

## Раздел 15

# ЛЕЧЕНИЕ ГРИБКОВЫХ ИНФЕКЦИЙ ЧЕЛОВЕКА

### КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРГИДРОЗА ПРЕПАРАТОМ «ФОРМАГЕЛЬ» – ОДИН ИЗ ПУТЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ МИКОЗОВ СТОП

*Альбанова В. И.*

*Научный дерматологический центр «Ретиноиды»*

*Москва*

Гипергидроз стоп – наиболее часто встречающееся нарушение потоотделения. Он развивается в результате затруднения местной теплоотдачи (неудобная обувь, неудобная и плохо проводящая тепло одежда, повышение температуры и влажности окружающей среды и др.), наличия некоторых заболеваний (вегето-сосудистой дистонии, невротозов, алкоголизма). В юности выраженный гипергидроз стоп встречается как возрастное явление. Потливость стоп – один из важных факторов, способствующих проникновению возбудителей грибковых заболеваний в кожу, снижение ее – одно из звеньев профилактики микозов.

Наиболее эффективными лекарственными средствами для местного лечения гипергидроза являются препараты, содержащие формальдегид. «Формагель» – новый препарат длительного действия, представляющий собой гель, содержащий 3,7% формальдегида. Фармакологический эффект препарата связан с его способностью подавлять функцию потовых желез независимо от типа их секреции, а также дезинфицирующими свойствами. Способ применения прост:

после мытья ног теплой водой с мылом и вытирания полотенцем на подошву и межпальцевые поверхности наносят тонким слоем препарат, который быстро подсыхает, образуя тонкую бесцветную пленку. Через 30–40 мин. пленку смывают теплой водой. Исследования эффективности препарата, проведенные у 117 лиц, страдающих выраженным гипергидрозом стоп, показали, что одной процедуры достаточно, чтобы снизить потливость кожи и устранить запах пота на 6–12 дней. После снижения эффекта нанесение препарата повторялось. Лечение не сопровождалось какими-либо нежелательными эффектами, не оказывало отрицательного действия на клинические, биохимические показатели крови и анализы мочи. При длительном использовании препарата в отдельных случаях развивалась сухость кожи. Противопоказанием служит повышенная индивидуальная чувствительность к формальдегидсодержащим соединениям. Препарат удобен в применении, не обладает сильным запахом, не оставляет пятен на постельном белье и одежде.

---

### «ИММУНАЛ» В СОЧЕТАНИИ С ФОРКАНОМ В ТЕРАПИИ КАНДИДОЗА ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

*Алиева П. М., Магомедова А. М.*

*ДГМА, кафедра кожных и венерических болезней*

*367090, Махачкала, пр. Акушинского, «Горка»*

Под нашим наблюдением находилось 57 девочек в возрасте от 3 до 17 лет. По возрасту девочки распределены на 3 группы: от 3 до 7 лет – 10 человек, от 8 до 14 лет – 21 девочка, от 15 до 17 лет – 26 детей. Из них у 55% отмечали кандидный вульвовагинит, у 38% – кандидный вульвит, кандидоз углов рта – 2,4%, кандидный глоссит – 2,4%. В 2,4% случаев отмечалось сочетание кандидного вульвовагинита, кандидоза перинанальной области и кандидного поражения наружных слуховых проходов. Всем больным проведена микроскопическая и культуральная диагностика. Наблюдавшиеся пациенты получили этиотропную терапию современным системным антимикотиком флуконазолом («форкан»).

Изучение показателей Т – клеточного иммунитета выявило снижение СДЗ+ -лимфоцитов и СД8+ – лим-

фоцитов (Т- супрессоров) в различных возрастных группах. Показатели гуморального иммунитета особым изменениям не подвергались, за исключением Ig M, титр которого значительно увеличился, что свидетельствует о высокой активности возбудителя.

Выявленные изменения нуждались в коррекции. 28 девочкам из 57 параллельно с терапией флуконазолом провели иммунокоррекцию «иммуналом». «Иммунал» – препарат растительного происхождения. Активные компоненты его – производные цикориевой кислоты, алкиламиды и полисахариды – ингибируют бактериальную гиалуронидазу и стимулируют фагоцитарную активность лейкоцитов, а входящие в состав препарата гликопротеиды усиливают продукцию эндогенного интерферона. Препарат назначали по 10, 15 и 20 капель – 3 р/д в

течение 10 дней (соответственно возрастным группам).

При исследовании показателей клеточного и гуморального иммунитета после проведенной терапии было выявлено, что в группе, где проведена иммунокоррекция, уровень Т – лимфоцитов (CD3+) увеличился и составил в I гр.  $60,7\% \pm 1,99$  ( $P > 0,05$ ), во II гр.  $69\% \pm 4,6$ ; в III гр.  $79,3\% \pm 6,960$  ( $P < 0,05$ ), которые до терапии были  $50\% \pm 1,154$ ;  $57,8\% \pm 17,8$ ;  $67,4\% \pm 1,669$  соответственно. Популяция CD4+ подверглась незначительным изменениям, а значения Т -супрессоров (CD8+) – резко возросли, особенно в II и III возрастных группах. Популяция В – лимфоцитов (CD20+) особым изменениям не подверглась.

В группе больных (29 человек), где иммунокоррекцию не проводили, показатели клеточного им-

мунитета не претерпевали значимых изменений после окончания этиотропной терапии и оставались ниже допустимой нормы, что и сказалось на результатах лечения этой группы. Эффект был кратковременным (62. 1%) или вовсе отсутствовал (37,9%).

Изучение показателей IgA, M, G выявило, что содержание IgA и G в сыворотке крови после терапии препаратом не претерпевало значительных изменений, но отмечалась тенденция к нормализации, а титр IgM снизился до нормы после лечения иммунокорректором ( $1,293\% \pm 0,049$ ) ( $P > 0,05$ ).

Итак, в процессе комплексного лечения происходит коррекция содержания лимфоцитов с различными маркерами и снижение уровня IgM до нормы, что указывает на эффективность этого метода терапии.

## ПРОФИЛАКТИКА НОСИТЕЛЬСТВА ГРИБОВ РОДА *CANDIDA* И СТАФИЛОКОККОВ НА КОЖЕ РУК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

*Амбарцумян А. Д., Тер-Степанян М. М.*

*Ереванский государственный медицинский университет имени М. Гераци  
Армения, 375025, Ереван, Корьюна, д. 2*

Проблема кожной формы здорового бактерионосительства среди сотрудников больниц актуальна в связи с легкостью реализации контактно-бытового механизма передачи условно-патогенных микроорганизмов. Разработка новых способов профилактики бактерионосительства на кожных покровах затруднительна, т. к. препараты должны быть безвредными для организма человека при каждодневном использовании, не должны вызывать развития резистентности у госпитальных микроорганизмов и должны обладать достаточной антибактериальной активностью.

В наших исследованиях особое внимание было уделено носительству на коже рук наиболее распространенных условно-патогенных микроорганизмов – стафилококков и грибов рода *Candida*.

Исследования вели в хирургическом блоке одной из клиник Еревана. Идентификацию выделенных микроорганизмов проводили общепринятыми методами.

В общей сложности обследованы мазки с кожных покровов рук 57 сотрудников. Разные виды стафилококков выделены у 49 человек, что составляет 86,0%, а грибы рода *Candida* – у 33 человек (58,0%). Среди выделенных стафилококков золотистый вид составил 26,5% (выделены у 13 человек).

Таким образом, кожная форма носительства стафилококков и грибов *Candida* имеет довольно-таки большую распространенность и, безусловно, способствует распространению указанных условно-патогенных микроорганизмов контактно-бытовым механизмом. Их циркуляция в больничных условиях приводит к поддержанию уровня гнойно-воспалительных заболеваний и сепсиса.

Из вышеизложенного вытекает актуальность раз-

работки новых безвредных средств обработки кожных покровов, способных снизить обсемененность рук медицинского персонала.

Для достижения указанной цели нами создан крем, включающий в себя очищенные продукты метаболизма молочнокислых бактерий (получено положительное решение по заявке на авторское свидетельство). Последние отвечают всем трем вышеуказанным требованиям, предъявляемым к препаратам, предназначенным для обработки кожных покровов. Известно, что антагонистическая и противовоспалительная активность молочнокислых бактерий обусловлена продуктами их метаболизма, которые нам удалось получить путем поочередной фильтрации через плотный материал и фильтр Зейтца. Разработаны способы получения кремов как на гидрофильной, так и на липофильной стандартной основе.

Применение крема привело к прекращению высева стафилококков у 61,2% обследованных, а среди носителей грибов, рост последних прекратился в 24,2% случаев и стал скудным или единичным у 15,2% обследованных.

Таким образом, наблюдается снижение эпидемиологической значимости носителей грибов рода *Candida* и стафилококков на кожных покровах рук. В то же время необходимо отметить не очень высокую эффективность крема по отношению к грибам (в общей сложности 39,4%), что диктует необходимость увеличения концентрации метаболитов молочнокислых бактерий. Применение крема приведет не только к ограничению циркуляции указанных условно-патогенных микроорганизмов, но и к снижению заболеваемости малыми формами гнойничковых заболеваний у медицинского персонала.

## БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНЫХ АНТИФУНГАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ

**Антонов В. Б., Медведева Т. В., Митрофанов В. С.**  
НИИ медицинской микологии имени П. Н. Кашкина  
Санкт-Петербургской МАПО

194291, Санкт-Петербург, ул. Сантьяго-де-Куба, д. 1/28

Актуальность проблемы безопасности лекарственных средств возрастает в современном мире. Этому способствуют возросшая сенсibilизация населения, полипрагмазия, значительное увеличение количества высокоактивных фармакологических препаратов, врачебные ошибки и т.д.

Под нашим наблюдением находилось 482 человека (в том числе 187 мужчин и 295 женщин), получавших системные антифунгальные препараты по поводу онихомикоза.

Возбудителями онихомикозов в 91,5 % случаев были грибы – дерматомицеты (преимущественно – *Trichophyton rubrum*); в 3,66% случаев выделяли дрожжеподобные грибы; в 4,12% случаев – миксты, представленные сочетанием дерматомицетов и дрожжеподобных грибов, либо дерматомицетов и плесневого гриба *Scopulariopsis brevicaulis*, у 3 пациентов (0,69%) возбудителем являлся *Scopulariopsis brevicaulis*.

В группе, получавшей тербинафин, было 443 человека, в том числе 268 женщин (средний возраст – 42,63 года) и 175 мужчин (средний возраст – 43,96 года). Препарат был отменен в 10 случаях: у 6 пациентов отмена была связана с развитием меди-

каментозной токсикодермии (у 2 человек имела место полипрагмазия, у 5 человек были сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта – хронический холецистит, хронический гастрит, ДЖВП, киста печени); у 4 пациентов отмена препарата была обусловлена повышением уровня печеночных энзимов.

В группе, получавшей итраконазол, было 39 человек, в том числе 27 женщин (средний возраст – 46,8 лет) и 12 мужчин (средний возраст – 43,41 года). Препарат был отменен в 3 случаях: в 1 случае это было связано с повышением уровня печеночных энзимов; в 1 случае – с развитием выраженного отека лица и шеи; в третьем случае отмена была обусловлена появлением озноба, тремора, болей в животе и развитием иктеричности склер (у мужчины 48 лет с обширной сопутствующей патологией).

Полученные нами результаты свидетельствуют, что залогом безопасности применения системных антифунгальных препаратов является тщательный сбор анамнеза, предварительное обследование пациента с целью выявления сопутствующей патологии, пересмотр количества используемых препаратов во время лечения системным антимикотиком.

## НАРУЖНЫЕ ФОРМЫ КЕТОКОНАЗОЛА В ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

**Аравийская Е. Р., Соколовский Е. В.**

Санкт-Петербургский Государственный медицинский Университет  
имени И. П. Павлова

Санкт-Петербург

Оценивалась клиническая эффективность шампуня и крема с 2% кетоконазола («низорал») у 262 больных с себорейным дерматитом (СД) различной степени выраженности на волосистой части головы, лице и туловище. Было выявлено, у пациентов с сухим типом СД волосистой части головы, наилучший эффект достигался при назначении 1-месячного курса мытья шампунем с кетоконазолом с последующим переходом на постоянное мытье волос шампунями, содержащими цинка пиритионат и противорецидивным использованием шампуня с кетоконазолом 1 раз в 2 недели. Для больных с жирным типом наиболее эффективной оказалась назначение шампуня с кетоконазолом в течение 1 месяца с последующим переходом на шампуни, содержащие каменноугольный деготь, ихтиол, производные серы. Шампунь с кетоконазолом использовался после основного курса 1 раз в неделю в качестве противорецидивного лечения. При экссудативном типе клинический эффект был достигнут при назначении препарата в сочетании со смазыванием кожи волосистой части головы

в течение 5-7 дней растворами (лосьонами), содержащими топические глюкокортикоиды (мометазона фураат, бетаметазон) или комбинированными препаратами, включавшими стероиды и салициловую кислоту. При экссудативном типе наиболее эффективной схемой было применение шампуня с кетоконазолом в течение 2-х месяцев с последующим переходом на другие моющие средства, обладающие противогрибковым эффектом и мытье шампунем с кетоконазолом 1 раз в неделю. При поражении кожи лица и туловища клинический эффект достигался при сочетанной терапии: периодическое мытье шампунем и аппликации крема с кетоконазолом 1-2 раза в день в течение 1 месяца.

Таким образом, шампунь и крем с кетоконазолом показали свою эффективность в качестве монотерапии при СД волосистой части головы, лица, туловища. При экссудативном типе СД волосистой части головы для усиления эффективности лечения показано сочетание шампуня с аппликациями топических стероидов в форме лосьона.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОДУКТОВ МЕТАБОЛИЗМА МОЛОЧНОКИСЛЫХ БАКТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАНДИДАМИКОЗНЫХ КОЛЬПИТОВ

Арутюнян К. Э., Аракелян А. Р., Варданян Э. С., Амбарцумян А. Д.  
Ереванский государственный медицинский университет имени М. Гераци,  
Медицинский центр «Малатия»  
Армения, 375025, Ереван, Корьюна, д. 2

Несмотря на успехи в области изучения этиопатогенеза и клиники целого ряда нозологических форм в акушерстве и гинекологии, таких как кольпиты, вульвовагиниты, эндоцервициты, отмечается недостаточная эффективность терапевтических средств, а частота рецидивов вызывает острую необходимость изыскания более действенных, патогенетически обоснованных методов лечения. Недостаточная эндокринная функция яичников при беременности, при ряде гинекологических заболеваний приводит к значительным гормональным нарушениям, на фоне которых имеет место снижение обмена, изменение кислотности среды, в результате чего вегетирующая во влагалище условно-патогенная микрофлора способствует возникновению воспалительного процесса. В связи с этим за последние годы возрос интерес к изучению микрофлоры влагалища и цервикального канала, а также к поиску новых методов нормализации биоценоза. Бесконтрольное применение антибиотических препаратов привело к снижению количества лактобацилл и возникновению кандидных кольпитов.

Исходя из этого использование продуктов метабо-

лизма молочнокислых бактерий («Наринэ-Ф») является физиологически обоснованным и биологически целенаправленным.

Целью настоящей работы явилось определение уровня высеваемости грибов рода *Candida* у гинекологических больных с кольпитами и санация этих больных указанным препаратом.

Бактериологическому обследованию подверглись 148 больных с кольпитами, которые были разделены на 2 группы: 1. (контрольная) где лечение проводили общепринятыми методами и 2. (опытная) где лечение проводили исследуемым препаратом.

Из общего количества больных с кольпитами обсемененность грибами рода *Candida* составила в 1-ой группе 22,1%, а во второй 32,0%.

У больных леченных изучаемым препаратом, наблюдается полное отсутствие роста грибов рода *Candida* в 62,5% случаев, а число больных с единичным ростом уменьшилось в 2,5 раза ( $P < 0,05$ ).

Таким образом, результаты исследований наглядно показывают высокую эффективность применения препарата при лечении больных с кандидными кольпитами.

## ЭФФЕКТИВНАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОФИТНОГО ОНИХОМИКОЗА

Афанасьев Д. Б.

Кожно-венерологический клинический диспансер №1  
117071, Москва, Ленинский проспект, д. 17

В 1993–2000 гг. проведено лечение 260 больных онихомикозом. Назначали тербинафин («ламизил») внутрь по 250 мг/сут. в течение 4–8 нед. после удаления ногтевых пластин с последующим наложением на ногтевые ложа коллагеновой губки или порошкообразного сорбента гелевина (производное поливинилового спирта) для ускорения эпителизации.

