

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1 Дерматофития (микоз стоп). Дерматология (атлас-справочник)/ Т. Фицпатрик, Т. Джонсон, К. Вулф, М. Полано, Д. Сюрмонд – М.: «Практика», 2007. – 1019 с.  
 2 Белоусова Т.А. Дерматофитии (микозы кожи) – актуальная проблема современной дерматологии // Русский медицинский журнал. – 2003. – №17. – С. 14-17  
 3 Сергеев А.Ю. Грибковые заболевания ногтей. – М.: «Медицина для всех». Национальная академия микологии, 2007  
 4 Потекаев Н.Н., Шерина Т.Ф. К вопросу об ассоциации дерматозов и микозов кожи // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2004. – № 6. – С. 55–57  
 5 Котрехова Л.П. Диагностика и рациональная терапия дерматозов сочетанной этиологии // Consilium medicum (приложение «Дерматология»). – 2010. – №4. – С. 6-11  
 6 Лукьянова Е.Н., Корсунская И.М., Невозинская З.А. и др. Особенности терапии кератодермий, осложненных микозом // Вестн. дерматол. и венерол. – 2011  
 7 Havlickova B, Czaika VA, Friedrich M. Epidemiological trends in skin mycoses worldwide. Mycosis, 2008; 51: Suppl 4; 2–15  
 8 Baran R., Onychomycosis: the current approach to diagnosis and therapy. London: Malden MA:2009  
 9 Gill D., Marks R. A review of the epidemiology of tinea unguinum in the community // Austral. J Dermatol.2011; 40:1:6–13

**Т Ұ Ж Ы Р Ы М**

**Г.К. АСҚАРОВА**

*Алматы мемлекеттік дәрігерлер біліктілігін жетілдіру институты*

**ДЕРМАТОЗДАРДЫ, САҢЫРАУҚҰЛАҚТЫ + БАКТЕРИАЛЬДЫҚ ИНФЕКЦИЯЛАРДЫ, АСҚЫНҒАН ЖӘНЕ САҢЫРАУҚҰЛАҚТЫ АУРУЛАРДЫ, АСҚЫНҒАН ҚАЙТАЛАМА БАКТЕРИАЛЬДЫҚ ИНФЕКЦИЯМЕН ЕМДЕУ СТАНДАРТТАРЫ**

Біздің зерттеуіміздің мақсаты – Кандидерм («Glenmark Pharmaceuticals Ltd») жақпасының емдеу тиімділігін зерделеу.

**Материал және әдістер:** клиникалық анықталған және микологиялық тұрғыда нақтыланған диагнозы бар 38 науқасқа, атопиялық дерматиті, асқынған табан микозы+бактериальдық инфекциясы бар 8 науқасқа; микотиялық экзема бар 13 науқасқа; бактериальдық

инфекциямен асқынған табан микозы мен онихомикозы бар 17 науқасқа Кандидерм (жақпа) препаратының емдеу тиімділігі зерттелді.

**Нәтижелері мен талқылау:** жақпаның жоғары тиімділігі анықталды: бір аптадан кейін клиникалық сауығу науқастардың 28%, айтарлықтай жақсару 52%, жақсару 20% тіркелген. 2 аптадан кейін тиісінше 52%, 46% және 2%, ал үш аптадан кейін науқастардың 96% сауыққан; 4% айтарлықтай жақсарған.

**Тұжырымдар:** аталған жақпа қайталама бактериальдық инфекциямен асқынған микотиялық сенсебилизациялауға шалдыққан науқастарды емдеудің тиімді және оңтайлы құралы болып табылады.

**Негізгі сөздер:** атопиялық дерматит, табан микозы, микотиялық экзема, онихомикоз, бактериальдық инфекция, емдеу.

**S U M M A R Y**

**G.K. ASKAROVA**

*Almaty State Institute of Postgraduate Medical*

**STANDARDS IN THE TREATMENT OF DERMATOSES, COMPLICATED BY THE FUNGAL + BACTERIAL INFECTIONS AND OF THE FUNGAL DISEASES, COMPLICATED BY THE SECONDARY BACTERIAL INFECTIONS.**

The purpose of our study: to study the therapeutic efficacy of the cream Kandiderm («Glenmark Pharmaceuticals Ltd»).

