

Применение препарата сертоконазола нитрата 2-процентного крема Онабет® (Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД., Индия) в лечении больных малассезиозом кожи

Горбунцов В. В., Дюдюн А. Д.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины»

Цель – изучение возможности использования дополнительных свойств известных средств антимикотической терапии для повышения эффективности лечения больных малассезиозом кожи. **Материал и методы.** Исследование проводилось у 46 пациентов (20 мужчин и 26 женщин) с различными проявлениями малассезиоза кожи и сопутствующими дерматозами. **Результаты и обсуждение.** Сравнение динамики отдельных проявлений малассезиоза при местном применении сертоконазола нитрата 2-процентного крема Онабет® (Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД., Индия) с динамикой других тождественных проявлений малассезиоза показало более высокую эффективность в сравнении с традиционными средствами терапии. **Выводы.** Обоснование выбора для местного лечения малассезиоза кожи сертоконазола нитрата 2-процентного крема Онабет® (Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД., Индия) обусловлено тем, что механизм его действия обуславливает и другие (иммуномодулирующее, противовоспалительное, антинеопластическое и др.) дополнительные эффекты этого препарата, которые заслуживают специального их использования при лечении различных форм малассезиоза кожи и сопутствующих патологических кожных процессов.

Ключевые слова: малассезиоз кожи, сертоконазола нитрат, местная терапия, дополнительный эффекта.

Малассезиоз кожи – нозологическое понятие современной медицинской микологии, которое объединяет ряд патологических состояний кожи и ее придатков, вызванных дрожжеподобными липофильными грибами рода *Malassezia*, акцентируя при этом внимание на разнообразии проявлений одновременно существующих у больного всех клинических форм этого дерматомикоза [3, 4].

Современные данные о значительной распространенности заболеваний, вызванных грибами рода *Malassezia*, многочисленные наблюдения висцеральных форм малассезиоза и летальных случаев, связанных с этой инфекцией, решение проблемы этиологической диагностики этих грибов при заболеваниях человека стали основанием для стремительного развития исследований в этом направлении.

Следует отметить, что клиническое и медико-социальное значение малассезийной инфекции не исчерпывается ее ролью отдельного дерматоза; определенное значение имеет ее роль в патологии других заболеваний кожи (атопический дерматит, угревая болезнь, экзема, псориаз и др.), заболеваний внутренних органов, доброкачественных и злокачественных неоплазий

В последние годы коренным образом меняется отношение к грибам рода *Malassezia* как

нормальной и условно патогенной микрофлоре макроорганизма, что повышает значимость и необходимость лечения вызываемых ими заболеваний [3, 6]. При этом следует отметить и то, что введенное в практику клинической дерматологии примерно 15 лет тому назад понятие малассезиоза, к сожалению, до настоящего времени еще недостаточно широко известно многим врачам, которые до сих пор занимаются лечением его отдельных локальных проявлений, давно известных в практической медицине (перхоть, разноцветный лишай и т. п.), не обращая внимания на наличие прочих проявлений этой инфекции как на коже больных, так и в других органах и системах организма своих пациентов. Также часто можно видеть и то, что многие проявления малассезийной инфекции лечатся ими совершенно без учета их грибковой этиологии (себорейный дерматит, пустулезные и неопластические формы).

Подобный подход, естественно, обуславливает неудовлетворительное качество лечения и способствует дальнейшему развитию и нежелательной трансформации малассезийного процесса.

Анализируя современные работы, посвященные проблеме грибковой патологии, **перспективу дальнейшего развития научно-практических исследований** путей повышения эффективности лечения больных малас-

сеизиозом кожи можно видеть в использовании возможности известных и вновь установленных клиничко-фармакологических особенностей действия известных антимикотических средств.

Именно это и определяет интерес клиницистов к исследованию дополнительных свойств известных противогрибковых препаратов. Знание этих дополнительных свойств и использование их возможностей в практике лечения конкретных клинических случаев имеют многочисленные известные примеры и являются обязательными для практикующего специалиста [1, 2, 5, 7-15].

Постановка проблемы в общем виде состоит в том, что при лечении малассезиоза кожи имеется необходимость одновременной комплексной терапии проявлений этого дерматомикоза, различных по локализации, морфологии и патогенезу.