С целью снятия послеоперационных корочек через 10–14 дней проводили чистку ногтевых лож с использованием кератолитиков, накладываемых на 24 ч. под окклюзионную повязку.

Излеченность устанавливали визуально и на основании трёхкратных отрицательных микроскопических исследований в течение 12–24 мес. после окончания лечения, сделанных с интервалом 3–6 мес.

Под наблюдением находилось 107 мужчин (41,2%) и 153 женщины (58,8%) в возрасте от 20 до 70 лет. Поражения только кистей были у 2 (0,8%), изменения 1–2 ногтевых пластин стоп – у 49 (18,8%), 3–5 пластин стоп у 71 (27,3%), 6–10 пластин у 101 больных (38,8%), а поражения ногтевых пластин стоп и кистей были у 37 чел. (14,2%). Большая часть пластин была поражена полностью или на 2/3. После опера-

ции 29 больных получали ламизил 4 нед., 183 чел. – 6 нед. и 48 чел. – 8 нед.

Микологически излечены ногтевые пластинки у всех 260 больных, однако, у 3 больных в течение 4–6 мес. был рецидив микоза кожи стоп или паховой области, что, вероятно, объясняется повторным заражением.

У 3 пациентов через 0,5–2 года развился микоз на сопредельных с излеченными ногтевыми пластинках, что указывает или на реинфекцию, или на недостаточно длительное воздействие тербинафина на скрытые очаги инфекции в латеральной части ногтевой пластины.

Клиническое излечение наступило у 240 больных (92,3%). У 20, преимущественно пожилых, пациентов с деформацией стоп по типу *hallux valgus*, отмечались ониходистрофии I и V пальцев, что было обусловлено постоянной физической нагрузкой этих частей стоп и, вероятно, не связано с удалением.

Побочные явления от тербинафина отмечены у 28 чел. (10,8%), в основном проходящего, желудочно-кишечного характера. У 3 пациенток препарат был отменён досрочно на 2, 14 и 17 дни лечения и в группу наблюдения они не вошли.

## ПРОБЛЕМА ВЫБОРА АНТИМИКОТИКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ

**Батырина С. В.**

Кафедра дерматовенерологии Казанской ГМА  
420030, Казань, ул. К. Цеткин, д. 16/25

Урогенитальный кандидоз (УГК) является широко распространенным заболеванием, для которого в последние годы характерно хроническое течение и повышение устойчивости к терапии.

Достаточно часто, по нашим данным, УГК диагностируется у женщин детородного возраста, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ). Так, в сочетании с другими инфекциями, передаваемыми половым путем или резидентной флорой, УГК выявлен нами у 26,0% (626) из 2403 обследованных пациенток с ВЗОМТ. В структуре УГК на не-*albicans* урогенитальный кандидоз (НАК), обусловленный *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. kefyr* и *C. glabrata* приходилось 14,2% (89).

Выбор тактики и препарата для лечения УГК у пациенток данной группы определяют несколько аспектов. Так, врачу необходимо учитывать: этиологию и клиническую стадию УГК, видовой состав микроб-

ных ассоциаций, вид предыдущей терапии при рецидивах УГК, гормональный и соматический статус пациенток.

Для женщин детородного возраста, больных УГК, в последние годы характерным становится длительное безуспешное лечение полиеновыми антибиотиками, местными имидазольными препаратами и краткосрочными курсами флуконазола. Ограниченные возможности практических медицинских учреждений при определении видового состава грибов рода *Candida* и их чувствительности к антимикотикам определяют целесообразность предпочтительного использования препаратов широкого спектра действия.

В связи с перечисленным для лечения пациенток с ВЗОМТ, имеющих первичный или рецидивный УГК, обусловленный *C. albicans* и другими грибами рода *Candida*, нами с хорошей эффективностью применяется итраконазол.

## МИФУНГАР В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ КАНДИДОЗОМ

**Батырина С. В.**

Кафедра дерматовенерологии Казанской ГМА  
420030, Казань, ул. К. Цеткин, д. 16/25

Крем с оксиконазолом («мифунгар») привлек внимание врачей-дерматовенерологов в связи с его высокой, сохраняющейся в течении 72 часов после однократного нанесения, активностью в отношении дрожжеподобных грибов рода *Candida*.

Нами крем с оксиконазолом применялся в лечении 12 больных кандидозом инфекцией следующей локализации: пахово-бедренные, подмышечные и межпальцевые складки кожи (4), гладкая кожа (3), слизистая угол рта (1), слизистая мочепоолового тракта (4).

Препарат назначался больным дифференцированно в зависимости от локализации и длительности патологического процесса, в сроки, рекомендуемые инструкцией по его применению. Пациентам с поражением гладкой кожи и ее складок крем с оксиконазолом наносился на очаг один раз в сутки в течение

10-21 дня. При кандидном баланите или вульвовагините терапия продолжалась от 7 до 10 дней.

Препарат хорошо переносился всеми больными. Клинически и субъективно улучшение отмечалось нами и пациентами на 5-14 день при локализации кандидоза инфекции на гладкой коже и на 3-5 день при поражении слизистой мочепоолового тракта.

Контроли излеченности, проведенные на 7-10 сутки после окончания курса наружной терапии, свидетельствовали об ее этиологической эффективности у всех больных. Отсутствие клинических признаков рецидива в течение 2-3 месяцев контрольного наблюдения также подтверждают эффективное противокандидное действие препарата при лечении больных с перечисленными локализациями кандидозной инфекции.

## ОПЫТ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВОЙ ЭПИДЕРМОФИТИИ МАЗЬЮ «СЛС»

**Баткаев Э. А., Шапаренко М. В., Ерофеева И. М., Иванов К. Г.**

Кожвендиспансер № 5 ВАО г. Москвы  
Москва, 2 Прядильная ул., д. 6

В амбулаторной практике врача — дерматолога нередко приходится встречаться с таким заболеванием кожи как паховая эпидермофития: дерматомикозом, вызываемым, как правило, грибами *Epidermophyton floccosum*, *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton interdigitale*.

Учитывая, что типично протекающая паховая эпи-

дермофития чаще встречается в крупных складках, чем на гладкой коже и проявляется очагами эритемы, нередко островоспалительного характера, с выраженной инфильтрацией, четкими границами в виде непрерывного валика — инфильтрата, на котором заметны микровезикулы и серозные корочки, её кли-

ническая картина расценивалась старыми авторами как особая форма экземы крупных складок и подразумевала поэтапное лечение в зависимости от остроты кожного процесса.

Нами предложена оригинальная пропись, в которой фунгицидные свойства известной серно-салициловой мази усилены антимикотическим и противовоспалительным эффектами мази «лоринден-С». Это позволяет в такой степени упростить процесс лечения паховой эпидермофитии, что целесообразность в поэтапном лечении отпадает.

*Rp.: sulfuris pp. 3,0; Ung. lorindeni C 15,0; Ung. ac. salicylici 5% – 32,0. M.D.S. Мазь «СЛС».*

За период с мая по август 2001 года под нашим наблюдением находились 40 пациентов с диагнозом: паховая эпидермофития с давностью заболевания от 2-х недель до 2-х лет. Из них женщин – 9, мужчин – 31 человек в возрасте от 17 лет до 81 года. Среди обследуемых наиболее широко была представлена возрастная группа от 61 года до 70 лет – 10 человек (25%). У всех пациентов перед началом лечения в соскобах из очагов поражения был обнаружен мицелий пат. грибов

Мазь наносили тонким слоем на очаги, поражённые грибковой инфекцией, два раза в день утром и вечером. Лечение продолжалось в течение 4-х недель. После 1-й, 2-й, 3-й и 4-й недель лечения проводи-

лась оценка критериев излеченности и лабораторных исследований на мицелий пат. грибов.

В результате проведенного лечения клиническое выздоровление наступило у 2-х больных через 2 недели, у 1-го – через 3 недели, а у остальных 37 чел. – через 4 недели мазевой терапии.

Лабораторно было установлено, что санация очагов поражения наступила у 36 больных (90%) уже после 1-й недели лечения.

Хорошая переносимость на протяжении всего срока мазевой терапии была у 39 чел. (97,5%). В ходе лечения у 1-го пациента (2,5%) наблюдался побочный эффект в виде контактного мазевоего дерматита, вызванного в нарушение инструкции чрезмерным и интенсивным втиранием мази. Временная замена мази на пасту Лассара и дополнительное назначение антигистаминных препаратов в этом случае позволило в течение нескольких дней ликвидировать нежелательные явления и вновь приступить к первоначальному лечению до полного выздоровления.

Таким образом, мазь хорошо переносится и является эффективным средством с выраженными антимикотическими и противовоспалительными свойствами.

Мазь может быть рекомендована для широкого внедрения в дерматологическую практику для наружного лечения паховой эпидермофитии.

## ФЛЮКОСТАТ В ЛЕЧЕНИИ ПОВЕРХНОСТНЫХ МИКОЗОВ

*Баткаев Э. А., Шапаренко М. В., Липова Л. В., Рюмин Д. В., Тогоева Л. Т., Мерцалова И. Б.*

*Кафедра дерматовенерологии с курсом лабораторной диагностики РМАПО  
Москва*

С целью изучения эффективности применения отечественного препарата флуконазола («флюкостат») в терапии микоза гладкой кожи мы наблюдали 12 больных руброфитией гладкой кожи в возрасте от 19 до 63 лет, среди них было 7 женщин и 5 мужчин. У троих больных была поражена только кожа стоп (межпальцевые складки, подошвы), у 9 больных в патологический процесс также была вовлечена кожа паховых складок. У всех больных отмечено нарушение потоотделения: у 10 больных наблюдался гипергидроз, у 2 – гипогидроз. У 3-х пациентов выявлено плоскостопие, у 2 – узкие межпальцевые промежутки. У 3 больных наблюдалась дисгидротическая форма руброфитии, у 5 – сквамозная форма микоза, у 4 – интертригинозная. Давность заболевания составила от 2 недель до нескольких лет. Пять больных одновременно страдали хронической экземой, один – псориазом, один –

красным плоским лишаем. Одна пациентка болела сахарным диабетом I типа. Только двое больных в прошлом для лечения руброфитии использовали антимикотические мази с переменным успехом. У всех больных при микроскопическом исследовании с очагов поражения обнаружен мицелий гриба. При бактериологическом исследовании у 7 больных получен рост *Trichophyton rubrum*.

Флуконазол назначали по 50 мг 1 раз в сутки в течение 14 дней в соответствии с инструкцией утвержденной Фармакологическим комитетом РФ (№ 2000/260/2 от 8 июня 2000 г.).

У всех больных руброфитией гладкой кожи и переносимость препарата была хорошей. Побочных явлений при приеме препарата у больных не отмечалось. У всех наблюдаемых пациентов с микозом гладкой кожи достигнуто клинико-этиологическое излечение.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗА СИСТЕМНЫМИ АНТИМИКОТИКАМИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*Быстрицкая Т. Ф., Гребенюк В. Н., Мокроусов М. С., Метлинова Е. В.*

*Кожно-венерологический клинический диспансер № 8  
Москва*

Под наблюдением находилось 75 больных онихомикозом старше 60 лет, получавших лечение итрако-

назолом («орунгал»), 51 чел.; тербинафином («ламинил»), 21 чел.; и тербинафином («экзифин»), 3 чел.

Итраконазол назначали 7-дневными циклами (0,2х2 раза в сутки) с последующими 3-недельными перерывами – в дозе 250 мг/сут. в течение 3 мес. Одновременно применяли послойное удаление ногтевых пластин (чистка) и аппликации фунгицидными препаратами («ламизил», «экзодерил», клотримазол).

У 4 больных, получавших орунгал, из-за обострения хронического соматического заболевания (ИБС, гипертоническая болезнь и др.) этот препарат был отменен, 2 больных прекратили прием орунгала из-за возникших диспептических расстройств. Переносимость тербинафина была удовлетворительной (только у одной больной после приема 14 таб. «ламизил» при появлении болей в эпи-

гастральной области препарат был отменен).

Отдаленные результаты оценивали в сроки: до 1 года – 7 чел., от 1 года до 3 лет – 39, больше 3 лет – 29 больных.

Из 51 больного, получившего по 3 цикла пульс-терапии итраконазолом, рецидив отмечен у 3 чел. В группе больных, пролеченных препаратом «ламизил», рецидивов не было. Из 3 пациентов, принявших «экзифин», терапевтический эффект достигнут у 2.

Таким образом, анализ полученных нами результатов позволяет заключить, что лицам пожилого возраста с отягощенным анамнезом при назначении системных антимикотиков, предпочтение следует отдавать тербинафину («ламизил»).

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОРУНГАЛОМ БОЛЬНЫХ РУБРОМИКОЗОМ СТОП

*Быстрицкая Т. Ф., Гребенюк В. Н., Метлинова Е. В., Мокроусов М. С.  
Кожно-венерологический клинический диспансер № 8  
Москва*

В течение 2-х лет нами проводилось наблюдение за больными рубромикозом стоп, принимавших итраконазол («орунгал») по схеме пульс-терапии (3 курса). Параллельно с приемом итраконазола всем больным проводилось наружное лечение ногтевых пластин (чистки, наружные антимикотические мази и растворы).

Под наблюдением находилось 55 чел., из них женщин – 33 чел., мужчин – 22 чел.

В возрасте 17–30 лет – 5 чел., 30–40 – 8 чел., 40–60 лет – 30 чел., 60–70 – 12 чел.

У большей части больных продолжительность заболевания была от 5 до 10 лет.

Через год после лечения отмечались следующие результаты: в возрастной группе от 60 до 70 лет у 6 человек был рецидив заболевания (остались поражен-

ными от 1 до 4 ногтевых пластин). Рецидив составил 50% от получавших препарат.

У больных от 40 до 60 лет рецидив отмечался у 6 человек (поражены от 1 до 4 ногтевых пластин), что составило 20% от пролеченных больных.

В возрастной группе от 30 до 40 лет рецидивов не было. В группе от 17 до 30 лет наблюдался 1 рецидив у мужчины 23 лет (1 ногтевая пластинка), что составляет 20% от пролеченных больных.

Полученные нами результаты, свидетельствуют о высокой эффективности итраконазола, что выразилось в излечении 76,4% больных. Рецидивы имели место преимущественно у больных пожилого возраста, что скорее всего связано с более длительным течением заболевания и наличия сопутствующей патологии (сосудистые и иммунные нарушения и др.).

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИЗОКОНАЗОЛА НИТРАТА В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ

*Богомолова Т. С., Медведева Т. В., Михайлова М. А.  
НИИ медицинской микологии имени П. Н. Кашкина  
Санкт-Петербургской МАПО  
194291, Санкт-Петербург, ул. Сантьяго-де-Куба, д. 1/28*

Наружная терапия дерматомикозов сопряжена с рядом трудностей, что обусловлено как наличием различных по свойствам видов грибов, так и многообразием локализаций патологического процесса.

Определенный интерес у клиницистов вызывают исследования чувствительности культур грибов к различным противогрибковым препаратам *in vitro*. Наиболее широко в наружном лечении дерматомикозов используются препараты азолового ряда – кетоконазол, миконазол, эконазол, бифоназол и т. д.

Целью данного исследования являлось определение чувствительности культур грибов к изокконазолу нитрату – основному действующему началу препаратов для наружного применения «травокорт» и «травоген».

При определении чувствительности культур грибов к различным противогрибковым препаратам была использована методика серийных разведений в жидкой среде Сабуро.

Исследовано 59 культур *Trichophyton rubrum* – наиболее часто встречающегося возбудителя дерматомикозов, выделенного из ногтевых и кожных чешуек. В 55 случаях, что составило 93%, была определена высокая чувствительность к изокконазолу и только в 4 случаях – минимальная фунгистатическая концентрация превышала 12,5 мкг/мл и оценивалась нами как низкая.

При исследовании 20 культур *Candida albicans*, выделенных из кожных чешуек пациентов с кандидным интертриго и паронихиями, в 18 случаях

чувствительность культур грибов к исоконазолу была оценена как высокая.

Полученные нами данные позволяют отнести

исоконазола нитрат к высокоэффективным противогрибковым средствам для наружного использования.

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ДИФЛЮКАН» В КОНСУЛЬТАТИВНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ КВКД № 1 КЗ Г. МОСКВЫ

*Богущ П. Г., Важбин Л. Б., Чистякова Т. В., Наджарян К. Т.  
КВКД № 1 КЗ г. Москвы  
Москва*

Под наблюдением врачей отделения находились 53 пациента, получавших флуконазол «дифлюкан» как в виде монотерапии в лечении генитального кандидоза, так и в составе комплексной терапии ИППП (урогенитальном хламидиозе, микоуреаплазмозе).

