

УДК 613.7:372.3

К.С. САЙЛАУОВА, С.А. ОСПАНОВА, З.М. СУХАНБЕРДИЕВА

Казахский медицинский университет непрерывного образования, г. Алматы

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АКНЕТ РАСТВОРА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ КОЖИ

В повседневной практике врача-дерматолога продолжают оставаться часто встречающимися дерматозами заболевания кожи и подкожной жировой клетчатки, проявляющиеся гнойными воспалениями. В результате исследований клиническое выздоровление больных глубокими пиодермиями не более чем у 76-80%, а рецидивы регистрируются у 10-18% больных.

Цель исследования. Оценка эффективности и переносимости раствора Акнет в комплексном лечении больных с хронической пиодермией.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 37 больных с поверхностными и глубокими гнойничковыми поражениями кожи в возрасте от 13 до 45 лет (детей – 11, женщин – 16, мужчин – 10). Проводилась оценка эффективности препарата Акнет (раствор клиндамицина).

Результаты и обсуждение. По окончании лечения сравнивались данные оценки переносимости и эффективности, полученные в каждой из групп. Оценка эффективности исследуемого препарата производилась на основании уменьшения степени выраженности эритемы, пустулизации, инфильтрации и площади пораженного участка кожи, а также учитывалась степень микробного обсеменения пораженных участков кожи по данным бактериологического исследования.

Выводы. Таким образом, клиндамицин (Акнет) обладает широким спектром антимикробного действия, высокой бактерицидной и бактериостатической активностью по отношению чувствительных к нему инфекций, высокую биодоступность с избирательным действием в очаге воспаления, и имеет удобный режим приема.

Ключевые слова: остеофолликулит, фолликулит, угревая сыпь, лечение, акнет раствор.

Актуальной проблемой дерматовенерологии являются бактериальные инфекции кожи, несмотря на значительные успехи современной антибиотикотерапии [1].

В повседневной практике врача-дерматолога продолжают оставаться часто встречающимися дерматозами заболевания кожи и подкожной жировой клетчатки, проявляющиеся гнойными воспалениями. В результате исследований клиническое выздоровление больных глубокими пиодермиями не более чем у 76-80%, а рецидивы регистрируются у 10-18% больных [2]. Высокий уровень заболеваемости, склонность к торпидному, рецидивирующему течению, потеря трудоспособности, инвалидизация в тяжелых случаях, увеличение сроков и стоимости лечения ложатся тяжким бременем на государство и выводят хронические пиодермии в ранг медико-социальной проблемы [3]. Хронизация процесса способствует высокой сенсibilизации макроорганизма к антигенному фактору микроорганизмов, что приводит к появлению различной степени аллергических реакций, иногда с аутоагрессивным компонентом [4, 5].

Несмотря на комплексность подхода к лечению с использованием антибиотиков, иммуномодуляторов, адаптогенов, дезинтоксикационных средств, витаминов и других препаратов, терапия больных хронической пиодермией с высокой резистентностью патологического процесса и

частыми рецидивами представляет определенные трудности.

Цель нашего исследования – оценка эффективности и переносимости раствора Акнет в комплексном лечении больных с хронической пиодермией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 37 больных с поверхностными и глубокими гнойничковыми поражениями кожи в возрасте от 13 до 45 лет (детей – 11, женщин – 16, мужчин – 10). Для обследования пациентов использован комплекс клинических и лабораторных методик. При объективном обследовании и опросе больного учитывалась степень выраженности следующих признаков: эритема, инфильтрация, пустулизация, площадь пораженного участка кожи и субъективные – жжение, зуд, болезненность кожи в месте высыпаний. Степень выраженности жалоб больного и данные объективного обследования учитывались для каждого конкретного больного.

Из лабораторных методов обследования проводили общеклинические исследования крови и мочи, микроскопические, бактериологические и иммунологические.

