

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНО- ГРИБКОВЫХ ИНФЕКЦИЙ КОЖИ

Котрехова Л.П.

Научно-исследовательский институт медицинской микологии им. П.Н. Кашкина, кафедра дерматовенерологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия
© Котрехова Л.П., 2005

12–25% пациентов страдают от бактериальных и грибковых кожных инфекций. В наше исследование включены пациенты, леченные нафтифином в комбинации с системными антибиотиками и антимикотиками против микст-инфекций кожи, обусловленных дерматомицетами или недерматомицетами и бактериями (стафилококками, стрептококками и др.). Нафтифин был высокоэффективным и хорошо переносился пациентами с бактериальными и грибковыми инфекциями кожи.

Ключевые слова: бактериальные и грибковые инфекции кожи, дерматомикозы, микст-инфекции, нафтифин, стафилококк, стрептококк

PECULIARITIES OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF BACTERIAL AND FUNGAL SKIN INFECTIONS

Kotrekhova L.

Dermatovenerology Department, St. Petersburg Medical Academy of Postgraduate Education, Saint Petersburg, Russia
© Kotrekhova L., 2005

Patients with mycoses of skin (12–25%) suffer from bacterial and fungal infections of skin. Our study involving patients treated with naftifine combination with systemic antibiotic and antifungal drugs against mixed infection due by dermatomycetes or non-dermatomycetes and bacteria (Staphylococcus, Streptococcus etc). Naftifine was highly effective and well tolerated by patients with bacterial and fungal infections of skin.

Key words: bacterial and fungal skin infections, dermatomycetes, mixed infections, naftifine, Staphylococcus, Streptococcus

Грибковые заболевания кожи и ее придатков распространены повсеместно. Заболеваемость дерматомикозами в общей популяции населения составляет от 7 до 20% [1, 2]. В результате проведенных многочисленных исследований в России и в зарубежных странах установлено, что в 12–25% случаев микозы кожи сочетались с бактериальными инфекциями [3]. При этом бактериально-грибковые микст-инфекции кожи у ряда больных могут быть причиной развития рожистого воспаления, что, в свою очередь, приводит к развитию лимфаденита, лимфангоита, а в тяжелых случаях — к формированию элевантиаза. У больных сахарным диабетом бактериально-грибковые микст-инфекции увеличивают риск развития диабетической стопы [4–6]. За последние 5 лет опубликованы работы, авторы которых считают, что больные с бактериально-грибковыми инфекциями значительно чаще сенсибилизируются и становятся склонными к аллергическим реакциям [7]. Еще одной особенностью бактериально-грибковых инфекций кожи является изменение клинической картины, что, в ряде случаев, особенно когда не проводятся микробиологическое и микологическое исследования, приводит к диагностическим ошибкам, и больные долгое время не получают этиотропного лечения [8].

В дерматологическом отделении клиники научно-исследовательского института медицинской микологии им. П. Н. Кашкина прошли обследование и лечение 268 больных микозами кожи и ее придатков. После проведенного обследования у 63 больных (23,5% случаев) были диагностированы бактериально-грибковые микст-инфекции кожи разной локализации.

Цель нашего исследования — изучение этиологии, факторов риска, особенностей клинических проявлений бактериально-грибковых микст-инфекций кожи, а также разработка алгоритма их диагностики и схем лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 63 больных (34 — мужчин, 29 — женщин) в возрасте от 34 до 85 лет с бактериально-грибковыми поражениями кожи.

Для подтверждения диагноза и установления спектра возбудителей заболевания проводили микробиологическое исследование патологического материала, полученного из очагов поражения от всех больных. Исследовали кожные чешуйки, ногтевые пластинки, волосы, гной, корки. Бактерии и грибы выявляли микроскопически в нативном и окрашенном видах, культурально с последующим определением чувствительности изолированных культур возбудителей к антибактериальным и противогрибковым препаратам.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При первичном осмотре большинства пациентов (57/ 90%) обращал на себя внимание патологический