Из них: женщин – 33, мужчин – 20, давность заболевания от месяца до нескольких лет.

В виде монотерапии препарат получали 17 женщин с хроническим генитальным кандидозом (5 из них принимали дифлюкан по 150 мг однократно – у двоих – положительный эффект, троим понадобились повторные курсы (от 2-х до 4-х) перед менструальным кровотечением; остальные 12 женщин получали препарат по 50 мг х 1 раз в день от 7 до 14-ти дней со стойким положительным эффектом).

Также монотерапия флуконазолом проводилась у 15-ти мужчин. 14 из них страдали генитальным кандидозом (баланит, баланопостит) и получали флуконазол по 150 мг однократно. У 13 положительный эффект, одному пациенту потребовался недельный прием препарата по 50 мг х 1 раз в день для достижения эффекта. Еще один мужчина получал лечение по поводу кандидного баланопостита и кандидоза слизистой оболочки полости рта (после антибактериальной терапии по поводу фолликулярной ангины) по 50 мг ежедневно 10 дней с положительным эффектом.

В составе комплексной терапии при сочетанных ИППП флуконазол получали 27 пациентов (женщин – 23, мужчин – 4).

Из них:

- бактериальный вагиноз + генитальный кандидоз – 6;
- уrogenитальный хламидиоз + генитальный кандидоз – 9;
- уrogenитальный микоуреаплазмоз + гениталь-

ный кандидоз – 12.

7 пациентов получали флуконазол по 150 мг однократно – двоим из них понадобились повторные курсы (1 и 2 дополнительных курса), 20 пациентов принимали препарат по 50 мг ежедневно в течение курса антибактериальной терапии (от 7 до 14 дней) – в дальнейшем шестерым из них понадобились однократные дополнительные приемы по 150 мг с хорошим эффектом.

В состав комплексной терапии входили также хорошо зарекомендовавшие себя наружные антимикотические средства:

Кремы:

- клотримазол – «Pofla» (Польша), «Акрихин» (РФ)

- «тридерм» – «Shering-Plough» (США)

Вагинальные суппозитории:

- «канестен» – «Bayег» (Германия), «Egis» (Венгрия)

- «гино-дактарин» – Janssen-Cilag (Бельгия/Швейцария)

- «гино-певарил» – Janssen-Cilag (Бельгия/Швейцария).

Из 53-х больных, находившихся под наблюдением, 38 имели стойкий положительный эффект после 1 курса приема препарата.

14-ти пациентам понадобились повторные курсы, причем 10 из них страдали хроническим кандидозом и были вынуждены принимать антибактериальные препараты по поводу выявленных сопутствующих ИППП. Таким образом клинико-лабораторное наблюдение свидетельствует о высокой эффективности флуконазола, как в виде монотерапии, так и в составе комплексной терапии в сочетании с наружными антимикотическими средствами, а также для профилактики развития кандидоза.

### ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ КАНДИДОЗНЫХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ

*Бурова С. А.*

*Центр глубоких микозов  
Москва*

Здоровые женщины детородного возраста в 20 % являются кандиданосителями, в 75% женщин в течение жизни имеют хотя бы один эпизод «молочницы», 30-40% беременных страдают кандидным вульвовагинитом.

Мы наблюдали 148 пациенток в возрасте от 21 до 49 лет, страдающих острым (17,8%) и хроническим рецидивирующим кандидным вульвовагинитом (82,8%). Сопутствующие заболевания выявлены у 17 (11,9%) женщин, экстрагенитальная грибковая пато-



логия — у 48 (32,9%). *Candida albicans* выделены у 95,9% больных, *C. glabrata* — 2,7%, *C. tropicalis* — у 1,4%, среди них в 27,3% случаев отмечена микстинфекция.

Для лечения больных предпочли системный антимикотик флуконазол («дифлюкан») в дозе 150 мг, 1—3 приема с интервалом 3 дня. Флуконазол был хорошо совместим с другими лекарственными препаратами, в т. ч. и с оральными контрацептивами, не оказывал побочных действий, не изменял метаболизм тестостерона, прогестерона, эргостеронов, 79,6% его в

неизменном виде выделялось с мочой, через 6 часов после однократного приема 150 мг. Содержание флуконазола в тканях и секрете влагалища в 7 раз превышало его минимальную подавляющую концентрацию, что на 2-ой день приводило к купированию симптомов.

Эффективность лечения в группе неосложненных моногрибковых вульвовагинитов составила 90,2%, в группе тяжелых рецидивирующих микстинфекций генитального тракта — 66,7%.

---

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АКТИНОЛИЗАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ГРУДИНЫ И РЕБЕР

*Вишневский А. А., Головтеев В. В., Перепечин В. И.,  
Мацкевич Г. Н., Вишневская Г. А.*

*Институт хирургии имени А. В. Вишневского  
Москва, ул. Серпуховская, д. 27.*

Актинолизат как средство неспецифической терапии нашёл широкое применение в лечении различных гнойных заболеваний.

Мы располагаем опытом лечения 7 больных с хроническими остеомиелитами и хондритами рёбер и грудины. Во всех случаях, заболевания развились после аортокоронарного шунтирования. К нам больные поступали через 1-2 года после неэффективного лечения.

Из раны высеивались: золотистый стафилококк, эпидермальный стафилококк, гемолитический стрептококк.

У 3-х пациентов на фоне актинолизата прекратились гнойные выделения и свищи закрылись. Антибиотики эти больные не получали и в настоящее время они находятся на амбулаторном лечении. У четверых

пациентов в связи с острыми воспалительными проявлениями актинолизат применяли в сочетании с сульфадиметоксином, гентамицином, цефазолином, цефотаксимом.

Существенно, что уже к 3 инъекции актинолизата значительно уменьшались боли в ране, нормализовалась температура, через некоторое время больные начинали набирать вес.

Во время операции и в процессе наблюдения отмечено, что гнойный процесс локализуется и приобретает доброкачественное течение.

Полученный первый опыт свидетельствует о том, что актинолизат, как средство неспецифической терапии повышает сопротивляемость организма и позволяет повысить эффективность лечения хронических остеомиелитов и хондритов грудины и рёбер.

---

## ОБОСНОВАНИЕ ПОКАЗАНИЙ И МЕТОДИКИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВОВ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

*Дюдюн А. Д., Полион Н. Н.*

*Днепропетровская государственная медицинская академия,  
кафедра дерматовенерологии  
Украина, Днепропетровск, ул. Байкальская, д. 9-а*

Актуальность проблемы урогенитального кандидоза (УГК) состоит в чрезвычайно широкой распространенности среди населения репродуктивного возраста и развитии различных осложнений, включая, аутоиммунные процессы. Особенности урогенитального кандидоза на современном этапе характеризуются длительным хроническим рецидивирующим течением процесса с многоочаговостью поражения и высокой торпидностью к проводимой терапии. Мы попытались проанализировать причины рецидивов урогенитального кандидоза и разработать комплексное лечение их. Под нашим наблюдением находилось 75 женщин с рецидивом УГК в возрасте 18-48 лет. Исследование микробиоценоза урогенитального тракта позволило выявить у 90% больных с рецидивами УГК микстинфекцию. У 61,3% пациентов обнаружено сочетание

кандида и хламидийной инфекций. Выявлено нарушение у них обменных процессов, количественные и качественные изменения гуморального и клеточного звеньев иммунитета, снижение активности дезинтоксикационно-антиоксидантных систем. Со стороны ЖКТ установлено нарушение кислотообразующей и всасывающей функций на фоне дисбактериоза кишечника. С учетом выявленных нарушений, больным с рецидивами УГК в комплексное лечение включали в общепринятых дозах этиотропный препарат орунгал, а также патогенетические препараты Л. ацидофилюс, «амизон», «циклоферон», «аэровит», «силибор», «фламин» в различных комбинациях. Проводили лечение сопутствующей инфекции. Местное лечение включало введение вагинальных суппозиторий на основе твердый жир и полиэтиленоксид (9:1) с нитроксили-

ном, хинольдоном, мебетизолом. Ближайшие и отдаленные результаты показали высокую эффективность

и хорошую переносимость предложенной методики лечения рецидивов УГК.

### ВЛИЯНИЕ ЛАКТОБАЦИЛЛ НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ *CANDIDA ALBICANS* К АНТИМИКОТИКАМ

**Ермоленко Е. И., Ждан-Пушкина С. Х., Тец В. В.**  
Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет имени И. П. Павлова  
Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6/8

Лечение кандидозов в настоящее время становится все более актуальной проблемой в связи с увеличением заболеваемости микозами и распространенности антибиотикоустойчивых штаммов *Candida spp.* Ранее было показано, что при определенных условиях *Lactobacillus spp.* оказывают фунгистатическое и даже фунгицидное действие на грибы рода *Candida*. Целью настоящей работы явилось изучение чувствительности *C. albicans* к противогрибковым препаратам при их культивировании отдельно и в присутствии лактобацилл в двухслойном агаре.

Для работы использовали штамм *Candida albicans* ВКПП 401 (NCTC 885-653), серотип А и штамм *Lactobacillus plantarum* 8А-РЗ. Исследования проводились модифицированным нами методом «двухслойного агара». Лактобациллы в различных концентрациях ( $10^5$  или  $10^8$  КОЕ на 1 мл) помещали в нижний слой агара (МРС5). На поверхность верхнего слоя, образованного средой Сабуро, после инкубации чашек с *L. plantarum* в течение 2 или 24 часов засеивали грибы в концентрации  $10^5$  или  $10^7$  КОЕ на 1 мл и сверху помещали диски с амфотерицином В, нистатином или клотримазолом. Контролем служили варианты опыта, в которых нижний слой агара не содержал лактобацилл.

При испытании в стандартных условиях диско-диффузионным методом на среде Сабуро и двухслойном

агаре показано, что исследованная культура грибов устойчива к действию амфотерицина В и нистатина и чувствительна к клотримазолу. Зоны задержки роста мало изменялись (на 1-3мм) при различных засевных дозах грибов.

При культивировании грибов, засеянных на поверхность двухслойного агара, содержащего *L. plantarum*, *C. albicans* вырастали, образуя большие по сравнению с контрольными пробами зоны задержки роста вокруг дисков с амфотерицином и клотримазолом, практически не изменяя их вокруг дисков с нистатином. По общепринятым критериям оценки чувствительности диско-диффузионным методом грибы под влиянием лактобацилл приобретали чувствительность к амфотерицину и сохраняли ее к клотримазолу и оставались устойчивыми к нистатину. Зона задержки роста к амфотерицину возрастала на 2-6 мм, к клотримазолу эта величина увеличивалась в значительно большей степени, на 5- 18 мм. Данные тенденции проявлялись особенно ярко при использовании больших концентраций лактобацилл и при увеличении срока их предварительной инкубации до засева *C. albicans*.

Таким образом, показана возможность потенцирования действия отдельных противогрибковых препаратов лактобациллами, являющимися представителями нормальной микрофлоры человека или входящими в состав пробиотиков.

### ЦИКЛОФЕРОН КАК ИММУНОМОДУЛЯТОР В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

**Федотов В. П., Кущинский М. Г., Мельникова С. К.**  
Днепропетровская государственная медицинская академия  
Украина, 49044, Днепропетровск, Ул. Дзержинского, д. 9

Сегодня оппортунистические микозы занимают особое место в структуре инфектологического профиля и служат объектом пристального внимания ряда специалистов многих смежных дисциплин.

Обследовано 89 больных хроническим рецидивирующим кандидозом гениталий с длительностью патологического процесса более двух лет, с поражениями кожи крупных складок, слизистых оболочек полости рта и прямой кишки, наличием левуридов. Отмечены положительные кожные реакции ГЗТ, ГНТ, проба с ДНХБ. Зарегистрированы достоверное сни-

жение содержания  $CD_3^+$ ,  $CD_4^+$ ,  $CD_8^+$  лимфоцитов, IgA, увеличение специфических ЦИК, значений НСТ-теста и  $CD_{25}^+$  лимфоцитов в сыворотке крови. Цервика-вагинальные смывы характеризовались повышенной концентрацией цитокинов Th1-типа (IL-2, IL-12, г-интерферон) и гистамина.

Назначали стандартные этиопатогенетические препараты в различных комбинациях и традиционных дозировках. С целью коррекции иммунного статуса назначали 12,5% водный раствор циклоферона по 2,0 мл внутримышечно один раз в день на 1,2,4,6,8,11,14,17,20 и 23 сутки; натрия нуклеинат по

1,5 г один раз в сутки в течение 21 дня; рибоксин по 0,2 г 3 раза в день, 30 дней. Наряду с этим проводились интравагинальные и внутриуретральные инстилляции линимента циклоферона 5% по 5 мл ежедневно в течение 10 дней.

Использование циклоферона для достижения разноуровневых иммуномодулирующих эффектов

способствует сокращению сроков нормализации клинико-иммунологических показателей и восстановлению локальных клеточных иммунных реакций (местный иммунитет), что свидетельствует о целесообразности сочетанного применения разных лекарственных форм препарата в терапии хронических и рецидивирующих форм кандидоза.

---

### **БИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ, МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ, ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ 5% МЕБЕТИЗОЛОВОЙ МАЗИ В ТЕРАПИИ МИКОЗОВ СТОП**

*Головкин В. А., Гладышев В. В., Дюдюн А. Д.*

*Днепропетровская государственная медицинская академия,  
кафедра дерматовенерологии  
Украина, г. Днепропетровск, ул. Байкальская, д. 9-а*

Мебетизол (2-меркаптобензотриазол) обладает слабой связываемостью с белками и в оптимальной концентрации в мази на разработанных нами носителях обладал высокой, в сравнении с общепринятыми противогрибковыми наружными средствами, ингибирующей активностью в отношении дерматомицетов и дрожжеподобных организмов. Мазь мебетизоловая 5% не обладала местно-раздражающим, алергизирующим действием, острой и хронической токсичностью, давала высокий терапевтический эффект при

микозе, вызванном красным трихофитом у морских свинок при отсутствии осложнений или рецидивов инфекции. Мазь мебетизоловая 5% утверждена Фармакологическим комитетом для медицинского применения у взрослых в качестве противогрибкового средства для лечения микозов стоп. Лечение 150 больных руброфитией мебетизоловой мазью 5% позволила получить благоприятные клинические ближайшие результаты, при отсутствии осложнений и непереносимости препарата.

---

### **ЛАМИЗИЛ-МАГНИТОФОРЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ**

*Грашкин В. А., Кочетов С. Ю., Шерстобитова Л. А., Подгорная Р. В.*

*Городской кожно-венерологический диспансер  
Энгельс, ул. Колотилова, д. 50*

*Областной кожно-венерологический диспансер  
Саратов*

Под нашим наблюдением с 1996 по 2001 годы находились 122 больных онихомикозами (мужчин – 79, женщин – 43), возрасте от 30 лет до 64 лет, с длительностью заболевания от 6 месяцев до 10 и более лет. Фоновая патология отмечена у 76% больных, в том числе: патология желудочно-кишечного тракта у 25%, эндокринные нарушения (сахарный диабет) у 15%. Поражение ногтей стоп наблюдалось у всех 122 больных. Во всех случаях причиной онихомикоза были дерматофиты. Дистально-латеральная подногтевая форма заболевания выявлена у 80, проксимальная подногтевая у 13, тотальная дистрофическая у 29 больных. Диагноз грибковой инфекции у всех больных был подтвержден микроскопическим и культуральным исследованием.

Назначался системный антимикотик тербинафин «ламизил» с локальным магнитофорезом препарата. Больные основной группы (61 человек) получали тербинафин по 250 мг 1 раз в сутки ежедневно в течение 12 недель и тербинафин-магнитофорез на зону матрикса измененных ногтей в первые три недели лечения.

Больным группы сравнения (61 человек) проводилась монотерапия тербинафином по стандартной схеме. Сравнительный анализ полученных результатов через 12 и 16 недель после окончания курса приема тербинафина показал наибольшее (92% и 98%) число случаев клинико-микологического выздоровления у больных основной группы. Отмечено улучшение трофики, стимулирование регенеративных процессов. В группе сравнения показатель клинико-микологического выздоровления был ниже, составляя соответственно 87% и 88%. Побочных действий и осложнений не отмечено. Отдаленные результаты в течение 48 недель после лечения рецидива не выявили.