Исследуемый препарат Акнет, представленный раствор клиндамицина для наружного применения 10 мг/мл 30 мл – клиндамицина гидрохлорид 11,4 мг, утвержденный Приказом председателя Комитета контроля медицинской

Контакты: Сайлауова Калдыкуль Сайлауовна, канд. мед. наук, ассоциированный профессор, врач высшей категории, дерматовенеролог, заведующая кафедрой дерматовенерологии, дерматокосметологии Казахского медицинского университета непрерывного образования, г. Алматы. Тел.: + 7 701 710 20 63, e-mail: kaldykul@mail.ru

Contacts: Kaldygul Saylauovna Saylauova, Candidate of Medical Sciences, associate professor, doctor of the highest categories of skin and venereal diseases. Head of Department of dermatology, dermatology Kazakh Medical University of Continuing Education, Almaty c. Ph.: + 7 701 710 20 63, e-mail: kaldykul@mail.ru

и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан к применению для лечения пиодермии.

Акнет – антибиотик из группы линкозамидов для местного применения в дерматологии. Обладает широким спектром действия, связывается с 50S субъединицей рибосомальной мембраны и подавляет синтез белка в микробной клетке. Оказывает бактериостатическое действие, в более высоких концентрациях в отношении ряда грамположительных кокков – бактерицидное действие.

Препарат активен в отношении бактерий, наиболее часто вызывающих угревую сыпь: *Staphylococcus epidermidis* (в том числе, продуцирующих и не продуцирующих пенициллиназу), а также *Propionibacterium acnes*. Кроме того, препарат эффективен в отношении *Streptococcus* spp. (исключая *Enterococcus faecalis*), *Streptococcus pneumoniae*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Mycoplasma* spp, анаэробных и микроаэрофильных грамположительных кокков (включая *Peptococcus* spp. и *Peptostreptococcus* spp.), *Clostridium perfringens*, *Clostridium tetani*, *Bacteroides* spp. (включая *Bacteroides fragilis* и *Prevotella melaninogenica*), *Fusobacterium* spp, эубактериум *Actinomyces israelii*.

Раствор предназначен для лечения воспалительных асептических и инфицированных, воспалительных инфильтратов, акне, розацеа, сикоз, пероральный дерматит.

Во время клинического наблюдения все больные были распределены на 2 группы. Из них с стафилострептодермией – 11, фолликулитами – 12, с угревой болезнью – 14 больных. В первую группу входили только дети 13 лет (11 больных). Вторую группу составили 26 взрослых больных с различными формами пиодермий (фолликулитом, остеофолликулитом, угревой болезнью, розацеа, ринофима). Пациенты каждой из групп наносили тонким слоем 2 раза в сутки раствор Акнет на пораженные участки кожи после предварительного удаления гнойно-некротических масс. Курс лечения составлял 10-14 дней. У 2 больных с розацеа проведен ионофорез с Акнетом. Пациентам первой группы дополнительно назначали поливитамины, а во второй группе сопутствующая терапия, добавили витамины, иммуномодуляторы.

По окончании лечения сравнивались данные оценки переносимости и эффективности, полученные в каждой из групп.

Оценка эффективности исследуемого препарата производилась на основании уменьшения степени выраженности эритемы, пустулизации, инфильтрации и площади пораженного участка кожи, а также учитывалась степень микробного обсеменения пораженных участков кожи по данным бактериологического исследования.

Переносимость раствора Акнет оценивалась на основании субъективных ощущений, сообщаемых пациентом, и объективных данных, полученных при динамическом наблюдении врачом в процессе проводимого лечения. Учитывались динамика показателей лабораторных методов исследования, а также частота возникновения и характер побочных реакций.

Ниже приведены три случая успешного лечения Акнетом больных рецидивирующей пиодермией.

Больной А., 27 лет, обратился дерматологу с жалобами на высыпание, после того как начинает принимать загар, появляются гнойнички на туловище, повышение температуры тела до 37,2°C.

