Pirogovskaya str., 20, Moscow, 119435, Russia

<sup>3</sup> Institute of Improvement of professional skill of Federal Medico-Biological Agency of Russia  
Volokolamskoe shosse, 91, Moscow, 125371, Russia

**Goal.** To assess the tolerance, efficacy and cosmetic acceptability of a combined topical product on the basis of a cream for the treatment of dermatoses of mixed etiology localized in skin areas with thin epidermis (intertriginous affections, face affections, cheilites).

**Materials and methods.** This prospective, open-label, cohort study involved 40 male and female patients aged 22—58 with the diagnosed mycosis of large skin folds ( $n = 28$ ), dermatoses of mixed etiology in skin areas with thin epidermis (face, ears, scrotum) ( $n = 12$ ). This group comprised patients with impetigo in the beard area ( $n = 1$ ), mycosis of auricle skin and postaural area ( $n = 2$ ), atopic eyelid dermatitis complicated with a secondary infection ( $n = 4$ ), commissural cheilitis ( $n = 2$ ) and scrotum skin mycosis ( $n = 3$ ). The patients received treatment on their own for 10—30 days. The treatment efficacy assessment was based on the doctor's opinion concerning the symptom intensity and patients' opinion with regard to their symptoms and complaints.

**Results.** The authors revealed evident clinical efficacy and safety of the combination drug (Candiderm) for the treatment of dermatoses with secondary flora in skin folds and delicate skin areas. This study demonstrates that the Candiderm cream is a highly efficient and safe drug, which does not inhibit the adrenal cortex, well-tolerated and convenient in application.

**Key words:** dermatoses of mixed etiology, skin with thin epidermis, beclomethasone dipropionate, gentamicin, clotrimazole.

Corresponding author: Julkuz1008@yandex.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2013; 5: 132—137.

■ Кожные покровы выполняют несколько важных функций: отвечают за терморегуляцию, обменные процессы, осуществляют рецепцию, экскрецию, участвуют в дыхании и являются важнейшей барьерной структурой. Целостность и эластичность кожных покровов делает кожу более устойчивой к разрывам, ушибам, растяжениям. Водно-липидная мантия, а также кислая реакция pH пота и кожного сала создают неблагоприятную среду для патогенных бактерий и грибов. Отшелушивание ороговевших чешуек обеспечивает механическое удаление с кожи микрофлоры [2]. Ненадлежащий уход за кожей, а также различные механические, химические и иные воздействия нарушают защитные свойства и повышают уязвимость кожи для вредных факторов внешней среды (УФ-лучей, токсинов, бактерий и т. д.) [3]. При этом значительно повышается трансэпидермальная потеря воды, что приводит к нарушению водно-электролитного баланса в коже и ее обезвоживанию [3, 4].

В норме микрофлора кожи не только не причиняет никакого вреда, но даже помогает организму бороться с патогенными микробами. В основе этого феномена лежат антагонистические отношения между различными видами бактерий. Так, кишечная палочка является антагонистом брюшнотифозной и дизентерийной палочек, стрептококка и стафилококка, а белый кожный стафилококк — антагонист золотистого стафилококка. Стафилококки вырабатывают вещество, оказывающее бактерицидное действие на палочки бета-гемолитического стрептококка. У здоровых людей основу микробиоценоза кожи составляют стафилококки, стрептококки, сарцины, дифтероиды, почвенные и грамположительные палочки, плесневые грибы и др. [5]. На долю дерматозов, осложненных бактериальными, грибковыми и бактериально-грибковыми инфекциями, приходится 17% всех дерматозов. В патогенезе полиэтиологических дерматозов значимую роль играют патогенные стафилококки, а также различные микробные ассоциации, патогенные грибы. У пациентов с данными дерматозами имеется выраженный дисбиоз кожи в очагах поражения, проявляющийся снижением доли облигатных эпидермальных стафилококков до 40—50% и значительным возрастанием количества условно-патогенной и патогенной флоры, нередко встречаются ассоциации микроорганизмов и микоценозы [6].

Высокой обсемененности кожи микроорганизмами, вероятно, способствуют особенности рогового слоя при дерматозах: увеличение выделения воды через эпидермис, существенное нарушение секреции сальных желез, нарушение кератинизации. Микробные аллергены обладают достаточно выраженной антигенной активностью, что ведет к сенсibilизации организма и способствует перестройке иммунного ответа [7, 8]. Микробная сенсibilизация

является пусковым, поддерживающим и отягчающим фактором у больных с дерматозами многофакторной природы.