Таким образом способ лечения онихомикозов тербинафин-магнитофорезом улучшает трофику, регенерацию тканей, устраняя воспалительную реакцию и микогенную сенсibilизацию, значительно повышает показатели клинического и микологического выздоровления в сравнении с системной антимикотической монотерапией.

## ОРУНГАЛ В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

**Грашкин В. А., Кочетов С. Ю., Шерстобитова Л. А., Подгорная Р. В.**  
Городской кожно-венерологический диспансер  
Энгельс, ул. Колотилова, д. 50

Областной кожно-венерологический диспансер  
Саратов

В последнее десятилетие все большее внимание уделяется проблеме кандидозов, актуальность которой обусловлена продолжающимся ростом заболеваемости во всем мире. Одной из наиболее частых причин обращения больных в дерматовенерологические учреждения является урогенитальный кандидоз.

Изучена терапевтическая эффективность итраконазола («орунгал») при урогенитальной кандидной инфекции у мужчин и женщин.

Под наблюдением находилось 79 больных (55 мужчин, 24 женщины), в возрасте от 18 до 40 лет. Диагноз кандидоза (уретрит, вульвовагинит, кольпит, баланопостит), клиническая картина которого характеризовалась гиперемией, отеком слизистых оболочек, белесоватым налетом, подтверждался микроскопическим обнаружением в соскобах из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища *C. albicans*. Давность заболевания составляла от 2 месяцев до 1,5 и более лет.

У 20% пациентов выявлена фоновая патология (заболевания желудочно-кишечного тракта) и факторы риска у 70% (длительное применение антибактериальных препаратов, стероидов и др.). Как известно, желудочно-кишечный тракт является экологической нишей для колонизации мочеполювых органов эндо-

генными штаммами грибов, что способствует возникновению рецидивов урогенитального кандидоза. В связи с этим необходимо назначение терапии, включающей антимикотики системного действия и патогенетические средства. Большинство больных ранее получали разнообразную местную терапию антимикотиками с временным улучшением.

Итраконазол назначали перорально в дозе 200 мг в сутки в течение 2-3 недель с учетом динамики клинических проявлений.

В результате проведенной терапии полное клинико-этиологическое излечение отмечено через 14 дней у 73 больных (92,4%), через 21-30 дней у 79 больных (100%).

Эффективность проводимого лечения оценивалась на основании клинико-лабораторного обследования через 7, 14, 21-30 дней после окончания курса лечения, затем ежемесячно в течение 6 – 12 месяцев.

В процессе последующего клинико-лабораторного наблюдения в течение 6 – 12 месяцев рецидивов заболевания не было выявлено.

Таким образом, итраконазол является высокоэффективным антимикотическим препаратом в лечении урогенитального кандидоза, включая состояния осложненные фоновой патологией со стороны желудочно-кишечного тракта.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРУНГАЛА В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ

**Грашкин В. А., Кочетов С. Ю., Астафьева Л. Т., Шерстобитова Л. А., Подгорная Р. В.**  
Городской кожно-венерологический диспансер  
Энгельс, ул. Колотилова, д. 50

Областной кожно-венерологический диспансер  
Саратов

Под нашим наблюдением с 1996 по 2001 год находилось 253 больных онихомикозами (мужчин 122, женщин 131), в возрасте от 15 до 65 лет, с длительностью заболевания от полугода до 10 и более лет. Фоновыми заболеваниями чаще всего были патология желудочно-кишечного тракта у 32%, эндокринные нарушения, в том числе сахарный диабет, у 19%, очаги хронической инфекции у 15%, заболевания сосудов у 21%.

Констатировано множественное поражение ногтевых пластинок у всех пациентов, в том числе у 33% с вовлечением пальцев кистей. Дистально-латеральная подногтевая форма онихомикоза выявлена у 160, тотальная дистрофическая у 93 больных.

Диагноз грибковой инфекции был подтвержден микроскопическим и культуральным исследованием.

В 79% случаев онихомикоз был обусловлен дерматофитами, в 16,3% – дрожжеподобными грибами рода

*Candida* и в 4,7% – плесневыми грибами. Из дерматофитов основной возбудитель при онихомикозе стоп и кистей – *T. rubrum* в 94%, у 6% – *T. interdigitale*.

Итраконазол («орунгал») назначался в режиме пульс-терапии по 200 мг 2 раза в день после еды в течение 7 дней каждого месяца двумя курсами при онихомикозах кистей, тремя курсами при онихомикозах стоп. Восемью больным с тотальным онихомикозом проведен 4 курс.

Учитывая наличие фоновой патологии применялись патогенетические средства (иммунокорректирующие, сосудорасширяющие, гепатопротекторы, витамины).

Анализ полученных результатов через 24 и 36 недель после начала лечения показал клинико-микологическое выздоровление у 91,5% и 97% пациентов соответственно. Отдаленные наблюдения в течение 24 месяцев рецидива онихомикоза не выявили.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ ЛАМИЗИЛОМ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ****Зуев А. В.***Сибирский государственный медицинский университет  
634050, Томск, Московский тракт, д. 6/1*

Онихомикозы, обусловленные дерматофитами, особенно *Trichophyton rubrum*, являются наиболее устойчивыми к проводимой терапии заболеваниями в дерматологии. При использовании многочисленных традиционных наружных и системных методов терапии эффект последней остается достаточно низкими. При псориазической болезни происходит изменение и деструкция ногтевых пластинок. Распространенность онихомикозов, в том числе и у больных псориазом, их клиническое сходство, требуют дифференцированного подхода к лечению обоих заболеваний. Одним из современных антимикотиков системного действия, испытанных при лечении больных онихомикозами ногтей пальцев стоп и кистей, является тербинафин («ламинил»). Он позволяет значительно упростить методы лечения микозов, получить высокий процент излеченности (до 90% и выше).

В наших исследованиях мы провели оценку эффективности и переносимости ламизила при лечении онихомикозов в сочетании с псориазической поражением ногтей. Грибковое поражение ногтей подтверждалось на основании клинических и лабораторных (микроскопических) данных.

Под наблюдением находилось 74 больных онихомикозом в сочетании с псориазом ногтей (40 мужчин и 34 женщины) в возрасте от 22 до 57 лет. Из них: 22–30 лет – 20 (27,0%) больных, 30–40 лет – 26 (35,1%) больных, 40–50 лет – 16 (21,6%) больных, 50–57 лет – 12 (16,3%) больных. У 64 (86,5%)

больных отмечен онихомикоз стоп, у 10 (13,5%) пациентов наблюдалось сочетанное поражение стоп и кистей. Поражение 1–2 ногтевых пластинок у 24 (32,5%), свыше 5 ногтевых пластинок у 42 (56,8%) больных. Таким образом, у большинства больных (89,2%) преобладали множественные поражения ногтей. Был выражен подногтевой гиперкератоз и большая часть ногтевых пластинок имела тотальное поражение. У 64 (86,5%) больных отмечался вульгарный псориаз, причем у 54 (84,3%) из них – распространенная форма. Псориазическая эритродермия наблюдалась у 10 (13,5%) пациентов, из них – у 6 больных в сочетании с артропатией. Тербинафин назначался следующим образом: 58 больным в течение 12 недель, 16 пациентам – 16 недель.

При тщательном микроскопическом исследовании через 3 месяца после окончания лечения элементы гриба были обнаружены только у 4 (5,4%) больных. Клинически измененные ногтевые пластинки сохранялись у 52 (70,3%) пациентов, что было обусловлено псориазическим процессом. При приеме тербинафина побочные явления наблюдались в виде диспептических расстройств лишь у 3 (4,1%) пациентов.

Лабораторное подтверждение выздоровления от микоза было получено у 94,6% пациентов. Это позволяет рекомендовать более тщательно обследовать больных псориазом с изменением ногтей на онихомикоз и при подтверждении последнего проводить лечение тербинафином.

---

**ЛАМИЗИЛ В ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ****Хисматуллина З. Р., Гафаров М. М., Уразмин Н. У.,  
Султанова З. З., Шахмаметова С. Р., Гафаров Т. У.***Кафедра дерматовенерологии БГМУ,  
Городской кожно-венерологический диспансер  
450000, Уфа, ул. Ленина, д. 3*

Под нашим наблюдением находилось 28 пациентов в возрасте от 25 до 56 лет, среди них 10 женщин и 18 мужчин. У всех больных диагноз был подтвержден микроскопически и культурально.

Тербинафин («ламинил») назначался больным по 250 мг в день во время еды. При онихомикозах кистей (25% больных) препарат назначали в течение 7 нед., а при онихомикозах стоп и кистей (75% больных) – в течение 12 нед. Наружное лечение (кератолитические средства) получили 18 больных, у которых имелось тотальное поражение ногтевых пластинок.

Наблюдение за больными проводилось ежемесячно с оценкой клинических, микроскопических и культуральных результатов в течение 12 мес. после специфического лечения.

Восстановление нормального цвета ногтевых пластинок у больных с онихомикозом кистей отмечалось через 8–9 нед. Через 12–14 нед. ногтевые пластинки кистей восстанавливались полностью. Рост здоровых ногтевых пластинок на пальцах стоп (3/4 площади) отмечался через 3 мес., полное восстановление наблюдалось через 6 месяцев.

## ДИФЛЮКАН В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

*Хисматуллина З. Р., Мухаммадеев Р. Х.,  
Калмыкова Т. Д., Дунаева Н. А., Гафаров Т. У.*

*Кафедра дерматовенерологии БГМУ  
Республиканский кожно-венерологический диспансер  
450000, Уфа, ул. Союзная, д. 37*

Проблема совершенствования лечения заболеваний, обусловленных условно-патогенными микроорганизмами, в том числе дрожжеподобными грибами рода *Candida*, не потеряла своей актуальности.

В клинической практике для лечения кандидоза кожи и слизистых оболочек, в настоящее время используется целый арсенал эффективных антимикотических средств. Однако некоторые из них имеют достаточно узкий спектр активности, а другие оказались высоко токсичными, требующими постоянного квалифицированного контроля за состоянием больного на протяжении всего периода лечения.

Под нашим наблюдением находилось 15 женщин с клиническими проявлениями кандидного вуль-

вовагинита и 10 мужчин, страдающих кандидным баланопоститом. Диагноз был подтвержден путём микроскопии и культивирования материала.

Клиническое улучшение у всех больных с поражением слизистой гениталий, получавших флуконазол («дифлюкан») в дозе 150 мг однократно, наблюдалось на вторые-третьи сутки (исчезали ощущение дискомфорта и явления зуда). Микологическое обследование на пятые сутки после приёма препарата подтвердило полное излечение 13 больных. У двух больных наблюдался рецидив кандидного баланопостита течение 3-6 месяцев после проведённой терапии ввиду отсутствия лечения половых партнёров. Переносимость препарата была хорошей у всех больных.

## ЭКЗИФИН В СОЧЕТАНИИ С БИФОСИНОМ В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ

*Капулер О. М., Гафаров М. М., Латыпов Б. Г.,  
Кураמיшина Е. Р., Султанова З. З.*

*Кафедра дермато-венерологии БГМУ  
Республиканский кожно-венерологический диспансер  
450000, Уфа, ул. Союзная, д. 37*

Тербинафин («экзифин») – системный противогрибковый препарат, относится к классу аллиламинов, бифосин – антимикотик наружного применения, активен в отношении грибов родов *Trichophyton*, *Microsporium*, *Epidermophyton*, *Aspergillus*, *Candida albicans*, а также – коринебактерий, глубоко проникает в кожу, сохраняя высокие концентрации в течение 48 – 72 часов, что позволяет применять его 1 раз в сутки.

Целью исследования явилась оценка качества лечения онихомикозов тербинафином в сочетании с препаратом наружного действия – бифосином.

На лечении находилось 67 больных онихомикозами стоп и кистей. Из них мужчин – 39, женщин – 28, в возрасте от 17 лет до 64 лет. Изменение ногтей стоп было у 65, сочетанное грибковое поражение ногтей стоп и кистей у 23 больных. Краевое поражение ногтей было у 27, боковое у 3, смешанное у 37 больных. Площадь поражения ногтей составляла от 22 % до 78 % от общей площади. Давность заболевания была от 1,2 года до 15 лет.

Тербинафин назначали по 250 мг/сутки в комплексе с йодантипирином, поливитаминами, гепатопротекторами. Препараты, улучшающие микроциркуляцию конечностей добавляли лицам с онихомикозами стоп. Для наружного лечения использовали ванночки с хлорексидином, а также препарат бифосин.

При наличии экссудативных форм микотического поражения лечение начинали с применения раствора, после стихания острых воспалительных явлений продолжали лечение кремом, затем для профилактики рекомендовали использование присыпки бифосина. Продолжительность лечения составила 3 месяца у 57 больных, 4 месяца у 7 больных, 6 месяцев у 3 больных (с субтотальным поражением ногтей стоп).

Этиологическое излечение достигнуто у 50 больных, отмечено значительное улучшение у 11 больных (отрастание более 50 % площади здорового ногтя). Появление здоровых ногтей от матрикса на 2-3 мм отмечается у 6 пациентов.

Все больные прием препаратов переносили хорошо. Только у 2 больного отмечались головокружение, неприятные ощущения в области печени, желудка. Назначение симптоматического лечения (ферменты, энтеросорбенты) позволило продолжить курс лечения. Случаев рецидива при сроке наблюдения до 1 года не было.

Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют о том, что тербинафин в сочетании с бифосином, являются высокоэффективными и безопасными противогрибковыми препаратами, при использовании которых, у всех больных онихомикозами был достигнут хороший клинический результат.

## ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОМИКОЗОВ

Коломиец Н. Э., Мальцева О. А., Дмитрук С. Е.  
Сибирский государственный медицинский университет  
634034, Томск, Московский тракт, д. 2/7

Грибковые заболевания относятся к числу широко распространенных. Только в России 10 млн. человек страдают такой разновидностью грибковых заболеваний, как микозы стоп, и нельзя не отметить, что это очень деятельная категория людей, ведущих активный образ жизни, что в свою очередь не может не способствовать дальнейшему распространению грибковой инфекции. К тому же микозы стоп и ногтей являются не только проблемой косметической: очень часто они сопровождаются болевыми ощущениями, дискомфортом при ходьбе, осложняются аллергическими процессами, присоединением вторичной инфекции, а при обострении процесса приводят к длительной потере трудоспособности.

Таким образом, проблема микотических поражений является частью общей медицинской, социальной, косметической проблемы, от решения которой зависит здоровье огромного числа населения.

Фармацевтический рынок применяемых в настоящее время противогрибковых средств почти полностью представлен продуктами химического и природного синтеза, для которых характерны индивидуальная непереносимость, противопоказания, побочные явления, высокая цена. В настоящее время на вооружении дерматологов имеется достаточно широкий выбор средств для лечения грибковых поражений кожи и ее придатков (около 50 наименований), но даже широко разрекламированные препараты не лишены указанных недостатков, а для проявления выраженного терапевтического действия требуется не менее 3 месяцев. Но самое главное, что вследствие высокой цены они мало доступны в России основным социальным группам, страдающим грибковыми заболеваниями.

К сожалению, у подавляющего большинства специалистов-микологов сложилось достаточно прочное

убеждение о том, что в лечении микозов природные биологически активные вещества не эффективны. Данное заключение, успешный опыт народной медицины и послужили основанием для проведения комплексных исследований, с целью получения ответов на многие вопросы, связанные с фитотерапией грибковой патологии.

Объектами исследования послужили около 229 растений флоры Сибири. С целью оценки антигрибковой активности из них были получены суммарные комплексы с использованием различных экстрагентов, таких как этиловый спирт различной концентрации, органические растворители, вода. Противогрибковые свойства полученных экстрактов определяли *in vitro* по методике С. А. Вичкановой. В качестве тест-культур использовали штаммы *Aspergillus niger* 163/3685, *Candida albicans* 4337, *Trichophyton rubrum* – 248/700, *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale* ВКПГ – 268, *Microsporum canis* – ВКПГ – 326/316.

В результате выполненных экспериментов было установлено, что наиболее высокий уровень ингибции 1,9–31,3 мкг/мл, в отношении поверхностных дерматофитов (*Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton rubrum*, *Microsporum canis*) находящийся на уровне препаратов сравнения (нистатин, гризеофульвин, сангвиритрин) показали водные, водно-спиртовые, уксусные экстракты из травы черноголовки обыкновенной, чистотела, тмина, девясила высокого, яснотки белой, лихниса халцедонского, растений рода хвощ и травы ряски малой, торфа и сапропелей.

На основании полученных экспериментальных данных можно утверждать, что фитотерапия вполне эффективно может быть использована как альтернативный метод профилактики и лечения начальных стадий трихофитии и микроспории.

