

Эпидермофития крупных складок в практике дерматолога

Соколова Т.В., Малярчук А.П., Газарян О.Л.

Медицинский институт усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО Московский государственный университет пищевых производств, 125080, Москва, Россия

Авторами изучена встречаемость эпидермофитии крупных складок (ЭКС) у больных амбулаторного приема, представлен анализ особенностей течения заболевания и дана оценка эффективности сертаконазола. Работа выполнена в рамках многоцентрового исследования (2012–2013 гг.) в 50 регионах РФ. Участвовали 97 лечебных учреждений, 174 врача. Использован авторский вариант анкеты, включающей 27 пунктов. Проанализировано 235 анкет больных ЭКС. Встречаемость ЭКС зависит от гендерных характеристик: мужчины болеют в 1,8 раза чаще, лидирует возрастная группа от 35 до 55 лет (48,1%). Среди лиц старше 55 лет в 1,8 раза чаще болеют женщины. Сопутствующие заболевания различного генеза имелись у 63,1% больных. Лидировал сахарный диабет (39,6%), встречавшийся в 1,6 раза чаще у женщин. Среднее число анатомических областей, вовлеченных в процесс, составляло $1,26 \pm 0,25$. Поражались паховые (91,5%), межъягодичная складки (15,7%), складки под молочными железами (9,8%), аксиллярные (4,7%) и пахово-мошоночные складки у мужчин (4,7%). У 23,4% пациентов процесс захватывал 2–3 крупные складки, у 61,3% преобладал симметричный процесс. При одностороннем процессе врач должен помнить о возможности миконосительства и/или асимптомного течения микоза. У 32,8% пациентов с ЭКС микоз носил многоочаговый характер с поражением стоп и наличием онихомикоза. Этиологическим фактором в данной ситуации скорее всего являлся *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale*. Таким больным необходимо проводить лечение не только крупных складок, но и стоп и ногтей. Сертаконазол (Залаин) является эффективным препаратом для лечения ЭКС, микоза стоп с онихомикозом при минимальном поражении ногтей. Сравнение эффективности сертаконазола (Залаин) при неосложненном и осложненном процессе показало значимые различия.

Ключевые слова: эпидермофития крупных складок; особенности течения; эффективность сертаконазола.

EPIDERMOPHYTOSIS OF LARGE FOLDS IN DERMATOLOGICAL PRACTICE

Sokolova T.V., Malyarchuk A.P., Gazaryan O.L.

Moscow University of Foodstuff Production, 125080, Moscow, Russia

The incidence of epidermophytosis of the large folds (ELF) was evaluated in outpatients, the disease course was traced, and the efficiency of sertaconazole therapy was evaluated. The study was carried out within the framework of a multicenter study (2012–2013) in 50 regions of the Russian Federation. A total of 97 therapeutic institutions and 174 physicians participated in the study. Authors' version of a questionnaire including 27 items was used. A total of 235 questionnaires were processed. The incidence of ELF depended on the gender – men suffered from the disease 1.8 times more often than women. The disease was the most incident (48.1%) in patients aged 35–55 years. After 55 years of age, women predominated: they developed the disease 1.8 times more often. Concomitant diseases of different origin were found in 63.1% patients. Diabetes mellitus predominated (39.6%) and was 1.6 times more incident in women. The mean number of anatomical regions involved in the process was 1.26 ± 0.25 . The inguinal (91.5%), gluteal folds (15.7%), folds under the breast (9.8%), axillary (4.7%) folds, and inguinal-scrotal folds in men (4.7%) were involved. The process involved 2–3 large folds in 23.4% patients, symmetrical processes predominated in 61.3%. In case of a unilateral process the physician should remember about fungus carriership and/or asymptomatic course of mycosis. The mycosis was multifocal in 32.8% patients with ELF, with involvement of the soles and with onychomycosis. The most probable etiological factor in these cases was *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale*. Large folds and soles and nails should be treated in these patients. Sertaconazole (Zalain) proved to be an effective drug for the treatment of ELF, mycosis of soles with onychomycosis with the minimum involvement of the nails. The efficiency of sertaconazole (Zalain) differed significantly in uneventful and complicated process.

Key words: epidermophytosis of large folds; disease course; sertaconazole efficiency.

Дерматозы крупных складок представляют собой группу заболеваний, объединенных по принципу

Сведения об авторах:

Соколова Татьяна Вениаминовна, доктор мед. наук, профессор (stv_morf2005@mail.ru); Малярчук Александр Петрович, кандидат мед. наук, доцент (2236779@mail.ru); Газарян Ольга Леоновна, аспирант (ola072008@yandex.ru).

Corresponding author:

Sokolova Tatiyana, MD, PhD, D.Sc, prof. (stv_morf2005@mail.ru).

