# Применение сертаконазола в терапии микозов гладкой кожи

Е.В. ДВОРЯНКОВА[1,2], З.А. НЕВОЗИНСКАЯ[4], И.М. КОРСУНСКАЯ[1,3]

[1]ЦТП ФХФ РАН; [2]ФПК МР РУДН; [3]ПМГМУ им. И.М. Сеченова; [4] РНИМУ им. Н.И. Пирогова

## Use of sertaconazole in the therapy of tinea circinata

E.V. DVORYANKOVA, Z.A. NEVOZINSKAYA, I.M. KORSUNSKAYA

Center for Theoretical Problems of Physicochemical Pharmacology, Russian Academy of Sciences; Faculty for Postgraduate Training of Medical Workers, Peoples' Friendship University of Russia; I.M. Sechenov First Moscow State Medical University; N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

**Представлены данные по эффективности и безопасности применения сертаконазола в виде аппликаций крема Залаин на очаги поражения у больных микозами гладкой кожи.**

*Ключевые слова: грибковое поражение кожи, микоз гладкой кожи, противогрибковая топическая терапия, сертаконазол, крем Залаин.*

**The paper gives data on the efficacy and safety of sertaconazole used as *Zalain* cream applications to injury foci in patients with tinea circinata.**

*Key words: skin mycosis, tinea circinata, topical antifungal therapy, sertaconazole, Zalain cream.*

Грибковое поражение рогового слоя кожи, известное как дерматофития гладкой кожи, является распространенным инфекционным заболеванием, частота встречаемости которого среди населения достигает 20% [1, 2].

Наличие кератолитической активности — основного патогенетического свойства дерматофитов, определяет особенности клинических проявлений заболеваний, вызванных этими возбудителями. Так, благодаря активности протеолитических ферментов и кератиназ способных, в частности, разлагать не только кератин, но и другие животные белки — коллаген и эластин, а также направленного роста гиф, дерматофиты редко проникают глубже зернистого слоя, что определяет поверхностную локализацию дерматофитий.

Факторами риска присоединения дерматофитной инфекции являются нарушения целостности кожных покровов, повышенная влажность кожи, нейтральная или слабощелочная реакция в кожных складках, наличие трофических расстройств кожи, прием некоторых лекарственных средств (антибиотиков, глюкокортикостероидных гормонов, сульфаниламидов, транквилизаторов, иммуносупрессоров, цитостатиков), а также нарушение санитарно-гигиенических норм. Среди эндогенных факторов риска можно выделить аутоиммунные заболевания и патологию, сопровождающуюся развитием иммунодефицита, нарушения обмена веществ и гормонального статуса, периферического кровообращения, а также наличие дерматологической патологии. При этом присоединение дерматофитии не только значительно затрудняет и отягощает течение и лечение сопутствующей патологии, но и нередко при наличии кожных проявлений заболевания мешает правильной и своевременной постановке диагноза.

Для лечения дерматофитий применяются как местные, так и системные антимикотические средства. При изолированном поражении гладкой кожи без вовлечения в патологический процесс пушковых волос используются преимущественно топические формы антимикотиков. Антимикотические средства для местного применения также могут быть включены в состав комбинированной терапии, которая назначается, когда системной терапии недостаточно или она продолжается длительно.

Производные имидазола, аллиламинов и триазолов являются наиболее эффективными и широко распространенными средствами для лечения грибковых заболеваний кожи. При этом в качестве средств для местного воздействия наиболее часто применяются производные имидазола (кетокона-

© Коллектив авторов, 2013

[1,3]e-mail: marykor@bk.ru
[2]e-mail: fpkmr@rudn.ru
[4]e-mail: nezosia@mail.ru

зол, сертаконазол) и аллиламинов (тербинафин). Однако противогрибковая терапия нередко сопряжена с некоторыми трудностями, такими как высокий уровень рецидивов, особенно на фоне отмены или приостановления лечения, приобретение хронического характера течения дерматомикозов в результате недолеченности или неправильно подобранной терапии, что неизбежно приводит к увеличению заболеваемости дерматофитиями. В связи с этим поиск и внедрение в клиническую практику новых противогрибковых лекарственных средств является своевременным и актуальным.