## ПРИМЕНЕНИЕ ШАМПУНЯ НИЗОРАЛ В ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ

Короткий Н. Г., Шарова Н. М., Аветисян Г. А.,  
Тихомиров А. А., Таганов А. В.

Кафедра кожных и венерических болезней педиатрического факультета  
РГМУ, РДКБ Москва

Проблема облысения в настоящее время является актуальной проблемой детской дерматологии. Особенно важное социально-психологическое значение она приобретает у детей в подростковый и юношеский период, снижая социально-адаптивные возможности и качество жизни.

Предрасполагающими причинами облысения являются себорея, акне и др. В возникновении себореи, акне, себорейного дерматита выявлена роль микотической инфекции. Сапрофитирующая дрожжеподобная флора, в частности, *Pityrosporum ovale*,

*Pityrosporum orbiculare*, *Malassezia furfur*, при развитии гиперсекреции сальных желез, при эндокринопатии, недостаточности секреции панкреатических ферментов, дисбактериозе, становится патогенной и может являться причиной развития себорейных признаков. Эти возбудители вырабатывают липазу, активизируют комплемент, вызывают воспаление и усиливают десквамацию волосяного фолликула, что приводит к его «закупорке» роговыми массами и растущий волос не в состоянии пробиться на поверхность. Все это необходимо учитывать

при выборе тактики лечения больных различными формами алопеции.

Под нашим наблюдением находилось 46 детей с очаговой алопецией в возрасте от 9 до 16 лет, в комплексную терапию которых включали шампунь с кетоконазолом «низорал». Первые три дня подряд, затем два раза в неделю. Наши наблюдения показали, что применение шампуня «низорал» повышает эффективность лечения, в том числе использование традиционных наружных средств. Дальнейший анализ показал, что в группе больных, которым применялся «низорал», у 81,3% пациентов положительный эффект от проводимой терапии отмечен в более ранние сро-

ки, чем в группе сравнения. Пациенты группы сравнения соответствовали по возрастным и клиническим критериям группе наблюдения, но не получали в комплексной терапии шампунь «низорал». В среднем через 12 недель у больных, которые применяли шампунь «низорал», отмечен рост терминальных волос в очагах поражения, что подтверждает обоснованность использования этого средства при очаговой алопеции в данной возрастной группе больных.

По нашему мнению, независимо от возможных или вероятных причин алопеции, больным подросткового возраста и взрослым необходимо включать в комплекс терапевтических мер шампунь «низорал».

### ПРИМЕНЕНИЕ ЛАМИЗИЛА В ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Короткий Н. Г., Тихомиров А. А., Таганов А. В.*

*Кафедра кожных и венерических болезней педиатрического факультета РГМУ  
Москва*

В последнее время отмечается повышенный интерес к антимикотическим препаратам с широким спектром действия, что связано с резким увеличением заболеваемости тяжелыми, резистентными к традиционному лечению формами различных грибковых поражений у детей. В связи с этим, основными требованиями, предъявляемыми к системным антимикотикам являются кератинотропность, высокий процент излечения, пролонгированные ремиссии, хорошая переносимость препарата, минимальные побочные явления. Всем этим требованиям в полной мере соответствует современный антимикотик тербинафин («ламизил») выпускаемый швейцарской фармацевтической компанией «Новартис», что позволяет его считать наиболее адаптированным противогрибковым препаратом для применения в детской практике.

Под нашим наблюдением находился 31 пациент в возрасте от 3-х до 15 лет. Микроспория волосистой части головы была диагностирована у 21 ребенка, кандидоз крупных складок у 7 детей, рубромикоз стоп у 4 больных. Основанием для назначения тербинафина внутрь в наблюдаемых нами случаях явилось отсутствие терапевтического эффекта от применения повторных курсов традиционного системного лечения (гризеофульвина, нистатина или леворина) в сочетании

с наружной терапией клотримазолом, «низоралом», «батрафеном» и т. д.

Суточная дозировка тербинафина у больных с массой тела от 20 до 40 кг составляла 187 мг, а у больных с массой тела более 40 кг – 250 мг в сутки. Продолжительность лечения тербинафином в зависимости от диагноза варьировала от 4 до 12 недель. С целью контроля за переносимостью препарата всем больным до начала лечения, в процессе лечения (1 раз в неделю) и после его окончания проводили клинические анализы крови, мочи, кала.

У всех наблюдаемых нами больных после лечения тербинафином было отмечено полное клиническое и микологическое излечение. Переносимость препарата расценена нами как хорошая. Случаев развития побочных реакций нами не было отмечено. Последующее наблюдение за данными детьми в течение 6–12 месяцев случаев рецидива грибковой инфекции не выявило.

Таким образом, эффективность применения тербинафина при кандидозе, микроспории волосистой части головы и рубромикозе у детей продемонстрирована по таким параметрам как, микологическое излечение, стойкий продолжительный терапевтический эффект и отсутствие побочных реакций и осложнений.

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАМИЗИЛА В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКРОСПОРИИ

*Корсунская И. М.*

*Российская Медицинская Академия Последипломного Образования,  
курс детской дерматовенерологии при кафедре детских инфекционных болезней  
Москва, ул. Баррикадная, д. 2*

В нашей практике тербинафин («ламизил») применялся у 67 детей в стационаре и амбулаторно. У 34 пациентов очаги микроспории были на волосистой части головы, у 33 были поражены пушковые волосы в очагах на гладкой коже. Диагноз был подтвержден при микроскопическом и люминесцентном обследовании.

Препарат назначался в зависимости от веса ребенка и в соответствии с рекомендацией компании-производителя, в зависимости от распространения поражения в среднем 125 мг на прием 1 раз в сутки. Лечение сроком 28 дней получило 26 детей обеими формами. Срок 35 дней – 5 детей и сроком 42 дня – 5



детей с поражением длинных волос. 24 ребенка с поражением пушковых волос получали лечение от 14 до 21 дня, 8 детей с множественными очагами получали лечение 28 дней. У 12 пациентов после лечения ламизилом отмечалось свечение волос под люминесцентной лампой через 21–28 дней, но произведенный посев на твердую среду Сабуро роста колоний гриба не дал.

Всем пациентам в процессе лечения тербинафином проводился 1 раз в десять дней общий анализ крови и мочи. Патологии в них выявлено не было. Кроме того, было сделано биохимическое исследова-

ние крови в начале и конце лечения. Изменений в показателях не наблюдалось.

Клиническое и микологическое излечение наступило у 92,1% больных. Таким образом на основании полученных результатов можно сделать вывод, что тербинафин является высоко эффективным препаратом в лечении микроспории с поражением волос в относительно короткие сроки 4–6 недель. При назначении препарата не обязательно назначать местную терапию, что удобно в амбулаторных условиях. Нами также отмечалась хорошая переносимость препарата и отсутствие побочных эффектов.

---

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗОВ СТОП МЕТОДОМ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ОРУНГАЛОМ В СОЧЕТАНИИ С МЕСТНОЙ ТЕРАПИЕЙ И АДАПТОГЕНАМИ

*Котов А. В.*

На протяжении 2000–2001 гг. проводилось лечение и динамическое наблюдение пациентов, страдающих онихомикозом стоп с различной степенью поражения ногтевых пластинок.

Лечение проводилось методом пульс-терапии итраконазолом («орунгал») в сочетании с местной терапией и адаптогенами (иммунал, «мезим-форте»). Перед назначением орунгала проводилось обследование пациентов: исследовалась функция печени, общие анализы крови и мочи. Диагноз онихомикоза подтвержден микроскопически у всех пациентов. Под наблюдением находилось 70 человек (36 мужчин, 34 женщины), в возрасте от 32 до 65 лет. 80% пациентов имели поражение ногтевых пластинок больших пальцев стоп, 20% регистрировали поражения II, III, IV, V пальцев в различных вариациях. Клинически выявились характерные для онихо-

микоза признаки: желтизна ногтевых пластинок, утолщения, подногтевой гиперкератоз, крошение свободного края. В процессе терапии отмечено два случая отека нижних конечностей после приема 4-рех капсул итраконазола.

На протяжении 1 года 2 месяцев пациенты находились под наблюдением и посещением врача 1 раз в месяц, используя крем низорал на очищенное ногтевое ложе 1 раз в день вплоть до отрастания здоровых ногтевых пластин. По прошествии времени от 9 мес. до 1 года 2 мес. ногтевые пластины стоп полностью регенерировали у всех пациентов, случаев рецидива не отмечалось, 2 случая реинфекции имели место. Таким образом, можно констатировать высокую эффективность итраконазола в сочетании с местной терапией и адаптогенами, примененного по схеме пульс-терапии.

---

### НОВАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ СКВАМОЗНО-ГИПЕРКЕРАТОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ РУБРОМИКОЗА СТОП

*Курилкина В. Н., Альбанова В. И.*

*Научный дерматологический центр «Ретиноиды»  
Москва*

Лечение сквамозно-гиперкератотической формы руброфитии часто представляет собой трудную задачу, поскольку успех терапии во многом зависит от полноты проникновения противогрибкового препарата в эпидермис. При значительно выраженном гиперкератозе противогрибковые препараты не могут достаточно глубоко проникнуть в роговой слой в очагах поражения. В связи с этим обычная тактика лечения предполагает вначале проведение отслойки рогового слоя пораженной кожи стоп с помощью кератолитических средств, а затем применение наружных антимикотических препаратов. Нами усовершенствована методика лечения сквамозно-гиперкератотической формы руброфитии путем одновременного использования кератолитического средства (мазь с мочевиной 30% на эмульсионной основе) и противогрибкового средства широкого спектра действия (крем

с кетоконазолом «низорал»). Замена вазелиновой основы в мази с мочевиной на эмульсионную делает мазь гидрофильной, она легко впитывается роговым слоем кожи, размягчая кератин, вызывая его лизис и одновременно служит проводником для фунгицидной мази, оптимизируя ее пенетрацию в эпидермис. Новая методика применена у 30 больных сквамозно-гиперкератотической формой руброфитии стоп. В течение двух недель на кожу подошв один раз в день наносили мазь с мочевиной 30%, а через 30 минут те же участки смазывали кремом с кетоконазолом. Через 2 недели клиническое выздоровление отмечалось у 100%, а патогенные грибы выявлялись у 20% больных. Спустя месяц после окончания лечения клиническое излечение, подтвержденное лабораторными данными, наблюдалось у всех больных. Отмечены удобство и простота применения лекарственных средств. Преиму-

щества предложенного метода — отсутствие необходимости предварительной отслойки роговых масс перед назначением фунгицидного средства, быстрое

разрешение клинических проявлений заболевания и быстрая элиминация патогенных грибов из очагов поражения кожи.

## ЛЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОМИКОЗОВ ЭКЗОДЕРИЛОМ

*Лещенко Г. М.*

*НИИ экологии человека и гигиены окружающей среды имени Н. А. Сысина РАМН*

*Москва, ул. Погодина, д.10*

В последние десятилетия открыто ряд эффективных соединений: полиены, азолы, аллиламины, морфолины, вещества без четкого отношения к какой — либо группе.

Аллиламины — тербинафин и нафтифин — принципиально новый класс противогрибковых препаратов, подавляющих фермент скваленэпоксидазу, что ведёт к ингибированию биосинтеза эргостерола — основного компонента клеточной мембраны грибов. Его дефицит — причина фунгистатического и фунгицидного действия аллиламинов.

В 1993—2001 гг. в терапии больных микозами мы применили 1% крем и 1% раствор нафтифина «экзодерил» австрийской фирмы «Биохеми».

На лечении находилось 98 больных в возрасте от 3 до 72 лет, страдавших руброфитией (41 чел, у 21 с дистально-латеральным руброфитиозом стоп и кистей), эпидермофитией (12), микроспорией (24, у 11 с поражением волос), кандидозом кожи (8) и разноцветным лишаём (13 чел.). В лечении 74 больных примени-

ли крем, 24 — раствор нафтифина, которые наносили 1 раз в сутки (при онихомикозе — 2 раза после чистки ногтевого ложа).

Регресс высыпаний на коже у больных руброфитией наступал к концу 4 недели, в лечении онихомикоза применяли кератолитические препараты, чистки ногтевого ложа и аппликации нафтифина в течение 2 — 3 месяцев (иногда 4 — 5). При эпидермофитии стоп регресс высыпаний наблюдали через 7 — 10 дней, полное разрешение микотического процесса на коже происходило к концу месяца. У больных микроспорией гладкой кожи через неделю лечения уменьшались явления воспаления и шелушения в очагах, а через 3-4 недели достигалось клинико-этиологическое выздоровление. Санация больных с поражением волос наступало через 5-6 недель. При кандидозе кожи эффект получен к 10 дню, выздоровление — через 3 недели. Больные разноцветным лишаём излечены за 2-3 недели.

## НОВЫЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ АНТИМИКОТИКИ

*Лещенко В. М., Богуш П. Г., Важбин Л. Б.*

*Городской микологический центр (МГМЦ)*

*кожно-венерологического диспансера №1*

*117707, Москва, Ленинский проспект, д. 17*

В лечении микозов в Российской Федерации доминируют разные эффективные импортные препараты системного и местного действия.

Сейчас арсенал антимикотиков пополнили их аналоги (генерики): «флюкостат» (флуконазол), и оригинальный препарат местного действия — «эритроризан».

Первый — антимикотик широкого спектра действия. С положительным клинико-этиологическим эффектом применён в МГМЦ при лечении 52 больных руброфитией (36 чел., в том числе и с онихомикозом кистей и стоп), кандидозом кожи и слизистых (8 чел.) и

разноцветным лишаём (8 чел.).

Также с положительным эффектом мы применили 1% мазь «микотербин» в лечении 100 больных дерматомикозами (руброфития, трихофития и микроспория гладкой кожи без поражения волос, интердигитальный микоз, паховая эпидермофития), кандидозом кожи, разноцветным лишаём. Препарат обладает антимикробным, противовоспалительным, эпителизирующим и кератолитическим действием.

0,5% мазь «эритроризана» получила положительную оценку ЦНИКВИ МЗ РФ при лечении больных дерматомикозами гладкой кожи.

## ОТ ОНИХОМИКОЗА ДО TINEA CAPITIS

*Лещенко В. М.*

*Национальная академия микологии*

*Москва*

В терапии микозов тербинафин («ламинил») в России с успехом применяется 10 лет. Вначале он завое-

вал симпатии микологов как антимикотик системного действия. В суточной дозе 250 мг, принимаемой в

течение 6 недель, он оказался эффективным при лечении больных онихомикозом кистей, а при сроке 12 недель — и при локализации на стопах.

В наших наблюдениях, при лечении 478 больных онихомикозом в возрасте 18–98 лет (мужчин 312, женщин 166), у 54% из которых выявлены сопутствующие заболевания (диабет, ожирение, атеросклероз, дискинезия желчных путей), клинико-этиологическое излечение при отдаленных наблюдениях 18 месяцев, достигнуто у 96% при онихомикозе кистей и 93% — онихомикозе стоп.

По данным литературы, этот препарат оказался эффективным при лечении висцерального аспергиллеза, кокцидиоидоза и других глубоких микозов.

В последующем в аптечную сеть поступили 1% крем тербинафина и спрей «ламинил», для локальной (наружной) терапии. Тербинафин в виде 1% крема и в форме спрея уже в течение 7–8 дней оказывает по-

ложительный клинический эффект при руброфитии гладкой кожи, паховой эпидермофитии, интертригинозном микозе стоп, кандидозе и разноцветном лишаяе.

В последнее время в нашей стране и за рубежом тербинафин как системный антимикотик, так и в комбинации с 1% кремом и спреем с успехом применяется при лечении микроспории и трихофитии волосистой части головы, гладкой кожи, в том числе и с поражением пушковых волос. При этом, по нашим данным, доза ламизила, принимаемого внутрь, должна быть на треть, а по данным Н. Н. Потекаева, на 50%, выше рекомендуемой листовкой-вкладышем.

Наши данные не противоречат материалам зарубежных авторов, доложенным на X Конгрессе Европейской академии дерматологии и венерологии в Мюнхене в 2001 г.

