

УСПЕХИ МЕДИЦИНСКОЙ МИКОЛОГИИ

**Под общей научной редакцией академика РАЕН
Ю. В.Сергеева**

Том II

**МАТЕРИАЛЫ ПЕРВОГО ВСЕРОССИЙСКОГО КОНГРЕССА
ПО МЕДИЦИНСКОЙ МИКОЛОГИИ**

Москва
Национальная Академия Микологии
2003

ББК 28.591
УДК 58-616.5
У78

Редакционная коллегия:

Сергеев Ю. В. (главный редактор)
Лещенко В. М. (ответственный секретарь)
Бурова С. А.
Караулов А. В.
Клясова Г. И.
Липницкий А. В.
Потекаев Н. Н.
Сергеев А. Ю.
Тутельян В. А.

У78 Успехи медицинской микологии. — Т. 2. — М.: Национальная академия микологии, 2003. — 336 с.

Второй том сборника «Успехи медицинской микологии» включает главы по актуальным вопросам в исследовании эпидемиологии, этиологии, патогенеза, клиники, лечения и профилактики поверхностных, подкожных и глубоких микозов человека. Третья глава посвящена проблемам преподавания медицинской микологии.

Издание составлено на основе материалов Первого всероссийского конгресса по медицинской микологии.

ББК 28.591
УДК 58-616.5
У78

**Издано в Российской Федерации в рамках программы
Национальной академии микологии**

*Издание осуществлено при поддержке
Международного общества по медицинской
и ветеринарной микологии (ISHAM)*

ГЛАВА 1

**МИКОЗЫ
КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ
ОБОЛОЧЕК**

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРГИДРОЗА ПРЕПАРАТОМ ФОРМАГЕЛЬ — ЕЩЕ ОДНА ВОЗМОЖНОСТЬ 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, невродов, алкоголизма). В юности выраженный гипергидроз стоп встречается как возрастное явление. Потливость стоп способствует проникновению возбудителей грибковых заболеваний в кожу, снижение ее — важный фактор в профилактике микозов.

Наиболее эффективными лекарственными средствами для местного лечения гипергидроза являются препараты, содержащие формальдегид. Формгель — 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 Формгель. Препарат быстро подсыхает, образуя тонкую бесцветную пленку. Через 30-40 минут 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.

COMMON SUPERFICIAL FUNGAL INFECTIONS IN PATIENTS WITH AIDS

Aly R.

*Department of Dermatology University of California —
San Francisco Medical Center
Сан-Франциско, США*

Superficial fungal infections such as seborrheic dermatitis, tinea pedis, tinea corporis, and onychomycosis are common in patients infected with human

immunodeficiency virus (HIV). In communities where HIV infections are frequent, some of these clinical presentations serve as markers of the stage of HIV infection. The diagnosis of superficial fungal infection in HIV-positive patients may be difficult because of atypical clinical manifestations. Therefore, to ensure a correct diagnosis, skin scrapings should be collected for potassium hydroxide preparations and cultures. Most forms of dermatophytosis in HIV-positive patients respond well to many topical antifungal agents, such as azoles, terbinafine, and ciclopirox olamine. If the disease is chronic and extensive, then systemic antifungal agents are effective.

ОРОФАРИНГЕАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Аркадьева Г. Е., Виноградова А. Н.

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени акад. И. П. Павлова
Санкт-Петербурге*

За последнюю четверть 20 века наблюдалось драматическое увеличение иммунокомпрометированных больных во всех странах. Ранее это было связано с последствиями медицинского лечения при трансплантации и использовании кортикостероидов и других лекарств. В настоящее время тяжелые иммунные дефекты связывают с инфекцией, вызванной Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ), которая сейчас является главной причиной иммунодефицита.

Известно, что имеется прямая взаимосвязь между состоянием иммунной системы и активацией непатогенной флоры или оппортунистической микрофлоры полости рта. Оппортунистические микроорганизмы активируются в условиях, удобных для них — это иммунодефицитные состояния.

При ВИЧ-инфекции уже на ранних стадиях заболевания, еще до развития иммунодефицита появляются первые признаки иммуносупрессии- рецидивирующий кандидоз и герпес, которые наблюдаются даже у больных, находящихся на высокоинтенсивной противоретровирусной терапии (HAART). Их тяжелые проявления на слизистых оболочках рта (на щеках, твердом и мягком небе, деснах, языке и красной кайме губ) нарастают по мере развития иммунодефицита и максимально выражены вплоть до эрозивно-язвенных изменений в стадии СПИДа.

Материалы и методы. Находящиеся на амбулаторном лечении в Санкт-Петербургском Центре по борьбе и профилактике со СПИД и инфекционными заболеваниями и инфекционной больнице № 30 им. С. П. Боткина нами было проведено клиническое обследование 32 больных с ВИЧ инфекцией с осмотром полости рта (слизистой щек, твердого и

мягкого неба, состояние пародонта и языка); проанализированы данные истории болезни (лабораторные показатели, наличие других сопутствующих патологий), анамнез и жалобы на момент осмотра, вредные привычки, характер ухода за полостью рта. У всех осмотренных нами больных были взяты мазки (по стандартной методике) и выполнено микроскопическое (окраска по Граму) и бактериологическое (среда Сабуро) исследования.

Результаты и их обсуждение. Из 32 больных: 15 были инъекционными наркоманами (в настоящее время употребление отрицают), остальные 17 заразились при половых контактах. Среди обследованных было 31 мужчина и одна женщина. Возраст 14 больных был от 20 до 30 лет, 15 больных от 30 до 40 и трое больных старше 40 лет. По международной классификации (CDC, 1993) у 5 пациентов была стадия А1, у 4х-А2, у 1 — В1, у 14 наблюдалась стадия В3, у 1 — стадия В3, у 2 — стадия С2 и у 5х-стадия С3. Наряду с гепатитами В и С у больных были такие заболевания как туберкулез, пиелонефрит, себорейный дерматит.

При осмотре полости рта были обнаружены следующие изменения: ангулярный хейлит, гиперемия слизистой всей ротовой полости, псевдомембранозная форма кандидоза (налеты были различной степени выраженности от ограниченных до распространенных), срединный ромбовидный глоссит, точечные кровоизлияния, у 3х волосатая лейкоплакия.

Результаты исследования: у 22 пациентов было найдено: *Candida spp.* при бактериоскопическом и бактериологическом исследованиях. У остальных 10 — отсутствие дрожжевых форм в мазке и роста на среде Сабуро.

Наряду с осмотром пациенты заполняли анонимную анкету на основании которой мы выяснили как часто эта группа пациентов ухаживает за полостью рта, наличие вредной привычки (табакокурение), патологий со стороны различных органов и систем, предыдущие жалобы и жалобы на момент осмотра.

В нашем исследовании 2001 года у всех пациентов состояние гигиены полости рта было неудовлетворительным — пациенты нерегулярно чистили зубы и не использовали дополнительные средства для санации полости рта. Вследствие этого могли появиться и рецидивировать патологические изменения на слизистой оболочке полости рта.

Плохой и нерегулярный уход за полостью рта способствует колонизации дрожжеподобных грибов *Candida*, которые приводят к более тяжелым проявлениям в ротовой полости при сниженном иммунитете. И поэтому всем пациентам была объяснена важность и правила ухода за полостью рта. Орофарингеальный кандидоз- ранний признак ВИЧ инфекции, а его генерализация- индикатор, предвещающий развитие СПИДа.

Таким образом, необходимо своевременное выявление и лечение кандидоза полости рта у ВИЧ инфицированных для предотвращения распространения процесса и генерализации грибковой инфекции.

ЛЕЧЕНИЕ ОНИХОМИКОЗОВ В БЕЛАРУСИ

Барabanов Л. Г., Политов В. Ф., Евсеенко И. А.

*Белорусская медицинская академия последипломного образования
Минск, Беларусь*

Наиболее частым этиологическим фактором онихомикозов в Беларуси были дерматофиты, на долю которых при проведении микологического исследования приходилось 98% всех случаев онихомикоза. В связи с этим в качестве этиотропного средства для лечения онихомикозов в течение последних 30 лет назначался фунгистатик гризеофульвин. Назначаемая доза колебалась от 4 до 8 таблеток в сутки и зависела от степени поражения ногтевых пластин, наличия сопутствующих заболеваний и переносимости лечения. Первый месяц препарат назначали ежедневно, второй — через 1 день, а затем 2 раза в неделю до отрастания здоровых ногтей. При суточной дозе 4 таблетки препарат назначали ежедневно весь период лечения. Наряду с гризеофульвином больным назначали витамины А, В1, В6, С, сосудорасширяющие средства — ксантинола никотинат или пирроксан, УВЧ на поясничные симпатические ганглии паравертебрально или индуктотермию поясничной области. Учитывая фунгистатический эффект гризеофульвина, общее лечение сочетали с местным лечением. Местное лечение включало наложение кератолитических пластырей и последующее лечение ногтевого ложа, коллоидные отслойки эпидермиса на ладонях и подошвах с последующим лечением гладкой кожи. Лечение ногтей и гладкой кожи начинали с йодного пропитывания ногтевых пластинок и гладкой кожи соответственно 2, 5 и 10%-ной йодной настойкой в течение 3 дней. На ногтевые пластинки под пластырь накладывали уреапласт, изготовленный по прописи: карбамида — 16 г, ланолина — 14 г, ледяной уксусной кислоты — 2 г, парафина — 3 г и дистиллированной воды — 5 г. Длительность накладок — 5 суток. После снятия уреапласта проводилось удаление размягченной части ногтевой пластинки маникюрными щипчиками, с последующей йодной пропиткой в течение 3 дней и наложением уреапласта на 5 суток. На ногтевые пластинки стоп уреапласт накладывался 4 — 5 раз, на ногтевые пластинки кистей — 3 раза. После последней накладки и чистки на ногтевое ложе вплоть до отрастания ногтевой пластинки глазной пипеткой капали по 2 капли раствора, имеющего состав: салициловой кислоты — 7 г, бензойной кислоты — 3 г, уксусной кислоты 80% и спирта этилового 96% по 40 г и димексида — 10 г. Через 30 секунд после нанесения раствора ногтевую пластинку подчищали. Вместо раствора на ночь на ногтевые ложа можно накладывать мазь следующего состава: салициловой и бензойной кислоты по 2 г, парафина и подсолнечного масла — по 10 г.