Нерешенной ранее частью проблемы является согласование современных знаний о том, что разные (к тому же наиболее часто встречающиеся) формы малассезиоза кожи, – обычно одновременно существующие у больных, – существенно отличаются по своему патогенезу (часто имеют взаимно противоположный характер при разной локализации патологического процесса) и поэтому использование для их лечения одних и тех же средств местной терапии по одинаковым методикам не является достаточно эффективным или приводит к развитию побочных и нежелательных явлений.

Важно и то, что проявления различных отдельных клинических форм малассезиоза кожи могут существовать совместно на некоторых участках кожи в комбинациях, которым свойственны определенные особенности, отражающие единство и противоположность патоморфологических и патофизиологических механизмов отдельных клинических форм, а также значение в патогенезе малассезиоза кожи не только общих, но и локальных изменений.

Проявления различных отдельных клинических форм малассезиоза кожи, как обособленно, так и в комбинации также часто сочетаются с другими дерматозами, существуя на совместных или различных участках кожи.

Целью исследования – изучение возможности использования дополнительных свойств известных средств антимикотической терапии для повышения эффективности лечения больных малассезиозом кожи.

Связь исследования с важными научными и практическими задачами заключается в том, что результаты исследования возможности использования дополнительных свойств известных средств антимикотической терапии могут быть использованы для повышения эффективности лечения больных малассезиозом кожи.

Проведенное исследование является фрагментом научно-исследовательской работы кафедры кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины» «Комплексная дифференцированная терапия больных дерматозами и инфекциями, передающимися половым путем, с учетом нарушений адаптационных механизмов в условиях коморбидности»; № госрегистрации 0111U002791 (2011-2013 гг.).

Проведенными ранее клиническими исследованиями была показана возможность использования дополнительных свойств сертоконазола нитрата как средства этио-патогенетической терапии при местном лечении гиперкератотической формы дерматомикоза стоп [2, 5, 7-15]. При этом было обращено внимание на известный и точно установленный многочисленными исследованиями, но не получивший достаточно ясного клинического понимания его дополнительный эффект, связанный с тем, что принципиально новое соединение в молекуле сертаконазола – бензо-(β)тиофеновая группировка, на которой и основывается замысел молекулы сертаконазола как новой химической структуры, сходна по структуре и имитирует индольное кольцо триптофана [5]. Именно из-за этого структурного сходства и липофильности указанной группировки, сертаконазол легче, чем триптофан, проникает в плазматическую мембрану грибов и, после вхождения в мембрану (вследствие высокой способности селективно взаимодействовать с ее компонентами), вызывает образование в ней воринок, каналов и пор, что приводит к массивному выходу электролитов (в основном АТФ) и других жизненно важных веществ из грибковых клеток, разрушению плазматической мембраны, деструкции скелетона клетки и гибели ее в результате лизиса органелл [5, 7, 13, 14].

Именно это конкурентное, по отношению к аминокислоте триптофану, действие бензотиофена объясняет фунгицидную активность сертаконазола в низких концентрациях, отличающую препарат от других производных имидазола, а также его эффективность в отношении штаммов грибов с перекрестной резистентностью к имидазолам [5, 7].

Также считается, что именно этот феномен лежит в основе и других (иммуномодулирующего, противовоспалительного и др.) дополнительных эффектов сертаконазола, которые заслуживают специального их использования при лечении различных форм микотических и немикотических патологических кожных процессов [5, 7, 13, 14].

Анализ результатов этих исследований позволил сделать вывод о том, что именно такой дополнительный эффект, в сочетании с преимущественно местным действием препарата, может обосновывать целесообразность при-

менения крема сертоконазола при лечении малассезиоза кожи, отличительной особенностью которого является многообразие его проявлений (клинико-морфологических форм); в основе такого многообразия лежит сложное сочетание воспалительных (иммунных) и неопластических изменений ответной реакции макроорганизма на патогенное действие грибов рода *Malassezia*.