**Material and Methods:** there was studied the therapeutic efficacy of the drug Kandiderm (cream) in 38 patients with the clinically established and mycologically confirmed diagnosis of atopic dermatitis, complicated by the fungal infection of the feet + the bacterial infection – 8 patients, mycotic eczema – 13 patients, the foot mycosis (athlete's foot) and onychomycosis – 17 patients, complicated by the bacterial infection.

**Results and Discussion:** There was established the high efficiency of the cream: in a week the clinical recovering was recorded in 28% of the patients, a significant improvement – in 52%, improvement – in 20%. After 2 weeks – in 52%, 46% and 2% – respectively. After 3 weeks the recovery has been observed in 96% of the patients, and in 4% – a significant improvement.

**Conclusions:** This cream is effective and optimal for the treatment of the patients with mycotic sensitization, complicated by the secondary bacterial infection.

**Key words:** atopic dermatitis, athlete's foot, mycotic dermatitis, onychomycosis, a bacterial infection, treatment.

УДК 616.53-002.25-085

**Г.К. АСКАРОВА**

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей*

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ**

*Изучена терапевтическая эффективность препарата Дерива (гель) у 37 больных с угревой болезнью. Установлена высокая эффективность препарата: через 2 нед. клиническая ремиссия была достигнута у 7 (18,9%) больных, через 4 нед. – у 19 (51,4%), через 8 нед. - у 29 (78,4%) больных. Побочных реакций и осложнений при сроках лечения до 8 недель не отмечено. Переносимость препаратов была хорошей.*

**Ключевые слова:** угревая болезнь, 0,1% водный гель Дерива (адапален), лечение.

**А**кне или угри – воспалительное заболевание волосяных фолликулов и сальных желез кожи, поражающее, как правило, участки с повышенным содержанием сальных желез: лицо, грудь, спина – весьма распространенное кожное заболевание. По статистике, этим заболеванием страдают до 80% на-

селения в возрасте от 12 до 25 лет и примерно 30-40% лиц старше 25 лет [1].

Актуальность данной проблемы в настоящее время обусловлено тенденцией «взросления» этого заболевания, его значительным влиянием на психоэмоциональную сферу, социальный статус и общественную

адаптацию больных, что в свою очередь предполагает необходимость разработки новых эффективных средств и схем лечения.

Многочисленными исследованиями доказано, что ключевыми факторами развития этого заболевания являются нарушение циркуляции некоторых гормонов, дисбаланс липидов, фолликулярный гиперкератоз, возрастание патогенности бактерий, развитие воспаления. Известно также, что кожа человека – это комплекс андрогенчувствительных элементов: волосяные фолликулы, потовые и сальные железы. Так, под воздействием андрогенов, сальная железа функционирует более интенсивно и выделяет повышенное количество кожного сала. Исследователями было отмечено, что появлению угревой сыпи чаще всего предшествует себорея (от лат. «sebum»- жир, сало и греч. «rhonea» – истечение) – болезненное состояние кожи, связанное с повышенной продукцией сальными железами кожного сала измененного химического состава [1, 2].

В последнее время учеными выявлена корреляция между степенью повышения салообразования и тяжестью клинической картины акне. Так, например, было установлено, что у взрослого человека в среднем за сутки выделяется до 20 г кожного сала, а в себорейных зонах находится от 400 до 900 сальных желез на 1 квадратный сантиметр. Также известно, что сальные железы отсутствуют на коже ладоней и подошв, их очень мало в области тыла кистей, на красной кайме губ, а секрет сальных желез состоит из жирных кислот, многоатомных спиртов, глицерина, холестерина, эфиров воска, фосфолипидов, метаболитов стероидных гормонов и некоторых солей, и максимальная активность сальных желез у здорового человека начинается в период полового созревания и длится до 24-25 лет [1, 2, 3].