избирательной локализации в складках кожи. Они могут быть инфекционного, неинфекционного, аллергического, неопластического генеза, генетически детерминированными [1]. Однако в настоящее время микотическим поражениям крупных складок как научные работники, так и практические врачи уделяют незаслуженно мало внимания. Основное число публикаций посвящено микозам стоп и онихомикозам [2–5]. Дерматофитии стоп регистрируются в 3 раза чаще, чем дерматофитии других локализаций вместе взятых [6, 7]. Об актуальности проблемы микозов

крупных складок (МКС) свидетельствуют работы отечественных ученых [8–10].

В РФ анализ заболеваемости населения МКС практически невозможен. С чем это связано? В классификации МКБ-10 имеется только эпидермофития паховая – В35.6. Традиционный подход к классификации поверхностных микозов кожи (ПМК), существовавший до введения в практику МКБ-10, выделял среди МКС эпидермофитию, рубромикоз, кандидоз и эритразму. Позднее последнее заболевание было выделено в группу псевдомикозов кожи. Этиологическое обоснование диагноза МКС существенно для лечения, так как не все топические антимикотики (ТА) одинаково эффективны в отношении различных возбудителей, их вызывающих (*Epidermophyton floccosum*, *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale*, дрожжеподобные грибы рода *Candida*, возбудители плесневых микозов). Другая сторона проблемы заключается в том, что в процесс нередко вовлекаются не только паховые складки. Крупными складками являются аксиллярные, межъягодичная, под молочными железами у женщин и полных мужчин, складка между нависающей частью живота и лобком у полных людей, пахово-мошоночные складки у мужчин. В какой разряд классификатора МКБ-10 следует относить эти варианты течения МКС?

Цель исследования – изучение встречаемости эпидермофитии крупных складок (ЭКС), многофакторный анализ особенностей течения заболевания, оценка эффективности лечения ТА сертаконазолом (Залаин).

Материалы и методы

Работа выполнена в рамках многоцентрового исследования, проводимого в 2012–2013 гг. под патронажем фармацевтической фирмы “EGIS” (Венгрия) одновременно в 50 регионах РФ. Задействовано 97 лечебно-профилактических учреждений различного профиля, 174 врача. Для унификации исследований разработан авторский вариант анкеты, включающей 27 пунктов. Инструкция по заполнению анкеты оформлена в виде презентации. В ней врачам разъяснили правила заполнения каждого ее пункта и приводили фотографии клинических случаев.

В общей сложности врачами заполнено 5025 анкет на больных с ПМК. Диагноз микоза подтверждался бактериоскопически. Встречаемость ПМК в соответствии с классификацией МКБ-10 была неоднозначной. Более половины выборки (2784, или 55,4%) составляли больные дерматофитиями (В-35). Поверхностный кандидоз кожи (Б-37) и кератомикозы (Б-36) встречались одинаково часто (22,4 и 22,2% соответственно). В структуре дерматофитий лидировал микоз стоп (995 больных, или 35,7%), 2-е место занимали дерматофитии крупных складок (869, или 26,4%) с резким преобладанием паховой эпидермофитии (728, или 83,7%). Одним из условий эксперимента был отбор пациентов с минимальным поражением ногтевых пластинок, когда индекс КИОТОС позволял проводить только местную терапию [6].

В настоящее время завершена первичная статистическая обработка 235 анкет больных ЭКС. Выборка репрезентативна для получения статистически значимых данных. Статистическая обработка результатов проведена с

помощью пакета статистических программ Statistica 6.0. Использован метод корреляционного анализа (коэффициент Спирмена) и *t*-критерий Стьюдента. Уровень статистической значимости соответствовал 95% ($p < 0,05$).

На первом этапе исследования нами предпринята попытка выяснить практику регистрации МКС дерматологами, ведущими амбулаторный прием. Для решения этой задачи проведено анонимное анкетирование 32 специалистов, проходящих циклы повышения квалификации на кафедре кожных и венерических болезней с курсом косметологии МИУВ ФГБОУ ВПО МГУПП. Использован авторский вариант опросника. На втором этапе исследования проведен детальный анализ особенностей течения ЭКС с учетом гендерных характеристик, давности заболевания, предшествующей терапии ТА, топика процесса, спектра и частоты клинических манифестаций, встречаемости осложнений (вторичная пиодермия, микотическая экзема, аллергический дерматит), сопутствующей патологии и ее влияния на течение микологического процесса. Третий этап исследования посвящен оценке эффективности лечения ЭКС сертаконазолом с учетом вариантов течения заболевания. Специфическое лечение больных ЭКС проводили с использованием крема сертаконазол (Залаин).

Выбор препарата обусловлен рядом существенных моментов. Залаин применяют более чем в 60 странах мира. В России используют с 2006 г. В мировом масштабе эффективность и безопасность препарата доказаны при лечении более 8 млн больных. Благодаря накопленному опыту по безопасности залаин в 2012 г. получил статус безрецептурного препарата. Он относится к новому поколению ТА, оказывающих фунгицидное и фунгистатическое действие. Спектр специфической активности препарата достаточно широк. Он вызывает гибель дерматофитов, дрожжеподобных грибов, липофильных дрожжей, условно-патогенных плесневых грибов, грамположительных штаммов стафило- и стрептококков, трихомонад, поэтому с успехом используется как монотерапия при микозах, осложненных вторичной бактериальной инфекцией. Высокая липофильность сертаконазола приводит к накоплению его в глубоких слоях кожи, обеспечивая сохранение в ней эффективной терапевтической концентрации в течение 48 ч после аппликации. Резистентность возбудителей микозов к залаину не зарегистрирована. Рецидивы микозов после полноценного курса лечения практически отсутствуют. Препарат не оказывает системного действия, не дает побочных эффектов и хорошо переносится больными. Длительность назначения препарата определяется индивидуально в зависимости от особенностей клинического случая, в среднем составляет 2–4 нед. У детей препарат применяется без возрастных ограничений.