Сертаконазол — современный лекарственный препарат, производное имидазола, применяется для лечения дерматофитии, кандидоза, отрубевидного лишая, себорейного дерматита, обладает фунгистатической и фунгицидной активностью в отношении дерматофитов, *Candida* и *Cryptococcus*. Он также эффективен в отношении грибов *Aspergillus* и грамположительных бактерий [3]. Механизм действия сертаконазола заключается в подавлении синтеза эргостерола, основного компонента мембран грибковых клеток и конкурентном антагонизме с другим компонентом клеточной стенки — триптофаном. Это приводит к дезорганизации и увеличению проницаемости клеточной мембраны, деструкции и гибели патогенного микроорганизма. Кроме того, препарат обладает высокой степенью липофильности, что способствует его быстрому проникновению и сохранению в роговом слое более 48 ч [4]. К дополнительным положительным терапевтическим свойствам сертаконазола относятся его противовоспалительное и противозудное воздействие [5].

Имеются данные, свидетельствующие о том, что устойчивость к сертаконазолу развивается только у 4% штаммов возбудителей (для флуконазола значение аналогичного показателя составляет 48,8%) [6].

Сертаконазол также обладает высоким профилем безопасности. Частота развития таких нежелательных побочных явлений, как контактный дерматит, ксероз кожи, жжение, зуд на фоне его местного применения сопоставима с плацебо [7].

Исследование, проведенное в 2010—2011 гг. в 19 регионах России в рамках программы «Асклепий», позволило изучить структуру заболеваемости поверхностными микозами кожи и эффективность терапии 2% кремом *Залаин* (сертаконазол). В исследовании участвовали 42 лечебных учреждения. Терапевтическую эффективность крема *Залаин* изучали при лечении 4158 пациентов с поверхностными микозами кожи. После 2-недельного применения *Залаина* эффективность терапии составила 71,8%, а через 4 нед — 99,5% [8]. Аналогичные результаты при лечении поверхностных микозов получены и другими исследователями [9, 10].

Нами проведено исследование с участием 37 пациентов с микозом гладкой кожи (19 мужчин и 18 женщин) в возрасте 16—67 лет. Установленный диагноз был подтвержден лабораторно: у 29 больных — микроскопически, у 8 — культурально. На основа-

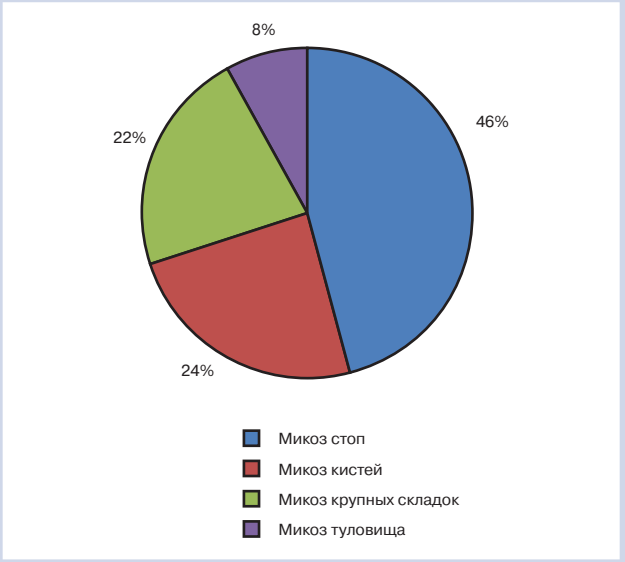



***Рис. 1.*** **Распределение локализации микозов гладкой кожи.**



а

б

***Рис. 2.*** **Больная *Ф.*: клинические проявления микоза кистей до (а) и во время лечения (б) кремом *Залаин* в виде аппликаций на очаги поражения.**

нии клинических проявлений больные были распределены на следующие группы: с микозом стоп — 17 пациентов, с микозом кистей — 9, с микозом крупных складок — 8, с микозом кожи туловища — 3 **(рис. 1)**.