При сквамозно — гипертрофической форме микоза стоп и кистей проводил йодную пропитку эпидермиса, а в качестве кератолитического средства использовали 20%-ный бензойно — салициловый коллодий, который наносили нетолстым слоем на кожу 1 раз в день не более 7 дней на кожу кистей и до 10 дней на кожу стоп. Окончанием отслойки считали момент полного отставания эпидермиса в области пяток и головок плюсневых ко-

стей на стопах и в области гипотенара и головок пястных костей на кистях. При идеальной отслойке эпидермис отстает пластом в виде «перчаток» и «носков». Аппликации коллодия в межпальцевые складки проводится не более 3 раз. Если эпидермис отслоился не полностью и отстает с трудом, назначают мыльно — содовые ванночки и отслоившийся эпидермис осторожно обрезают. В дальнейшем кожу ладоней и подошв после отслойки в течение месяца смазывают 5% иодной настойкой и 3%-ной бензойно — салициловой мазью.

Наблюдение за 987 больными, получившими лечение по этой методике, позволило подтвердить ее эффективность у 86%. Использование более эффективных современных антимикотиков, например, низорала, может повысить эффективность лечения. Системные антимикотики типа тербинафина и итраконазола не требуют проведения местного лечения, но пока остаются малодоступными для большинства населения из — за высокой стоимости, в связи с чем предлагаемая нами метода лечения онихомикозов продолжает с успехом использоваться в кожно — венерологических учреждениях Беларуси.

COMBINATION THERAPY IN ONYCHOMYCOSIS MANAGEMENT

Baran E.

*Department of Dermatology and Venereology
Вроцлав, Польша*

Introduction: A combined approach to onychomycosis management is becoming more and more popular. The complementarity of both antifungal activity and topical and oral administration of antifungal agents seems to be the most rational.

Objective: Assessment of the efficacy, tolerability and patient satisfaction of amorolfine 5% nail lacquer (Loceryl[®]) combined with an oral antifungal in patients with toenail onychomycosis with matrix involvement.

Patients and methods: A multicentre study of 218 patients was conducted for 12 months. All patients received both amorolfine lacquer once weekly for 12 months and an oral antifungal of researcher's choice: either terbinafine 250 mg once per day for 3 months (AT group), itraconazole 200 mg twice per day in pulse therapy for 3 months (AI group) or fluconazole 300 mg once per week for 6 months (AF group). Oral pentoxifylline 400 mg twice per day for three months was optional. Global cure has been defined as remaining of maximum 10% of initial lesions and negative culture examination. Tolerability was assessed for the topical and oral antifungal separate. Patient's satisfaction score was based on the opinion of the individual patients.

Results: There was a 77,06% of global cure independently of the oral antifungal used (76,25% in the AT group, 79,41% in the AI group and 71,43% in the AF

group). There was no higher efficacy noted in patients receiving pentoxiphyline. Both topical amorolfine and the oral antifungals were very well tolerated. The most importantly, the majority of patients were satisfied of the treatment.

Conclusions: The combination of topical amorolfine with oral antifungal (terbinafine, itraconazole or fluconazole) is an effective and very well tolerated onychomycosis therapy.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФЛЮКОСТАТОМ (ФЛЮКОНАЗОЛОМ) БОЛЬНОГО С РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМОЙ РУБРОФИТИИ КОЖИ

*Баткаев Э. А., Шапаренко М. В.,
Ерофеева И. М., Иванов К. Г.
Кафедра дерматовенерологии РМАПО,
Кожвендиспансер №5 ВАО
Москва*

Больной 66 лет, с давностью заболевания 6 месяцев, наблюдался в течение 2-х месяцев с диагнозом: Распространенная форма руброфитии кожи, который был подтвержден лабораторно. Учитывая распространенность процесса: лицо, туловище, верхние и нижние конечности, — назначена терапия системным отечественным препаратом антимикотиком Флюкостатом (Флюконазолом), относящемуся к классу триазольных противогрибковых средств.

В нашем наблюдении больной мужчина 66 лет, принимал флюкостат по 50 мг 1 раз в день после еды ежедневно в течение 14 дней. Переносимость лечения была хорошей, каких-либо осложнений не выявлено. Уже на 3-й день лечения препаратом антимикотиком исчез зуд, эритематозные очаги стали бледнее, мелкопластинчатое и отрубевидное шелушение в них в значительной степени уменьшилось; на ладонях кистей кожа стала мягче, эластичнее, приобрела розовый оттенок вместо сероватого, трещины в основном заэпителизировались, шелушение также значительно уменьшилось.

К концу 2-х недельного курса лечения высыпания на коже лица, туловища и конечностей окончательно поблекли, осталась лишь умеренная стойкая эритема с размытыми границами в пахово-бедренных складках и на голенях; на ладонях кистей инфильтрации и трещин не было, но сохранялось умеренное мелкопластинчатое шелушение. Лабораторно: в анализе грибы не обнаружены. После отмены препарата, на фоне продолжающегося регресса высыпаний, отмечено временное появление умеренного зуда на голенях и бедрах. Полный регресс высыпаний и зуда наступил через 1,5 месяца после окончания курса лечения флюкостатом в курсовой дозе 700 мг. Лабораторно: анализы на грибы оставались стойко отрицательными на всем протяжении лечения и наблюдения. Таким образом, при лечении распространенных микозов гладкой кожи, показано применение системных

препаратов антимикотиков. Системный отечественный антимикотик Флюкостат (Флюконазол), относящийся к классу триазольных противогрибковых препаратов, должен шире использоваться в практике дерматолога для лечения распространенных микозов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РУБРОФИТИИ И КАНДИДОЗА ГЛАДКОЙ КОЖИ ФЛЮКОСТАТОМ

*Баткаев Э. А., Шапаренко М. В.,
Рюмин Д. В., Тогоева Л. Т., Мерцалова И. Б.
РМАПО, ГКБ № 14 имени В. Г. Короленко
Москва*

Микозы гладкой кожи являются распространенной патологией человека. Они составляют около 30% в общей структуре заболеваемости дерматозами, поэтому внедрение в лечебную практику новых схем терапии антимикотиками как системного, так и местного применения представляется чрезвычайно актуальной задачей.

С целью изучения эффективности отечественного Флюкостата (Флюконазол) в терапии руброфитии гладкой кожи наблюдали 48 больных в возрасте 19-63 лет (женщин — 31, мужчин — 17). У 15 больных была поражена только кожа стоп, межпальцевых складок стоп, подошвы. У 32 — в патологический процесс была вовлечена кожа паховых складок. У 1 — генерализованная форма заболевания. У 35 больных наблюдалась дисгидротическая форма руброфитии, у остальных — незначительный гиперкератоз и муковидное шелушение. Важно отметить, что при поражении кожи паховых складок, а также при генерализованной форме руброфитии патологический процесс на коже располагался симметрично. Давность заболевания составляла от 2 недель до нескольких лет. 9 больных одновременно страдали хронической экземой, 5 — псориазом, 3 — красным плоским лишаем. У 6 больных эндокринологом диагностирован сахарный диабет. 12 больных в прошлом для лечения руброфитии использовали различные антимикотические мази с переменным успехом. У всех больных при микроскопическом исследовании с очагов поражения обнаружен мицелий гриба. У 15 больных при культуральном исследовании отмечался рост *Trichophyton rubrum*. Флюкостат назначали по 50 мг 1 раз в день, после еды в течение 2-3 недель.

Кроме того, под нашим наблюдением находилось 65 мужчин, больных кандидозным баланопоститом в возрасте 17-52 лет. Из них с острой формой (ОФ) заболевания, после курса антибиотикотерапии было 29 и с хронической рецидивирующей формой (ХРФ) — 36 человек. У 30 пациентов с ХРФ баланопостита были обнаружены различные инфекционно-воспалительные заболевания уrogenитального тракта (циститы, уретропростатиты, простатовезикулиты, эпидидимиты), у 6 человек этой группы эндокринологом выявлен сахарный диабет. У всех больных в соскобах с кожи головки и

крайней плоти полового члена при микроскопическом исследовании обнаружены дрожжевые грибы рода *Candida*. Флюкостат назначали по следующей схеме: 1 день — 150 мг внутрь однократно, со 2 по 8 день лечения — по 50 мг 1 раз в сутки.

Переносимость Флюкостата у всех пациентов с руброфитией гладкой кожи и кандидозным баланопоститом была хорошей. Выраженных побочных явлений при его приеме у большинства пациентов не отмечалось. Однако, у отдельных больных после приема препарата наблюдались явления дискомфорта со стороны органов ЖКТ в виде незначительной тошноты, чувства тяжести в гепатобилиарной зоне. Указанные побочные явления исчезали спустя 1,5-2 часа после приема Флюкостата и не требовали его отмены.

В результате проведенной терапии у всех наблюдаемых пациентов с руброфитией и кандидозом гладкой кожи было достигнуто клинико-этиологическое излечение. Таким образом, препарат Флюкостат является эффективным средством лечения руброфитии гладкой кожи и кандидозных поражений кожи полового члена.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Баткаев Э. А., Верхогляд И. В.
Кафедра дерматовенерологии РМАПО
Москва

Под нашим наблюдением находилось 495 больных псориазом (женщин — 254, мужчин — 241). У всех были выявлены ониходистрофии, представленные подногтевым гиперкератозом частичным или тотальным, а также онихолизисом). При этом диагноз онихомикоз был подтвержден лабораторно в 119 случаях, что составило 24%. В группе больных с диагностированным онихомикозом отмечалось более тяжелое течение псориаза с частыми обострениями, плохо поддающееся противовоспалительной и местной терапии. У 25 из них был выявлен псориатический артрит, у одного — рожистое воспаление. Больные онихомикозом были разбиты на три группы. 1-я группа (89 человек) получили лечение системным антимикотиком тербинафином по стандартной схеме (250 мг препарата, один раз в сутки, в течение трех месяцев), 2-я группа (15 человек) получали тербинафин в сочетании с иммуномодулятором полиоксидонием по 6 мг внутримышечно, через день, на курс 10 инъекций, 3-я группа (15 человек) получали тербинафин в сочетании с нанесением на ногтевые пластинки 8% лака Батрафен (1-й месяц ежедневно, 2-й — 2 раза в неделю, с 3-го месяца — 1 раз в неделю).

