# Особенности терапии сочетанных дерматозов у детей

О.Б. ТАМРАЗОВА[1,2], А.В. МОЛОЧКОВ[1], А.В. ТЕБЕНЬКОВ[2]

[1]ФПКМР РУДН; [2]Тушинская детская городская больница, Москва

## Peculiarities of therapy of combined dermatoses in the children

O.B. TAMRAZOVA, A.V. MOLOCHKOV, A.V. TEBEN'KOV

Faculty of Advanced Medical Training, P. Lumumba Russian University of People's Friendship, Moscow; Tushinskaya Children's City Hospital, Moscow

*Ключевые слова: дерматозы сочетанной этиологии, дети, Травокорт.*

*Key words: dermatoses of combined etiology, children, Travocort.*

Заболеваемость кожными болезнями среди детей в последнее время неуклонно растет. К дерматологам и педиатрам все чаще обращаются пациенты с дерматозами сочетанной этиологии (ДСЭ), т.е. кожными заболеваниями, в этиопатогенезе которых сочетаются аллергические и инфекционные факторы. По частоте заболеваемости в педиатрической практике пациенты с ДСЭ занимают первое место и составляют 30—40% от общего числа обращений.

С 2010—2011 гг. в Тушинской детской городской больнице наблюдались 1537 больных с кожными заболеваниями. Возраст пациентов составлял от 0 до 17 лет. Большинство детей (1089) были госпитализированы в соматические отделения с заболеваниями внутренних органов и сопутствующей кожной патологией, меньшую часть (448) составили пациенты инфекционных и аллергологических отделений, ведущим диагнозом у которых были осложненные формы аллергодерматозов. Наиболее частыми причинами обращений к дерматологу в Тушинской детской больнице являлись атопический дерматит (АтД), вульгарные акне, контактно-аллергические дерматиты, себорейный дерматит, экземы, герпетические инфекции, токсикодермии, чесотка, микроспория, вульгарные бородавки, контагиозный моллюск и др. На долю ДСЭ пришлось 42% (645 детей).

Наиболее частые проявления ДСЭ у детей — АтД с явлениями вторичного инфицирования, микробные экземы, распространенная чесотка, осложненная дерматитом и пиодермией, себорейный дерматит (экзема), микотическая экзема стоп, «пеленочный» дерматит, а также поверхностная стрептодермия и микозы.

АтД является одним из самых распространенных заболеваний в детском возрасте. При АтД отмечаются выраженные изменения в иммунной системе, проявляющиеся подавлением клеточной защиты (снижение уровня естественных киллеров, дисбаланс Th1 и Th2, снижение продукции γ-интерферона и др.). При данном заболевании также выявляется нарушение эпидермального барьера, которое создает предпосылки для более легкого проникновения бактерий вглубь кожи, а сопутствующий зуд и последующие расчесы являются входными воротами для различных инфекционных агентов. Именно с этими особенностями связан тот факт, что более чем в 80% случаев АтД осложняется вторичным инфицированием кожи с развитием стрептостафилодермий и кандидоза гладкой кожи. Отмечено, что у больных АтД заметно меняется микрофлора кожи по сравнению с кожей здоровых людей: наличие *Candida albicans* отмечается у 77% больных АтД (у здоровых людей — в 12% случаев) и *Staphylococcus aureus* — у 43% (у здоровых — в 28% случаев) [1]. Характерная черта АтД, осложненного вторичной инфекцией (особенно в подростковом возрасте), — распространенность кожного процесса, длительность течения и торпидность к терапии.

Микробная экзема является одной из наиболее частых форм экзем в детском и подростковом возрасте. В ее патогенезе ведущая роль отводится сенсибилизации к микробному агенту на фоне выра-

© Коллектив авторов, 2012

*Klin Dermatol Venerol 2012;3:47*

[1,2]e-mail: nkisliy@rol.ru

женного изменения иммунитета. Предпосылками для развития микробной экземы становятся генетическая предрасположенность, длительная антигенная стимуляция, наличие очагов хронической инфекции (тонзиллиты, синуситы, воспалительные заболевания мочевыводящей системы и др.), нарушения функции желудочно-кишечного тракта, нейроэндокринная патология. Пиогенная флора и мицелий грибов обладают выраженной антигенной активностью, что приводит к сенсибилизации организма, являясь провоцирующим, поддерживающим и утяжеляющим заболевание фактором у больных экземой. Также в патогенезе микробной экземы важную роль играют экссудативные процессы, сопровождающиеся гноетечением (сенсибилизация к белковым структурам, межтканевой жидкости), а также непосредственно процесс мацерации кожи, развивающийся при инфекционном воспалении и значительно нарушающий кожный барьер [3].