Болен в течение 2 лет, первые высыпания появились весной прошлого года. Терапевтом был назначен пенициллинового ряда антибиотик, купировались на 7-е сутки. Затем отмечает, что единично самостоятельно смазывал 2% салициловым спиртом, улучшение кратковременное. Последнее обострение в течение 3 дней, сначала на передней поверхности туловища, затем стало распространение на спину, шею. Не лечился, обратился дерматологу.

Половая жизнь с 16 лет, не женат. Страдает хроническим тонзиллитом, в течение 3-х лет лечение не проводилось. Наследственность не отягощена. Аллергии не отмечал.

При осмотре кожный процесс остро-воспалительный локализован распространенно, симметрично: на шее, туловище на гиперемизированном фоне пустулы размером с булавочную головку, сгруппированные преимущественно на шее, вокруг соска с плотной крышкой, пустула окаймлена узким ободком гиперемии.



Рисунок 1 – Больной А. Рецидивирующий остеофолликулит до лечения



Рисунок 2 – Больной А. с диагнозом: Рецидивирующий остеофолликулит в динамике лечения (на 3-и сутки лечения)

Общий анализ крови: гемоглобин 121 г/л, цветной показатель 0,85%, эритроциты $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $6,9 \times 10^9/л$, эозинофилы 2%, нейтрофилы 68%, моноциты 4%, лимфоциты 26, тромбоциты $298 \times 10^9/л$, СОЭ 28 мм/ч. Общий анализ мочи без патологии. Кровь на сахар 5,1 ммоль/л. Бактериологический посев – высеян стафилококк.

Диагноз: рецидивирующий остеофолликулит.

Больному проведено комплексное лечение: по поводу остеофолликулита рецидивирующего наружно смазывали Акнет раствором 2 раза в течение 5 дней. Внутрь назначена мильгамма композитиум по 1 таблетке 1 раз 20 дней.

На 3-и сутки отмечен положительный результат: элементы на очаге осели, подсохли, корки частично отпали. Кожа на очаге очистилась, свежих высыпаний нет. Под наблюдением был 1,5 года, за этот период повторных обострений не отмечено.

Больная Ш., 23 года, обратилась дерматологу по поводу высыпания на лице последние 1,5 года, ни с чем не может связать.

Анамнез болезни: больна в течение 1,5 года, высыпание периодическое, иногда связано с менструальными циклами. Самостоятельно смазывала салициловым спиртом 2%, улучшение кратковременное.

Анамнез жизни: росла и развивалась соответственно по возрасту. Из детских инфекций переболела ветряной оспой, корью. Из хронических заболеваний – хронический холецистит в стадии ремиссии. Аллергию не отмечала.

Кожный статус: кожный процесс подостро-воспалительный, локализован на лице, ближе носогубному треугольнику, симметрично расположен, представлен в виде папул размером от булавочной головки до чечевичной, местами розового цвета, местами телесного цвета.

Общий анализ крови: гемоглобин 112 г/л, цветной показатель 0,8%, эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $4,8 \times 10^9/л$, эозинофилы 4%, нейтрофилы 62%, моноциты 4%, лимфоциты 30%, тромбоциты $289 \times 10^9/л$, СОЭ 12 мм/ч. Общий анализ мочи без патологии. Кровь на сахар 5,3 ммоль/л. Бактериологический посев – высеян стафилококк.

Диагноз: рецидивирующий фолликулит.

Больной проведено комплексное лечение: по поводу фолликулита рецидивирующего наружно смазывали Акнет раствором 2 раза в течение 14 дней. Внутрь назначено специальное драже МЕРЦ по 1 таблетке 2 раза 1 мес.

В динамике лечения не получили положительный результат. Элементы не осели, в размерах не менялись, сохранялись как есть.