У больных в первой группы при контрольном исследовании через 3 месяца клиническая и микологическая излеченность была диагностирована у 78 (85%), микологическая у 3-х, эффекта не наблюдалось у 8-ми пациентов. Во второй группе (15 человек) клиническая и микологическая излечен-

ность установлена в 14 случаях (95%), лечение не принесло результатов у одного больного. В третьей группе у всех 15 больных отмечалось клиническое и микологическое излечение. На фоне проведенной санации псориазический процесс у наблюдаемых больных приобрел abortивный характер. Снизилось число рецидивов в год (в 1,5 раза), удлинился межрецидивный период (до года), уменьшилась площадь и острота псориазического процесса (индекс PASI снизился в 1,5-2 раза), последующие обострения хорошо купировались. Причем терапевтическая эффективность псориазического процесса была более выражена у больных второй группы, кроме того, у них также отмечалась нормализация иммунологических показателей.

Таким образом, у больных псориазом при наличии онихомикоза, заболевание протекает тяжелее и хуже поддается стандартной терапии. В тоже время при санации микотической инфекции, системными антимикотиками наблюдается хороший терапевтический эффект как в отношении микотического, так и псориазического процесса. Еще более выраженным лечебный результат становится при одновременном назначении иммуномодулятора полиоксидоний или местном применении лака Батрафен. Данные схемы лечения можно рекомендовать для более широкого применения при онихомикозе у больных псориазом.

СОЛКОТРИХОВАК В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ

Батыршина С. В.

*Кафедра дерматовенерологии Казанской ГМА
Казань*

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

Нередко выявляясь у женщин детородного возраста, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ), УГК играет определенную роль в формировании репродуктивных потерь. В сочетании с другими инфекциями, передаваемыми половым путем или резидентной флорой, УГК выявлен нами у 26,0% (626) из 2403 обследованных пациенток, страдающих ВЗОМТ, у части которых имелись проблемы репродуктивного здоровья. В структуре УГК на не-*albicans* урогенитальный кандидоз, обусловленный *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. kefyr* и *C. glabrata* приходилось 14,2% (89), причем в 55,1% он регистрировался как рецидивирующий.

Клиническая практика свидетельствует о том, что именно у данных пациенток чаще регистрируются случаи повторного инфицирования или рецидивов болезни. Кроме того, у них нередко наблюдаются нарушения в системе многоуровневого антифунгального барьера, количественные и качественные изменения в В- и Т-клеточной системе иммунитета, отклонения

уровней половых гормонов от диапазона нормы, что обуславливает возможность агрессии в виде адгезии и развития тканевых реакций, принципиально отличающих состояния кандидоносительства и кандидопатии от кандидоза и являющихся причиной длительного присутствия возбудителей в организме.

Использование наряду с агрессивной терапией (системные противокандидозные препараты) или в качестве монотерапии введения инактивированных лактобактерий (вакцина Солкотриховак) позволяет, по нашим данным, в 98,6% и 81,3% случаев соответственно устранить микотический компонент воспаления. Установление положительного эффекта, после введения от трех до четырех инъекций по 0,5 мл Солкотриховака, позволяет считать данный препарат хорошей альтернативой при выборе метода терапии женщин детородного возраста, страдающих ВЗОМТ и рецидивирующим урогенитальным кандидозом.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ НИЗОРАЛОМ

*Богущ П. Г., Важбин Л. Б.,
Чистякова Т. В., Каук М. В.*

*Центральный клинический кожно-венерологический диспансер
Москва*

Разноцветный лишай является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний в практике врача дермато- венеролога. За последнее время наблюдается рост заболеваемости в связи с частым, порой необоснованным приемом антибиотиков, ухудшением экологической обстановки, приемом препаратов, снижающих иммунитет, распространении наркомании и токсикомании, ВИЧ-инфекции и другими причинами. Впервые возбудитель разноцветного (отрубевидного) лишая описал Robin в 1853 году и дал ему название *Malassezia furfur* (*furfur* — отруби). В 1874 году были описаны сферические и овальные формы гриба. В настоящее время считается, что обе разновидности являются различными стадиями в жизненном цикле гриба. Интенсивность заселения кожи *P orbiculare* (*ovale*) зависит от функциональной активности сальных желез, что связано с его липофильными свойствами. аще всего заболевание развивается в возрасте 20-45 лет. Соотношение между женщинами и мужчинами составляет 2:1. Предрасполагающими факторами являются явления себореи, повышенная потливость и изменение химического состава пота, пребывание в жарком климате, патология внутренних органов а также генетическая предрасположенность. Возникновению заболевания способствует антибактериальная или кортикостероидная терапия, эндокринная патология, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта а также состояния первичного и вторичного иммунодефицита. Необходимо отметить изменения в клинической симптоматике,

произошедшие за последнее время (появление стертых форм, атипичной локализации высыпаний). В связи с актуальностью проблемы разработки различных методов лечения разноцветного лишая нами была проведена работа по исследованию сравнительной эффективности местного лечения 2% кремом «Низорал» (производитель- компания Янссен-силлаг (в качестве монотерапии и комбинированной терапии (наружная терапия кремом «Низорал» в сочетании с приемом низорала в виде таблеток в суточной дозе 200 мг в течение 10 дней). Пролечено 22 больных, среди которых 15 женщин и 7 мужчин в возрасте от 21 до 43 лет. Длительность заболевания составила от 4 месяцев до 5 лет, почти у всех больных дерматоз имел хронический, рецидивирующий характер. При обследовании сопутствующая эндокринная патология выявлена у 9 пациентов, изменения в иммунограмме (уменьшение Т-лимфоцитов и повышение количества В-лимфоцитов) у 19 больных. Диагноз был поставлен на основании клинических проявлений, подтвержден микроскопически, пробой Бальзера а также характерным свечением в лучах лампы Вуда. Срок наблюдения составил 11 месяцев. Микологическое излечение наступило быстрее (в среднем на 15 дней (у пациентов, получавших комбинированное лечение. Кроме того, рецидивы заболевания чаще встречались у больных, получавших только наружное лечение (у одного пациента, получавшего системную терапию и у 8 пациентов, получавших только наружное лечение) Таким образом нами сделан вывод о необходимости назначения комплексного системного этиотропного лечения разноцветного лишая при отсутствии соответствующих противопоказаний.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

*Богущ П. Г., Редченко Е. Б.,
Чулкова Г. В., Шатрова А. Э.*

*Клинико-серологическая лаборатория кожно-венерологического
клинического диспансера №1 Комитета здравоохранения г. Москвы
Москва*

Грибы рода *Candida* широко распространены в природе, сапрофитируют на коже и слизистых оболочках ротоглотки, носа, пищеварительного, мочеполового трактов человека, являясь ассоциантом нормальной микрофлоры и при определенных условиях могут приобретать патогенные свойства.

В нашей лаборатории проводится диагностика ИППП, в том числе генитального кандидоза. Материалом для исследования служат соскобы со слизистой влагалища, вульвы, уретры, окружающей кожи. Для исследования под микроскопом материал окрашивается по Граму или метиленовым синим. При изучении мазков отмечают наличие дрожжевых клеток или псевдомицелия, обращают внимание на количество лейкоцитов, состав бактериальной флоры.

При исследовании 7935 мазков (4711 человек) в 2002 году грибы рода *Candida* были обнаружены у 211 человек (4,5%), чаще у женщин (92,2%). Обычно наличие дрожжевых клеток и псевдомицелия в препарате сопровождается значительным лейкоцитозом (свыше 40-60 лейкоцитов в поле зрения) — 69,1%. Однако у части пациентов эта инфекция не сопровождается выраженной воспалительной реакцией. Материал, в котором выявляются дрожжи и псевдомицелий, чаще всего содержит смешанную флору с преобладанием палочек Додерлейна (82,4%). Специально не отслеживали сочетание *Candida* с другими ИППП и элиминацию *Candida* в процессе лечения противогрибковыми препаратами. Однако у ВИЧ инфицированных пациентов (Х. 1973г. р.) отмечали стойкое наличие почкующихся дрожжевых клеток и псевдомицелия в исследуемом материале в течение 3 — 4 месячной противогрибковой терапии.

ДИАГНОСТИКА ГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

*Редченко Е. Б., Богуш П. Г.,
Чулкова Г. В., Шатрова А. Э.*

*Клинико-серологическая лаборатория кожно-венерологического
диспансера №1 Комитета здравоохранения г. Москвы
Москва*

Грибы рода *Candida* широко распространены в природе, они заселяют кожу и слизистые оболочки ротоглотки, носа, пищеварительного тракта человека. Часто сапрофитируют на слизистых оболочках мочеполового тракта человека, являясь ассоциантом нормальной микрофлоры и при определенных условиях приобретают патогенные свойства.

В нашей лаборатории проводится диагностика ИППП, в том числе генитального Кандидоза. Материалом для исследования служат соскобы со слизистой влагалища, вульвы, уретры, окружающей кожи. Для исследования под микроскопом материал окрашивается метиленовым синим или по Граму. При изучении мазков отмечают наличие дрожжевых клеток или псевдомицелия, обращают внимание на количество лейкоцитов, состав бактериальной флоры.