Наиболее частые формы микробной экземы у детей — паратравматическая экзема, микробная экзема кистей, микотическая экзема стоп, нуммулярная экзема.

Паратравматическая экзема развивается на коже в местах открытых переломов, свищей, трофических язв, длительно не заживающих ран, в том числе и после оперативных вмешательств, вокруг наружного слухового прохода при гнойных отитах и др. Особенность течения данной разновидности микробной экземы — быстрый регресс экзематозного процесса при стихании инфекционного воспаления и эпителизации кожного дефекта.

Микробная экзема кистей является одной из наиболее торпидных форм экземы в детском возрасте, так как часто развивается на фоне атопического дерматита (особой формы – так называемого неспецифического дерматита кистей) и поддерживается многими провоцирующими факторами, особо актуальными у детей и подростков (частыми контактами с водой и снегом, пренебрежением перчатками и варежками в холодное время года, повышенной травматизацией и др.). Нередко течение микробной экземы кистей в подростковом возрасте осложняет гипергидроз, развивающийся на фоне дисфункций вегетативной нервной системы [3].

Микотическая экзема стоп более характерна для подростков, предпочитающих носить обувь из синтетических материалов (кроссовки, резиновые сапоги и др.), чаще юношей, особенно в зимний период. Выделяют несколько стадий заболевания. На начальном этапе происходит инфицирование кожи стоп патогенными грибами — дерматофитами (интертригинозный микоз), которое протекает субклинически и часто не вызывает обеспокоенности ни у пациента, ни у врачей [4]. В данный период развивается сенсибилизация организма к аллергенам гриба. Стадия острых клинических проявлений протекает на фоне воздействия раздражающих факторов: гипергидроза, мацерации, развития контактного или контактно-аллергического дерматита (новая обувь, носки, средства гигиены и др.) и приводит к формированию выраженной экзематозной реакции, нередко протекающей с явлениями экссудации и распространенными экземидами на коже туловища. Без лечения воспалительный процесс постепенно стихает, развивается подострая или хроническая микотическая экзема, трудно поддающаяся лечению. Наиболее часто подростки обращаются к дерматологам в острой стадии заболевания. Важной особенностью лечения данной формы экземы является одновременное терапевтическое воздействие, направленное на прекращение и экзематозного, и микотического процессов.

Нуммулярная экзема, по-видимому, представляет собой наиболее сложную разновидность микробной экземы с недостаточно изученным этиопатогенезом. Данный вид экземы наиболее часто развивается у детей с АтД (нередко в состоянии ремиссии), у больных с очагами хронической инфекции, а также на фоне сниженного иммунитета. В большинстве случаев при распространенной нуммулярной экземе лечение начинают с антибиотиков широкого спектра действия.

Чесотка — распространенное паразитарное заболевание, которое часто осложняется пиодермией и аллергическими состояниями, особенно в детском возрасте. Развитие пиогенных осложнений вызвано, с одной стороны, глубоким проникновением в кожу «нестерильного» клеща, а с другой — травмированием кожи постоянными расчесами. Аллергическими проявлениями на коже при чесотке являются аллергические дерматиты, обострение АтД, экзема, крапивница. В патогенезе данных состояний отмечается сенсибилизация на продукты жизнедеятельности клеща. Несмотря на то что полное излечение от пиодермии и аллергических заболеваний невозможно без противочесоточной обработки акарицидными средствами, в некоторых случаях терапию осложненных форм чесотки начинают с купирования воспалительных проявлений на коже, после которых возможна ее обработка специальными средствами.