Больной А., 20 лет, обратился к инфекционисту по поводу высыпания. Анамнез болезни: болен в течение 2 лет, когда впервые обратил внимание, что высыпания были на



Рисунок 3 – Больная Ш. с диагнозом: Рецидивирующий фолликулит (до лечения)



Рисунок 4 – Больной А., с диагнозом: Угревая болезнь (до лечения)

лице, затем на спине. В то время он лечился в стационаре по поводу системного кандидоза. Получал системные антимикотики. С клиническим выздоровлением выписан из стационара. Кожные проявления были спокойными. Поэтому, когда было обострение, он обратился к инфекционисту. Инфекционистом был направлен на обследование и консультацию дерматолога.

Анамнез жизни: рос и развивается соответственно по возрасту. Прививки получал вовремя. Из детских инфекций переболел ветряной оспой. Аллергии не отмечал.

Кожный процесс хронический, воспалительный, локализован распространенно: на лице, спине, туловище, представляет собой глубокие, плотные и болезненные инфильтраты величиной от чечевицы до крупной горошины и более. Местами пустулы размером в основном с горошину, вокруг них воспалительная кайма. Отдельные уплотненные угри сливаются между собой с образованием большого гнойно-воспалительного очага. При их вскрытии выделяется большое количество гноя.

Общий анализ крови: гемоглобин 112 г/л, цветной показатель 0,8%, эритроциты $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $6,1 \times 10^9$ /л, эозинофилы 3%, нейтрофилы 67%, моноциты 3%, лимфоциты 27%, тромбоциты 309×10^9 /л, СОЭ 22 мм/ч. Общий анализ мочи без патологии. Кровь на сахар 5,3 ммоль/л.

Биохимический анализ крови: АЛТ 1,01 мкмоль/л, АСТ 0,68 мкмоль/л, билирубин общий 22,5 мкмоль/л. Бактериологический посев – высеян стафилококк.

УЗИ брюшной полости: застой желчи. Хронический холецистит. Диффузное изменение паренхимы поджелудочной железы.

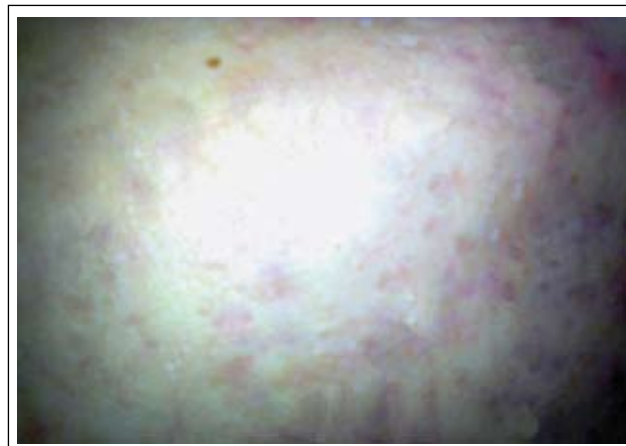


Рисунок 5 – Больной А., с диагнозом: Угревая болезнь (после лечения)

Диагноз: Угревая болезнь.

Больному проведено комплексное лечение: по поводу угревой болезни, наружно смазывали Акнет раствором 2 раза в течение 14 дней. Внутрь назначен специальное драже МЕРЦ по 1 таблетке 2 раза 1 мес., желчегонный сбор по 1 стакану утром натощак 1 раз 5 дней, креон 25 000 по 1 капсуле 3 раза 20 дней.

В динамике получен положительный результат. Элементы слегка побледнели, на спине элементы осели, кожа разглаживается, местами слегка сохраняются розовый цвет и рубец.