Важным также стало и то, что 7-хлор-3-[1-(2,4-дихлорфенил)-2-(1H-имидазол-1-ил)-этоксиметил]-бензо[β]тиофен (сертаконазол, FI-7045, CAS 99592-32-2) обладает широким спектром действия в отношении микроорганизмов, вызывающих грибковые поражения кожи и слизистых оболочек, и оказывает угнетающее действие на [2, 5, 7, 13-15]:

- другие патогенные дрожжевые грибы – грибы родов *Candida*, *Torulopsis*, *Trichosporon*;
- дерматофиты (*Trichophyton*, *Microsporum*, *Epidermophyton spp.*);
- условно-патогенные плесневые (*filamentus*) грибы рода *Scopularopsis*, *Altermania*, *Acremonium*, *Aspergillus*, *Fuzarium*;
- грамположительные бактерии (стафилококки и стрептококки), –

которые часто сочетаются с малассезийным процессом и существенно осложняют его течение и усложняют его терапию, требуя назначения дополнительных средств.

Весьма примечательным также было наличие у соединения не только фунгистатической, но также и фунгицидной активности, проявляющейся в очень низких концентрациях препарата.

Вместе с тем, весьма важным аспектом в выборе сертаконазола стали данные о его минимальном воздействии на естественную микрофлору. Так, исследование активности сертаконазола в отношении такого известного симбиота человека, как *Lactobacillus casei* или *L. Paracasei*, не выявило у препарата способности подавлять жизнедеятельность этих лактобактерий, что также является дополнительным его преимуществом [5-7, 13-17].

Очень важным моментом, определяющим целесообразность выбора этого антимикотического средства для местного лечения малассезиоза кожи, также стали данные о высокой степени его накопления и длительной концентрации в рого-

вом слое. Клиническими исследованиями было показано, что концентрация его в роговом слое в 1000 раз превышает MIC(90) для большинства видов возбудителей микотической патологии.

Для практики лечения больных малассезиозом также было важно отметить, что сертаконазол сохраняется в коже в терапевтически эффективной концентрации довольно-таки длительное время: в течение 48 часов после аппликации, а на уровне 70 % – до 7 часов. Обратили на себя внимание и результаты исследований, в которых экспериментально было доказано, что высокая липофильность сертаконазола приводит к накоплению его и в глубоких слоях кожи и проникновению в глубокие эпидермальные слои. Однако при этом у больных сохраняется высокий уровень содержания его в роговом слое эпидермиса (при отсутствии системного действия), что весьма существенно для успешного лечения малассезиоза кожи. Эта особенность действия сертаконазола также обеспечивает и длительную защиту от инфицирования при однократном его нанесении.

Наличие при малассезиозе у больных обычно распространенных поражений кожи и необходимость многократного нанесения лекарственного вещества на обширные участки кожи в течение продолжительного курса лечения обусловили необходимость учета возможного всасывания выбираемого средства и наличия у него системного эффекта.

Было важно, что проведенные ранее исследования показали, что сертаконазол хотя и обладает способностью легко проникать в кожу и слизистые, но при этом конечное системное всасывание его незначительно и не создает определяемых концентраций вещества в крови человека. По результатам токсикологических исследований сертаконазол оказался безопасным соединением в случае передозировки, а также при длительном применении. Результаты проведенных токсикологических исследований свидетельствуют о том, что сертаконазол имеет более широкий диапазон безопасности, чем известные противогрибковые средства из группы азолов. Всё это стало важным для выбора сертаконазола для лечения больных малассезиозом кожи.

Изложение основного материала

Материал и методы исследования. Исследование проводилось у 46 пациентов (20 мужчин и 26 женщин), проходивших в период 2012-2014 гг. обследование и лечение в клинике кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Всем пациентам проводились комплексные клинико-лабораторные обследования, предусмотренные нормативами Минздрава Украины.

Диагноз малассезиоза кожи исследуемым больным устанавливался на основании:

- наличия у них характерных клинических проявлений малассезиоза;
- выявления микроскопически в чешуйках пораженной кожи и комедонах клеток дрожжеподобных грибов;
- результатов верификации рода посредством посева на среду Сабуро под слой оливкового масла;

- результатов количественного культурального исследования.

Критерием для определения малассезиоза было обнаружение не менее 8×10^5 на см^2 числа КОЕ (в контроле у здоровых, а также при малассезионосительстве – 5×10^5 КОЕ на см^2).