Себорейный дерматит (экзема) — частый дерматоз в подростковом возрасте, развивающийся на фоне гормональной перестройки организма в пубертатном периоде. Гиперпродукция кожного сала, а также избыточный рост липофильной флоры (*Malassezia furfur*) создают предпосылки для развития себорейного дерматита на участках кожи, богатых сальными железами. Клинические проявления себорейного дерматита у подростков могут быть разными: от незначительной перхоти на голове до экзематозной реакции на коже груди, верхней трети спины, зудящих, шелушащихся очагов на коже лица

и волосистой части головы, ретроаурикулярных трещин.

«Пеленочный» дерматит — сборное понятие, включающее сочетанное поражение кожи аногенитальной области (область трусиков) у маленьких детей. Наиболее часто причинами его развития становятся контактный или контактно-аллергический дерматит (памперсы, гигиенические средства), «аммиачный» дерматит (раздражение кожи калом и мочой при плохом гигиеническом уходе), а также кандидозное и стрептококковое инфицирование кожи.

Микроспория, трихофития, разноцветный лишай, поверхностная стрептодермия – заболевания кожи, которые при обычном течении не приводят к аллергическим осложнениям, но у детей младшего возраста и подростков при экзацербации на фоне навязчивых состояний (расчесах, травматизации), нерациональной терапии могут значительно менять привычную клиническую картину, сопровождаться экзематозной реакцией [4].

Высокая частота обращаемости детей с ДСЭ вызвана несколькими причинами. С одной стороны, отмечается незащищенность детской кожи от инфекционных агентов, связанная в основном с особенностями ее строения. Рыхлость эпидермиса, несостоятельность эпидермального барьера, гиперплазия и гиперфункция эккриновых потовых желез, нейтральный или слабокислый pH кожи, функциональное недоразвитие иммунной системы создают предпосылки для развития у детей разных форм пиодермий и микозов. Также в патогенезе дерматозов с микробными осложнениями большую роль играют особенности детского поведения: частые травматические повреждения кожи (уколы, порезы, ожоги), контакт с животными (царапины, микроспория, трихофития), несоблюдение правил гигиены, навязчивые состояния (расчесы, постоянное травмирование кожи в местах формирования корочек, онихофагии и др.). Наиболее частыми проявлениями микробной инфекции у детей являются поверхностная стрептодермия, фолликулиты, инфекционное импетиго, поверхностные панарициии, кандидоз складок, микроспория, микозы стоп. С другой стороны, в детском возрасте характерны разные формы аллергических заболеваний кожи: АтД, контактно-аллергические дерматиты, экземы, строфулюс. Высокий аллергический фон у детей, как правило, связан с возрастной дисфункцией иммунной системы, ферментопатиями и дисбактериозами в желудочно-кишечном тракте, очагами хронической стрептококковой инфекции (тонзиллиты, синуситы).

Также в формировании ДСЭ у детей большую роль играют врачебные ошибки, связанные с неправильной диагностикой данных состояний, и особенно с неверным лечением. Ошибочным при терапии ДСЭ являлись наружное назначение в качестве монотерапии только одного препарата (кортикостероида, антибиотика или антимикотика), формирование резистентности флоры при использовании «старых», часто применяемых антибактериальных и противогрибковых средств (таких, как гентамицин, клотримазол), или применение препаратов недостаточно широкого спектра действия (натамицин, неомицин), а также терапия короткими прерывистыми курсами.

Учитывая высокую частоту обращений среди детей с ДСЭ, а также сложности диагностики и терапии данных состояний, нами было проведено исследование, целью которого стали оценка особенностей этиологии, патогенеза, возрастных характеристик и клинических проявлений дерматозов, ассоциированных с микробной инфекцией, а также изучение эффективности и безопасности комбинированного препарата *Травокорт* при лечении детей.

## Материал и методы

Под нашим наблюдением с мая по октябрь 2011 г. в Тушинской детской больнице находились 163 ребенка (91 мальчик, 72 девочки) с ДСЭ, возраст которых составил от 3 мес до 17 лет.