При неосложненной ЭКС сертаконазол (Залаин) втирали 2 раза в сутки (утром и вечером). Лечение осложненного процесса проводили по единой схеме. При наличии эксудативных проявлений (везикулы, пузырьки, пустулы) их тушировали раствором бетадина – универсальным антисептиком. Он вызывает гибель бактерий, грибов, дрожжей и другой условно-патогенной флоры. Ссыхание в корочки эксудата полостных элементов в очаге обычно наступало за 3–5 дней. При наличии аллергического дерматита утром использовали комбинированный топический кортикостероид (травокорт), на ночь сертаконазол. Аллергический дерматит, как правило, купировался за 5–7 дней. При наличии микотической экземы лечение проводили поэтапно: туширование

и/или примочки с бетадином, затем втирание травокорта (утром), а сертаконазола (на ночь) до исчезновения корок. После купирования осложнений продолжали лечение сертаконазолом (Залаин). Оценка эффективности осуществляли по критериям: выздоровление, значительное улучшение, улучшение. Больных осматривали через 1, 2, 3 и 4 нед. При наличии микоаллергидов назначали внутрь супрастинекс по 1 таблетке на ночь и комбинированный топический кортикостероид (травокорт) на очаги вне стоп наружно. При наличии очагов микоза на стопах втирание сертаконазола проводили утром и вечером до полного разрешения клинических проявлений плюс еще 5–7 дней для закрепления результата. Всем больным указывали на необходимость дезинфекции обуви и разъясняли тактику ее проведения.

Результаты и обсуждение

Установлено, что из 32 дерматологов более половины (17, или 53,1%) любой МКС регистрировали как «эпидермофития паховая» (В35.6). Естественно, что в этот раздел включали не только паховую эпидермофитию, но и поражения других локализаций, а также рубромикоз и кандидоз крупных складок. Другие врачи МКС распределяют по своему усмотрению: 8 (25%) как другие уточненные ПМК (В36.8); 7 (21,9%) как кандидоз других локализаций (В37.8). Можно ли по таким статистическим данным судить о распространенности нозологических форм МКС у больных в РФ? Конечно, нет. Этот вопрос требует серьезного обсуждения в дерматологическом сообществе.

Распределение больных ЭКС с учетом гендерных характеристик (рис. 1, а–в). ЭКС в 1,8 раза чаще регистрировали у мужчин (63,8%), чем у женщин (36,2%). ЭКС преобладала в возрастной группе 35–55 лет (48,1%). В возрасте от 18 до 35 лет встречалась у каждого четвертого (25,1%) пациента, старше 55 лет – у каждого пятого (22,6%). Для лиц до 18 лет ЭКС не была актуальной проблемой (4,3%). Не выявлено различий встречаемости ЭКС у мужчин и женщин в возрастных группах от 18 до 35 лет (26,7 и 22,4% соответственно) и от 35 до 55 лет (50 и 44,7%; $p > 0,05$). Но в возрастной группе старше 55 лет ЭКС в 1,8 раза чаще встречалась у женщин (31,7 против 17,3%; $p < 0,05$), а у лиц до 18 лет, наоборот, – в 5 раз чаще у юношей (6 против 1,2%; $p < 0,05$).

Встречаемость сопутствующих заболеваний у больных ЭКС. Заболевания различного генеза играют роль значимого триггерного и/или фонового фактора в возникновении ПМК, хронизации воспалительного процесса, требуют назначения дополнительных лекарственных средств, затрудняют выбор ТА. ЭКС не является исключением. Сопутствующие заболевания имелись у $\frac{2}{3}$ пациентов (144, или 63,1%), в 1,4 раза чаще их регистрировали у женщин, чем у мужчин (76,5% против 54%). В структуре сопутствующих заболеваний лидировал сахарный диабет (39,6%). Второе место занимали патология органов пищеварения (20,8%) и вегетососудистая дистония (17,7%), третье – бронхиальная астма (11,8%), четвертое – хроническая венозная недостаточность (6,9%). Другие заболевания регистрировали в единичных случаях – гипертоническую болезнь в 3,5%,

аденому предстательной железы в 2,1% случаев. Встречаемость перечисленной патологии у мужчин и женщин была различной. Сахарный диабет у женщин регистрировали в 1,6 раза чаще (50,8% против 30,8%), а гипертоническую болезнь – в 1,9 раза чаще (4,8% против 2,5%), однако бронхиальную астму в 2,5 раза чаще выявляли у мужчин (16% против 6,3%).