Результаты исследования. Малассезиоз кожи у исследованных больных проявлялся как комбинация нескольких, как минимум трех или более, различных отдельных клинических форм. Более чем у половины исследованных (28 человек) отмечалось сочетание трех-четырех, а у 11 человек одновременно существовало пять и более различных клинических форм малассезиоза кожи. Чаще малассезиоз кожи проявлялся у больных, как комбинация:

- кероза; черных комедонов; педириазы волосистой части головы, туловища и конечностей (19 человек);

- кероза; комедонов; педириазы волосистой части головы, туловища и конечностей; негнойного фолликулита туловища и конечностей (8 человек).

Разноцветный лишай чаще существовал в сочетании с керозом, черными комедонами, негнойным фолликулитом туловища и конечностей и педириазом волосистой части головы (6 человек).

Малассезийная инфекция у исследованных больных имела хроническое (с первых лет жизни) рецидивирующее течение с последовательной стадийной трансформацией и метаморфозом проявлений; это зависело и обуславливалось определенными неблагоприятными факторами.

Отдельные проявления малассезиоза кожи у исследуемых пациентов были представлены:

- поверхностными (чешуйчатыми) невоспалительными (кероз Дарье; простой распространенный и ограниченный педириаз кожи туловища и конечностей); фолликулярными (комедоны, черные комедоны); негнойный фолликулит кожи туловища и конечностей (37 пациентов);

- фолликулярный экзематид Дарье (12 пациентов);

- воспалительными (воспалительно-аллергическими), разноцветный (отрубевидный) лишай (6 пациентов);

- экзематид Дарье педириазиформный (18 пациентов);

- экзематид Дарье псориазиформный (16 пациентов);

- себорейный дерматит без явлений экссудации (14 пациентов).

Кероз Дарье проявлялся как распространенная гипертрофия рогового слоя с тенденцией к мелкому шелушению, приобретением кожей грязно-желтой, темно-бурой или сероватой окраски, зиянием отверстий сальных желез (кератоз устьев желез кожи), изменением количества и химизма кожного сала.

Простой распространенный и ограниченный педириаз волосистой части головы, кожи туловища и конечностей проявлялся как нечетко очерченное отрубевидное шелушение участков невоспаленной кожи туловища и конечностей, с наслоением белых или желтоватых, сухих или жирных чешек или без наслоения.

Комедоны (черные комедоны) проявлялись как сальные пробки в устьях волосных фолликулов, состоящие из жира, роговых чешек и имеющие вид черных точек.

Негнойный фолликулит кожи туловища и конечностей проявлялся как хронический дерматоз, проявляющийся мелкими фолликулярными воспалительными папулами с шиповидным комедоном-чешуйкой в устье фолликула; при локализации на коже шеи и туловища – часто беспокоящий больных ощущением зуда.

Фолликулярный экзематид Дарье проявлялся как милиарные фолликулярные воспалительные папулы красного цвета с нечетко очерченным венчиком гиперемии, желтоватой или белой жирной чешуйкой или корко-чешуйкой на поверхности.

Разноцветный лишай проявлялся как дерматоз, характеризующийся наличием на коже шеи, туловища и плеч слабо шелушащихся пятен желтовато-розового или коричневатого цвета.

Экзематид Дарье педириазиформный гладкой кожи и кожи волосистой части головы проявлялся как четко очерченные лентикулярные, нуммулярные или более крупные по размеру красные или розовато-желтоватые пятна с тонко шелушащейся поверхностью, сухие или слегка жирноватые, округлой, часто – кольцевидной формы; образующие бляшки неправильной округлой или полициклической формы или распространенные очаги поражения, располагающиеся и группирующиеся преимущественно в себорейных зонах волосистой части головы, за ушами, на лице, в области грудины, на спине между лопатками, в больших складках, подмышечных и паховых областях, на плечах и бедрах (реже – на дистальных частях конечностей).

Экзематид Дарье псориазиформный гладкой кожи и кожи волосистой части головы проявлялся у больных как эритематозно-папулезные, красного (иногда – буроватого) цвета, нечетко очерченные лентикулярные и более крупные по размеру поражения (аналогичные по форме, размерам и местам расположения педириазиформным экзематидам), с поверхностью, покрытой плотными наслоениями слипшихся белых жирноватых чешуек. При поскабливании по методу Брока, чешуйки не такие обильные и слоистые, как при псориазе, обнаженная поверхность неровная, с точками пурпуры, мелкими геморрагиями и куполообразными вдавлен-

ниями, из которых выделяется незначительное количество серозной жидкости (что является патогномическим признаком); иногда беспокоящие больных сильным зудом; часто сочетавшиеся с явлениями импетигнизации и экзематизации.