---

## ФЛЮКОСТАТ В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

*Лунова Е. В.*

*Кафедра дерматовенерологии с курсом лабораторной диагностики РМАПО  
Москва*

Обследовано 15 женщин с хроническим урогенитальным кандидозом в возрасте от 18 до 27 лет. На момент обращения у всех женщин отмечена клиника обострения хронического кольпита, экзотендоцервицита, у 7-ми женщин — обострение хронического уретроцистита. Результаты лабораторных исследований позволили установить этиологию воспалительного процесса — во всех случаях обнаружен вид *C. albicans*. Микроскопия нативных и окрашенных препаратов выявила мицелий и почкующиеся бластоспоры. В посевах на жидкие и твердые питательные среды Сабуро обнаружен обильный рост *C. albicans*. Морфологическое изучение культуры продемонстрировало наличие как мицелиальных так и дрожжеподобных почкующихся клеток грибов. Дополнительные лабораторные исследования на ИППП дали отрицательный результат.

На основании клинико-anamnestических данных у всех женщин установлены факторы, поддерживающие хронический воспалительный процесс: у 8-ми пациенток — хронический сальпингит, у 7-ми — хрони-

ческие заболевания желудочно-кишечного тракта.

В качестве основного этиотропного препарата был использован отечественный антимикотик флуконазол («флюкостат»), назначаемый по следующей схеме: первый прием 150 мг однократно, затем по 50 мг в течение 7-ми дней, один раз в день.

Клиническое улучшение в виде уменьшения зуда, выделений из влагалища, нормализации процесса мочеиспускания все пациентки отметили на 3–4 день терапии. Полное исчезновение жалоб и клинических объективных признаков заболевания регистрировалось к 6–7 дню лечения, что подтверждено результатами лабораторных исследований. В процессе терапии флуконазолом побочных эффектов в группе обследуемых не отмечено.

Клинико-лабораторный контроль эффективности лечения осуществлялся сразу по окончании лечения, через 7–10 дней и через 30 дней.

Во всех случаях результаты микроскопического и культурального исследования на дрожжеподобные грибы рода *Candida* дало отрицательный результат.

---

## ТЕРБИНАФИН В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗА С УДАЛЕНИЕМ НОГТЕВОЙ ПЛАСТИНЫ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА КИОТОС

*Лысенко В. И.*

*Центральная поликлиника ФСНП РФ  
Москва*

В комбинированной терапии тяжелых форм онихомикоза, сопровождающихся выраженным гиперкератозом, приходится использовать различные методики комбинированной терапии с удалением всей ногтевой пластинки или ее пораженных фрагментов.

Для изучения эффективности комбинированной терапии онихомикозов нами был использован индекс КИОТОС.

Под нашим наблюдением находилось 25 больных с микозом стоп и онихомикозом, обусловленным

*Trichophyton spp.* Среди них было 16 мужчин и 9 женщин в возрасте от 22 до 54 лет (средний возраст 38 лет). У 24 пациентов наблюдалась дистально-латеральная форма онихомикоза с различной глубиной поражения и умеренным или выраженным гиперкератозом. У одного больного была проксимальная форма онихомикоза. Для всех больных был рассчитан индекс КИОТОС. Диапазон значений индекса составил 13–25, а среднее значение – 20,76. У женщин были отмечены достоверно более низкие значения КИОТОС (16,3 против 22,16 у мужчин,  $p = 0,001$ ).

В начале курса терапии всем больным было проведено оперативное удаление пораженной ногтевой пластины под местной анестезией. После удаления ногтевой пластины в течение 10–12 дней использовали аппликации гемостатической губки. Осложнений на этой стадии лечения не наблюдалось.

Затем назначали тербинафин («ламизил»), в таблетках по 250 мг/сут в течение 6–8 нед.

Все пациенты наблюдались в течение 18 мес. от

начала лечения. В течение первого контрольного визита на 4 нед. от начала лечения элементы гриба были выявлены при микроскопии соскобов у 5 больных. При втором контрольном исследовании спустя 2 мес. от начала лечения и при последующих визитах грибковые элементы не обнаруживались. За время наблюдения был отмечен рост неизменных ногтевых пластин у всех пациентов. При этом у части пациентов потребовались чистки гиперкератотических масс ногтевого ложа с использованием мочевинового пластыря.

Побочных эффектов в течение указанного срока не отмечалось. У всех больных клинико-микологическое излечение сохранялось до 12 мес.

Результаты настоящего исследования могут свидетельствовать об эффективности и безопасности комбинированной терапии, сочетающей удаление ногтевых пластин с коротким курсом системной терапии тербинафином, у больных онихомикозом с КИОТОС до 25.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АКТИНОМИКОЗА И ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Макова Г. Н.*

*Центр глубоких микозов  
Москва*

Иммунная система – это многозвеньевая, четко отлаженная система защиты, без которой само существование организма невозможно.

К сожалению, в последнее время иммунная недостаточность, которая ведет к развитию гнойных процессов на коже, в подкожной жировой клетчатке и внутренних органах, становится весьма распространенной проблемой.

В комплексном лечении таких заболеваний как: актиномикоз, фурункулез, акне, микробная экзема, трофические язвы, пролежни, пиодермия, абсцессы легких и печени, эмпиема плевры, сальпингоофорит, аднексит, простатит, межкишечный абсцесс, цистит, гнойный мастит, хронический остеомиелит, гнойный парапроктит и другие гнойно-бактериальные инфекции, помимо антибиотиков и наружных средств, применяют различные иммуномодуляторы.

Особое место в лечении этих заболеваний занимает актинолизат, который был изобретен в 1948 году на базе Института паразитологии и тропической ме-

дицины имени Е. И. Марциновского; прошел экспериментальное исследование и клинические испытания более чем в 20 клиниках.

Актинолизат – это стерильный фильтрат культуральной жидкости самопроизвольно лизирующихся актиномицетов. Механизм его действия заключается в стимуляции фагоцитоза, активизации обменных процессов, повышении общей сопротивляемости организма.

Препарат вводится внутримышечно 2 раза в неделю, курсом 20–25 инъекций. Длительность и количество курсов зависят от формы и тяжести заболевания. Через 1 месяц после клинического выздоровления, во избежание рецидивов, проводится профилактический курс.

За последние 50 лет актинолизатом пролечено несколько десятков тысяч больных не только актиномикозом, но и хроническими гнойными заболеваниями. Получены высокие результаты в клинической практике, свидетельствующие об эффективности препарата и крайне низких побочных эффектах.

## ОРУНГАЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Молочков В. А., Гостева И. В., Хлебникова А. Н.*

*МОНИКИ имени Н. Ф. Владимирского  
Москва, ул. Щепкина, д. 61/2*

Онихомикоз – наиболее распространенное поражение ногтевых пластинок кистей и стоп. Нередко он ассоциируется с различными заболеваниями. Наиболее часто в 26,2% случаев онихомикоз встречается у больных сахарным диабетом. Мы изучали терапевти-

ческую эффективность системного антимикотического препарата итраконазола («орунгал») в комплексном лечении диабетической стопы.

Под нашим наблюдением находились 15 больных онихомикозом с синдромом диабетической стопы с

давностью грибкового процесса от 3 до 35 лет. Возраст пациентов колебался от 60 до 75 лет. Все больные находились на диспансерном учете у эндокринолога и проходили лечение по поводу сахарного диабета (сахароснижающие препараты, инсулины). Диагноз онихомикоз был подтвержден микроскопически и культурально. При культуральном исследовании мы определили полиморфность возбудителей. У 9 больных — *T. rubrum*, у остальных обнаружены дрожжи и недерматофитная плесень. У 70% больных наблюдалось тотальное поражение ногтей, у 30% — дистальный тип. Все больные получали лечение итраконазолом по схеме пульс-терапии: по 200 мг 2 раза в день после еды в течение 7 дней с последующим 3-недельным перерывом (3 курса). Через 9 месяцев после окончания лечения у 13 пациентов было установлено клиническое и миколо-

гическое излечение. Переносимость препарата была хорошей. Всем больным проводилось мониторинговое исследование биохимических показателей печени, общий анализ крови и мочи, определение гликемического профиля. Отрицательной динамики не выявлено.

Наш опыт свидетельствует о том, что итраконазол является высокоэффективным антимикотическим препаратом, не дающим побочных эффектов у больных диабетической стопой, способствующим уменьшению факторов риска для развития язвенно-некротических осложнений. Пульс-терапия итраконазолом онихомикозов эффективна у 90% больных диабетической стопой. Прием итраконазола можно сочетать с применением антидиабетических препаратов. Пульс-терапия итраконазолом обеспечивает хороший профиль безопасности.

## ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ МИКОЗОВ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ В ХАРЬКОВСКОМ РЕГИОНЕ

Москаленко М. В.

Харьковский областной клинический кожно-венерологический диспансер  
Украина, Харьков, улица Карла Маркса, д. 17

Инфекционно-воспалительные заболевания половых органов человека занимают особое место в структуре общей заболеваемости на планете. Их значимость обусловлена тем, что эти болезни затрагивают органы и ткани, относящиеся к репродуктивной системе, и, следовательно, имеют непосредственное влияние на воспроизводство и продолжение рода.

Урогенитальные микозы в настоящее время являются одними из самых распространенных микозов. По данным ВОЗ, урогенитальные микозы занимают второе место среди наиболее часто встречающихся урогенитальных инфекций. По статистическим данным из 100 млн. ежегодных визитов к врачам по поводу воспалительных заболеваний: 20–25% обусловлены микотическим поражением. На Украине этот показатель значительно выше и достигает 30–35% патологии урогенитального тракта. Это обусловлено ухудшением жизненного уровня населения, снижением общей и местной резистентности организма к инфекционным агентам и возникновением новых видов грибов, устойчивых к традиционным методам лечения и др.

В этой связи изучалась эффективность раздельного и комбинированного метода лечения антимикотиком итраконазолом («орунгал», «Янссен-Силаг», Бельгия) и синтетического индуктора интерферона циклоферона.

Всего под наблюдением было 107 больных урогенитальным микозом (67 женщин и 40 мужчин), в возрасте 14–60 лет. Давность заболевания составила от 3 мес. до 12 лет. У 49 (46%) больных диагностирован острый урогенитальный микоз и у 58 (54%) больных —

хронический. У большинства больных (78%) была представлена сопутствующая патология (вульвовагиниты, цервициты, уретропростатиты, везикулиты и др.). При лабораторном исследовании у 47% пациентов выделен вид *C. albicans*, у 6% — *C. krusei*, у 8% — дерматофиты, у 39% — выявлена смешанная патология. Во всех случаях были характерны клинические проявления заболевания.

Больные острой формой урогенитального микоза получали итраконазол в дозе 200 мг два раза в день, в течение одного дня или 200 мг один раз в день в течение трёх дней, хронической формой по 200 мг один раз в день на протяжении шести дней, затем в течение трёх менструальных циклов по 100 мг в первый день цикла.

У больных с хроническим урогенитальным микозом к традиционной терапии итраконазолом был добавлен курс циклоферона и адекватной симптоматической местной терапии.

Двенадцатидневный курс лечения предусматривал внутримышечное введение 4 мл 12,5% раствора циклоферона в сутки по схеме ежедневно (первые 2 дня), через день (3 дня) и через 2 дня (7 дней). При этом циклоферон вводился больным на каждый 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, и 29-й день лечения.

Таким образом, при лечении больных с хроническим урогенитальным микозом, клинико-лабораторная эффективность комплексной терапии итраконазолом в комбинации с циклофероном и симптоматической местной терапией составила 98%, а клинико-лабораторная эффективность терапии итраконазолом — 78%.

**ЛЕЧЕНИЕ МИКРОСПОРИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ У ДЕТЕЙ ИТРАКОНАЗОЛОМ**

*Орлов Е. В., Богомольная Т. И., Кокарева М. М., Бурмистрова В. В.*  
СамГМУ  
Самара

Итраконазол — антимикотик из группы азолов, широко применяется для лечения микотических поражений кожи и слизистых. Его отличает широкий фунгицидный спектр действия, позволяющий получать терапевтический эффект при различных грибковых процессах от дерматомикозов до глубоких, висцеральных микозов.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и безопасности пульс — терапии итраконазолом детей, страдающих микроспорией волосистой части головы.

Под нашим наблюдением были 17 детей в возрасте от 5 до 8 лет с весом от 13 до 20 кг, среди них 6 девочек и 11 мальчиков.

Итраконазол («орунгал») назначался по схеме пульс-терапии: 1 неделя — прием итраконазола по 1 капс. (100 мг) 1 раз в день после еды, 2 — 3 недели — перерыв, 4 неделя — прием итраконазола по 1 капс. в день после еды.

Перед началом лечения проводили общеклинические исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, билирубин, АЛТ). Диагностику микроспо-

рии проводили микроскопически, люминесцентно и культурально. Контроль за излеченностью проводился после окончания второго цикла лечения, а затем 3-хкратно с 10-ти дневным перерывом.

После окончания лечения отрицательные результаты микроскопического и люминесцентного исследования получены у 5-ти больных. На первом контрольном исследовании еще у 4-х больных и при втором контрольном исследовании (через 20 дней после окончания лечения) отрицательные результаты получены у остальных 8 больных. Культуральные исследования, проведенные по окончании наблюдения, также дали отрицательный результат.

Переносимость препарата была хорошей, лишь один пациент — девочка 6 лет с весом 13 кг отмечала легкую тошноту через 1 час после приема препарата, не потребовавшую его отмены. Лабораторные показатели не претерпели существенных изменений в процессе наблюдения.

Таким образом, итраконазол может рассматриваться как препарат выбора в лечении детей, страдающих микроспорией волосистой части головы.

---

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРА «ГЕПОН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ**

*Перламутров Ю. Н., Соловьев А. М., Чернова Н. И., Ляпон А. О., Ольховская*  
МГ МСУ  
Москва

Важнейшим фактором, определяющим развитие кандидоза, является состояние иммунной системы макроорганизма. Недавние исследования показали существенную роль местных иммунных реакций, зависящих от состава, количества и активности клеток и медиаторов иммунной системы на поверхности слизистых оболочек. Исходя из этого, новым терапевтическим подходом к лечению кандидоза слизистых оболочек может являться усиление механизмов местной иммунной защиты. С этой целью для лечения больных рецидивирующим урогенитальным кандидозом мы применили новый иммуномодулятор широкого спектра действия «гепон». Препарат применили для лечения 50 больных урогенитальным кандидозом: 40 женщин с кандидным вульвовагинитом и 10 мужчин с кандидным баланопоститом. Длительность заболевания составляла от 2 месяцев до 12 лет. Клиническая картина заболевания в исследуемой группе больных была типичной. У всех больных до лечения при микроскопии материала из очагов поражения выявляли большое количество мицелия и спор грибов рода *Candida*. Препарат использовали в виде 0,04% раство-

ра, которым проводили орошения слизистой, примочки или инстилляции в зависимости от локализации очагов, курсом 3 процедуры в течение 7-10 дней. При обследовании больных после лечения отметили выраженный эффект препарата. Исчезновение признаков воспаления, наблюдаемое уже после первых процедур, удалось добиться практически у всех больных. Лишь у 2 мужчин и 5 женщин после лечения сохранились легкая гиперемия слизистых и незначительные выделения. Столь выраженный клинический эффект сопровождался положительной динамикой микроскопических исследований. При обследовании больных через 1 месяц после лечения у 45 из 50 (90%) больных при микроскопическом исследовании не обнаружили мицелия грибов *Candida*. Рецидив инфекции произошел у 3 больных. Окончательный показатель микробиологической эффективности — 84%. Таким образом, использование нового иммуномодулятора «гепон» для лечения больных с поражениями слизистых оболочек, вызванных грибами рода *Candida*, является перспективным этиопатогенетическим методом лечения.

**ЭКЗИФИН В ТЕРАПИИ МИКОЗОВ****Пестерев П. Н.***Кафедра дерматовенерологии Сибирского медицинского университета.  
634050, Томск, Московский тракт, д. 2*

С внедрением в практику препаратов с широким спектром противогрибкового действия, проблема лечения больных микозами стала разрешаться значительно лучше. К настоящему времени считается уже повсеместно хорошо изученным весьма положительный противогрибковый эффект тербинафина («ламизила»). Проводится всестороннее изучение его аналога — «эксифина». Нами так же уделено внимание на терапевтические возможности последнего при лечении грибковых заболеваний.

Под нашим наблюдением находилось 38 больных. Из них микоз стоп и онихомикоз диагностированы у 20, микоз стоп без поражения ногтевых пластинок — у 9, разноцветный лишай — у 5, дрожжевые паронихии — у 3, микроспория волосистой части головы — у 1 пациента. Возраст больных от 5 до 62 лет. Мужчин было 10 и женщин — 28.

Диагноз устанавливали на основании клинической картины и результатов бактериоскопического исследования. Учитывали возраст, общее состояние здоровья, характер патологического процесса, параклинические показатели и желание больных при выборе комплексной терапии.