Особенности течения ЭКС на современном этапе. Существенно, что у 37,5% пациентов давность заболевания составляла до 1 мес, у 62,5% – более 1 мес, а из них у каждого пятого (20,8%) – более полугод. Следует отметить, что мужчины обращались за медицинской помощью в более ранние сроки (до 1 мес) в 1,9 раза чаще, чем женщины (45,4% против 23,5%). Это, вероятно, связано с вовлечением в процесс гениталий, воспалительный процесс в области которых влияет на трудоспособность и качество жизни пациента.

Длительное существование МКС являлось поводом для проведения специфической терапии. По данным анамнеза ТА различных групп получала почти половина (45,1%) пациентов с ЭКС. Выбор препарата зависел от квалификации, опыта и личных приоритетов врача. Предпочтение отдавалось азоламу (64,2%) – акридерму ГК, тридерму, кандидерму, кандиду, клотримазолу. Реже (18,8%) использовались аллиламины – экзодерил, термикон, ламизил, а также препараты других групп (17%) – пимафуцин, нитрофунгин, микосептин. Однако повторное обращение к врачу в период проведения многоцентрового исследования наглядно свидетельствует о рецидиве заболевания, причиной которого могли быть несоблюдение схем лечения, самолечение, повторное заражение от нелеченого источника заражения, отсутствие дезинфекционных мероприятий, а также формирование резистентности грибов к ТА.

На рис. 2 представлена топоика и частота поражения крупных складок у больных эпидермофитией. Практически во всех случаях в процесс вовлекались паховые складки (91,5%). В то же время у каждого шестого пациента (15,7%) процесс локализовался в межъягодичной складке, а у каждого десятого (9,8%) – под молочными железами. Аксилярные складки у лиц обоего пола и пахово-мошоночные складки у мужчин вовлекались в процесс очень редко (по 4,7%). В то же время частота поражения различных крупных складок при эпидермофитии различалась в зависимости от пола больных. У мужчин паховые складки поражались на 18% чаще, чем у женщин. Межъягодичная складка, наоборот, в 1,9 раза чаще (22,4 против 12%), а аксиллярные складки в 7,5 раза чаще (24,7 против 3,3%) поражались у женщин ($p < 0,05$). У каждой пятой женщины (24,7%) имелся очаг поражения под молочными железами, а у 7,3% мужчин – в области пахово-мошоночных складок. В целом по выборке у 76,6% пациентов инфицировалась одна анатомическая область, у 20% – 2 и крайне редко (3,4%) – 3. Среднее число анатомических областей, вовлеченных в процесс, в целом по выборке составляло $1,26 \pm 0,25$, у мужчин – $1,22 \pm 0,24$, у женщин – $1,34 \pm 0,27$ ($p > 0,05$). Обнаружено, что в большинстве случаев поражение крупных складок при эпидермофитии носило сим-

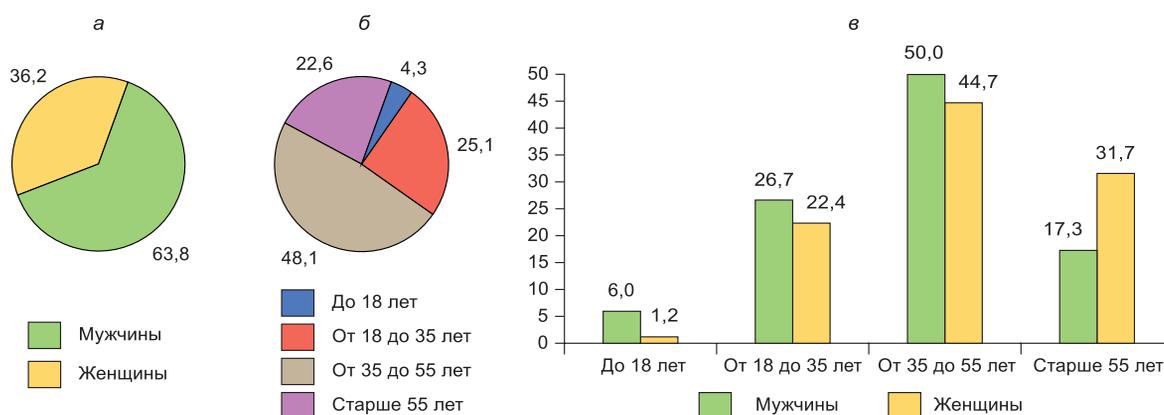


Рис. 1. Распределение больных эпидермофитией крупных складок (в %) с учетом гендерных характеристик ($n = 235$): а – по полу; б – по возрасту; в – по полу и возрасту.

метричный характер (61,3%), статистически значимо не различаясь у 62,7% мужчин и 58,8% женщин. Отсутствие симметричности зарегистрировано в 38,7; 37,3 и 41,2% соответственно. При одностороннем процессе опытный клиницист с определенной долей вероятности предполагает возможность миконосительства и/или скрытого течения процесса с противоположной стороны. Поэтому с целью предупреждения рецидива заболевания проводит профилактическое лечение симметричной внешне не измененной крупной складки кожи.