Себорейный дерматит кожи головы, туловища и конечностей проявлялся как хронический дерматит, локализующийся в себорейных зонах и характеризующийся нечетко очерченными очагами воспаления, поверхность которых покрыта жирными чешуйками желтоватого цвета, с явлениями хорошо заметной экссудации (но не мокнутия).

Указанные проявления локализовались на типичных участках кожи обособленно или комбинируясь (или сочетаясь) с другими дерматозами:

- явлениями пиодермии (угревой болезнью) (7 пациентов);
- поверхностным стафилококковым фолликулитом (10 пациентов);
- стрептодермией (4 пациента);
- коринобактериальной инфекцией кожи (28 пациентов);
- проявлениями папилломавирусной инфекции (41 пациент);
- доброкачественными новообразованиями кожи (46 пациентов);
- демодекозом (34 пациента);
- розацеа и другими видами патологии сосудов (неспецифическим васкулитом мелких сосудов и гемосидерозом) (32 пациента);
- экземой (2 пациента);
- атопическим дерматитом (1 пациент);
- псориазом (1 пациент).

В плане проводимого исследования особое внимание было обращено на такие проявления малассезиоза кожи, как:

- фолликулярные:
 - 1) комедоны (черные комедоны);
 - 2) негнойный фолликулит кожи туловища и конечностей;
 - 3) фолликулярный экзематид Дарье;
- воспалительные (воспалительно-аллергические):
 - 1) разноцветный (отрубевидный) лишай;
 - 2) экзематиды Дарье пситриазиформный и псориазиформный;
 - 3) себорейный дерматит, –

поскольку в их морфологии значительная роль принадлежала воспалительным и неопластическим изменениям, т. е. именно тем патогенетическим моментам, на которые предполагалось воздействовать дополнительными свойствами выбранного для местного лечения средства – сертоконазола нитрата 2-процентного крема Онабет® (Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД., Индия).

Всем больным проводилась комплексная

дифференцированная терапия согласно действующим нормативам МЗ Украины. Местное лечение сертоконазола нитрата 2-процентным кремом Онабет® (Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД., Индия) проводилось в сочетании с общей комплексной дифференцированной терапией, не исключая применения других средств локальной терапии согласно показаниям к их применению с соблюдением правил их использования.

Лечение сопутствующих малассезиозу кожи других дерматологических заболеваний проводилось параллельно в комплексе со средствами, которые традиционно назначаются с целью терапии этих дерматозов.

Для предотвращения рецидивов и реинфекции заболевания проводился комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий: выявление и лечение контактных лиц, дезинфекция одежды, белья и предметов быта.

Оценка эффективности применения сертоконазола нитрата 2-процентного крема Онабет® (Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД., Индия) проводилось путем сравнительного анализа динамики отдельных проявлений малассезиоза, при лечении которых местно применялся сертоконазол нитрата 2-процентный крем Онабет® (Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД., Индия), с динамикой имевшихся у больных других тождественных проявлений малассезиоза, лечение которых проводилось без применения сертоконазола нитрата 2-процентного крема Онабет® (Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД., Индия). Сравнительный анализ проводился отдельно для каждого больного, и для проведения этого анализа выбирались элементы поражения, тождественные по морфологии, предыдущей динамике, расположению и отношению к другим изменениям кожи, имевшимся у исследуемых больных.

Методика применения. Местное лечение сертоконазола нитрата 2-процентным кремом Онабет® (Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД., Индия) проводилось на первом (активном) и втором (этапе реконвалесценции) этапах лечения проявлений малассезиоза кожи:

- поверхностных (чешуйчатых) невоспалительных:
 - 1) кероз Дарье;
 - 2) простой распространенный и ограниченный пситриаз кожи туловища и конечностей;
- фолликулярных:
 - 1) комедоны (черные комедоны);
 - 2) негнойный фолликулит кожи туловища и конечностей;
 - 3) фолликулярный экзематид Дарье;
- воспалительных (воспалительно-аллергических):
 - 1) разноцветный (отрубевидный) лишай;
 - 2) экзематиды Дарье пситриазиформный и псориазиформный;

3) себорейный дерматит без явлений эксудации, –

а также при их комбинациях и сочетании с сопутствующими проявлениями патологии кожи головы (в т. ч. лица), туловища и конечностей (в т. ч. крупных складок, кожи гениталий), нанося его после мытья два раза каждый день (желательно на ночь или утром и вечером) тонким слоем мягко и равномерно на пораженный участок кожи, пытаясь захватить примерно 1 см здоровой кожи вокруг пораженного участка, в течение 1-2 месяцев.