В этой связи устранение действия различных инфекционных агентов при дерматозах сочетанной этиологии является ключевым направлением лечения пациентов. При этом наружные глюкокортикостероидные препараты являются важной составной частью терапии заболеваний кожи. В настоящее время невозможно представить лечение воспалительных, аллергических заболеваний кожи и слизистых оболочек без применения глюкокортикостероидов [9]. Глюкокортикостероиды для наружного применения остаются препаратами выбора при лечении воспалительных заболеваний кожи, в том числе осложненных вторичной инфекцией [10]. В этой связи невозможно представить терапию дерматозов сочетанной этиологии без комбинированных топических средств, каким является препарат Кандидерм. Это наружное средство содержит современный глюкокортикостероид — беклометазона дипропионат (0,25 мг). Наличие в составе Кандидерма гентамицина (1 мг), обладающего широким антибактериальным спектром действия, и клотримазола (10 мг) — противогрибкового средства из группы азолов — значительно расширяет спектр применения препарата в дерматологической практике [1].

**Целью** данного исследования явилась оценка переносимости, эффективности и косметической приемлемости комбинированного наружного средства на кремовой основе при лечении дерматозов сочетанной этиологии, локализованных на участках кожи с тонким эпидермисом (интертригинозные поражения, сыпь на коже лица, хейлиты).

## Материал и методы

Под наблюдением находились 40 пациентов мужского ( $n = 17$ ) и женского ( $n = 23$ ) пола, в возрасте от 22 до 58 лет. У 28 больных выявлен интертригинозный дерматит с присоединением грибковой флоры, т. н. микоз крупных складок, локализованный в паховой области, зоне под молочными железами, подмышечных областях; у 12 пациентов выявлены дерматозы, осложненные вторичным инфицированием, с поражением кожи с тонким эпидермисом (лицо, углы губ, уши, заушная область, мошонка). Не допускалось включение в исследование пациентов, использовавших любые другие препараты для лечения дерматита, включая системные, в течение одного месяца до начала исследования или использовавших наружные глюкокортикостероиды в течение одной недели до начала исследования. В исследование не включались больные, соответствующие хотя бы одному из следующих критериев: беременные или кормящие женщины, гиперчувствительность к препарату или его составным частям, применение системных и наружных глюкокор-

тикостероидов, антибиотиков, противогрибковых препаратов, вирусные инфекции, вакцинация, розацеа.

До начала лечения все пациенты проходили инструктаж по применению исследуемого препарата. Первое нанесение препарата осуществлялось пациентами под надзором медицинского персонала. В последующие 2—4 недели пациенты лечились самостоятельно, нанося исследуемый препарат дважды в день согласно предоставленным им письменным инструкциям.

**Клиническая оценка.** На стартовом и итоговом визитах врачи оценивали выраженность типичных признаков дерматита при помощи стандартной 4-балльной шкалы, где 0 — отсутствие признаков, 1 — легкая выраженность, 2 — умеренная выраженность, 3 — сильная выраженность (табл. 1). Помимо этого, паци-

енты дополнительно оценивали еще два симптома: выраженность зуда, выраженность боли/жжения. Общий балл на основании оценки исследователем рассчитывался путем суммирования баллов, полученных при оценке каждого из признаков по отдельности до лечения и спустя 2 недели терапии (табл. 2, 3).

**Оценка безопасности.** Безопасность и переносимость препарата оценивали на основании сбора и изучения данных о нежелательных явлениях, как наблюдавшихся исследователями, так и тех, о которых в инициативном порядке сообщили пациенты.

Для оценки влияния кожного заболевания на качество жизни пациентов использовали шкалу дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ), включающую 6 основных параметров: симптомы и самочувствие, ежедневная активность, досуг, работа и учеба,

Таблица 1 Клиническая оценка степени тяжести дерматита

Симптом/признак	Нет (0 баллов)	Легкая степень (1 балл)	Умеренная степень (2 балла)	Тяжелая степень (3 балла)
Эритема	Нет	Бледно-розовая	Розовая или красная	Выраженная краснота
Шелушение	Нет	Диффузное легкое шелушение	Умеренное, с наличием бляшек или без	Толстые шелушащиеся бляшки
Папулы/везикулы	Нет	Небольшое количество	Множественные	Крупные, в большом количестве
Трещины	Нет	Незначительное растрескивание	Умеренные, рано появляющиеся трещины	Глубокие трещины (1 мм)

Таблица 2 Средняя оценка каждого из признаков (до лечения)

