

Комплаентность терапии заболеваний, сопровождающихся папуло-пустулезными высыпаниями

А.Р. САКАНИЯ¹, К.Т. ПЛИЕВА², И.М. КОРСУНСКАЯ¹

¹ФГБУН «Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии» Российской академии наук, Москва, Россия, 119991;

²ООО «Здоровье», Москва, Россия, 109428

В работе освещены вопросы резистентности микроорганизмов к антибиотикам. Описана актуальность применения клиндамицина в терапии акне. Приведены преимущества жидких форм препарата. Представлены результаты собственных исследований чувствительности микрофлоры к клиндамицину и эффективности монотерапии.

Ключевые слова: клиндамицин, акне, комплаентность, антибиотики, фолликулит.

Therapeutic compliance of the diseases associated with papulopustular rash

L.R. SAKANIYA, K.T. PLIEVA, I.M. KORSUNSKAYA

Center for Theoretical Problems of Physicochemical Pharmacology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, 119991; ООО Zdorov'e, Moscow, Russia, 109428

The paper covers the issues of antibiotics resistance in microorganism. We describe the relevance of administration of clindamycin in acne treatment. The advantages of the liquid forms of the drug product have been demonstrated. We report the results of our own studies of clindamycin sensitivity of microflora and the efficacy of monotherapy.

Keywords: clindamycin, acne, compliance, antibiotics, folliculitis

С точки зрения многих специалистов, акне подвержены в основном люди молодого возраста, и данное заболевание не требует основательного лечения, но эпидемиологические исследования последних лет демонстрируют персистирующий характер данной нозологии. Как правило, терапия зависит от оценки тяжести заболевания и психоэмоционального статуса пациента. При легкой степени заболевания достаточно топической терапии антибактериальными препаратами или производными витамина А. При более тяжелом характере заболевания необходимо назначение системных антибиотиков и ретиноидов.

Крайне важной проблемой является возрастающая резистентность *Propionibacterium acnes* к антибактериальным препаратам. Устойчивость этого микроорганизма связывают с продолжительными курсами пероральной антибактериальной терапии, с одной стороны, и применением топических антибиотиков (эритромицина и клиндамицина), — с другой [1, 2]. Безусловно, спектр и масштабы антибиотикорезистентности имеют свои особенности в разных странах [3]. Подчеркивают, что резистент-

ность более вероятна у лиц со среднетяжелыми/тяжелыми акне, а также в странах, где имеется безрецептурный отпуск антибиотиков [4]. Многие авторы солидарны в том, что возрастает резистентность к макролидам, прежде всего к эритромицину.

Врачам следует помнить о том, что сочетание наружных и системных антибиотиков ассоциировано с высоким риском формирования резистентных штаммов. В международных рекомендациях указано, что врачам важно избегать такого сочетания [5].

В отечественных клинических рекомендациях по лечению акне отмечено также, что не показано «...одновременное применение топических и системных антибактериальных препаратов, особенно относящихся к разным классам» [6].

Среди наружных антибактериальных средств выделяют препараты эритромицина и клиндамицина, которые назначают при ограниченных очагах при II—III степени тяжести процесса как в качестве монотерапии, так и в комбинации с наружными и системными противоугревыми препаратами.

У женщин возможно сочетание местных антибактериальных препаратов и комбинированных оральных контрацептивов с антиандрогенным и антиминокортикоидным действием [7, 8].

Результаты ранее проведенного нами исследования чувствительности микрофлоры у больных акне к антибиотикам показало высокую чувствительность *Staphylococcus saprophyticus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus faecalis* (более 50%) к клиндамицину [9]. При культуральном исследовании выявлено наличие на коже с угревыми высыпаниями *St. saprophyticus*, *St. epidermidis*, *St. aureus*, *Pantoea agglomerans*, *Enterococcus faecalis* и *Proteus inconstans*. При этом микроорганизмы *Malassezia furfur* и *P. acnes* отсутствовали, что, скорее всего, объясняется предшествующим проведением системной и топической антибактериальной терапии у пациентов в течение длительного времени (более 1 года).

Таким образом, препараты группы клиндамицина остаются эффективными в терапии папуло-пустулезных форм акне. Клиндамицин является одним из наиболее эффективных из применяемых наружных антибиотиков, который относится к группе линкозамидных антибиотиков. Он связывается с субъединицей 50S рибосомальной мембраны и подавляет синтез белка в микробной клетке, обладает бактериостатическим действием в отношении грамположительных аэробных микроорганизмов и широкого спектра анаэробных бактерий, уменьшает воспаление и снижает популяцию *P. acnes* и других микроорганизмов, тем самым также снижая и содержание свободных жирных кислот, провоцирующих комедоногенез.