Следует отметить, что ни у одного из исследуемых пациентов не отмечались нежелательные побочные эффекты от местного применения сертоконазола нитрата 2-процентного крема Онабет® (Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД., Индия).

В результате проведенной терапии у исследуемых пациентов отмечался регресс:

- шелушения поражений pityриаз – на 3-4 день лечения;
- фолликулярных экзематидов – на 7-10;
- кероза – на 14-20;
- негнойного фолликулита и комедонов – на 24-29;
- явлений воспаления при воспалительных (воспалительно-аллергических) формах (пityриазиформный и псориазиформный экзематиды Дарье, себорейный дерматит, разноцветный

лишай) – на 5-8;

инфильтрации – на 7-24 день лечения.

Эти сроки были существенно меньшими (на 3-16 дней) по сравнению со сроками регресса аналогичных проявлений малассезиоза, лечение которых проводилось без применения сертоконазола нитрата 2-процентного крема Онабет® (Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД., Индия). Наиболее выраженное сокращение сроков регресса отмечалось при таких торпидных, плохо поддающихся обычной терапии и манифестных проявлениях, как комедоны, негнойный фолликулит и псориазиформный экзематид Дарье.

Следует также отметить и положительное действие сертоконазола нитрата 2-процентного крема Онабет® (Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД., Индия) на регресс сопутствующих сочетанных и комбинированных явлений:

- пиодермии;
- коринобактериальной инфекции кожи;
- демодикоза;
- розацеа и других видов патологии сосудов;
- экземы;
- атопического дерматита;
- псориаза, –

что соответствует имеющимся знаниям о патогенезе этих заболеваний, взаимосвязи и взаимозависимости их с имеющимся малассезийным процессом.

Заключение

Целесообразность применения сертоконазола нитрата 2-процентного крема Онабет® (Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД., Индия) как перспективного средства этио-патогенетической терапии малассезиоза кожи обусловлено тем, что этот крем, наряду с выраженным противогрибковым действием (фунгистатичным и фунгицидным), проявляющимся в очень низких концентрациях, обладает высокой липофильностью, что усиливает его местное действие, и широким спектром действия в отношении микроорганизмов, вызывающих другие поражения кожи и часто сопутствующих малассезиозу кожи:

- патогенные дрожжевые грибы других родов;
 - дерматофиты;
 - условно-патогенные плесневые грибы;
 - грампозитивные бактерии (стафилококки и стрептококки);
 - простейшие, –
- отличаясь при этом минимальным влиянием на естественную микрофлору кожи.

Это средство также отличается:

- незначительностью его системного всасывания (не создает концентраций действующего вещества в крови при длительном применении);
- высокой степенью накопления и длительной концентрацией в роговом слое и в глубоких слоях кожи;

- способностью к проникновению в глубокие эпидермальные слои, –

что также обеспечивает и длительную защиту от реинфекции при его применении.

Обоснование выбора для местного лечения малассезиоза кожи именно сертоконазола нитрата 2-процентного крема Онабет® (Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД., Индия) обусловлено тем, что механизм действия сертоконазола нитрата, основанный на конкурентном антагонизме лекарственного средства и необходимых для жизнедеятельности микро- и макроорганизма веществ, обуславливает и другие (иммуномодулирующее, противовоспалительное, антинеопластическое и др.) дополнительные эффекты этого препарата, которые заслуживают специального их использования при лечении различных форм малассезиоза кожи и сопутствующих патологических кожных процессов.

Именно такой дополнительный эффект, в сочетании с преимущественно местным действием препарата, может обуславливать целесообразность применения сертоконазола нитрата 2-процентного крема Онабет® (Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД., Индия) при лечении малассезиоза кожи, основным отличием морфогенеза проявлений которого является наличие воспаления и неоплазии.