При исследовании 7563 мазков (4117 человек) в 2001 году грибы рода *Candida* были обнаружены у 168 человек (4,1%), чаще у женщин (у 95,2%). Обычно, наличие дрожжевых клеток и псевдомицелия в препарате сопровождается значительным лейкоцитозом (свыше 40-60 лейкоцитов в поле зрения) — 72,1%. Однако у части пациентов эта инфекция не сопровождается выраженной воспалительной реакцией. Материал, в котором выявляются дрожжи и псевдомицелий чаще всего содержит смешанную флору с преобладанием палочек Додерлейна (87%). Специально не отслеживалось сочетание *Candida* с другими ИППП и элиминацию *Candida* в процессе лечения противогрибковыми препаратами. Однако у ВИЧ инфицирован-

ной пациентки (больной X. 1973 г р.) отмечали стойкое наличие дрожжевых клеток и псевдомицелия в исследуемом материале в течение 3-х месячной противогрибковой терапии. Наши исследования продолжаются.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕНИТАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ

*Богуш П. Г., Редченко Е. Б.,
Чуксина Ю. Ю., Чулкова Г. В.*

*Кожно-венерологический клинический диспансер № 1
Комитета здравоохранения г. Москвы Москва
Москва*

В патогенезе хронических кандидозов, особенно отличающихся рецидивирующим течением, значительную роль играют не только местные факторы защиты, но и состояние системы иммунного гомеостаза, обеспечивающего именно протективные функции макроорганизма в ответ на внедрение инфекции.

В этой связи нами была проведена оценка показателей клеточного иммунитета у больных хроническим рецидивирующим генитальным кандидозом, обратившихся в наш диспансер в период с 1999 по 2002 гг. В структуре больных преобладали женщины в возрасте от 20 до 45 лет, диагноз генитального кандидоза у которых был подтвержден методом прямой микроскопии.

Оценка иммунного статуса проводилась методом лазерной проточной цитофлуориметрии с использованием моноклональных антител к дифференцировочным антигенам лимфоцитов периферической крови (фирма «Becton Dickinson»). Были определены относительные количественные параметры Т-, В-популяций лимфоцитов, основных иммунорегуляторных субпопуляций (Т-хелперной и Т-цитотоксической) и их соотношение, уровень естественных клеток-киллеров (ЕКК) и Т-киллерных лимфоцитов, а также число Т-лимфоцитов периферической крови, экспрессирующих поздний маркер активации — HLA-DR-антиген. Все показатели сравнивались с аналогичными в группе практически здоровых лиц.

Было установлено существенное ($p < 0,05$) снижение количества Т-хелперных

(CD3+CD4+) ($42,3 \pm 1,9\%$) и резкое увеличение числа Т-цитотоксических (CD3+CD8+) ($45,6 \pm 2,0\%$) лимфоцитов ($p < 0,001$) у больных кандидозом по сравнению с контролем ($45,9 \pm 1,4\%$ и $30,3 \pm 1,6\%$) соответственно. Следствием этого дисбаланса явилось значительное снижение иммунорегуляторного индекса ($0,96 \pm 0,02$) по сравнению с практически здоровыми лицами ($1,6 \pm 0,1$).

Уровень В-лимфоцитов и ЕКК у пациентов существенно не отличался от контрольных показателей. У исследуемых пациентов также отмечалось значительное увеличение числа Т-киллерных лимфоцитов, играющих существенную роль в процессе элиминации поврежденных клеток- мишеней.

Уровень активированных Т-лимфоидных элементов практически не изменялся у больных генитальным кандидозом ($7,0 \pm 1,4\%$) по сравнению с контрольными значениями ($6,3 \pm 0,7\%$), что свидетельствует о низкой активированности основной популяции Т-лимфоцитов, обеспечивающих запуск и реализацию протективного иммунного ответа на чужеродный антиген.

Таким образом, при хроническом рецидивирующем генитальном кандидозе имеет место дисбаланс и нарушение функциональной активности основных иммунорегуляторных субпопуляций Т-клеток, играющих основную роль в обеспечении каскада адекватных иммунологических реакций макроорганизма при элиминации патогена.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБОЙ (НА МОДЕЛИ МИКРОСПОРИИ)

*Богущ П. Г., Бондарев И. М., Лапшина Т. П.
Кожно-венерологический клинический диспансер № 1
Комитета здравоохранения г. Москвы
Москва*

Объективная логика оценки эволюции эпидситуации при микроспории должна основываться на достоверных событиях, вероятность наступления которых равна или больше 0,95.

Разработка логически и математически обоснованной технологии управления медицинской службой должна быть изложена в виде последовательно необходимых управляющих воздействий и решений, обеспечивающих эффективную деятельность всех подсистем службы.

Опыт работы оргметодотдела по дерматовенерологии (ОМОДВ) Кожно-венерологического клинического диспансера (КВКД) № 1 Комитета здравоохранения г. Москвы (КЗМ) в разработке доказательной технологии управления разделом «микроспория» может быть представлен в виде последовательных событий, которые повторяются ежегодно или по мере необходимости:

1. Системный анализ эпидситуации и современной технологии управления медицинской службой по разделу работ «микроспория».
2. Аналоговое моделирование службы (системы).
3. Разработка (совершенствование) и экспертиза количественных критериев оценки приоритетных разделов работы подсистем в соответствии с нормативными документами и результатами системного анализа, регламентирующими деятельность подсистем и системы в целом.

4. Организация информационного потока объективных данных о реализации нормативных и методических документов и полученных результатах охраны здоровья населения.

5. Математический анализ полученной информации.

6. Создание целевой программы количественных управляющих рекомендаций для каждого КВД, окружных специалистов, службы г. Москвы и заинтересованных организаций.

7. Разработка прогноза эпидемиологической ситуации по микроспории.

8. Мониторинг службы, включая подготовку к изданию приказов, справок, информационных писем, проведения совещаний с дерматовенерологами и специалистами заинтересованных организаций.

9. Регистрация результатов деятельности (отчеты) КВД и заинтересованных организаций, анализ полученных данных, составление программы количественных управляющих рекомендаций, краткосрочных и долгосрочных прогнозов.

10. Доведение полученных данных до исполнителей, управляющих и контролирующих инстанций для принятия адекватных решений.

Приведенный порядок разработки доказательной технологии управления медицинской службой повторяется и совершенствуется ежегодно.

Результативность доказательной технологии управления состоит в уменьшении заболеваемости микроспорией в г. Москве в период 1991 — 2001 гг. в два раза.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ МИКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ г. МОСКВЫ

*Богущ П. Г., Бондарев И. М., Лапшина Т. П.
Кожно-венерологический клинический диспансер № 1
Комитета здравоохранения г. Москвы
Москва*

«Разработка и внедрение механизмов обеспечения качества медицинской помощи населению с акцентом на развитие экономических методов управления...» являются приоритетными направлениями в совершенствовании охраны здоровья населения (А. Л. Линденбратен, 2002 г.).

Организационно-методический отдел по дерматовенерологии (ОМОДВ) Кожно-венерологического клинического диспансера № 1 (КВКД) Комитета здравоохранения г. Москвы (КЗМ) применяет экономические методы управления микологической службой с целью совершенствования охраны здоровья москвичей.

Доказана прямая зависимость использования финансовых ресурсов, выделяемых правительством г. Москвы на противоэпидемическую (профилактическую) работу и уровнем заболеваемости микроспорией. Коэффициент

корреляции равен 0,63, его ошибка 0,13 и коэффициент регрессии достигает величины 2,92.

Увеличение использования ресурсов, выделяемых на противоэпидемическую (профилактическую) работу в территориях обслуживания КВД, на 10% обеспечивает в среднем уменьшение числа заболеваний микроспорией на 570 человек в год. Неиспользование каждых 10 тыс. рублей, выделенных на противоэпидемическую (профилактическую) работу приводит в среднем к увеличению числа заболевших микроспорией на 300 человек.

В связи с выполнением значительной части целевой программы количественных управляющих рекомендаций «Микроспория» на 2001—2002 гг., объем неиспользованных ресурсов, выделенных для противоэпидемической (профилактической) работы КВД и МГЦД при микроспории, уменьшился с 1265294,7 рублей в 2000 г. до 994400 рублей в 2001 г., т. е. на 21,4%. Число случаев заболевания микроспорией уменьшилось на 16,8%.

Всего за период 1991—2001 гг. заболевание микроспорией предупреждено у 16500 москвичей.

Таким образом, анализ реализации финансовых ресурсов, выделяемых для противоэпидемических (профилактических) мероприятий и доведение результатов анализа до сведения администрации КВД, МГЦД и других заинтересованных организаций, является одним из действенных управляющих механизмов повышения эффективности деятельности КВД и других организаций в ограничении распространения микроспории в г. Москве.

ЦЕЛЕВАЯ ПРОГРАММА И ПРОГНОЗ ЭВОЛЮЦИИ ЭПИДСИТУАЦИИ ПО МИКРОСПОРИИ В г. МОСКВЕ НА 2001 — 2002 гг.

*Богуш П. Г., Бондарев И. М.,
Лапина Т. П., Лещенко В. М.*

*Кожно-венерологический клинический диспансер №1
Комитет здравоохранения г. Москвы
Москва*

Результативность технологии управления эпидемическим процессом обеспечивается нормативными показателями охвата противоэпидемическими (профилактическими) мероприятиями.

При микроспории эти показатели приведены в целевой программе количественных управляющих рекомендаций для КВД и заинтересованных организаций на 2001 — 2002 гг.

Важность эталонов (нормативных показателей) следует из опыта работы здравоохранения РФ: опыт борьбы с оспой показал, что 80 — 90% охват прививками был недостаточным и только охват прививками 99% населения обеспечил ликвидацию оспы.

Математический анализ деятельности 27 КВД г. Москвы (в соответствии с количественными критериями), позволил установить по приоритетным разделам работы КВД уровни эффективности, которые должны были обеспечить уменьшение заболеваемости микроспорией до 40,0 на 100 тыс. населения.

Полностью или частично программу выполнил 20 КВД г. Москвы, в результате чего прогноз уменьшения заболеваемости микроспорией оправдался на 84,8% по данным КВД и на 97,4% по данным ЦГСЭН.