Что же тогда происходит при угревой болезни (УБ)? Какие процессы нарушаются, если учесть вышеупомянутые процессы? Исследованиями ученых было установлено, что при этом нарушаются процессы ороговения в устье волосяных фолликулов, куда открывается просвет сальной железы. В последующем это приводит к закупорке роговыми чешуйками фолликулярного протока и образованию, таким образом, микрокомедонов. Закупорка устья волосяного фолликула и, следовательно, прекращение доступа воздуха в его полость, а также скопление кожного сала и отмерших роговых чешуек кожи внутри фолликула – все это создает благоприятные условия для размножения бактерий. Основным инфекционным агентом в развитии акне считается, как известно, *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*). Но надо в то же время учесть, что этот микроорганизм все-таки является нормальным представителем кожной микрофлоры, устьев волосяных фолликулов и сальных желез и далеко не всегда вызывает формирование акне и развитие воспаления. В процессе своей жизнедеятельности *P. acnes* расщепляют кожное сало и продуцируют биохимические вещества, обладающие сильными воспалительными свойствами при их контактах с окружающими тканями. И только повреждение эпителия обуславливает развитие воспаления в очаге, что, в дальнейшем, приводит к формированию гнойничков и микроабсцессов [1, 2].

Но мы, тем не менее, непрестанно задаемся вопросом: что же все-таки влияет на формирование болезни и особенно в каждом возрастном периоде? По-видимому, для развития заболевания необходимы еще какие-то сильные «сдвиги», «сбои» в самом организме? Ведь мы знаем, что помимо известных для нас патогенетических причин развития того или иного заболевания для организма все-таки нужны еще более мощные какие-то

«точки». И в этом плане уместно отметить, что, как и при многих других заболеваниях, одной из причин развития акне именно в подростковом и юношеском возрасте могут стать естественные возрастные изменения гормонального баланса, так называемый «гормональный всплеск», а еще необходимо учесть такой важный фактор, как наследственно обусловленную неадекватную реакцию сальных желез на повышающийся, но остающийся нормальным уровень мужских половых гормонов в крови, которые имеются как у мужского, так и женского пола [2].

А еще развитию избыточной сальности, так называемой себореи, способствуют эндокринные нарушения (в том числе на фоне длительного приема глюкокортикоидов, тестостерона, анаболических стероидов, прогестерона); функциональные нарушения нервной системы в виде дисбаланса вегетативной нервной системы, приводящего в последующем к временному или даже постоянному повышению тонуса вагусной иннервации сальных желез, к примеру, при острых и хронических инфекциях, аутоинтоксикациях. Поэтому, если угри наблюдаются уже у взрослых пациентов, то в обязательном порядке необходимо обследовать его на все хронические инфекции и, конечно же, на наличие эндокринной патологии [3].

Несмотря на появляющиеся в последнее время в литературе данные о том, что факторы питания, гигиены, возраста, сексуальной жизни, воздействия солнечных лучей не влияют на развитие, течение угревой болезни, мы считаем, что все эти факторы и в особенности факторы питания (употребление жирной, острой, соленой, копченой, сладкой пищи) значительно ухудшают течение заболевания. Доказательством этого является то, что на практике мы наблюдаем: даже при кратковременном соблюдении пациентами диеты с исключением этих продуктов, даже без назначения лечения, происходит значительное улучшение патологических процессов, особенно на коже лица. Поэтому, по нашему мнению, для этой категории пациентов целесообразным является все-таки исключение из пищевого рациона вышеобозначенных продуктов питания и помнить, что акне – это воспаление кожи, обостряющееся вследствие множества факторов: инфекции, пониженного иммунитета, неправильного питания, гормонального сбоя и даже некоторых сопутствующих заболеваний. В любом случае при акне наблюдается нарушение проникновения питательных веществ в кожу, поэтому, чтобы избавиться от угрей, кожу надо лечить.