Предложенная методика, по сравнению с общепринятыми методами терапии и методиками лечения отдельных клинических форм и проявлений малассезиоза кожи, повышает качество лечения больных, позволяет избежать осложнений, предотвращает рецидивы, уменьшает риск реинфекции.

Наиболее выраженная эффективность от применения сертоконазола нитрата 2-процентного крема Онабет® (Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД., Индия) отмечается при лечении таких торпидных, плохо поддающихся обычной терапии и манифестных проявлений малассезиоза кожи, как:

- комедоны;
- негнойный фолликулит;
- псориазиформный экзематид Дарье.

Сертоконазола нитрата 2-процентный крем Онабет® (Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД., Индия) положительно влияет на динамику регрес-

са других сопутствующих, сочетанных и комбинированных с проявлениями малассезиоза кожи, часто встречающихся дерматозов:

- различных форм пиодермии;
- коринобактериальной инфекции кожи;
- демодекоза;
- розацеа и других видов патологии сосудов;
- экземы;
- атопического дерматита;
- псориаза.

Применение сертоконазола нитрата 2-процентного крема Онабет® (Гленмарк Фармасьютикалз ЛТД., Индия) как перспективного средства этио-патогенетической терапии малассезиоза кожи можно считать перспективным и рекомендовать к более широкому применению в практике работы врачей-дерматовенерологов и врачей других специальностей, проводящих лечение больных малассезиозом кожи.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аллергия и грибковые болезни* : Руковод. для врачей / В. В. Кулага, И. М. Романенко, С. Л. Афонин, С. М. Кулага. - Луганск: «Элтон», 2005. - 520 с.
2. *Горячкина М. В.* Сертаконазол в местном лечении поверхностных микозов кожи / М. В. Горячкина, Т. А. Белоусова, Н. Н. Потеев // Клиническая дерматология и венерология. - 2012. - № 5. - С. 46-51.
3. *Дерматовенерология* : Учебное пособие / Под ред. В. П. Федотова, А. Д. Дюдяна, В. И. Степаненко. Изд-е 2., рус. - Днепропетровск-Киев: Изд-во «Свидлер А. Л.», 2011. - 652 с.
4. *Дерматология, венерология* : Учебник / Под ред. В. И. Степаненко. - К.: КИМ, 2012. - 904 с.
5. *Новые возможности в лечении микоза стоп* - использование дополнительного эффекта крема сертаконазола / А. Д. Дюдян, В. В. Горбунцов, Д. Г. Башмаков, М. С. Литвин // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология 2012. - № 1-4. - С. 273-279.
6. *Елинов Н. П.* Морфолого-физиологические характеристики дрожжевых организмов - *Malassezia species* (Malassez, 1874) Baillon, 1889 (обзор) / Н. П. Елинов, Т. В. Богданова // Проблемы медицинской микологии. - 2011. - Т. 13, № 1. - С. 3-13.
7. *Залаин* : Монография. - Минск : Egis, 2007. - 26 с.
8. *Иванов О. Л.* Крем Залаин в терапии микотических поражений кожи / О. Л. Иванов, М. А. Самгин, С. А. Монахов, И. М. Изюмова // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2005. - № 6. - С. 54-57.
9. *Карамова А. Э.* Дерматофитии рецидивирующего течения: опыт применения сертаконазола / А. Э. Карамова, И. В. Хамаганова, С. В. Кулешова // Клинич. дерматол. венерол. - 2006. - С. 33-34.
10. *Taxa T. B.* Сертаконазол в лечении поверхностных микозов кожи / Т. В. Таха, Д. К. Нажмутдинова // Русский медицинский журнал. - 2012. - Т. 20, № 22. - С. 1150-1152.
11. *Elewski B. E.* An open-label study of the safety and efficacy of sertaconazole nitrate in the treatment of seborrheic dermatitis / B. E. Elewski, W. C. Cantrell // J. Drugs Dermatol. - 2011. - Vol. 10, No 8. - P. 895-899.
12. *Comparative assessment of the efficacy and safety of sertaconazole (2%) cream versus terbinafine cream (1 %) versus luliconazole (1 %) cream in patients with dermatophytoses: a pilot study* / H. Jerajani, C. Janaki, S. Kumar, M. Phiske // Indian J. Dermatol. - 2013. - Vol. 58, No 1. - P. 34-38.
13. *Induction of prostaglandin D2 through the p38 MAPK pathway is responsible for the antipruritic activity of sertaconazole nitrate* / S. Kaur, R. Sur, F. T. Liebel, M. D. Southall // J. Invest. Dermatol. - 2010. - Vol. 130, No 10. - P. 2448-2456.
14. *Kircik L. H.* Observational evaluation of sertaconazole nitrate cream 2 % in the treatment of pruritus related to tinea pedis / L. H. Kircik // Cutis. - 2009. - Vol. 84, No 5. - P. 279-283.
15. *Weinberg J. M.* Treatment of interdigital tinea pedis: once-daily therapy with sertaconazole nitrate / J. M. Weinberg, E. K. Koestenblatt // J. Drugs Dermatol. - 2011. - Vol. 10, No 10. - P. 1135-1140.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ СЕРТОКОНАЗОЛУ НІТРАТУ 2-ВІДСОТКОВОГО КРЕМУ ОНАБЕТ® (ГЛЕНМАРК ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ ЛТД., ІНДІЯ) У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА МАЛАСЕЗІОЗ ШКІРИ