ВЫВОДЫ

Таким образом, клиндамицин (Акнет) обладает широким спектром антимикробного действия, высокой бактерицидной и бактериостатической активностью по отношению чувствительных к нему инфекций, высокая биодоступность с избирательным действием в очаге воспаления, имеет удобный режим приема. Следовательно, препарат отвечает современным требованиям рациональной наружной антибиотикотерапии и может быть рекомендован для эффективного применения в дерматовенерологической практике.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

Статья опубликована при поддержке компании ЯДРАН – ГАЛЕНСКИ ЛАБОРАТОРИЙ а.о. РИЕКА, действующее через Представительство ЯДРАН – ГАЛЕНСКИ ЛАБОРАТОРИЙ а.о.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Волкова Е.Н., Бутов Ю.С., Морозов С.Г. К проблеме иммуногенеза гнойничковых заболеваний кожи // Вестник дерматовенерологии. – 2004. – №1. – С. 20-22
- 2 Масюкова С.А., Гладко В.В., Тарасенко Г.Н., Сорокина Е.В. Бактериальные инфекции кожи и их значение в клинической практике дерматолога // Consilium Medicum. – 2004. – Т. 6, №3. – С. 180-185
- 3 Гладко В.В., Масюкова С.А., Тарасенко Г.И. и др. Фузидиевая кислота в лечении пиодермитов и аллергодерматозов, осложненных бактериальной инфекцией // Вестн. дерматол и венерол. – 2007. – №6. – С. 54-57
- 4 Кукало С.В., Блахина А.В., Уджуху В.Ю., Короткий Н.Г. Новые подходы к лечению пиодермии // Вестник дерматовенерологии последипломного медицинского образования. – 2009. – №2. – С. 11-13
- 5 Короткий Н.Г., Кубылинский А.А., Кукало С.В. Состояние неспецифической резистентности у больных с пиодермиями. Материалы конференции «Актуальные во-

просы дерматологии и внутренних болезней», посвященной 70-летию кафедры дерматовенерологии. – Ижевск, 2006. – С. 210-211

6 Гладко В.В., Масюкова С.А., Ильина И.В. и др. Антибиотики: побочные эффекты // Новая аптека. – 2008. – № 8, ч.2. – С. 74-76

REFERENCES

- 1 Volkova EN, Butov YuS, Morozov SG. About problems of immunogens of pustular skin diseases. *Vestnik dermatovenerologii = Herald of dermatovenerology*. 2004;1:20-22 (In Russ.)
- 2 Masyukova SA, Gladko VV, Tarasenko GN, Sorokina EV. Bacterial infections of the skin and their value in dermatologist's clinical practice. *Consilium Medicum = Consilium Medicum*. 2004;6:3:180-185 (In Russ.)
- 3 Gladko VV, Masyukova SA, Tarasenko GN et al. Fusidic acid in the treatment of pyodermitis and allergic diseases, complicated by bacterial infection. *Vestn. Dermatol. i venerol. = Herald of Dermatology and Venereology*. 2007;6:54-57 (In Russ.)
- 4 Kukalo SV, Blakhina AV, Udguhu VYu., Korotkiy NG. New approaches to the pyoderma treatment. *Vestnik dermatovenerologii i poslediplomnogo medicinskogo obrazovaniya = Herald of dermatovenerology of postgraduate medical education*. 2009;2:11-13 (In Russ.)
- 5 Korotkiy NG, Kubyliniyy AA, Kukalo SV. Condition of non-specific resistance among patients with piodermitis. In: *Materialy konferencii «Aktualnye voprosy dermatologii i vnutrennikh boleznei», posvyashhionnoi 70-letiyu kafedry dermatovenerologii* [Materials of the Conference: Current issues in dermatology and internal medicine, dedicated to the 70 anniversary of the Department of Dermatology and Venereology]. Izhevsk; 2006. P. 210-211
- 6 Gladko VV, Masyukova SA, Ilyina IV. Antibiotics: side effects. *Novaya apteka = New pharmacy*. 2008;8(2):74-76 (In Russ.)