На I этапе исследования всех детей с ДСЭ разделили по возрастным группам: в 1-ю вошли пациенты от 3 мес до 2 лет (всего 67 детей), во 2-ю — от 2 до 7 лет (всего 34 ребенка), в 3-ю — от 7 до 17 лет (62 ребенка).

В 1-й возрастной группе преобладали пациенты с распространенным АтД со вторичным инфицированием (45 больных, 67%). «Пеленочный» дерматит имели 12 (18%) больных, себорейный дерматит волосистой части головы и лица — 6 (9%), распространенную чесотку, осложненную пиодермией и дерматитом, — 2 (3%), другие дерматозы — 2 (3%).

Во 2-й возрастной группе наиболее часто регистрировался осложненный АтД (14 больных, 42%). Микробная экзема отмечена у 4 (13%) пациентов, микроспория — у 3 (9%), поверхностные стрептостафилодермии — у 4 (11%), чесотка, осложненная вторичным инфицированием, — у 2 (4,5%), экзема кистей — у 5 (15%), другие дерматозы — у 2 (4,5%) детей.

В 3-й возрастной группе были выявлены следующие заболевания: осложненный АтД (16 больных, 26%), микробные экземы (14, 22%), микробная экзема кистей (9, 15%), себорейный дерматит (9, 15%), микотическая экзема (5, 8%), разноцветный лишай (4, 6%) и другие дерматозы (5, 8%).

На II этапе исследования отмечали длительность течения ДСЭ до поступления в стационар в разных возрастных группах. Так, у детей из 1-й группы средняя длительность заболевания составила 7±4 дня, во 2-й — 20±12 дней, а в 3-й — 31±15 дней.

В ходе анализа частоты заболеваемости, клинических форм и особенностей течения ДСЭ у детей

отмечено, что в 1-й группе преобладали аллергодерматозы, осложненные бактериальной и кандидозной инфекцией, не склонные к длительному течению. Во 2-й группе в основном наблюдались дерматозы, осложненные преимущественно бактериальной инфекцией с возможным наслоением грибковой флоры, характеризующиеся длительным, торпидным течением. В 3-й группе, так же как и в 1-й, отмечалось частое сочетание дерматозов с микстинфекцией, но течение дерматозов у этих детей отличалось более длительным, торпидным характером и устойчивостью к проводимой терапии.

С учетом более тяжелого течения и сложности лечения ДСЭ во 2-й и 3-й возрастных группах данным пациентам в качестве наружной терапии был назначен *Травокорт*, комбинированный препарат для лечения дерматозов сочетанной этиологии, терапевтическое действие которого определяется входящими в его состав дифлукортолона валератом и изоконазола нитратом.

Дифлукортолон — современный кортикостероидный препарат сильного действия, оказывающий противовоспалительное, сосудосуживающее, антипролиферативное действие.

Изоконазол — современный антимикотик широкого действия, оказывающий фунгицидное действие в отношении дерматофитов (*Trichophyton, Microsporum, Epidermophyton*), дрожжевых, дрожжеподобных грибов. Также изоконазол доказанно оказывает бактерицидный эффект на грамположительные бактерии (*Staphylococcus aureus, St. epidermidis, St. salivarius*, пропионбактерии и коринобактерии) [2]. Особенность изоконазола — его кумуляция в волосяных фолликулах при длительном применении (14 сут), которая сохраняется в терапевтической дозе до 28 сут [6]. С учетом того, что излюбленной локализацией стафилококков являются придатки кожи, а также хронического торпидного течения большинства ДСЭ, в ряде случаев обостряющихся после прекращения лечения, применение изоконазола этиопатогенетически оправдано при лечении ДСЭ.

## Результаты и обсуждение

Во 2-й и 3-й группах (всего 26 больных) для наружной терапии ДСЭ назначали комбинированный препарат *Травокорт* 2 раза в сутки в течение 14 дней. В 1-й группе препарат не применяли, так как у этих детей заболевание характеризовалось нетяжелым течением со склонностью к быстрому разрешению процесса.