Установлено, что ЭКС у трети (77, или 32,8%) пациентов протекала на фоне микоза стоп. Лабораторно (бактериоскопически) до начала лечения диагноз микоза подтвержден у 94,5% пациентов, в том числе у 63% при наличии только ЭКС и у 31,5% при ЭКС и микозе стоп. У мужчин микоз стоп выявляли в 1,7 раза чаще (рис. 3), чем у женщин (63,6% против 36,4%; $p < 0,05$). Среди клинических форм микоза стоп лидировала интертригинозная (66,2%). Дисгидротическая (19,5%) и сквамозная (14,3%) формы встречались одинаково часто. Микоз стоп с онихомикозом был у 55 (71,4%) пациентов. Поражение ногтевых пластинок стоп у лиц мужского пола регистрировали в 1,9 раза чаще, чем у женщин (65,5% против 34,5%; $p < 0,05$). Поражались исключительно II–V ногтевые пластинки. Нормотрофический тип онихомикоза в 2,2 раза преобладал над гипертрофическим (69% против 31%; $p < 0,05$). Наличие микоза стоп у больных ЭКС дает возможность врачу сделать два весьма серьезных вывода. Это особенно важно, когда основным методом диагностики в лечебном учреждении является бактериоскопический, позволяющий выявлять только истинный мицелий и псевдомицелий.

Общезвестно, что этиологическим фактором ЭКС могут быть два возбудителя – *Epidermophyton floccosum* и *Trichophyton mentagrophytes var. interdigitale*. Первый грибок вызывает поражение только крупных складок и ранее обозначался как *Epidermophyton inguinale*. А *Trichophyton mentagrophytes var. interdigitale* может паразитировать как на стопах, так и в области крупных складок. Анализ наших данных косвенным образом может свидетельствовать, что у

67,2% больных причиной возникновения ЭКС был *Epidermophyton floccosum*, а у 32,8% – *Trichophyton mentagrophytes var. interdigitale*. Следовательно, 2/3 пациентов можно вылечить, используя ТА только в области крупных складок, а у остальной трети больных необходимо применять препарат не только в области складок, а также стоп и ногтей. В противном случае возможны рецидивы заболевания.

С осложнениями ЭКС протекала у 33,2% пациентов. Существенно, что у женщин осложнения возникали в 2,2 раза чаще, чем у мужчин (50,6 против 23,2%; $p < 0,05$). В структуре осложнений в целом по выборке преобладала (48,7%) вторичная пиодермия (рис. 4). Одинаково часто встречались аллергический дерматит (29,5%) и микотическая экзема (21,8%). Статистически значимых различий в частоте указанных осложнений ЭКС с учетом пола больных не выявлено ($p > 0,05$). У 20% больных ЭКС имелись алергомикиды различной степени выраженности. Микотическую сенсибилизацию у мужчин регистрировали в 1,5 раза чаще, чем у женщин (60,4 против 39,6%).

Изучены спектр и частота клинических манифестаций ЭКС при неосложненном и осложненном процессе. Зуд как основной субъективный симптом заболевания беспокоил всех больных. При неосложненном процессе (рис. 5) основными симптомами заболевания были эритема (100%) и шелушение (93%). У полови-

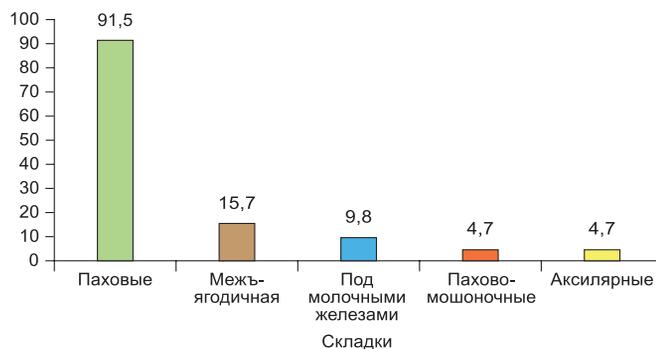


Рис. 2. Топика и частота поражения крупных складок (в %) при эпидермофитии ($n = 235$).



Рис. 3. Сочетание эпидермофитии крупных складок и микоза стоп у больного с давностью заболевания 5 мес и сопутствующим сахарным диабетом 2-го типа:

а – эпидермофития межъягодичной складки; *б* – интертригинозная эпидермофития стоп.