Крем *Залаин* наносили 2 раза в день, продолжительность лечения зависела от выраженности клинических проявлений. Эффективность терапии оценивали по регрессу высыпаний (эритема, шелушение) и наличию отрицательных результатов лабораторного исследования через 2 нед лечения.

Клиническое излечение после 2 нед применения препарата наблюдалось у 16 пациентов с единичными микотическими очагами, у остальных участников исследования клиническое и микологическое излечение отмечено через 4 нед терапии.

В качестве примера приводим следующий клинический случай.

Больная *Ф.*, 63 года, в течение 3 мес страдала от эритематозно-сквамозных высыпаний на коже кистей, сопровождающихся слабым зудом **(рис. 2, а)**. Диагностирована экзема кистей, по поводу которого пациентка получала топические кортикостероидные препараты (без эффекта). Лабораторное исследование на мицелий грибов ранее не проводилось. В ходе лабораторного обследования нами обнаружены нити мицелия грибов и единичные споры. Больной назначен крем *Залаин* (аппликации на очаги поражения 2 раза в сутки). Общий курс лечения составил 4 нед. На фоне терапии зуд прекратился через 5 сут, гиперемия и шелушение — через 20 сут **(см. рис. 2, б)**. Результаты лабораторного исследования после окончания терапии свидетельствовали об отсутствии грибов в соскобах. Данный пример указывает на необходимость проведения своевременного лабораторного исследования для исключения инфекционного заболевания и назначения адекватной терапии.

Таким образом, крем *Залаин* оказался высокоэффективным и безопасным средством для лечения микозов гладкой кожи.

## ЛИТЕРАТУРА


1. *Vander Straten M.R., Hossain M.A., Ghannoum M.A.* Cutaneous infections dermatophytosis, onychomycosis, and tinea versicolor. Infect Dis Clin North Am 2003; 17: 1: 87—112.
2. *Сергеев А.Ю., Иванов О.Л., Сергеев Ю.В., Вахлаков А.Н., Седова Т.Н., Дудник В.С.* Исследование современной эпидемиологии онихомикоза. Вестн дерматол и венерол 2002; 3: 31—35.
3. *Croxtall J.D., Plosker G.L.* Sertaconazole: a review of its use in the management of superficial mycoses in dermatology and gynaecology. Drugs 2009; 69: 3: 339—359.
4. *Susilo R., Korting H.C., Strauss U.P., Menke G., Schuster O., Menke A.* Rate and extent of percutaneous absorption of sertaconazole nitrate after topical administration. Arzneimittelforschung 2005; 55: 6: 338—342.
5. *Liebel F., Lyte P., Garay M., Babad J., Southall M.D.* Anti-inflammatory and anti-itch activity of sertaconazole nitrate. Arch Dermatol Res 2006; 298: 191—199.
6. *Carrillo-Muñoz A.J., Guglietta A., Palacín C., Casals J., del Valle O., Guardià C., Rodríguez V., Quindós G.* In vitro antifungal activity of sertaconazole compared with nine other drugs against 250 clinical isolates of dermatophytes and Scopulariopsis brevicaulis. Chemotherapy 2004; 50: 6: 308—313.
7. *Savin R., Jorizzo J.* The safety and efficacy of sertaconazole nitrate cream 2% for tinea pedis. Cutis 2006; 78: 268—274.
8. *Таха Т.В., Нажмутдинова Д.К.* Сертаконазол в лечении поверхностных микозов кожи. РМЖ (дерматология) 2012; 22: 1150—1152.
9. *Горячкина М.В., Белоусова Т.А., Потекаев Н.Н.* Сертаконазол в местном лечении поверхностных микозов кожи. Клин дерматол и венерол 2012; 5: 46—51.
10. *Кутасевич Я.Ф., Маштакова И.А., Безручко И.А.* Новые возможности в лечении грибковых поражений кожи. Микология (Украина, Вересень) 2008.