В настоящее время существует несколько подходов к терапии УБ [3]. Прежде всего план лечения строится на оценке тяжести клинической картины. Предлагаемые подходы к лечению УБ делят на системные и местные. Методы системной терапии включают назначение антибиотиков (АБ), препаратов третиноина (изотретиноина), антиандрогенов, гормональных препаратов – небольшими дозами прогестина и этинилэстрадиола. Длительные курсы лечения этими препаратами оказывают противовоспалительное действие, нормализуют кератинизацию в фолликулах, влияют на состав кожного сала. При крайне тяжелых формах УБ, таких как конглобатная и фульминантная, могут быть проведены курсы лечения кортикостероидами. Из средств наружной терапии применяют 2-3% бензоилпероксид, крем с третиноином, 0,5-2% аллантоином, азелаиновую кислоту, а также зарекомендовавшие себя такие кератинолитики, как 5-10% салициловая кислота, 2-8% препараты серы, резорцин в концентрации до 3%. В последнее время широко стали использовать топические АБ (эритромицин, клиндамицин, тетрациклин). При отсутствии конкретных обоснований к назначению АБ некоторые дерматологи

рассматривают антибиотикотерапию при акне только лишь как способ антибактериального воздействия на патологический процесс.

На сегодняшний день наиболее эффективными противогревыми средствами являются ретиноиды для системного и местного применения.

Наиболее современным ретиноидом для местной терапии акне является адапален, представляющий собой производное нафтойной кислоты с ретиноидоподобным действием. Нами был применен адапален под названием Дерива («Glenmark Pharmaceuticals Ltd»), который выпускается в виде 0,1% геля на водной основе.

Терапевтическая эффективность препарата связана с тем, что молекула адапалена селективно связывается с ретиноидочувствительными рецепторами (тип а СВФ), что в свою очередь приводит к уменьшению сцепленности кератиноцитов и ускоряет их десквамацию. Отсутствие взаимодействия с ретиноидочувствительными рецепторами – а СВФ, стимуляция которых ведет к появлению шелушения и резкой сухости кожи, позволяет свести к минимуму побочные реакции, которые наблюдались ранее при использовании препаратов группы ретиноидов [3]. Дерива обладает также и противовоспалительным действием, что связано с блокадой рецепторов, инициирующих воспалительную реакцию при акне. Восстанавливая аэрацию в протоке СВФ вследствие нормализации процесса кератинизации, Дерива оказывает также непрямо бактериостатическое действие на *P. acnes*, которые являются факультативными анаэробами.

Дерива 0,1% водный гель необходимо наносить 1 раз в день (на ночь) на предварительно очищенную и сухую кожу пораженных областей (беречь глаза и губы), а не на отдельные высыпания. Он сохраняет свои основные свойства в комбинациях с другими местными противогревыми средствами (эритромицин, клиндамицин, бензоилпероксид), поэтому, если при акне I-II степени тяжести можно использовать его в виде монотерапии, то при акне II-III желательна комбинация с местными антибиотиками (Далацин Т, Зинерит) или бензоилом пероксидом (Базирон АС), а при акне III степени тяжести (особенно с локализацией акне на туловище) – целесообразна уже комбинация с системными (АБ) (тетрацилин, эритромицин).

Мы провели изучение эффективности и переносимости препарата Дерива (адапален 0,1% водный гель) в виде монотерапии у 37 пациентов и обобщили опыт его применения в Алматинском областном кожно-венерологическом диспансере.

Цель исследования – оценка эффективности и безопасности препарата Дерива у больных с угревой болезнью.