Благодаря эффективной деятельности КВД г. Москвы впервые за последние 25 лет был достигнут самый низкий уровень заболеваемости микроспорией в г. Москве.

Результативность технологии управления эпидемическим процессом в соответствии с принятым алгоритмом составления целевой программы и ее реализации находит подтверждение и в 2002 г. За первые 6 месяцев 2002 г. заболеваемость микроспорией в г. Москве уменьшилась на 22,0% по сравнению с аналогичным периодом 2001 г.

Таким образом, технология управления эпидемическим процессом при микроспории, основанная на системном анализе современного состояния проблемы, программно-целевом планировании, критериальной оценке эффективности деятельности КВД и заинтересованных организаций, математическом анализе информации и прогнозировании эволюции эпидемического процесса, при выполнении управляющих рекомендаций целевой программы КВД, обеспечивает достижение заданного уровня заболеваемости микроспорией в заданные сроки.

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

*Бурмистрова А. Л., Заврина О. А.,
Бахарева Л. И., Самышкина Н. Е.,
Попова М. А., Поспелова А. В.*

*Челябинский государственный университет, ГКБ № 6
Челябинск*

Дрожжеподобные грибы рода *Candida* являются наиболее частой этиологической причиной вагинита женщин. Среди факторов, предрасполагающих к развитию кандидозного вагинита, выделяют следующие: беременность, диабет, глюкокортикоидная и антибактериальная терапия. Тем не менее, в настоящее время эта патология все чаще регистрируется, и нередко повторно (до 4-6 эпизодов в течение года), у здоровых женщин репродуктивного возраста, не относящихся к группе риска, у которых отсутствуют признаки дисбактериоза влагалища.

Все сказанное порождает много вопросов, в том числе:

- какие изменения микробиоценоза влагалища могут способствовать колонизации слизистой *Candida spp.*;
- какова роль врожденных факторов местной иммунной защиты, в частности, воспалительной компоненты, в развитии кандидозных вагинитов;
- существуют ли особенности в экспрессии патогенных свойств *Candida spp.*, вызывающих генитальный кандидоз.

С целью внесения ясности в проблему генитального кандидоза нами начата серия исследований.

На первом этапе решались следующие задачи:

Установить:

- частоту встречаемости кандидозных вагинитов у женщин с различными воспалительными заболеваниями репродуктивной системы (ВЗРС);
- частоту встречаемости кандидозных вагинитов, вызванных различными видами *Candida spp.*;
- частоту ассоциаций бактериальных вагинозов с кандидозными вагинитами, в том числе ассоциацию и количественные соотношения *Candida spp.* с *Gardnerella vaginalis*;
- связь между выраженностью местной воспалительной реакцией и титром выделяемой культуры *Candida spp.*

Материалы и методы. На основании клинико-инструментального и лабораторного обследований 750 женщин (от 18 до 47 лет) были диагностированы кольпиты, эндоцервициты, хронические сальпингиты, эрозии шейки матки. Бактериологическому и микроскопическому изучению подвергались пробы, содержащие отделяемое влагалища и шейки матки. Кроме того, проводилось цитоморфологическое изучение мазков со слизистых влагалища и цервикального канала. Диагноз «кандидозный кольпит» ставился на основании обнаружения псевдомицелия и количества КОЕ грибов более, чем 10^4 на 1 мл материала.

Результаты. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* были выделены у 69 женщин (9,2%), при этом у 64 (63,7%) — возбудитель выделялся в титре 10^5 и более КОЕ/мл и был представлен, в основном, видом *C. albicans*. У 27 женщин (39,1%) выявлена кандидозная моноинфекция, а у 15 (21,7%) наблюдалась ассоциация *Candida* с *Gardnerella vaginalis*, из них у 9 (13%) оба возбудителя присутствовали в высоком титре (количество КОЕ более чем 10^5 мл).

У 33 женщин (47,8%) отмечалась ассоциация *Candida spp.* с условно-патогенной флорой, причем в 8,7% выделялось два и более видов условно-патогенных микроорганизмов (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus durans*, *E. coli*, *Streptococcus haemolyticus*).

Характер микроэкологических нарушений в ассоциации с воспалительной реакцией слизистой оболочки:

- выраженность местной воспалительной реакции слизистой оболочки (наличие в мазке большого количества лейкоцитов (50-100 и более), слизи, слущенного эпителия) отмечена у 14,8% женщин с нарушениями микробиоценоза влагалища не зависимо от диагноза «кандидозный вагинит», величины титра культуры *Candida spp.* и наличия микст-инфекций (*Gardnerella vaginalis*, условно-патогенные микроорганизмы).

Таким образом, развитие кандидозного вагинита не определяется наличием и степенью выраженности бактериального вагиноза и формируется в системе нейтрализации местной воспалительной реакции и (или) на базе антигенной мимикрии возбудителя, способствующей перераспределению цитокинового противовоспалительного/ противовоспалительного ответа в пользу последнего.

ЭФФЕКТИВНАЯ МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ОНИХОМИКОЗА

Бурова С. А.

Центр глубоких микозов ГКБ № 81
Москва

Приводим собственный опыт лечения онихомикоза кистей и стоп современным местным антимикотиком — лаком батрафеном, действующим веществом которого является 8% раствор циклопирокса. По механизму действия циклопирокс отличается от других антимикотиков: он оказывает фунгицидное действие на вегетативные и персистирующие формы грибов, за счет связывания поливалентных ионов, что приводит к нарушениям дыхательной функции патогенного микроорганизма, синтеза белка и выработки энергии.

Под нашим наблюдением находились 126 больных онихомикозом в возрасте от 23 до 74 лет (92 мужчины, 34 женщины). У 27 из них наблюдалось дистальное поражение кистей, у 16 — проксимальное, у 59 диагностирован дистальный онихомикоз стоп, у 24 — поверхностный белый онихомикоз стоп.

Длительность лечения у всех больных составила 3 месяца.

Клиническое выздоровление при дистальной форме онихомикоза кистей соответствовало 70,4%, при проксимальной — 50,0%.

Дистальный онихомикоз стоп излечивался в 66,1%, поверхностный белый в 70,8% случаев.

Таким образом, учитывая широту спектра действия, быстрое и глубокое проникновение действующего вещества в фунгицидных концентрациях, высокую эффективность, отсутствие риска побочных действий, простоту и удобство применения, лак батрафен можно считать средством выбора для

монотерапии дистального и поверхностного белого онихомикоза стоп, всех разновидностей онихомикоза кистей, реинфекции, а также предпочтительным при лечении онихомикозов у спортсменов; пациентов с сопутствующей патологией, получающих другие медикаменты; у лиц, страдающих нефропатией, гепатитом, тяжелым сахарным диабетом; у пожилых людей, особенно при нарушении микроциркуляции в ногтевых фалангах, окклюзивном поражении периферических артерий, полинейропатии.

НОВОЕ В ТЕРАПИИ ГРИБКОВЫХ ИНФЕКЦИЙ КОЖИ

Бурова С. А.

Центр глубоких микозов ГКБ № 81

Москва

Кожные покровы человека подвержены постоянному воздействию физических, химических и бактериальных факторов. Микотические поражения кожи, являясь частой причиной патологии в практике дерматолога, требуют применения наружных противогрибковых средств.

Нами проведено исследование клинической эффективности препарата «МИКОЗОН» 2% крем (действующее вещество — миконазол) при лечении больных поверхностными микозами. Под наблюдением находилось 72 пациента. Из них 16 человек страдали разноцветным лишаем, 4 — распространенной трихофитией кожи туловища, 31 — различными формами трихофитии стоп, 2 — паховой эпидермофитией и 19 — кандидозным поражением кожи.

Диагноз устанавливали на основании клинической картины заболевания и результатов микроскопического исследования.

Препарат «МИКОЗОН» 2% крем назначали всем пациентам 2 раза в сутки (утром и вечером), нанося его на чистые и тщательно высушенные очаги поражения.

Эффективность применения препарата оценивали по регрессированию клинических симптомов (покраснение, шелушение, зуд и др.) и получению отрицательных микроскопических результатов.

Длительность курса лечения пациентов с разноцветным лишаем составляла 15 дней. В результате выздоровление достигнуто у 14, а улучшение — у 2-х пациентов, или 87,5% и 12,5% соответственно.

При трихофитии туловища микозон был эффективен у 2-х из 4-х больных, в остальных случаях применение препарата не показало эффекта, что объяснялось обширностью грибкового поражения и необходимостью прове-

дения системной противогрибковой терапии, которую не могли осуществить из-за сопутствующей соматической патологии.

Применение препарата в течение 14-20 дней при трихофитии стоп показало его высокую эффективность при всех формах данной патологии (87,5% до 100%).

Использование микозона при лечении паховой эпидермофитии привело к выздоровлению или значительному улучшению у всех пациентов данной группы.

Кандидозные поражения кожи (19 человек) так же хорошо поддавались лечению микозоном; в 79% достигнуто выздоровление или значительное улучшение, лишь у 4-х пациентов динамики не наблюдалось.

Таким образом, можно сделать вывод, что препарат «МИКОЗОН» 2% крем имеет широкий спектр действия, высокую эффективность (от 79% до 100% при различных формах грибковых поражений кожи), применение его не вызывает существенных побочных эффектов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИМИКОТИКОВ

Носова Н. Ю., Бурова С. А.

Центр глубоких микозов ГКБ № 81

Москва

Областной КВД

Курск

Целью исследования явилось сравнение клинической эффективности ламизила, низорала и гризеофульвина при лечении онихомикозов в отдаленных от Москвы регионах.

Для проведения сравнительного анализа среди обследованных 75 больных выделены три группы:

1. Сравнение ламизила с гризеофульвином 2. Сравнение ламизила с низоралом 3. Сравнение низорала с гризеофульвином. В результате сравнения по таблицам сопряженности гризеофульвина, низорала и ламизила было отмечено, что частота положительных исходов в группе лечения, получавших ламизил выше (0,96), чем в контрольной группе лечения, получавшей низорал (0,73), и контрольной группе, получавшей гризеофульвин (0,60).