Горбунцов В. В., Дюдюк А. Д.

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»*

Мета – вивчення можливості використання додаткових властивостей відомих засобів антимікотичної терапії для підвищення ефективності лікування хворих на маласезіоз шкіри. **Матеріал і методи.** Дослідження проводилося у 46 пацієнтів (20 чоловіків і 26 жінок) з різними проявами маласезіозу шкіри і супутніми дерматозами. **Результати та обговорення.** Порівняння динаміки окремих проявів маласезіозу при місцевому застосуванні сертоконазолу нітрату 2-відсоткового крему Онабет® (Гленмарк Фармасьютікалз ЛТД., Індія) з динамікою інших тотожних проявів маласезіозу показало більш високу ефективність у порівнянні з традиційними засобами терапії. **Висновки.** Обґрунтування вибору для місцевого лікування маласезіозу шкіри сертоконазолу нітрату 2-відсоткового крему Онабет® (Гленмарк Фармасьютікалз ЛТД., Індія) обумовлено тим, що механізм його дії обумовлює й інші (імуномодуючий, протизапальний, антинеопластичний та ін.) додаткові ефекти цього препарату, які заслуговують спеціального їх використання при лікуванні різних форм маласезіозу шкіри та супутніх патологічних шкірних процесів.

Ключові слова: маласезіоз шкіри, сертоконазолу нітрат, місцева терапія, використання додаткового ефекту.

USE OF THE MEDICAL PRODUCT SERTA-CONAZOLE NITRATE 2 % CREAM ONABET® (GLENMARK PHARMACEUTICALS LTD., INDIA) IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SKIN MALASSEZIOSIS

Gorbuntsov V. V., Dyudyun A. D.

“Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine” SE

Purpose – studying the possibility of using additional properties of known remedy for antimycotic therapy to enhance the effectiveness of treatment of patients with skin malasseziosis. **Material and methods.** The study was conducted in 46 patients (20 men and 26 women) with various manifestations of skin malasseziosis and with concomitant dermatoses. **Results and discussion.** Comparison of the dynamics of individual manifestations of malasseziosis, while Sertaconazole nitrate 2 % cream Onabet® (Glenmark Pharmaceuticals Ltd., India) had been topically applied, with the dynamics of other identical manifestations of skin malasseziosis showed the higher efficiency compared to traditional means of therapy. **Conclusions.** Support of the choice of Sertaconazole nitrate 2 % cream Onabet® (Glenmark Pharmaceuticals Ltd., India) for the topical treatment of skin malasseziosis is grounded on the fact that its mechanism of action causes other (immunomodulatory, antiinflammatory, antineoplastic etc.) additional effects of this medical product, which deserve their special use in treating various forms of skin malasseziosis and concomitant pathological cutaneous processes.

Keywords: skin malasseziosis, Sertaconazole nitrate, local therapy, additional effect.

Горбунцов Вячеслав Вячеславович – доктор медицинских наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины».

Дюдюк Анатолий Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины».

andd@ua.fm