процесс, локализовавшийся в складках кожи (пахово-бедренных, межпальцевых промежутках, межъягодичной, под молочными железами, в углах рта). У всех 63 больных отмечали выраженную местную воспалительную реакцию, проявлявшуюся экссудацией, мокнутием, образованием эрозий, корок и яркой гиперемией кожи в окружении патологического очага. У 17 больных (27%) развитие бактериально-грибковой микст-инфекции сопровождалось общей реакцией организма с интоксикацией, лихорадкой. У 7 больных течение бактериально-грибковой микст-инфекции осложнилось лимфаденитом, у 3 — лимфангоитом, у 2 — рожистым воспалением нижних конечностей, а у 1 пациентки развилась тромб-геморрагическая пурпура. Течение заболевания носило быстро прогрессирующий характер. У 56 больных поражение кожи сочеталось с онихомикозом стоп и/или кистей, у 2 пациентов имело место поражение волосистой части головы, у 2 больных наблюдали сикоз сочетанной этиологии. При всех вариантах онихомикоза было поражено от 4 до 20 ногтей пластинок.

После проведенного общетерапевтического обследования было установлено, что 28% больных страдают эндокринными заболеваниями (сахарным диабетом — 13%, аутоиммунным тиреоидитом — 8%, гипотиреозом — 2%, узловато-токсическим зобом — 3%). У 24% больных были диагностированы заболевания, вызвавшие нарушения периферического кровообращения в конечностях; 19% больных страдали хроническими кожными заболеваниями, такими как псориаз, экзема, атопический дерматит. Еще у 13% больных имели место иммунодефицитные состояния, вызванные приемом системных глюкокортикостероидов (преднизолон, дексаметазон, триамцинолон), иммуносупрессивных препаратов (метотрексат, циклоспорин А).

В результате проведенного лабораторного исследования было установлено, что основными возбудителями микозов кожи у больных микст-инфекциями являются дерматомицеты. Только их выявляли в 45% случаев и в 24% случаев — вместе с грибами рода *Candida* spp. или плесневыми грибами. *Candida* spp. были причиной развития микозов в 31% случаев. Обращает на себя внимание тот факт, что в группе больных микозами кожи без присоединения пиококковой бактериобиты соотношение возбудителей микозов оказывалось иным [8]. Дерматомицеты выделены в 73% случаев, дерматомицеты в сочетании с *Candida* spp. или плесневыми грибами — в 10%, *Candida* spp. — в 17%. Среди дерматомицетов доминировал *Trichophyton rubrum*. Его выделяли в 69% случаев, *T. mentagrophytes* — в 12%, *Epidermophyton floccosum* — в 19%.

Гнойный процесс индуцировали при бактериально-грибковых микст-инфекциях *Staphylococcus aureus* в 38,1% случаев, *Streptococcus pyogenes* — в 28,6%, *S. viridans* — в 9,5%, *Pseudomonas aeruginosa* — в 7,9% случаев. Сочетание *S. aureus* и *S. viridans* выявили в 12,7%, *S. pyogenes* и *P. aeruginosa* — в 3,2%.

В результате длительного клинического наблюдения за больными бактериально-грибковыми микст-инфекциями кожи нами были разработаны принципы терапии бактериально-грибковых микст-инфекций кожи и ее придатков:

- необходимо добиваться устранения или заметного уменьшения выраженности факторов риска, которые способствовали развитию бактериально-грибковой микст-инфекции в каждом конкретном случае;
- следует назначать общее антимикробное лечение с учетом вида возбудителя и его чувствительности к антибактериальным препаратам;
- стремиться применять комбинированные схемы лечения, сочетая системную антибактериальную терапию с местным применением препаратов широкого антифунгального и антибактериального спектров действия.

Для местного лечения мы применяли «Экзодерил®». Выбор препарата основывался на результатах, проведенных в 1991 году клинических испытаний, которые показали, что нафтифин обладает высокой фунгицидной активностью по отношению ко всем наиболее часто встречающимся возбудителям микозов кожи и ее придатков. Он обладает высокой проникающей способностью, хорошо накапливается во всех слоях эпидермиса. Через шесть часов после нанесения на кожу его концентрация в роговом слое значительно превышает минимальную ингибирующую концентрацию для большинства возбудителей микозов кожи. При этом концентрация нафтифина гридохлорида в дерме не высока и, следовательно, нет его системного действия на макроорганизм. Препарат также проявляет активность против грамположительных и грамотрицательных бактерий [9].