В результате сравнительной оценки терапии онихомикоза ламизилом, гризеофульвином и низоралом констатирован более быстрый регресс симптомов онихолизиса и гиперкератоза на фоне лечения ламизилом. Отрицательные результаты микроскопических и культуральных исследований также подтверждают преимущества ламизила. Кроме того, терапия ламизилом отличалась меньшим процентом побочных действий (2,7%) по сравнению с гризеофульвином (26,6%) и низоралом (13,4%). Эффективность лечения

ламизилом составила 96%, низоралом — 86,6%, гризеофульвином — 76,6%, причем рецидивов после терапии ламизилом в течение 12 месяцев не отмечалось, после гризеофульвина рецидивы имели место в 40% случаев, а после лечения низоралом развивались в 13,4% случаев. Курс лечения ламизилом втрое короче, чем терапия гризеофульвином и вдвое, чем низоралом.

Следовательно, ламизил является предпочтительным препаратом для лечения онихомикоза, благодаря своей высокой клинической эффективности, малому числу побочных действий и отсутствию рецидивов через 1 год после окончания терапии.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ

Васенова В. Ю., Бутов Ю. С.

*Кафедра кожных и венерических болезней ФУВ РГМУ
Москва*

Повышение эффективности терапии дерматомикозов вообще и онихомикозов в частности актуально в связи с высоким числом инфицированных пациентов, низкой санитарно-эпидемиологической культурой населения, нередко отсутствием субъективных ощущений, высокой контагиозностью дерматофитий, возможностью развития алерго-токсических реакций и системных заболеваний. И совершенно закономерно дерматомикозы занимают ведущее место среди инфекционных заболеваний.

Мы провели обследование и лечение 128 больных в возрасте от 25 до 72 лет с продолжительностью заболевания от 7 до 30 лет. Сопутствующая патология выявлена более чем у 60% о больных, в том числе со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, наличия ожирения, диабета, бронхиальной астмы, рожистого воспаления, панникулита, узлового васкулита и других состояний.

Тест с КОН оказался положительным у всех больных. С помощью культурального метода идентифицировали в 76% случаев *T. rubrum*, *Candida albicans*, *T. interdigitale*, *Aspergillus niger*, *Penicillium*, причем дерматофиты составили около 90%.

Из предрасполагающих факторов следует выделить экзо- и эндогенные факторы (гипергидроз, микро- и макро-травматизм, венозно-артериальную недостаточность, наследственные и приобретенные кератозы) и профессиональную деятельность (спортсмены, работники банно-прачечных комбинатов, рабочие — шахтеры и др.). Проведенный анализ показал, что у 54,4% больных кератозами идентифицировались грибы, что необходимо учитывать при планировании и проведении терапевтических мероприятий.

Показанием для системной терапии было продолжительное течение процесса, большое количество пораженных ногтей, площадь поражения ногтевой пластинки первого пальца, превышающая 50% с явлением выраженно-

го гиперкератоза и отсутствие эффекта от наружного лечения. Лечение проводили орунгалом по схеме пулс-терапия 400 мг в сутки с трех недельным перерывом, продолжительностью от 2 до 4 месяцев. Терапевтический эффект был достигнут у всех больных с площадью поражения ногтевой пластинки от 40 до 80%. У пациентов с площадью поражения более 81% излечение констатировано в 86% случаев. Сочетанное комбинированное лечение с предварительным удалением ногтевых пластинок приводило к сокращению курса лечения до 2-х месяцев, а эффективность возрастала до 96%. С ликвидацией грибковой инфекции удавалось поддерживать состояние клинической ремиссии при кератозах и значительного улучшения при ряде системных заболеваний: бронхиальной астмы, экземы кистей и стоп, васкулитов и других состояний.

ЛЕЧЕНИЕ ОНИХОМИКОЗОВ МИКОСИСТОМ

Бутов Ю. С.

*Кафедра кожных и венерических болезней ФУВ РГМУ
Москва*

В последнее десятилетие XX в. ассортимент антимикотических препаратов быстро расширился, и медицинские работники получили возможность выбора эффективных и безопасных лекарственных средств. Среди многообразия противогрибковых препаратов отечественного и зарубежного производства особое место занимает микосист (флуконазол).

Под нашим наблюдением находилось 18 пациентов с онихомикозом кистей и стоп. Возраст пациентов колебался от 11 до 81 года. Мужчин было 2, женщин — 16 человек. Средний возраст пациентов составил 49, 2 года.

Онихомикоз кистей и стоп мы констатировали у 1 пациентки (у нее были поражены 1 ногтевая пластинка кисти и 7 ногтевых пластинок стоп), стоп у 17 — (15 женщин и 2 мужчин). Ногтевые пластинки стоп были поражены в количестве: от 1 до 3 — у 7 пациентов, от 4 до 6 — у 4, от 7 до 10 — у 7.

Степень поражения ногтевых пластинок стоп оценивалось нами по площади поражения ногтевой пластинки большого пальца стопы. Так, площадь поражения до 40% была отмечена у 6 пациентов, до 80% — у 4, до 100% — у 8 больных.

Длительность онихомикоза стоп у 5 пациентов не превышала 5 лет, у 6 пациентов составила от 6 до 10 лет, у 2 пациентов — от 16 до 20 лет, у 5 больных составила от 20 до 45 лет.

Перед началом лечения пациентам проводились общеклинические и биохимические исследования. Диагноз микоза был подтвержден микроскопически.

Всем больным проводилась комбинированная терапия онихомикоза. Семерым пациентам с тотальным онихомикозом ногтевые пластинки удалялись хирургическим путем под местной анестезией 2% новокаином. Остальным больным проводились чистки пораженных ногтевых пластин после их предварительного размягчения с помощью кератолитических пластырей. Все

пациенты получали микосист по 150 мг 1 раз в неделю в течение 3-7 месяцев. После удаления препарат назначался на 3-5, а после чисток — на 5-7 месяцев. Препарат переносился хорошо, побочных явлений выявлено не было. Ногтевые пластинки восстановились у 15 пациентов в течение 6-10 месяцев. Микроскопически мицелий гриба также не определялся. У 1 пациентки с тотальным и длительно протекающим онихомикозом (около 45 лет) несмотря на удаление ногтевых пластинок и 7-ми месячный курс приема микосиста 2 ногтевых пластинки не отрасли, при микроскопии обнаружился мицелий гриба. У 2 пациенток мы констатировали микологическое излечение, хотя ногтевые пластинки остались деформированными. Эффективность препарата составила 94,4%.

Таким образом, микосист является препаратом выбора при лечении онихомикозов. Он удобен в применении и хорошо переносится больными.

КОМБИНИРОВАННАЯ НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ, МИКОЗАМИ СТОП И ГЛАДКОЙ КОЖИ

*Васенова В. Ю., Бутов Ю. С., Школьников М. М.
Кафедра кожных и венерических болезней ФУВ РГМУ
Москва*

Наиболее частыми возбудителями онихомикозов являются дерматофиты, дрожжи, плесени. Дерматофиты из названных грибов, представляют серьезную опасность, так как являются высоко контагиозными, способными инфицировать широкие группы населения. Находящиеся в отпадающих чешуйках и крошащихся ногтях возбудители обладают высокой устойчивостью к выживанию в высушенном виде на протяжении многих лет.

Инфицирование происходит при непосредственном контакте и зависит от степени патогенности, массивности возбудителя, от состояния липидной мантии, клеточного и гуморального иммунитета, микро- и макротравматизма, микроциркуляции, соматической отягощенности, обменных нарушений.

Клинические проявления онихомикоза разнообразны. Гриб может развиваться в поверхностных слоях текстуры ногтевой пластинки, вызывая изменение ее окраски — «белый онихомикоз», вызывать повреждение дистально-латеральной или проксимальной зон. Площадь поражения варьирует от краевой, составляющей до 1/3 ногтевой пластинки, распространяясь до 1/2. При продолжительном течении процесса от 8 до 20 лет и более, при отсутствии адекватной терапии возможно тотальное поражение ногтя с различной степенью развития подногтевого гиперкератоза.

Под наблюдением находилось 28 больных различными формами онихомикозов и 25 — с поражением стоп, крупных складок и гладкой кожи.

Для наружного лечения и профилактики микоза и онихомикоза применяли Батрафен, в форме 8% лака и 1% крема. Местное лечение лаком было

эффективным в 60 — 76% случаев при «белом онихомикозе», при дистально-латеральной форме поражения до 1/3 площади с отсутствием или умеренно выраженным гиперкератозом и до 2/3 площади без гиперкератоза. Продолжительность терапии при поверхностной форме составила 3 месяца, при дистально — латеральной до 1/3 площади — 4, при площади поражения до 2/3 без гиперкератоза — 5–6 месяцев. Удаление ногтевых пластинок повышало процент эффективности и сокращало сроки лечения. Микозы стоп и гладкой кожи, при нанесении крема два раза в сутки на очаги поражения, разрешались в течение 2–3 недель.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗА СИСТЕМНЫМИ АНТИМИКОТИКАМИ

*Быстрицкая Т. Ф., Гребенюк В. Н.,
Мокроусов М. С., Метлинова Е. В.
КВКД № 8 УЗ СВАО
Москва*

В период с 1996г. по 2000 г. в нашем диспансере 187 больным онихомикозом проведено лечение системными антимикотиками: итраконазолом — 139 пациентам, тербинафином — 48. Итраконазол (орунгал) назначали 7-дневными циклами

(по 0,2 2 раза в сутки) с последующими 3-недельными перерывами. Тербинафин (ламизил) больные получали в дозе 250 мг/сут в течение 3 месяцев. Одновременно проводили хирургическое удаление ногтей или послойную их чистку и аппликации фунгицидных препаратов (ламизил, экзодерил, клотримазол и др.).

Больные в группе «Орунгал» были в возрасте 20–50 лет — 72 чел, старше 50 лет — 67: в возрасте 51–70 — 56 чел; старше 70 лет — 11 чел. Осложнения наблюдались в возрастной группе старше 50 лет. У 4 больных из-за обострения хронического соматического заболевания (ИБС, гипертоническая болезнь и др.) орунгал был отменен, двое больных прекратили прием препарата из-за возникших диспептических расстройств.