#### Материал и методы

Обследовано 37 больных с угревой болезнью. Степень выраженности клинических проявлений оценивалась по площади поражения и по количеству высыпных элементов. Больных с легкой степенью было 21, средней – 16. Как показал клинический анализ, у 21 больного констатировано поражение поверхности лица в виде комедонов и папул, у 16 – располагающиеся как на лице, так и на коже туловища. Возраст пациентов составил от 16 до 34 лет, давность заболевания от 1,5-х до 9 лет. Лечение включало монотерапию топическим ретиноидом – Дерива (адапален), обладающим выраженной комедонолитической и противовоспалительной активностью, в виде геля 0,1%, 1 раз в день на ночь после предварительного очищения кожи на проблемные зоны, днем применялись увлажняющие средства. Эффективность терапии оценивали через 2 нед., 4 нед. и 8 нед. от

начала лечения следующим образом: клиническая ремиссия – полное исчезновение всех элементов на коже; значительное улучшение – регресс элементов на 40-50%; улучшение – регресс элементов на 20-30%.

#### Результаты и обсуждение

Через 2 нед. клиническая ремиссия была достигнута у 7 (18,9%) больных, через 4 нед. – у 19 (51,4%), через 8 нед. – у 29 (78,4%) больных. Отсутствие эффекта не было отмечено. За время наблюдения побочные явления не были выявлены ни у одного пациента. Переносимость препаратов была хорошей.

#### Вывод

Таким образом, лечение топическим ретиноидом Дерива является эффективным наружным методом терапии легких и среднетяжелых форм акне.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 Дерматология (атлас-справочник) / Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вулф, М. Полано, Д. Сюрмонд – Москва: Практика, 2007. – 1025 с.
- 2 Адаскевич В.П. Акне и розацеа. – СПб., 2000
- 3 Бутарева М.М., Знаменская Л.Ф., Капушева И.А., Спиридонова Е.В., Егорова Ю.Ю. Принципы комбинированной терапии акне // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. – №6

#### Т Ұ Ж Ы Р Ы М

##### Г.К. АСҚАРОВА

*Алматы мемлекеттік дәрігерлер біліктілігін жетілдіру институты*

#### БЕЗЕУДІ АУРУЛАРДЫ СЫРТҚЫ ЕМДЕУДІҢ ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ АСПЕКТІЛЕРІ

Зерттеу мақсаты – безеуді ауруға шалдыққан науқастарға Дерива препаратының тиімділігі мен қауіпсіздігін бағалау.

**Материал және әдістер:** безеуді ауруға шалдыққан 37 науқасты Дерива (гель) препаратымен емдеудің тиімділігі зерделенді.

**Нәтижелері мен талқылау:** препараттың жоғары тиімділігі анықталды: 2 аптадан кейін 7 (18,9%) науқаста, 4 аптадан кейін 19 (51,4%), 8 аптадан кейін 29 (78,4%) науқаста клиникалық ремиссияға қол жеткізілді. 8 аптаға дейінгі емдеу мерзімінде жанама реакциялар мен асқынулар байқалмаған. Препараттарға төзгіштік жақсы болған.

**Тұжырымдар:** Дерива топикалық ретиноидымен емдеу акненің жеңіл және орташа ауыр түрлерін емдеудің сыртқы тиімді әдісі болып табылады.

**Негізгі сөздер:** безеуді ауру, Дерива (адапален) 0,1% сулы гелі, емдеу.

#### SUMMARY

##### G.K. ASKAROVA

*Almaty State Institute of Postgraduate Medical*

#### CONTEMPORARY ISSUES ON THE TOPICAL TREATMENT OF ACNE

The purpose of the study: an assessment of the efficacy and safety of the medicine Deriva in patients with the acne.

**Material and Methods:** there was surveyed an efficacy of the medicine Deriva (gel) in 37 patients with the acne.

**Results and Discussion:** there was determined the high efficacy of the medicine: in 2 weeks the clinical remission was achieved in 7 patients (18,9%), after 4 weeks – in 19 patients (51,4%), after 8 weeks in 29 patients (78,4%). There were no side reactions and complications in terms of the treatment up to 8 weeks. The tolerability was good.

**Conclusions:** the treatment with the topical retinoid Deriva is an effective method of the topical treatment for the mild and moderate forms of acne.

**Key words:** acne, 0,1% aqueous gel Deriva (adapalene), treatment.