Монотерапия Экзодерилом® проводилась тогда, когда не было поражения придатков кожи и проявления бактериально-грибковой инфекции носили ограниченный местный характер. Раствор применяли при экссудации, мокнутии, крем при мухости кожи и гиперкератозе.

Назначение нафтифина (Экзодерила®) 1 раз в сутки мы сочетали с тербинафином 250 мг/сут. в течение 12 недель и более или с флуконазолом 150 мг в течение 7 дней, когда имело место поражение ногтей и волос. Системный антибактериальный препарат назначали с учетом чувствительности выделенного возбудителя. Применение Экзодерила® прекращали после полного разрешения процесса и подтверждения результатов излечения лабораторными методами исследования.

В результате проведенного лечения у всех 63 больных было отмечено полное разрешение процесса. Продолжительность лечения варьировала от 10 до 28 дней в зависимости от площади поражения кожи и локализации процесса и, в среднем, составила 15 дней. Все больные отмечали хорошую переносимость препарата. Ни у кого из пациентов при лечении Экзодерилом® не наблюдали развития нежелательных явлений.

ВЫВОДЫ

1. Клиническая картина бактериально-грибковых инфекций кожи характеризуется выраженной общей и местной воспалительной реакцией, экссудацией, преимущественной локализацией в складках кожи и быстрым распространением процесса.

2. Основными возбудителями бактериально-грибковых микст-инфекций являются дерматомицеты, стафилококки и стрептококки.

3. *Candida* spp. чаще вызывают поражение кожи при бактериально-грибковых микст-инфекциях, чем в случаях изолированного микотического процесса, вызванного другими микромицетами-патогенами.

4. Для правильной постановки диагноза и назначения терапии необходимо доказательное микробиологическое лабораторное подтверждение диагноза.

5. Комбинированная терапия, при сочетании системных антимикотиков, антибиотиков и местных препаратов широкого противогрибкового и антибактериального спектров действия – нафтифина (Экзодерил[®]), является целесообразной и эффективной.

6. Назначение Экзодерила[®] при комбинированной терапии бактериально-грибковых инфекциях кожи позволяет в течение первых 2–3-х суток снять проявления острого воспалительного процесса и добиться разрешения зуда и жжения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Levy A. Epidemiology of onychomycosis in special-risk populations// J. Am. Pediatr. Med. Assoc. – 1997.-Vol. 87. – P. 546-550.
2. Naneke E. Achilles foot screening project: background, objectives and design// J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.- 1999.- Vol. 12. – P. 2-5.
3. Руковишникова В.М. Эпидемиология, патогенез, клиника лечение и профилактика микозов стоп// *Materia medica*. Ежеквартальный бюллетень для врачей и фармацевтов. Российская медицинская ассоциация. - М: ФАРГУС ПРИНТ.- 1997.- Т. 2, № 14.- С. 11-40.
4. Корнишева В.Г., Шляпников С.А., Насер Н.Р., Пак Е.Ю. Частота встречаемости микозов стоп у больных рожистым воспалением нижних конечностей// *Проблемы медицинской микологии* – 2005.- Т.7, № 2. – С.51 – 52.
5. Rich P. Special patient population: onychomycosis in the diabetic patient// J. Am. Acad. Dermatol. – 1996. – Vol. 35. – P.10 – 12.
6. Yosipovitch G., Hodak E., Vardy P. et al. The prevalence of cutaneous manifestations in IDDM patients and their association with diabetes risk factors and microvascular complications// *Diabetes Care*. – 1998. - Vol. 21. – P. 506 – 509.
7. Faegemann J. Atopic dermatitis and fungi // *Clin. Microbiol. Rev.* – 2002.- Vol.15, № 4. – P. 545-563.
8. Разнатовский К.И., Родионов А.Н., Котрехова Л.П. Дерматомикозы.- СПб: Издательский дом СПбМАПО, 2003.- 159 с.
9. Nolting S., Brautigam M. The clinical meaning of terbinafine's antimicrobial activity. // *Br. J. Dermatol.* — 1992. — 126 supp. — 39:56–60.

Поступила в редакцию журнала 12.09.05

Рецензент: Колб З. К.