Больные, получавшие ламизил, группа включала 48 чел. (в возрасте до 50 лет — 21 больной и старше 50 лет — 27). Переносимость тербинафина была удовлетворительной. У 3 больных были отмечены нарушения вкуса и неприятные ощущения в эпигастральной области, которые не требовали отмены препарата. И только у одной больной ламизил был отменен по причине выраженных диспептических расстройств.

Отдаленные наблюдения в сроки более 2 лет показали, что в группе «Орунгал» у 16 из 139 больных были рецидивы онихомикоза, что составило 11,5%, при этом в возрасте от 20 до 50 лет рецидивы были отмечены у 6 больных из 72 (8,3%), а в возрасте старше 50 лет — у 10 человек из 67 (14,9%). В группе «Ламизил» рецидив имел место у одной (2%) больной

старше 50 лет, который наступил через 1 год после окончания курса лечения (3 мес.).

Таким образом, наши 5-летние наблюдения за 187 больными в процессе лечения их системными антимикотиками установили, что рецидивы заболевания возникали чаще у больных старше 50 лет, отягощенными хроническими сопутствующими заболеваниями.

У больных, получавших ламизил (48 чел.) по сравнению с группой «Орунгал» (139 чел.) достигнут более высокий терапевтический эффект, что дает основание отдавать предпочтение тербинафину (ламизилу) при назначении системных антимикотиков лицам пожилого возраста с отягощенным анамнезом.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У ДЕТЕЙ

Чумичева И. В.

*Российская детская клиническая больница МЗ РФ
Москва*

В связи с улучшением диагностики и усилением вирулентных свойств свойств грибов рода *Candida* в последние годы увеличилось число выявляемых грибковых поражений слизистой оболочки полости рта. В ряде случаев лечение орофарингеального микоза мало эффективно, в результате чего заболевание приобретает хроническое течение, с рецидивами развиваются устойчивые штаммы к применяемым препаратам.

Для полости рта характерны не только отдельные виды бактерий, а их ассоциации с определенным соотношением между ними. К постоянным обитателям микробной ассоциации полости рта относятся дрожжеподобные грибки рода *Candida*.

Наряду с ухудшением экологических условий, существенную роль играют широкое, подчас необоснованное применение антибиотиков широкого спектра действия, преимущественно подавляющих грамотрицательную флору, кортикостероидных препаратов по поводу различной соматической патологии, применение цитостатиков, лучевой терапии, гиповитаминоз. Другими причинами развития кандидоза являются частые инфекционные заболевания у детей, сахарный диабет и другие тяжелые эндокринные заболевания, хроническая патология ЖКТ, болезни крови, возрастание числа пациентов с инфекцией вируса иммунодефицита человека.

Кандидоз — преобладающее микотическое поражение ротоглотки в детском возрасте, вызывается дрожжеподобными грибами (преимущественно *candida albicans* и *candida parapsilosis*). Эти виды грибов являются сапрофитами, условно-патогенной микрофлорой, активизируются и становятся возбудителями заболевания при нарушении реактивности организма.

Особенностью патогенеза данного микотического поражения ротоглотки является развитие заболевания на фоне выраженного дисбактериоза — гру-

бых дисбиотических нарушений в кишечнике, обусловленных дефицитом бифидобактерий и наличием ассоциации условно-патогенных микроорганизмов. Дефицит бифидобактерий и других молочных бактерий приводит к беспрепятственному заселению организма условно-патогенной микрофлорой, в первую очередь, грибами, но не только кишечника, но и других соприкасающихся с внешней средой полостей организма (полости носа, рта, уха).

Заболевание преимущественно проявляется в виде тонзилломикоза и фарингомикоза. Жалобы больных достаточно типичны: повторяющиеся с определенной цикличностью (через 2-3 недели) острые воспалительные заболевания глотки с гипертермией, болью в горле, с местной гиперемией слизистой оболочки и появлением характерных налетов на миндалинах и на задней стенке глотки, не поддающиеся излечению обычными традиционными консервативными методами.

При тонзилломикозе на фоне разлитой гиперемии слизистой оболочки небных миндалин появляются ограниченные красные пятна, на которых откладываются молочно-белые пленки. Кандидоз небных миндалин проявляется также в виде гранулематозного воспаления или папилломатозного роста. Особенностью грибкового поражения небных миндалин у детей является строгая цикличность рецидивов заболевания, выраженная поверхностная сосудистая инъекция слизистой оболочки миндалин, характерный белый налет, выраженная регионарная лимфаденонопатия.

Фарингомикоз — грибковое поражение задней стенки глотки. Клинически проявляется сухостью, зудом, чувством першения и жжения в горле, болью и неловкостью при глотании, ощущением инородного тела, навязчивым сухим кашлем. При фарингомикозе у больных отмечается гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки, характерный творожистого вида налет, легко снимаемый ватником. Под ним выявляется яркая сочная слизистая оболочка, часто с эрозивной поверхностью. При гранулезной форме фарингомикоза грибковый налет обнаруживается в области лимфоидных гранул.

При нарушении микробиоценоза кишечника в процессе инвазии и кандидозного изъязвления слизистой оболочки О. К. Хмельницкий выделяет три типа или стадии, в зависимости от глубины инвазии. В первой стадии слизистая покрывается налетом из слущенных клеток эпителия, лейкоцитов и колоний грибов, с внедрением мицелиальных форм между эпителиальными клетками. Во второй стадии инвазии в слизистую происходит на большую глубину с некрозом инвазированных тканей и демаркационным валом из нейтрофилов и лимфоцитов. В третьей стадии отмечается значительное изъязвление слизистой, псевдомембранозные наложения, некротические массы, с мицелиальной инвазией в мышечную оболочку и сосуды. При этом в ряде случаев, прежде всего при иммунодефиците, воспалительный инфильтрат незначителен, преобладают деструктивные изменения. Грибы рода *Candida* считаются неспособными к агрессивному росту, инвазии и разрушению сосудов. Разрушение глубоких тканей — подслизистой, мышечной оболочек, проникновение в сосуды и последующая диссеминация происходят как правило, при выраженном иммунодефиците и нейтропении или провоцируется ятрогенными факторами. Клинически нарушение биоценоза кишечника представлено диаррейным синдромом (диаррея, ассоцииро-

ванная с *Candida*) или синдромом «раздраженной толстой кишки». Жалобы включают вздутие, боль в животе и частый, нередко приступообразный жидкий или водянистый стул. Лихорадка, примеси крови и слизи, кишечные колики, тенезмы не характерны, однако могут и присутствовать в затянувшихся случаях. Иногда отмечаются жалобы на зуд в области заднего прохода, у маленьких детей наблюдается пеленочный дерматит. Указанные симптомы не склонны к разрешению при диете, голодании или отмене антибиотиков.

При колоноскопии на слизистой кишечника можно заметить белый налет.

Диагностические критерии кандидозной диареи включают клинико-эпидемиологические факторы: факторы риска, в числе которых лечение антибиотиками, особенно их комбинациями в числе больше 2, принадлежность к группам риска — детям до 12 мес., или ослабленным госпитальным больным, сниженное питание, питание через назогастральный зонд, энтеральное питание. Клинические данные включают хроническую персистирующую диарею при исключении клинических и лабораторных признаков, характерных для диареи другой этиологии. Несмотря на лабораторные средства подтверждения диагноза, наиболее веским считается быстрое улучшение после пробного лечения нистатином.

ЛЕЧЕНИЕ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Чумичева И. В.

*Российская детская клиническая больница МЗ РФ
Москва*

Лечение орофарингеального кандидоза проводится с учетом данных микрограмм. Чтобы гарантировать успех этиотропной терапии до ее начала, проводят определение чувствительности выделенных от больных грибов *Candida* к противогрибковым препаратам. В идеале лаборатория должна быть готова к исследованию чувствительности как к завершающей стадии любого микологического исследования. В современных условиях и системах для определения чувствительности используются различные среды, методики инокуляции грибов и введения препаратов, средства чтения результатов, однако общей рекомендацией для всех систем является соответствие стандарту №27 (в качестве стандарта предполагается использовать технику разведений в бульонной среде, а для практических целей использовать технику микроразведений в той же среде), для чего проводят исследования по сопоставлению результатов, полученных в этих системах и в стандартной методике разведения NCCLS (Национальная комиссия по клиническим и лабораторным стандартам). В последние годы применяются и внедряются стандартные модификационные методы NCCLS, а также альтернативные тест-системы.

Исходя из практических целей, мы рекомендуем проводить видовую идентификацию с определением чувствительности в случаях кандидоза кожи и

слизистых оболочек. Не является целесообразным определение чувствительности к местным антимикотикам, поскольку их концентрации намного превосходят любые концентрации, определяемые *in vitro* и, кроме того, для местных средств стандарты NCCLS отсутствуют.

Критерии постановки диагноза орофарингиального кандидоза:

1. Наличие местных факторов риска — зубные съемные протезы, ингаляции глюкокортикоидов, соска-пустышка, красный плоский лишай, длительная интубация, чувство жжения и дискомфорта в полости ротоглотки;
2. Визуальные признаки эритематозно-атрофических и фибриновых изменений слизистой оболочки ротоглотки;
3. Стандарт диагностики: обнаружение псевдомицелий *Candida* в специфическом препарате слизистой оболочки полости рта.

В ЛОР-клинике РДКБ МЗ РФ для лечения микотического поражения ротоглотки, вызванного дрожжеподобными плесневыми грибами разработан комплексный метод, включающий три основополагающих принципа:

1. Применение современных антифунгальных препаратов: терапия может системной и местной. В большинстве случаев лечение орофарингеального кандидоза начинается с назначения местной терапии, а затем подключают системную терапию (используются препараты амфотерицин, низорал (назначаются на 14 дней), орунгал (назначается на 31 день).

2. Восстановление нарушения микробиоценоза кишечника.