ны больных имелись инфильтрация (56,1%) и папулы (51%) по периферии очага поражения. Это полностью соответствует описанию окаймленной экземы (*exzema marginatum*), приведенному в 1860 г. F. Hebra. Мацерацию (20,4%), трещины (18,5%), мокнутие (14,6%), корки (6,4%), везикулы (5,1%) регистрировали только при возникновении ЭКС на фоне сопутствующей соматической патологии. При осложнении ЭКС вторичной пиодермией клиническая картина была иной. Очаг поражения был представлен выраженной эритемой (100%) с инфильтрацией (92,1%) и множественными пустулами на поверхности (100%), участками мацерации (76,3%), гнойными корками (84,2%). Шелушение (81,6%) и папулы (63,2%) преобладали по периферии, создавая четкие очертания очага. В центре очага наблюдались мелкие трещины (47,4%), мокнутие (39,5%) и везикулы (21,1%). При ЭКС, осложненной микотической экземой, клиническая картина поражения складок была особенно тяжелой – эритема (100%), инфильтрация (100%), мокнутие (100%), корки (88,2%), везикулы (82,4%), мацерация (82,4%), шелушение (76,5%), трещины (70,6%), папулы (67,7%), пустулы (47,1%). Естественно, что выбор тактики лечения напрямую зависел от клинических проявлений заболевания.

Сопутствующая патология как фактор формирования осложнений у больных ЭКС. Использо-

вание коэффициента корреляции Спирмена позволило впервые выяснить взаимосвязь, подтверждающую влияние сопутствующих заболеваний на формирование осложнений ЭКС (рис. 6). Установлено, что при сахарном диабете создаются благоприятные условия для развития вторичной пиодермии как осложнения ЭКС у 86,8% больных, а микотической экземы – у 58,8%. ЭКС, протекающая на фоне заболеваний органов пищеварения, у 34,8% осложнялась аллергическим дерматитом. Инфицирование грибами крупных складок у больных бронхиальной астмой дает толчок для развития кожной аллергической патологии – аллергического дерматита (26,1%) и микотической экземы (17,6%; $p < 0,05$). Наличие сопутствующих заболеваний влияло на число анатомических областей, вовлеченных в процесс у больных ЭКС. Одна область поражалась практически одинаково часто при наличии (51,7%) и отсутствии сопутствующей патологии (48,3%). Поражение двух (93,6%) и трех (100%) анатомических областей наблюдалось только на фоне сопутствующих заболеваний.

Оценка эффективности сертаконазола (Залаин) при лечении ЭКС. Оценка эффективности лечения ЭКС проведена по всей выборке больных, при неосложненном процессе и при наличии осложнений в виде микотической экземы, вторичной пиодермии и

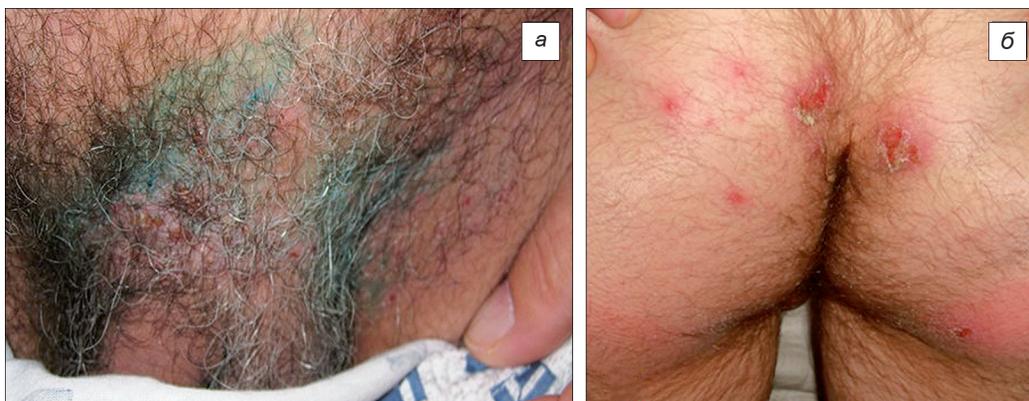


Рис. 4. Эпидермофития пахово-мошоночной складки (*а*) и межъягодичной складки (*б*), осложненная вторичной пиодермией.

аллергического дерматита. Эффективность лечения сертаконазолом 235 больных в динамике выглядела следующим образом. Через 1 нед врачи отметили улучшение у 80,9% пациентов. Случаев выздоровления не зарегистрировано, положительная динамика процесса отсутствовала у 15,7% больных. Через 2 нед полное разрешение высыпаний отмечено у 11,1% больных, значительное улучшение – у 73,2%, т.е. общий терапевтический эффект, оцененный суммой показателей выздоровления и значительного улучшения, был достаточно высоким и составлял 84,3%. Спустя 3 нед ЭКС полностью разрешилась у 45,5% больных, а значительное улучшение наблюдалось у 54,5%. Общий терапевтический эффект составлял 100%. Через 1 мес выздоровели практически все пациенты (98,7%).

Интересные данные получены при оценке эффективности сертаконазола при лечении неосложненной ЭКС ($n = 157$). Уже через 1 нед у 8,9% больных отмечено значительное улучшение процесса и у 91,1% – улучшение. Число выздоровевших больных по истечении каждой последующей недели существенно возрастало: от 21% (через 2 нед) до 62,4% (через 3 нед) и до 100% (через 1 мес). Общий терапевтический эффект уже со 2-й недели составлял 100%.