Симптом/признак	Микозы крупных складок (сумма баллов)	Дерматиты кожи с тонким эпидермисом (сумма баллов)
Эритема	1,79 (50)	2,50 (30)
Шелушение	0,18 (33)	1,17 (14)
Папулы/везикулы	0,14 (4)	0,92 (11)
Трещины	0,14 (4)	0,42 (5)

Таблица 3 Средняя оценка каждого из признаков (через 2 недели)

Симптом/признак	Микозы крупных складок (сумма баллов)	Дерматиты кожи с тонким эпидермисом (сумма баллов)
Эритема	0,10 (3)	0,58 (7)
Шелушение	0,04 (1)	0,42 (5)
Папулы/везикулы	0 (0)	0 (0)
Трещины	0 (0)	0,0 (0)

личные отношения, лечение. Максимальная сумма показателей по ДИКЖ составляет 30 баллов (качество жизни пациента обратно пропорционально сумме баллов). Величина индекса ДИКЖ до лечения составила 12,6 у пациентов с интертригинозной локализацией дерматоза и 15,1 — с локализацией на коже головы. На 14-й день терапии констатировалось значительное улучшение качества жизни пациентов с обеими локализациями.

**Результаты и обсуждение**

Срок наблюдения составил 1 месяц, хотя клиническое выздоровление большинства пациентов отмечалось спустя 2 нед. терапии. Согласно наблюдениям исследователей, к 14-му дню терапии у пациентов с интетригинозным поражением кожи уменьшение эритемы составило 94%, шелушения — 78%, папул/везикул и трещин — 100%, а у пациентов с локализацией патологического процесса на коже головы эритема уменьшалась на 77%, шелушение — на 64%, папулы/везикулы и трещины — на 100%. Оценка по

ДИКЖ по завершении лечения составила в среднем 2 балла у пациентов в обеих группах. Динамика клинических симптомов у пролеченных больных отражена на рис. 1—3.

Длительность терапии определялась в основном площадью поражения и степенью тяжести клинической картины в начале терапии. Зачастую после лечения на коже паховых складок, под молочными железами отмечались участки гиперпигментации, которые со временем разрешались. Следует отметить, что 38 пациентов получали монотерапию препаратом Кандидерм. Однако в двух случаях потребовалось дополнительное присоединение системных и наружных препаратов. Одному пациенту с сикозом волосистой части лица в связи с резким ухудшением клинической картины, спровоцированным бритьем и использованием средства после бритья, ввели в схему лечения системные антибактериальные препараты. Второму больному с диагнозом дерматит кожи ушных раковин, отягощенный патологической грибковой флорой, дополнительно назначен шам-



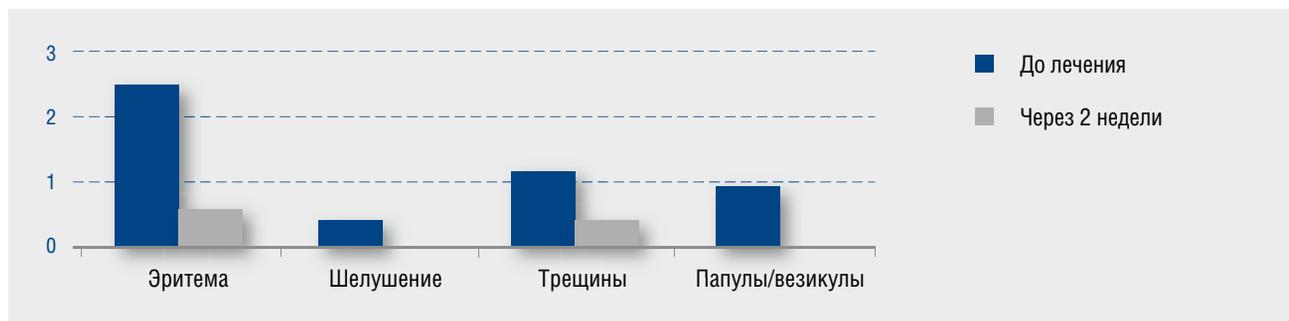


Рис. 3. Динамика клинических признаков при заболеваниях с поражением кожи волосистой части головы до и после лечения препаратом Кандидерм, баллы



а



б



в



г

Рис. 4. Дерматит кожи ушных раковин, отягощенный патологической грибковой флорой до (а, б) и через 2 недели после (в, г) лечения кремом Кандидерм и шампунем Кето-плюс

пунь Кето-плюс один раз в сутки в течение 10 дней и затем через день в течение 2 последующих недель для усиления антимикотического эффекта, т. к. при микроскопии соскоба с кожи был выявлен мицелий грибов (рис. 4).