Положительная динамика кожного процесса при наружном использовании крема *Травокорт* отмечалась на 3—5-е сутки: у 82% пациентов зуд практически прекращался, высыпания бледнели, шелушение уменьшалось, у 10% больных высыпания полностью регрессировали, 8% больных отметили только уменьшение зуда. На 7—10-е сутки гиперемия, инфильтрация и шелушение практически отсутствовали у 87% больных, а на 14-е сутки у всех пациентов наблюдалось полное клиническое выздоровление. Все больные отметили хороший терапевтический эффект, прекрасную переносимость препарата, а после его отмены ни в одном случае не зарегистрировано обострений кожного процесса (синдром «отмены»).

Результаты исследования подтверждают высокую эффективность крема *Травокорт* при лечении ДСЭ у детей и подростков, так как именно в этом



а



б



в

**Больной *К.* (8 лет). Распространенная микробная экзема.**
а — до лечения, б — на 7-е сутки терапии, в— на 14-е сутки терапии.

возрасте наиболее высоки риск инфицирования кожи патогенными бактериями и грибами, а также развитие аллергодерматозов в сочетании с микстинфекцией.

*Клинический пример* (рисунок)

Больной *К.*, 8 лет, поступил в Тушинскую детскую больницу с диагнозом «распространенная микробная экзема». Длительность заболевания до госпитализации в стационар составила 2 мес. При поступлении больному были назначены антигистаминные препараты, десенсибилизирующие средства. Наружно применяли крем *Травокорт* 2 раза в сутки в течение 14 дней. Через 7 сут лечения прекратился зуд, уменьшились гиперемия и инфильтрация очагов, исчезли серозно-гнойные корочки. На 14-е сутки высыпания полностью регрессировали, отмечено полное клиническое выздоровление.

Терапевтический эффект крема *Травокорт* непосредственно связан с входящими в его состав активными компонентами. С одной стороны, отмечается высокая чувствительность бактериальной и грибковой флоры к изоконазолу (в отличие от «старых», длительно применяемых антибактериальных средств с высоким уровнем устойчивости патогенной флоры), что особенно важно при лечении длительно и торпидно протекающих дерматозов. С другой стороны, накопление изоконазола в волосяных фолликулах создает предпосылки для более длительного терапевтического эффекта препарата даже после его отмены. Кортикостероидный компонент крема (дифлукортолона валерат) быстро снимает аллергические проявления, купируя экссудативные процессы и предотвращая зуд. Эти свойства крема *Травокорт* доказывают этиопатогенетическую обоснованность применения данного препарата при дерматозах сочетанной этиологии [5].

## Выводы

1. Частота встречаемости в детской практике ДСЭ составила 42%.

2. У грудных детей ДСЭ характеризуются более легким и менее длительным течением по сравнению с детьми младшего возраста и подростками, у которых отмечалось длительное торпидное течение данных дерматозов.

3. Препарат *Травокорт* обладает выраженной антибактериальной, противогрибковой и противовоспалительной активностью.

4. На 3-и сутки применения *Травокорта* у 92% пациентов наблюдалось значительное улучшение, к 10-м суткам 87% больных отметили регресс высыпаний, и на 14-е сутки лечения у всех пациентов зарегистрировано полное клиническое выздоровление.

5. Крем *Травокорт* является высокоэффективным наружным средством при лечении дерматозов, ассоциированных с микробной инфекцией.

## ЛИТЕРАТУРА


1. *Нобл У.К.* Микробиология кожи человека. М: Медицина 1986.
2. *Босак И.А., Котрехова Л.П.* Действие изоконазола в отношении избранных бактерий. Пробл мед микол 2010; 12: 4: 49—51.
3. *Котрехова Л.П.* Диагностика и рациональная терапия дерматозов сочетанной этиологии. Consilium Medicum 2010; 4: 3: 13—18.
4. *Лещенко В.М.* Грибковые инфекции кожи. Современные антимикотики в дерматологии. Consilium Medicum 2004; 6: 3: 185—191.
5. *Молочков А.В., Шульман Е.И., Устинов М.В. и др.* 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.
6. *Dykes P.J., Marks R., Tauber U.* The retention of isoconazol in the skin after once or twice daily application of 1% isoconazole nitrate crem (Travogen) over a 14-day period. Clin Exp Dermatol 1986; 11: 365—370.