Оценка эффективности сертаконазола при лечении ЭКС, осложненной микотической экземой, вторичной пиодермией и аллергическим дерматитом, выявила следующую динамику разрешения процесса ($n = 78$). Через 1 нед практически у всех пациентов (96,2%) зарегистрировано улучшение процесса. Через 2 нед выздоровление наступило у 6,4% больных, а значительное улучшение – у 15,4%. Только с 3-й недели отмечена выраженная положительная динамика разрешения высыпаний: выздоровление зарегистрировано у 33,3% больных, значительные улучшения – у 60,3%. Общий терапевтический эффект составил 93,6%. К концу 1-го месяца выздоровление наступило у 88,5% больных, значительное улучшение – у 11,5%.

Полученные данные наглядно свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности сертаконазола у больных ЭКС. Наиболее выраженный эффект зарегистрирован при неосложненном процессе. В то же время правильная тактика ведения больных ЭКС, осложненной микотической экземой, вторичной пиодермией и аллергическим дерматитом, позволила

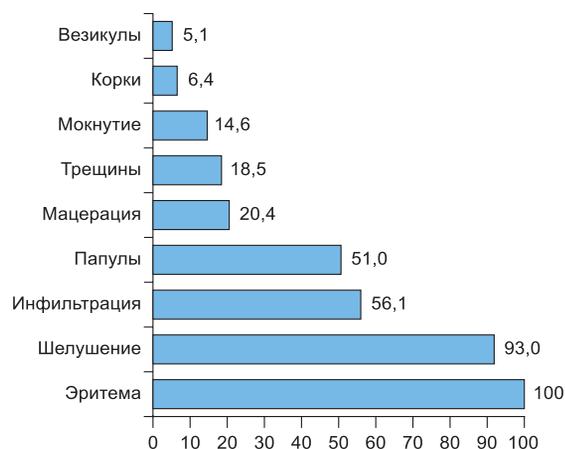


Рис. 5. Спектр и частота клинических манифестаций эпидермофитии крупных складок (в %) при неосложненном процессе ($n = 157$).

добиться быстрой динамики разрешения процесса. Рецидивы заболевания не зарегистрированы.

Выводы

- Встречаемость ЭКС зависит от гендерных характеристик: мужчины болеют в 1,8 раза чаще, почти половина заболеваний приходится на возрастную группу от 35 до 55 лет (48,1%), среди лиц старше 55 лет в 1,8 раза чаще болеют женщины, а в возрасте до 18 лет, наоборот, в 5 раз чаще – юноши.
- Сопутствующие заболевания различного генеза имелись у 63,1% больных ЭКС. Лидировал сахарный диабет (39,6%), в 1,6 раза чаще (50,8% против 30,8%) встречавшийся у женщин.
- При ЭКС среднее число анатомических областей, вовлеченных в процесс, в целом по выборке составляло $1,26 \pm 0,25$, у мужчин – $1,22 \pm 0,24$, у женщин – $1,34 \pm 0,27$. В процесс вовлекались паховые складки (91,5%), межъягодичная складка (15,7%), складки под молочными железами (9,8%), аксиллярные складки (4,7%), пахово-мошоночные складки у мужчин (4,7%). У 23,4% пациентов поражались 2–3 крупные складки, что указывает на необходимость тщательного осмотра всего кожного покрова.
- Наличие симметричного поражения при ЭКС у 61,3% больных должно являться индикатором возможного миконительства и/или асимптомного

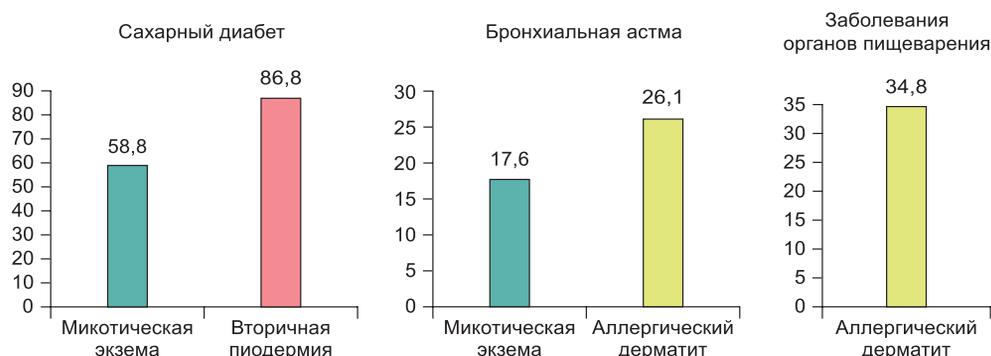


Рис. 6. Влияние сопутствующей патологии на формирование осложнений эпидермофитии крупных складок (в %).

течения микоза при одностороннем процессе. В этом случае целесообразно провести профилактическое лечение ТА симметричного участка.

• Микотический процесс у 32,8% больных ЭКС носил многоочаговый характер в связи с наличием микоза стоп и онихомикоза. С достаточной долей вероятности можно предполагать, что этиологическим фактором в данной ситуации являлся *Trichophyton mentagrophytes var. interdigitale*. Таким больным необходимо проводить интенсивную терапию не только крупных складок, но и стоп и ногтей. В противном случае возможны рецидивы заболевания.