ТҰЖЫРЫМ

К.С. САЙЛАУОВА, С.А. ОСПАНОВА,
З.М. СУХАНБЕРДИЕВА

Қазақ Ұздіксіз медициналық білім беру институты,
Алматы қ.

ТЕРІНІҢ БАКТЕРИАЛЬДЫҚ ЖҰҚПА АУРУЫНА ШАЛДЫҚ-ҚАН НАУҚАСТАРДЫҢ ЕМІНЕ АКНЕТ СҰЙЫҚТЫҒЫН ҚОСА ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ

Тері дәрігерлерінің күнделікті тәжірибесінде жиі кездесетін дерматоздардың қатарында терінің іріңдікті аурулары да жатады. Зерттеулердің нәтижесі бойынша терең іріңдікті аурулардан айығу 76-80% құраса, 10-18% науқастарда қайта қайталау кездеседі.

Зерттеудің мақсаты. Созылмалы пиодермияның кешендік еміне Акнет ерітіндісін қоса емдеудің әсері мен тиімділігін зерттеу.

Материал және әдістері. Біздің бақылауымызда 13 пен 45 жас арасындағы (10 ер адам, 16 әйел адам, 11 бала) терінің беткей және терең іріңдікті ауруларға шалдыққан науқас болды. Акнет (клиндамицин) ерітіндісінің тиімділігін бағалау.

Нәтижесі және талқылауы. Әр топтағы науқастардың емінің әсері және тиімділігі бағаланды. Зерттеу жұмысында препараттың тиімділігін анықтау үшін бөртпелердің белсенділігін эритема, іріңдік, сіңбе, зақымдану ошағы және микробтардың

жайылуы мен бактериологиялық зерттеулерге сүйене отырып талқылады.

Қорытынды. Қорыта келгенде, клиндамицин (Акнет) кең спекторлы микробқа қарсы, оған сезімтал инфекцияға қарсы жоғары бактериостатикалық және бактерицидті белсенділік тән, тек қабыну ошағында белсенділігі артатын, қабылдауға ыңғайлы дәрілік зат.

Негізгі сөздер: *остеофолликулит, фолликулит, безеу аурулары, емі, акнет сұйықтығы.*

SUMMARY

**K.S. SAYLAUOVA, S.A. OSPANOVA,
Z.M. SUKHANBERDIYEVA**

*Kazakh Institute of Continuing Medical Education,
Almaty c.*

THE EXPERIENCE OF USING THE AKNET LIQUID AT BACTERIAL SKIN INFECTION

In the daily practice of dermatologist remain common dermatoses, diseases of the skin and subcutaneous fat occurring purulent inflammations. As a result of research clinical recovery of patients

with deep piodermitis no more than 76-80% and relapses are registered from 10-18% of patients.

The purpose of our research is to assess the effectiveness and tolerability of Aknet solution in a complex treatment of patients with chronic diseases.

Material and methods. Under our supervision were 37 patients with superficial and deep pustular lesions of the skin, ranging in age from 13 to 45 years of age (children-11, 16 women, 10 men). We analyzed the efficacy of Aknet (clindamycin) solution.

Results and discussion. After treatment were compared portability and efficiency data in each of the groups. Evaluation of the efficacy on the basis of reducing the severity of erythema, pustulization, infiltration processes.

Conclusion. Clindamycinsolution (Aknet) has a wide range of antimicrobial action, high bactericidal and bacteriostatic activity against infections, high bioavailability with selective activity in the focus of inflammation, also Aknet has a convenient mode of reception.

Key words: *ostiofollikulit, folliculitis, acne, treatment, Aknet solution.*

Для ссылки: Сайлауова К.С., Оспанова С.А., Суханбердиева З.М. Опыт применения Акнет раствора при бактериальной инфекции кожи // *Medicine (Almaty)*. – 2016. – No 4 (166). – P. 73-78

Статья поступила в редакцию 16.03.2016 г.

Статья принята в печать 12.04.2016 г.