### Заключение

В проведенном исследовании установлено, что комбинированное наружное средство, в состав которого входят беклометазона дипропионат, гентамицин, клотримазол, является эффективным и легкопереносимым.

симым, а также косметически приемлемым средством борьбы с дерматозами сочетанной (грибковой, бактериальной, бактериально-микотической) природы кожи с тонким эпидермисом. По результатам исследования можно сделать вывод, что оптимальным режимом применения препарата является аппликация средства два

раза в сутки, при этом в подавляющем большинстве случаев достаточно 2 недель терапии. Исходя из этих данных, препарат Кандидерм может быть рекомендован пациентам для лечения дерматозов с присоединившейся вторичной флорой с локализацией на деликатных участках кожного покрова. ■

## Литература

1. Matushevskaya E.V., Masyukova S.A., Skripkina P.A., Chistyakova T.V. Topicheskie kombinirovannye kortikosteroidnye preparaty v lechenii atopicheskogo dermatita. *Sovremennye problemy dermatologii, immunologii i vrachebnoy kosmetologii* 2009; 2: 14. [Матушевская Е.В., Масюкова С.А., Скрипкина П.А., Чистякова Т.В. Топические комбинированные кортикостероидные препараты в лечении atopического дерматита. *Современные проблемы дерматологии, иммунологии и врачебной косметологии* 2009; 2: 14.]
2. Dikovitskaya I.G., Korsunskaya I.M., Nevozin-skaya Z.A., Guseva D. External therapy of microbial eczema using diflucortolone valerate. *Clinical Dermatology and Venerology* 2010; 6: 66—68. [Диковицкая И.Г., Корсунская И.М., Невозинская З.А., Гусева С.Д. Наружная терапия микробной экземы дифлукортолон валератом. *Клин дерматол и венерол* 2010; 6: 66—68.]
3. Glazko I.I. Vosstanovlenie bar'ernykh svoystv chuvstvitel'noy kozhi posle kosmetologicheskikh protsedur. *Vestnik esteticheskoy meditsiny*. 2012; 11 (4): 38—42. [Глазко И.И. Восстановление барьерных свойств чувствительной кожи после косметологических процедур. *Вестник эстетической медицины*. 2012; 11 (4): 38—42.]
4. McGrath J.A., Uitto J. The filaggrin story: novel insights into skin-barrier function and disease. *Trends Mol Med* 2008; 14 (1): 20—27.
5. Werfel T. Classification, trigger factors and course of chronic hand eczema. *MMW Fortschr Med* 2009; 151 (19): 31—34.
6. Bakulev A.L., Kravchenya S.S., Murashkin N.N. et al. Microbial eczema: new potential of combined topical treatment. *Vestnik Dermatologii i Venerologii* 2011; 6: 98—104. [Бакулев А.Л., Кравченя С.С., Мурашкин Н.Н. и др. Микробная экзема: новые возможности комбинированной топической терапии. *Вестн дерматол и венерол* 2011; 6: 98—104.]
7. Stollery N. Eczema. *Practitioner* 2009; 253 (1717): 33—35.
8. Jayasekera A., Jennings L., Holden C.R. et al. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in skin disease affects mainly elderly patients with eczema and leg ulcers who have associated chronic disease. *Acta Derm Venereol* 2008; 88 (2): 156—158.
9. Belousova T.A., Goryachkina M.V., Gryazeva T.M. Printsipy naruzhnoy terapii dermatozov sochetan-noy etiologii. *Consilium Medicum. Dermatologiya* 2011; 2: 18—22. [Белоусова Т.А., Горячкина М.В., Грязева Т.М. Принципы наружной терапии дерматозов сочетанной этиологии. *Consilium Medicum. Дерматология* 2011; 2: 18—22.]
10. Fowler J.F., Fransway A.F., Jackson J.M., Rohowsky N. Hydrocortisone butyrate 0.1% cream in the treatment of chronic dermatitis. *Therapeutics for the clinician. Cutis* 2005; 75: 125—131.

### об авторах: ▶

Ю.К. Кузнецова — врач-дерматовенеролог, ФГБУ Поликлиника 5 УД Президента РФ, Москва

Н.С. Сирмайс — к.м.н., ассистент кафедры дерматовенерологии и дерматоонкологии, Институт повышения квалификации федерального медико-биологического агентства России, Москва