• Сертаконазол (Залаин) является эффективным препаратом для лечения ЭКС, в том числе сочетающейся с микозом стоп и онихомикозом, протекающим с минимальным поражением ногтевых пластинок. Сравнение эффективности сертаконазола при неосложненном и осложненном процессе показало значимые различия. Этот факт следует учитывать при оценке эффективности любого ТА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грибанова Т.В. Дерматозы крупных складок: диагностика, клиника, рациональная наружная терапия. *Клиническая дерматология и венерология*. 2010; 1: 40–4.
2. Рукавишников В.М. *Микозы стоп*. М.: Эликс Ком; 2003.
3. Гладько В.В., Соколова Т.В., Тарасенко Г.Н. Как с минимальными затратами организовать лечение и профилактику микозов стоп. *Лечащий врач*. 2006; 5: 86–7.
4. Хисматулина И.М. *Микоз стоп: рационализация терапии*: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М.; 2009.
5. Соколова Т.В., Мальярчук А.П., Мальярчук Т.А. Клинико-эпидемиологический мониторинг поверхностных микозов в России и совершенствование терапии. *Русский медицинский журнал*. 2011; 19(21): 1327–32.
6. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. *Грибковые инфекции. Руководство для врачей*. М.: БИНОМ-пресс; 2008.
7. Tasic S., Stojanovic S., Poljacki M. Etiopathogenesis, clinical picture and diagnosis of onychomycoses. *Med. Pregl.* 2001; 54(1–2): 45–51.

8. Бедриковская И.А. *Медико-организационные аспекты профилактики дерматомикозов на муниципальном уровне*: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М.; 2009.
9. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. *Чему учат клинициста исследования эпидемиологии дерматомикозов? Успехи медицинской микологии. Национальная академия микологии*. М.; 2003; т. 2: 154–5.
10. Халдин А.А., Сергеев Ю.В., Изюмова И.М. Современные представления о паховых дерматофитиях: этиология, эпидемиология, клиника и эффективная терапия. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2005; 5: 103–6.

Поступила 16.04.14

REFERENCES

1. Griбанova T.V. Dermatoses large folds: diagnostics, clinic, rational therapy outside. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2010; 1: 40–4.
2. Rukavishnikova V.M. *Mycosis of the feet*. Moscow: Elix Kom; 2003.
3. Glad'ko V.V., Sokolova T.V., Tarasenko G.N. As with minimal cost to organize treatment and prevention mycosis of the feet. *Lechashchiy vrach*. 2006; 5: 86–7.
4. Khismatulina I.M. *Mycosis of the feet: rationalization of therapy*. Dis. Moscow; 2009.
5. Sokolova T.V., Malyarchuk A.P., Malyarchuk T.A. Clinical-epidemiological monitoring of superficial mycoses in Russia and improvement of therapy. *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2011; 19(21): 1327–32.
6. Sergeev A.Yu., Sergeev Yu.V. *Fungal infections: a Guide for physicians*. Moscow: Binom-press; 2008.
7. Tasic S., Stojanovic S., Poljacki M. Etiopathogenesis, clinical picture and diagnosis of onychomycoses. *Med. Pregl.* 2001; 54(1–2): 45–51.
8. Bedrikovskaya I.A. *Medical and organizational aspects of prevention of ringworm on the municipal level*. Dis. Moscow; 2009.
9. Sergeev A.Yu., Sergeev Yu.V. *Teach Clinician for research on the epidemiology of ringworm? Advances in medical Mycology*. National Academy of Mycology. Moscow; 2003. vol. 2: 154–5.
10. Khaldin A.A., Sergeev Yu.V., Izyumova I.M. Modern ideas about the inguinal dermatophytosis: etiology, epidemiology, clinic and effective therapy. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2005; 5: 103–6.

Received 16.04.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.5-002-056.43-092

Современные представления об эпигенетических механизмах формирования атопического дерматита

Каюмова Л.Н.¹, Сами Бакер¹, Брускин С.А.², Гаранян Л.Г.¹, Кочергин Н.Г.¹, Олисова О.Ю.¹

¹Кафедра кожных и венерических болезней (зав. – проф. О.Ю. Олисова) лечебного факультета ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва;

²ФГБУН Институт общей генетики им. Н.И. Вавилова РАН, Москва, Россия

Проанализированы данные работ разных авторов по изучению экспрессии генов при атопическом дерматите, а также приведены результаты собственного исследования в отношении эпигенетического профиля (статуса метилирования ДНК) биоптатов у здоровых лиц и больных атопическим дерматитом до лечения с помощью микрочипов Illumina с целью выявления ключевых звеньев патологического процесса. Проводимые исследования позволяют более рационально применять современные терапевтические подходы с учетом результатов индивидуального эпигенетического контроля.

Ключевые слова: метилирование ДНК, эпигенетика, атопический дерматит.