Подводя итог, к основным механизмам действия клиндамицина относятся:

- 1) антимикробное действие на *P. acnes*, стафилококки и стрептококки;
- 2) противовоспалительное действие с уменьшением выработки цитокинов воспаления;
- 3) нормализация процессов кератинизации, в том числе за счет снижения свободных жирных кислот, и, тем самым, уменьшение количества комедонов.

Необходимо отметить, что жидкая форма препарата оказывает влияние на комплаентность терапии. Особенно это важно при локализации процесса на участках кожного покрова, неудобных для применения мазевых форм. В этих случаях 1% раствор клиндамицина (*Зеркалин*) особенно удобен. Препарат легко наносится и не заметен на коже и волосах после применения. Существенным преимуществом раствора *Зеркалин* перед противоугревыми препаратами других групп является отсутствие развития фотосенсибилизации, что позволяет использовать препарат в периоды повышенной солнечной активности (в частности, в весенне-летний период).

Раствор клиндамицина (*Зеркалин*), как и другие антибактериальные средства из группы линкозамидов, не рекомендуется применять в качестве монотерапии более 3 мес подряд и сочетать с системной антибактериальной терапией в связи с возможным развитием прямой или перекрестной резистентности [10]. Раствор наносится на предварительно очищенную кожу 2 раза в сутки. Средний курс терапии препаратом составляет 6–8 нед, при необходимости более длительного применения *Зеркалина* (до 6 мес) целесообразно сочетать его применение с бензоилом пероксида (при этом *Зеркалин* наносится утром, а бензоила пероксид — вечером).

Важным преимуществом *Зеркалина* является быстрая развития терапевтического эффекта, заметное снижение элементов угревой сыпи можно заметить уже через 7–10 дней применения препарата, что обеспечивает комплаентность пациентов назначенной терапии, в том числе и при системной терапии акне, эффект от которой может носить отсроченный характер.



Рис. 1. Большой папуло-пустулезной формой акне, до начала наружной антибиотикотерапии.



Рис. 2. Кожный статус через 7 дней после начала лечения. Отмечается регресс, прежде всего, пустулезных элементов.

Стоит отметить, что клиндамицин эффективен не только при акне, но и других заболеваниях сопровождающихся папуло-пустулезными высыпаниями, в частности при фолликулитах.

В качестве иллюстрации к данной возможности приводим случай применения препарата *Зеркалин* у пациента X. с выраженным фолликулитом верхней

трети груди. В виду повышенного волосяного покрова пациент отрицательно относится к применению кремов и мазей, содержащих антибиотик. После применения 1% раствора клиндамицина высыпания практически разрешились в течение 7 дней (рис. 1, 2).

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Iinuma K, Noguchi N, Nakaminami H, Sasatsu M, Nishijima S, Tsuboi I. Susceptibility of *Propionibacterium acnes* isolated from patients with acne vulgaris to zinc ascorbate and antibiotics. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2011;4:161-165.
2. Krauthaim A, Gollnick HP. Acne: topical treatment. *Clin Dermatol*. 2004;22(5):398-407.
3. Webster GF, Graber EM. Antibiotic treatment for acne vulgaris. *Semin Cutan Med Surg*. 2008;27(3):183-187.
4. Oprica C, Nord CE. Bacteria ESGoARiA. European surveillance study on the antibiotic susceptibility of *Propionibacterium acnes*. *Clin Microbiol Infect*. 2005;11:204-213.
5. Nast A, Dreno B, Bettoli V, Degitz K, et al. European evidence-based (S3) guidelines for the treatment of acne. *JEADV*. 2012;26:1:1-29.
6. Kubanova AA. *Acne*. Clinical Guidelines. M: DEKS-PRESS 2010. [Клинические рекомендации по ведению больных акне. Под ред. Кубановой А.А. М. 2010.]. (In Russ.).
7. Campo M, Zuluaga A, Escobar P. A comparative study on the effectiveness of *lymecycline* and *adapalene* versus *minocycline* and *adapalene* in the treatment of *acne vulgaris*. In: Proceedings 20th World Congress of Dermatology, 1—5 July 2002. Paris (France). 2002;5.
8. Levy RM, Huang EY, Roling D, Leyden JJ, Margolis DJ. Effect of antibiotics on the oropharyngeal flora in patients with acne. *Arch. Dermatol*. 2003;139(4):467-471.
9. Каратаева Н.Н., Соркина И.Л., Сюч Н.И., Корсунская И.М., Дворянкова Е.В., Проблемы резистентности к антибиотикам микрофлоры кожи лица у больных акне. *Клиническая дерматология и венерология*. 2013;11:2:33-35.
10. Langner A, Chu A, Goulden V, Ambroziak M. A randomized, single-blind comparison of topical clindamycin + benzoyl peroxide and adapalene in the treatment of mild to moderate facial acne vulgaris. *Br J Dermatol*. 2008;158:1:122-129.