При онихомикозах назначали тербинафин («эксифин») по одной таблетке (250 мг) один раз в день в течение трех месяцев. Обязательно проводилась местная терапия, характер которой согласовывался с пациентами. В результате у 12 человек ногтевые пластинки были удалены оперативно с последующим (через неделю) смазыванием ногтевого ложа мазью эксифин до отрастания ногтевых пластинок. У 8 человек ногти не удаляли, местное лечение проводили лечебными лаками батрафен или лоцерил в соответствии с инст-

рукциями по их применению. На третьем месяце приема тербинафина больные смазывали кожу стоп 1 % мазью этого препарата два раза в день в течение недели.

При микозах стоп без поражения ногтей, процессах на гладкой коже и дрожжевых паронихиях рекомендовали только смазывание микотических очагов мазью утром и вечером в течение четырех недель. При разноцветном лишае аналогичное местное лечение проводилось до трех недель. У одной больной разноцветный лишай носил генерализованный характер с поражением всей кожи туловища от шеи до ягодиц. Она, кроме местного лечения, 16 дней принимала препарат внутрь по 250 мг в день.

Во всех случаях проводилось обеззараживание нательного и постельного белья кипячением, в квартире — мытьем 5% раствором хозяйственного мыла. Обувь дезинфицировали раствором уксуса 30%. При разноцветном лишае с целью профилактики рецидивов, рекомендовали мыть голову шампунем «низорал».

Больные находились под наблюдением от 6 месяцев до года. У всех достигнуто излечение. На основании анамнеза, клинических наблюдений и параклинических исследований, переносимость препарата признана хорошей. Из общего числа пролеченных больных, лишь у одной были временные единичные аллергические высыпания, у одного пациента наблюдались незначительные дискомфортные ощущения в области печени (он страдал описторхозом) и у одного — появлялась умеренная гиперемия кожи в месте нанесения мази. Однако, выявленные незначительные побочные явления не препятствовали проведению непрерывного общего и местного лечения до конца.

**КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ОНИХОМИКОЗОВ В УСЛОВИЯХ ХОЗРАСЧЕТНОГО ЦЕНТРА ННИКВИ****Петрова Г. А., Клеменова И. А.***Нижегородский научно-исследовательский  
кожно-венерологический институт  
603950, Нижний Новгород, Н-155, ул. Ковалихинская, д. 49Г*

В течение 5 лет в Нижегородском научно-исследовательском кожно-венерологическом институте функционирует хозрасчетный анонимный лечебно-консультативный центр. Работа центра отличается конфиденциальностью, отсутствием лимита времени на прием больного, возможностью использовать различные варианты терапии, отдавая предпочтение наиболее эффективным средствам с минимальными побочными эффектами, удобным в применении. Другой особенностью работы в условиях платной медицины является высокая требовательность пациентов к конечным результатам терапии при минимальных временных и материальных затратах.

С целью повышения эффективности и сокращения сроков лечения онихомикозов мы использовали

комплексную терапию тербинафином («ламизил») в сочетании с местной онихолитической терапией с использованием 50% мази с йодидом калия.

Лечение получили 195 больных с онихомикозами стоп. В 18 случаях имелось сочетанное поражение ногтей стоп и кистей. Тербинафин назначался по 250 мг в сутки ежедневно. Продолжительность лечения составляла от 4 до 16 нед. и определялась степенью (площадью) поражения ногтевых пластинок, скоростью роста ногтя. Минимальный курс лечения (4 нед.) назначался при краевом поражении ногтевых пластинок молодым пациентам без сопутствующей патологии. Максимальный — при тотальном онихомикозе и замедленном росте ногтей. Все больные одновременно получали поливитамины с микроэлементами, при

отсутствии противопоказаний — биогенные стимуляторы. Больным с сосудистыми нарушениями назначались средства, улучшающие микроциркуляцию.

В течение всего курса лечения каждые 2–3 нед. осуществлялось контрольное обследование пациентов. Как правило, через 3–4 нед. после начала терапии у больных начиналось отрастание визуально здоровой зоны ногтя в виде «полосы» в проксимальной части (1–2 мм). В последующие месяцы зона здорового ногтя постепенно увеличивалась. При замедленном росте ногтей (возрастные особенности, патология сосудов) они-

холитическую терапию повторяли через 1–2 мес. Во всех случаях пациентами проводилась тщательная повторная дезинфекция обуви.

Комбинированное применение системного антимикотика и местной онихолитической терапии позволило добиться излечения у всех больных. Переносимость лечения была хорошей.

Таким образом, предложенная комбинированная терапия является высокоэффективной, позволяет уменьшить продолжительность лечения и с успехом может быть использована в условиях платного приема.

### ЛАМИЗИЛ — 10 ЛЕТ В РОССИИ

*Потекаев Н. С., Потекаев Н. Н., Рукавишников В. М.  
ММА имени И. М. Сеченова, ЦНИКВИ МЗ РФ  
Москва*

Появление нового системного антимикотика тербинафина гидрохлорида («ламизил») — препарата группы аллиламинов — ознаменовало новую эру в медицинской микологии. В отличие от применяемых ранее при лечении онихомикоза гризеофульвина и низорала тербинафин обладает высокой эффективностью и хорошей переносимостью. С появлением в начале 90-х годов на российском фармацевтическом рынке этого препарата у микологов появилась реальная возможность проводить эффективное лечение грибкового поражения ногтей, не опасаясь за развитие тяжелых побочных действий.

При онихомикозе стоп тербинафин традиционно применяется в дозе 250 мг/сут в течение 12 нед., а при онихомикозе кистей — 6 недель. По данным многочисленных исследований, проводимых российскими учеными (Ю. К. Скрипкиным, В. М. Лещенко, Ю. В. Сергеевым, Н. С. Потекаевым и др.), эффективность терапии онихомикоза Ламизилом колебалась от 88 до 96%. В России были разработаны модификации системного лечения онихомикоза тербинафином. Так, В. М. Рукавишниковой была предложена прерывистая схема: первый месяц препарат принимается ежедневно, второй месяц — через день, а затем 1 раз в неделю до полного отрастания здоровых ногтей. Д. Б. Афанасьевым в 1996 году была предложена комбинация приема тербинафина с хирургическим удалением пораженных ногтей. Проведенные Н. Н. Потекаевым, Н. С. Потекаевым и Ю. Г. Пархоменко в 2000–2001 гг. исследования дистальных фаланг пальцев у трупов больных, страдавших при жизни микотическим поражением ногтей, показали, что при тотальных и проксимальных формах онихомикозов гриб-дерматофит не ограничивается лишь ногтевой пластиной, но обнаруживается также в подлежащей соединительной ткани и даже в костномозговом канале фаланги. Указанное обстоятельство позволило русским ученым объяснить причины возникновения рецидивов онихомикоза при лечении этого заболевания методом пульс-терапии. Таким образом, ежед-

невный прием тербинафина в течение 3 мес. следует считать наиболее рациональным терапевтическим подходом.

В 1999 году Н. С. Потекаевым на основании личного опыта применения тербинафина была предложена оптимальная терапевтическая программа при лечении онихомикоза: подтверждение диагноза микроскопически; тщательный сбор аллергологического анамнеза; общеклинический и биохимический анализ крови; ограничение приема лекарственных препаратов; гипоаллергенная диета; исключение из пищи продуктов, вызывающих метеоризм; ламизил — 250 мг/сут 12 нед. при онихомикозе стоп и 6 нед. при онихомикозе кистей; осмотр больного первый раз через 2 нед., затем 1 раз в месяц; микроскопия через 6 мес. после окончания лечения; при выявлении мицелия патогенных грибов — хирургическое удаление пораженных ногтей и повторный курс ламизила; подбор удобной обуви.

В лечении микроспории тербинафин служит достойной альтернативой применяемому уже несколько десятилетий гризеофульвину. В отличие от последнего препарат прекрасно переносится детьми. Применение тербинафина при микроспории волосистой части головы в России осуществляется по традиционной схеме: при массе тела < 20 кг — 62,5 мг/сут, 20–40 кг — 125 мг/сут, > 40 кг — 250 мг/сут. Длительность лечения колеблется от 6 до 12 недель. Вместе с тем, в России была предложена схема с 50% увеличением дозы препарата, что позволяло увеличивать процент излечения и сокращать сроки терапии. В ЦНИКВИ МЗ РФ и ГКБ № 14 имени В. Г. Короленко в 1999–2001 гг. было проведено сравнительное изучение эффективности двух схем и показано преимущество увеличения дозировок препарата на 50% (78% излеченных больных против 86%).

Таким образом, появление тербинафина в России позволило отечественной микологии перейти на достаточно высокий уровень качества терапии распространенных микотических инфекций.



**О РЕЗУЛЬТАТАХ ЛЕЧЕНИЯ 1% РАСТВОРОМ ЭКЗОДЕРИЛ ОНИХОМИКОЗОВ**

**Позднякова О. Н., Лыкова С. Г.**  
*Кафедра дерматовенерологии Новосибирской  
государственной медицинской академии  
630082, Новосибирск, ул. Тимирязева, д. 66*

Раствором нафтифина («экзодерил») было пролечено 228 пациентов с онихомикозом в возрасте от 3 до 85 лет и длительностью заболевания от нескольких месяцев до 5 и более лет. Во всех случаях диагноз был подтвержден микроскопическим методом исследования. Патологический процесс у 145 пациентов имел дистально-латеральный тип с преимущественной приуроченностью к свободному краю ногтевой пластинки. Количество пораженных ногтей варьировало от 1 до 8 на стопах и кистях, площадь измененной поверхности варьировала от 5% до 35%. У 83 пациентов зарегистрирована поверхностная белая форма онихомикоза с вовлечением в патологический процесс дорсальной части ногтевой пластинки площадью от 8% до 55% на первом и реже пятом пальцах одной или обеих стоп. Преобладал нормотрофический тип поражения без вовлечения в патологический процесс зоны матрикса. Раствор наносили один раз в день на всю поверхность ногтевой пластинки после ее предварительного очищения и просушивания. У 213 (93,4%) из пролеченных больных отмечен положительный эффект в виде роста неизмененных ногтевых пластинок. Местная терапия продолжалась до полного восстановления формы, конфигурации, прозрачности и гладкос-

ти поверхности ногтя. Курс лечения, в зависимости от типа и площади поражения, варьировал от 4 до 6 месяцев. Контрольные микроскопические исследования, проведенные во всех 213 случаях, патогенных грибов не выявили.

Согласно собственным результатам, эффективность лечения онихомикоза тербинафином составляет 87,5%. С целью профилактики реинфекции или рецидива онихомикоза после окончания трехмесячного курса терапии системным антимикотиком тербинафином у 163 пациентов был применен раствор нафтифина. Препарат наносили 1 раз в день до полного отрастания ногтевых пластинок. У всех пациентов этой группы было констатировано клиническое выздоровление, подтвержденное трехкратным контрольным микроскопическим исследованием.

Таким образом, при местном применении 1% раствора нафтифина нами отмечена его высокая эффективность при лечении онихомикозов дистально-латерального и белого поверхностного типа с площадью поражения 5–55%, без вовлечения в патологический процесс зоны матрикса. Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат для его широкого использования в клинической практике.

---

**«КАНДИД»: МНОГООБРАЗИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ ОДНОГО АНТИМИКОТИКА**

**Рассказов Д. Н., Бальшун Д. Г.**  
*Институт аллергологии и клинической иммунологии  
103104, Москва, Малая Бронная ул., 20 стр. 1*

Клотримазол — противогрибковый препарат из группы азолов, синтетическое производное имидазола. Клотримазол появился в 1969 году и с тех пор широко применяется в местной терапии микозов кожи и слизистых оболочек. Внутрь клотримазол не назначают, поскольку этот препарат очень быстро разрушается в печени.

Как и другие азольные средства, клотримазол подавляет синтез эргостерола за счет действия на фермент 14а — деметилазу ланостерола. Описаны другие механизмы, в частности, подавление респираторных систем, метаболизма пуринов, триглицеридов и фосфолипидов. Эффект клотримазола преимущественно фунгистатический, дополняется фунгицидным в больших концентрациях.

Очень широкий спектр действия клотримазола, включающий не только многие грибы: дерматофиты, *Candida spp.*, *Malassezia furfur*, но и возбудителя эритразмы, грамположительные кокки, трихомонады, позволяет применять этот препарат при многих инфекциях кожи и слизистых.

Клотримазол используется в лечении дерматофитий, кандидоза кожи, в том числе осложненных вторичной бактериальной инфекцией, разноцветного

лишая и эритразмы. Клотримазол применяют в терапии кандидного вульвовагинита, трихомониаза или смешанной кандидно-трихомонадной инфекции.

Для местного использования в России зарегистрированы раствор для обработки полости рта, лосьон, мазь, крем, и вагинальные суппозитории. Все эти формы клотримазола выпускаются под маркой «кандид» («Glenmark», Индия).

Раствор для обработки полости рта (1%) выпускается во флаконе емкостью 15 мл. Это практически единственная в России форма антимикотика, разработанная специально для лечения и профилактики орофарингеального кандидоза.

Крем содержит в 1 г — 10 (1 %) мг клотримазола. Кроме того, для лечения микозов кожи с выраженными воспалительными явлениями, кандидной паронихии, а также микробной экземы выпускается комбинированный с кортикостероидными гормонами препарат «кандид Б».

Формы, используемые в гинекологии, включают суппозитории, содержащие 100 («кандид-В6»), 200 («кандид-В3»), или 500 («кандид-В1») мг клотримазола. При этом число в названии отражает рекомендуемую продолжительность лечения неосложненных

форм вагинального кандидоза. В практике врачей ИАКИ особой популярностью пользуются суппозитории «кандид-В1», которые были применены в ре-

жиме пульс-терапии (1 раз в нед.) для лечения хронических и рецидивирующих форм вагинального кандидоза.

### АНТИМИКОТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ КУРОРТА «ВАРЗИ-ЯТЧИ»

Соковнина С. В., Злобина О. А., Колесникова М. Б.,  
Рединова Т. Л., Марков В. Н.

Ижевская государственная медицинская академия  
Ижевск, Революционная ул., пл. 199

В связи с реализацией в России в 90-х годах политических и социально-экономических преобразований, значительным удорожанием химиотерапевтических средств, перспективным является использование немедикаментозных методов, в частности, бальнеологических средств, оздоровление населения в региональных санаториях, в привычных климатогеографических условиях. Это имеет и определенные преимущества: отсутствует перемена климата, появляется возможность непрерывности и преемственности лечебного процесса.

Биологически активные вещества, содержащиеся в нативных минеральных водах в биотических дозах, обуславливают их мягкость действия, практическое отсутствие побочных эффектов и осложнений. Имеющиеся на территории Удмуртской республики мине-

ральные воды достаточно широко используются в терапии ряда заболеваний, однако их противомикробное, в частности антимикотическое действие изучено недостаточно.

Проведенные нами исследования с минеральной водой курорта «Варзи-Ятчи» свидетельствуют, что как *in vitro*, по выживаемости эталонных штаммов, так и *in vivo* нативная вода характеризуется противомикробным действием. При монотерапии больных с кандидозом обсемененность полости рта снизилась в 4 раза (с  $1972 \pm 66$  до  $461 \pm 34$  колониеобразующих единиц), а из кишечника *Candida albicans* не высевалась.

Таким образом, минеральная вода курорта «Варзи-Ятчи» обладает выраженным антимикотическим действием и может быть рекомендована как для моно, так и комплексной терапии больных кандидозом.

### ЛЕЧЕНИЕ СЕБОРЕЙНОГО ПСОРИАЗА АНТИМИКОТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ

Суколин Г. И., Суколина О. Г., Чхеидзе В. М., Бедру М. Н.  
ЦНИКВИ МЗ РФ

Москва

Для лечения больных, так называемым «себорейным псориазом», использовали антимикотики флуконазол, итраконазол, тербинафин, кетоконазол в комбинации с наружными противогрибковыми средствами в виде мазей, растворов, аэрозолей, шампуней и мыл против перхоти.

Наблюдались 10 больных «себорейным псориазом». Клинически заболевание характеризовалось эритемато-сквамозными, папуло-сквамозными высыпаниями, локализующимися на «себорейных» участках кожи (об-

ласть груди и межлопаточного пространства, складки кожи за ушными раковинами, волосистая часть головы). Псориаз у них напоминал себорейную экзему или себорейный дерматит, объединяемые и общностью их этиопатогенеза — питироспоральная инфекция.

Проведенное лечение привело к улучшению (3 больных), значительному (4) или полному (3 больных) разрешению высыпаний, что косвенно подтверждает наличие этиологической роли питироспоральной инфекции в возникновении себорейного псориаза.

### РЕЗУЛЬТАТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАМИЗИЛА СПРЕЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭРИТРАЗМЫ

Суколин Г. И., Григорьева Л. В.  
ЦНИКВИ МЗ РФ

Москва

Эритразма — распространенное заболевание кожных складок, вызываемое бактериемией *Corynebacterium minutissimum*. Поражается исключительно роговой слой эпидермиса, в глубже лежащие слои и волосные фолликулы инфекция не проникает. Помимо типичных проявлений в исключительных

случаях могут быть везикуло-буллезные высыпания, поражения ногтевых пластинок и даже генерализованные поражения кожи. Эритразма может сочетаться с дерматомикозами и кандидозом. Для лечения эритразмы используется эритромицин (внутри и местно). Сообщается об эффективности антимико-

тических препаратов.

Для лечения эритразмы мы использовали ламизил спрей. Орошение очагов проводили ежедневно в течение 5 дней. В результате у всех 18 больных наступило клиническое выздоровление. Лекарственная форма

удобна в применении, особенно при поражениях крупных складок кожи. Терапевтическая эффективность и удобство применения ламизила в аэрозольной форме позволяет рекомендовать его для лечения больных эритразмой.

---

## К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАНДИДОЗНЫМ УРЕТРОПРОСТАТИТОМ

*Суворов С. А., Суворов А. П.*  
Медицинский университет  
Саратов

Поражение мочеполового тракта *Candida albicans* относится к наиболее частым осложнениям инфекций, передающихся половым путем. Использование только противокандидных медикаментозных средств часто бывает недостаточно эффективным.

Под нашим наблюдением находилось 27 больных хроническим кандидным уретропростатитом в возрасте от 22 до 53 лет. Воспалению в мочеполовом тракте сопутствовали явления баланита и баланопостита. В прошлом пациентам проводилось лечение по поводу хламидиоза и трихомоноза антибиотиками и протистцидными препаратами.

С целью воздействия на *Candida albicans* использовали флуконазол («форкан»), отличающийся высокой противогрибковой активностью, водорастворимостью

и биодоступностью. Препарат назначался в дозе 150 мг (дважды через 7 дней). Дополнительно пациенты принимали иммунокорректирующий таблетированный растительный концентрат (включающий корень солодки, эхинацею и зверобой) и им проводилась КВЧ-терапия. Использовали аппарат Явь-1 (облучали область промежности длиной волны 5,6 мм, на курс 8-10 процедур).

Стойкое клиническое выздоровление у всех пациентов сопровождалось нормализацией содержания в периферической крови диеновых и триеновых конъюгат, малонового диальдегида, оснований Шиффа. Одновременно повышалась активность церулоплазмينا плазмы, миелопероксидазы лейкоцитов и каталазы эритроцитов.

---

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА БКС-14 В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Суворова К. Н., Корсун Е. В., Тогоева Л. Т., Резникова М. М.*  
РМАПО, ГКБ №14 имени В. Г. Короленко  
Москва

Препарат БКС-14 является продуктом жизнедеятельности *Streptomyces spp.*, var. BSK-14.

Мы наблюдали 12 больных в возрасте с 14 до 73 лет, страдающих себорейным псориазом, питириспоральным и себорейным дерматитом, вульгарными акне, атопическим дерматитом, микотической экземой. Препарат использовался в форме геля с содержанием вещества 1 мкг/мл и 20%-ого водно-спиртового раствора в той же концентрации. БКС-14 наносили на очаги поражения 2 раза в день в течение 10 дней.

У больных атопическим дерматитом и микотичес-

кой экземой в стадии обострения препарат вызывал раздражение, гиперемии, зуд. Эти явления были меньше выражены при замене геля на водно-спиртовой раствор. У большинства больных себорейным псориазом, питириспоральным и себорейными дерматитами, вульгарными акне отмечалось разрешение очагов поражения.

Предварительные результаты исследования указывают на клиническую эффективность применения препарата БКС-14 при эритематосквамозных и себорейных дерматозах.

---

## ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

*Свечникова Н. Н.*  
Институт клинической иммунологии СО РАМН  
630099 г. Новосибирск, ул. Ядринцовская, 14

Онихомикозы у больных аллергодерматозами не только осложняют течение аллергодерматоза, но и представляют сложную проблему для дерматолога, назначающего противогрибковый препарат в связи с

наличием сопутствующей патологии органов пищеварения. Полученные Ю. Н. Перламутровым (2001) данные о наименьшем токсическом влиянии итраконазола *in vitro* на гранулоциты и лейкоциты в сравне-

нии с тербинафином, определили итраконазол как препарат выбора при лечении онихомикоза у больных аллергодерматозами.

Наблюдали 23 больных в возрасте от 24 до 56 лет в связи с микозом стоп и онихомикозом в сочетании с истинной экземой (15 больных), атопическим дерматитом (5 больных) и себорейным дерматитом. Диагноз онихомикоза подтверждали микроскопией подногтевой пудры и чешуек кожи. У всех больных выявляли наличие не только патогенных грибов, но и псевдомицелия *Candida*. Все обследованные больные имели сопутствующую патологию органов пищеварения в виде гастритов с разными типами секреции, реактивных гепатитов, панкреатитов, гельминтозов. Патологический процесс на коже протекал с обширными очагами, выраженным мокнутием, значительной инфильтрацией и отличался торпидностью течения.

Лечение онихомикоза проводили после дегельментизации и специфической терапии сопутствующих за-

болеваний органов пищеварения. Кетоконазол по 400 мг в сутки в течение 1 месяца получали 3 больных, отметивших во время приема препарата тошноту, ухудшение общего состояния, в связи с чем больные лечение кетоконазолом прекратили. Итраконазол («орунгал») в суточной дозе 400 мг назначали в 2 приема по 200 мг в течение 7 дней с последующим перерывом в 3 недели. Всего больные получили 3 курса пульс-терапии итраконазолом. Лечение сочетали с антигистаминными препаратами, альмогелем, пищеварительными ферментами.

Переносимость препарата была хорошей, побочных действий никто из пациентов не отметил. Эффективность лечения составила 82,6% при проведении 3 курсов пульс-терапии. Отмечен регресс проявлений аллергодерматозов у всех наблюдаемых больных. Проведенное исследование позволило сделать вывод о предпочтительности назначения итраконазола для лечения микоза стоп и онихомикозов у больных экземой и атопическим дерматитом.

### КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ОНИХОМИКОЗА: ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ КИОТОС

*Тарасова М. О.*  
МЦ «Панацея»  
Москва

В задачи нашего исследования входила оценка эффективности комбинированной терапии онихомикозов с помощью индекса КИОТОС. Полученные результаты являются первыми в текущем проспективном исследовании, в которое включены 118 больных.

Среди 13 больных, закончивших курс лечения, было 5 мужчин и 8 женщин в возрасте от 28 до 56 лет. У всех из них отмечалась дистальная форма онихомикоза с выраженным гиперкератозом. Значения КИОТОС в данной группе варьировали от 20 до 25 при среднем КИОТОС=23,07.

Всем больным назначалась комбинированная терапия с 3 циклами пульс-терапии итраконазолом (400 мг/сут в течение 1 недели каждого месяца) и частичным удалением пораженной ногтевой пластинки и гиперкератотических масс. Последнее выполнялось с

помощью пластыря, содержащего 40% мочевины. Пластырь назначался один раз перед каждым циклом пульс-терапии. В течение всего срока терапии нами не было отмечено каких-либо общих или местных побочных явлений.

Через 4 мес. от начала лечения было выполнено контрольное клиничко-микологическое обследование. Положительные результаты микроскопии были получены у 7 больных (53,8%) без роста культуры. Клиническое излечение было достигнуто у всех больных. При этом отмечался рост здоровой ногтевой пластинки. Проявления микоза стоп исчезли у всех больных.

Представленные данные являются пилотными результатами проспективного исследования эффективности комбинированной терапии онихомикозов.

### ЭКЗИФИН В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ

*Чеботарев В. В., Курбатова Н. А.*  
Кафедра дерматовенерологии, Ставропольская медицинская академия  
355041, Ставрополь, ул. Мира, д. 310

Проведено лечение 65 больных онихомикозом (38 мужчин, 27 женщин) в возрасте от 25 до 70 лет. Тербинафин в таблетках, содержащих 250 мг тербинафина гидрохлорида. Диагноз у всех был подтвержден микроскопически, а у 17 человек — культурально (*T. rubrum*). Давность заболевания — от года до 35 лет. У 53-х пациентов поражение ногтей стоп, у 12 — стоп и кистей. Множественное поражение

ногтей — у 41 пациента, единичное — у 24 больных. Дистальная форма субунгвального онихомикоза установлена у 31 человека, проксимальная — у 17, белая поверхностная у 11, тотальная дистрофическая — у 6. Препарат назначали по 250 мг в сутки в течение 3-х месяцев.

Результаты. Во время приема препарата лишь у 3-х женщин появилось ощущение тошноты и легких бо-

лей в эпигастррии, не потребовавших его отмены.

Закончили лечение и наблюдались в течение 6 месяцев 36 пациентов, остальные — на различных стадиях лечения. Через 2 месяца терапии у 19 из 36 лиц отмечали отрастание здоровых ногтей на ногах. Через

3 месяца таких пациентов стало 28, через 6 мес. — 33. Микробиологическое излечение достигнуто у всех, клиническое — у 33. Из 12 человек с поражением ногтей рук, у 7 отрасли здоровые ногти через 2 месяца, через 3 месяца — у всех.

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ СТОП ПРИ НАРУШЕННОМ ПРОЦЕССЕ КЕРАТИНИЗАЦИИ

**Фризин В. В.**

*Казанская государственная медицинская академия  
Казань, 420012, ул. Муштары, д. 11*

Нами предложена методика лечения больных сквамозно-гиперкератотической формой микоза стоп на фоне нарушенного процесса кератинизации. По данной методике лечение проведено больным вульгарным ихтиозом и сухой ихтиозиформной эритродермией с проявлениями микоза стоп и онихомикозом, подтвержденными культуральным исследованием. Больных ихтиозом со сквамозно-гиперкератотической формой микоза стоп и онихомикозом разделили на две группы, идентичные по возрасту, полу, клиническим проявлениям, возбудителю микоза. Группы состояли из 12 человек (5 мужчин, 7 женщин) в возрасте от 25 до 65 лет.

Из патогенетических средств в лечении больных микозом стоп при ихтиозе наиболее значимыми являются коррекция нарушения ороговения, иммуномодуляция, регуляция обмена веществ, восстановление микроэлементного состава (Рукавишников В. М., 1999). Больным из первой группы нами проводилось комплексное патогенетическое лечение, включающее раствор ретинола пальмитата по 300 000 МЕ вечером; витамины группы В, С, Е, никотиновую кислоту, средства нормализующие липидный обмен (липамид, витамин U), ферменты («фестал», «мезим»). БАД «Литовит», обладающая свойствами избирательного ионного обмена и специфической сорбции, назначали по одной чайной ложке три раза в день между приемами пищи в течение 6 недель (Суворова К. Н., Маслова Г. Е., 1998; Бородин Ю. И. и соавт., 1999). С целью коррекции иммунитета мы назначали больным ихтиозом с микозом стоп раствор «тимогена» в инъекциях по 1,0 мл один раз в день в течение 20 дней (Скрипкин Ю. К., Суколин Г. И., 1996).

Больным второй группы назначалась только этиологическая терапия, в обеих группах назначали тербинафин («ламизил») в дозе 250 мг/сутки в течение 12 недель.

Оценка терапевтической эффективности метода была проведена с учетом клинико-лабораторных данных в обеих группах больных через 6, 12 и 24 недели после начала лечения.

К концу 6-й недели клиническое улучшение наблюдали на коже стоп у 6 больных 1-й группы и у 3 больных 2-й группы, а кроме того у 4 больных 1-й группы — выздоровление. Микологическое излечение было у 10 больных 1-й группы и у 5 2-й группы. К концу 6-й недели лечения наметилось улучшение состояния ногтей у 10 в 1-й группе и у 7 во 2-й группе больных. По завершению 12 недели лечения больных отмечали следующее: в 1-й группе у 2 пациентов — улучшение клиники на коже стоп, у 9 — выздоровление, во 2-й группе — только улучшение у 6 больных. Микологическое излечение было у всех пациентов обеих групп. На последнем этапе наблюдения — 24 недели — во 2-й группе осталось 4 пациента без изменений на коже стоп, остальные 8 пациентов из 2-й группы были зарегистрированы с улучшением; кроме того, во 2-й группе не было выздоровевших в сравнении с первой группой — 9; микологическое выздоровление зафиксировано у всех больных обеих групп. Имелась тенденция к увеличению случаев онихомикоза с микологическим излечением в 1-й группе.

Таким образом, эффективность терапии больных микозом стоп и ногтей на фоне нарушенного процесса кератинизации увеличивается при назначении патогенетической терапии, что подтверждается клинически-лабораторными данными.

## ЛЕЧЕНИЕ МИКОЗОВ СТОП И КИСТЕЙ МИФУНГАРОМ

**Цыбикжапова В. Д., Лещенко Г. М., Потапова И. В., Миронова Л. Г.**  
*ЦНИКВИ МЗ РФ, НИИ ЭЧигОС имени Н. А. Сысина, КВД №3, МГМСУ  
Москва*

Под наблюдением находилось 48 больных в возрасте от 8 до 85 лет с ладонно-подошвенной локализацией микоза, подтвержденного выделением культуры возбудителя. 24 из них (руброфития стоп интертригинозная — 15, ладоней 5 чел., кандидоз

кистей интертригинозный — 4 чел., с типичными проявлениями поражений кожи) получали лечение «мифунгаром» — новым антимикотиком из группы азолов (оксиконазола нитрат) чешской фирмы «Лечива».

Мифунгар крем наносился на очаг поражения 1 раз в сутки на ночь до 3 недель. Во избежание рецидива заболевания, в соответствии с рекомендацией фирмы, препарат наносился еще 1–2 нед. после признаков излечения. Больные групп сравнения по 12 чел. с теми же диагнозами получали лечение 1% кремами «ламинил» и «экзодерил».

Наши наблюдения и сравнительное изучение клинико – этиологической эффективности крема «мифунга» и 1% кремов «ламинил» и «экзодерил» показали, что он является высокоактивным антимикотиком широкого спектра действия, заслуживает широкого внедрения в практику лечения микотических поражений гладкой кожи.

---

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОГО КАНДИДОЗА ПРОТИВОГРИБКОВЫМ ПРЕПАРАТОМ – ФЛЮКОСТАТ

**Воинова Г. В.**

*Центр глубоких микозов, ГKB № 81*

*Москва*

На протяжении более чем тридцати лет, в Центре глубоких микозов на базе ГKB № 81, проводятся диагностика и разработка новых схем лечения системных (глубоких) микозов.

В последние годы в качестве этиотропных препаратов хорошо зарекомендовали себя триазолы, в частности флуконазол (отечественный аналог – «флюкостат»).

Под наблюдением находились 22 пациента (12 женщин, 10 мужчин) в возрасте от 23 до 70 лет, болеющие кандидозом бронхо-легочной системы, желудочно-кишечного тракта и мочевых путей. Продолжительность лечения флуконазолом кандидной пневмонии составляла 21 день по 200 мг/д (в первый день 400 мг). При кандидном бронхите, кандидном эзофагите, кандидозе мочевыводящих путей флуконазол применяли в дозе 100 мг/д (1-ый день – 200 мг/д) в течение 14 дней. Кандидный фарингит (наиболее легкая форма кандидоза) излечивается после 10-ти дневно7о применения флу-

коназола в дозе 50 мг/д (1-ый день – 100 мг/д).

После лечения, по указанным выше схемам, микологическая санация наступила у 18 (81,1%) из 22 больных. Клиническая эффективность в целом отмечена у 21(95,5%) из 22 больных: выздоровление – у 13 (59,1%), улучшение – у 8 (36,4%). Клинического эффекта не получено у 1 больного кандидным бронхитом на фоне бронхиальной астмы средней тяжести.

При лечении хронических заболеваний, осложненных грибковой инфекцией, не всегда приходится ожидать полного клинического выздоровления, и даже после микологической санации некоторые симптомы тяжелой хронической патологии остаются и требуют длительного проведения симптоматической терапии.

Поэтому полное клиническое излечение в 59,1 % случаев расценено нами как хороший клинический эффект антимикотического препарата флуконазола, и позволяет рекомендовать его практическим врачам для лечения кандидоза висцеральных органов.

---