В коррекции изменений микробиоценоза кишечника имеют значение три фактора:

- а) изменение химических процессов в кишечнике и борьба с условно-патогенной флорой с помощью диеты- продукты с бактерицидным действием, антибактериальные средства, интестопан, ликсазе, мексаформ;
- б) имплантация живых бактериальных препаратов (бифидумбактерин, колибактерин, лактобактерин);
- в) повышение неспецифических защитных реакций организма, способствующих формированию здоровой микрофлоры.

Также в комплексной терапии кандидоза используют эубиотики (от 3-х недель до 3-х месяцев) — аципол, бактисуптил, хилак-форте, линекс.

3. Коррекция нарушения интерферонового статуса. (в качестве заместительной терапии нами использовался комплексный препарат виферон, содержащий рекомбинантный интерферон, а также антиоксидантные и мембраностабилизирующие компоненты; препарат назначается по 1 свече 2 раза в день с интервалом в 12 часов ежедневно в течение 30 дней, а затем в той же дозировке 2 раза в день 3 раза в неделю — понедельник, среда, пятница в течение 2-3 месяцев. По окончании лечения проводится контроль интерферонового статуса.

Препараты для местной этиотропной терапии кандидоза делятся на антисептики и антимикотики. Антимикотики — полиеновые антибиотики и имидазолы — назначают в форме растворов, аэрозолей, гелей, капель, обычный и жевательных таблеток. К полиеновым антимикотикам местного действия, используемым в лечении орофарингеального кандидоза относятся леворин, нистатин, натамицин и амфотерицин. К имидазольным производным — миконазол, эконазол, клотримазол и другие.

Необходимо понять и объяснить больному, что любой препарат для местного лечения должен как можно дольше оставаться в полости рта. Таблетки нистатина следует разжевывать и долго держать кашицу во рту, но лучше приготовить из них суспензию (суспензия 100 000 ЕД мг/мл, готовится экстенпорально). Неприятный вкус суспензии можно ослабить, добавив до 50% сахарозы.

Продолжительность лечения острых форм местными антимикотиками составляет обычно 2-3 недели, антисептиками несколько дольше. Общей рекомендацией является лечение до исчезновения жалоб и клинических проявлений, а затем в течении еще недели (в любом случае — не менее 2 суток).

Антисептики с противогрибковым действием обычно назначают в форме смазываний и полосканий. Смазывание проводят 1-2% водным раствором бриллиантовой зелени или метиленовой синьки, нанося их на предварительно высушенную поверхность слизистой. Эти препараты широко распространены и доступны, но к ним быстро развивается устойчивость, а непрерывное использование ведет к раздражению слизистой оболочки. Лучшее действие оказывает разведенный в 2-3 раза раствор Люголя, 10-15% раствор буры в глицерине. Местные антисептики рекомендуется чередовать через неделю.

Полоскание растворами марганцовокислого калия (1:5000), 1% борной кислоты, йодной воды (5-10 капель йодной настойки на стакан) назначают обычно для профилактики рецидивов после проведенного системного или местного лечения или одновременно с назначением системных препаратов. Полоскание рекомендуют проводить 2-3 раза в день или после каждого приема пищи.

Более эффективно использование современных антисептиков — 0,12% хлогексидина биглюконата или 0,1% раствора гексидина (гексорал, выпускается также в форме аэрозоля), полоскания проводятся 10-15 мл любого из этих растворов в течении 30-60 секунд после приема пищи дважды в день. В отличие от полосканий с антимикотиками растворы антисептиков нельзя проглатывать. Предпочтение антисептикам отдается при хронических формах кандидоза.

Для профилактики рецидивов при любом из показаний к системной терапии можно использовать разные антимикотики и антисептики, лучше в форме полосканий или пастилок (карамелей).

Основными профилактическими рекомендациями хронического орофарингеального кандидоза являются следующие:

- * тщательно полоскать рот после каждого приема пищи; для полоскания можно использовать воду, 2-3% раствор пищевой соды, слабый раствор марганцовокислого калия;

- * чистить зубы пастами, содержащими противомикробные добавки;

- * провести лечения кариеса, периодонтита, других заболеваний полости рта.

Таким образом, только комплексный подход с вышеперечисленными принципами позволяет добиться максимального успеха в лечении орофарингеального кандидоза.

КРЕМ «МИФУНГАР» В ТЕРАПИИ МИКРОСПОРИИ ГЛАДКОЙ КОЖИ У ДЕТЕЙ

Дегтярев О. В., Рассказов Н. И.

*Астраханская Государственная медицинская академия
Астрахань*

Лечение микроспории гладкой кожи обычно проводится без назначения системных антимикотиков. Традиционными являются 2% настойка йода утром, 10 серная и 2% салициловая мази вечером в течение 2-4 недель. Последние годы появились новые противогрибковые препараты, одним из которых является крем «Мифунгар». В связи с его высокой, сохраняющейся в течение 72 часов после однократного нанесения, активностью в отношении грибов рода *Microsporum*. Крем «Мифунгар», действующим началом которого является оксиконазол мы применяли при лечении 20 детей, больных поверхностной микроспорией гладкой кожи. Клинический диагноз подтвержден данными микроскопического люминисцентного, бактериологического исследований. Во всех случаях возбудителем являлся *Microsporum canis*. Поражения пушковых волос не выявлено. Патологический процесс у всех детей, возраст которых был от 3-х до 5-ти лет, локализовался на коже туловища и рук. Препарат с оксиназолом наносился на очаг один в сутки в течение 14 дней в соответствии с инструкцией. Препарат хорошо переносился всеми больными. Клиническое улучшение отмечалось уже на 3-5 день. Клиническое выздоровление наступило в сроки до 3-4 недель. Контроли излеченности, проводимые на 7-10 и 30 дней от начала лечения наружной терапии, свидетельствовали о клинической и этиологической излеченности у всех больных. Отсутствие клинических признаков рецидива, побочных действий, в течение еще одного месяца диспансерного наблюдения, подтверждают эффективность препарата при лечении детей, больных поверхностных микроспорией гладкой кожи.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕРМАТОФИТИЕЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ (2000-2001 гг.)

*Дегтярев О. В., Рассказов Н. И.,
Думченко В. В., Ткаченко Т. А.*

*Кафедра дерматовенерологии Государственной медицинской академии
Областной кожно-венерологический диспансер
Астрахань*

Ретроспективный анализ эпидемиологического процесса при дерматофитиях (микроспория, трихофития) показал, что заболеваемость населения Астраханской области в 2001 году по сравнению с 2000 годом по сравнению с 2000 годом уменьшалась на 10,3%, в основном за счет городского населения (13,2%) и только 1,1% в сельских районах области. Заболеваемость

мость по области составила в 201- 49,9 и 55,6 –2000 году на 100 тыс. населения. Тем не менее в двух сельских районах области заболеваемость дерматозами в 2001 году по сравнению с 2000 годом была высокой. Так, в Наримановском районе заболеваемость составила в 2000 году –28,9; в 2001 г. – 53,6 на 100 тыс. населения, в Приволжском районе от 32,1 до 46,2 в 2001 г. Количество активно выявленных больных в 2001 г. уменьшилось на 21,3%, обследованных на одного больного, количество контактов снизилось на 1,5% по сравнению с 2000 годом.

Следовательно, сложившаяся эпидемиологическая ситуация с заболеваемостью дерматозами, характеризуется высокой напряженностью в сельских районах Астраханской области и требует повышения противоэпидемических мероприятий и лечебно-профилактической работы в очагах инфекции среди контактных лиц.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РОЗОВЫМИ УГРЯМИ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИПОФИЛЬНЫМИ ГРИБАМИ *MALASSEZIA* SPP.

*Джибриль В. А., Мамон А. А.,
Горбунцов В. В., Федотов В. П.*

*Днепропетровская государственная медицинская академия
Днепропетровск, Украина*

Розацеа является актуальной медико-социальной проблемой современности, поскольку до 12% населения наиболее социально активного, зрелого возраста страдает этим дерматозом и имеется тенденция к росту заболеваемости, он существенно влияет на психику, требует социальной адаптации пациентов, имеется риск поражения органов зрения. Появившиеся в литературе многочисленные сообщения о эффективности антимикотических препаратов в терапии розацеа, с весьма разноречивыми гипотезами о механизмах их действия при розацеа, приводят к мысли о необходимости исследования популяции грибов кожи больных розацеа и выяснения их патогенетической роли в развитии данного дерматоза. С этой целью нами было проведено исследование роли дрожжеподобных липофильных грибов рода *Malassezia* в патогенезе этого заболевания. Направление исследования было обусловлено прежде всего тем, что именно грибы рода *Malassezia* являются одной из главнейших причин развития кероза кожи, комедоногенеза и других проявлений себореи так часто предшествующим развитию розацеа и осложняющих течение этого заболевания. Современные данные о синтезе этими грибами различных биологически активных веществ, изменяющих метаболизм, влияющих на пролиферацию и дифференцировку клеток, общие и локальные иммунные процессы, также свидетельствовали о целесообразности изучения этой проблемы. Было обследовано 102 больных

розацеа (31 мужчина и 71 женщина) в возрасте от 18 до 64 лет; 91 из них указывали в анамнезе на предшествование розацеа выраженных явлений себореи, а 11 — на перхоть и комедоны. У всех обследованных больных розацеа на момент исследования имелись такие проявления себореи как кероз, комедоны, перхоть, а у четырех отмечались явления себорейного дерматита кожи волосистой части головы, бровей. Обращало на себя внимание наличие сопутствующей полисистемной и полиорганной патологии органов пищеварения, дыхания, мочеполовой, нервной и эндокринной систем. У всех обследованных больных было выявлено наличие характерного вида («споры Малассе») дрожжеподобных клеток гриба в чешуйках, соскобах и поверхностных срезах кожи с мест поражения, окрашенных метиленовым синим в смеси с бурой или чернилами *Parker*. В количественных посевах у исследуемых больных при этом было выявлено повышение до 900 000 КОЕ на см. кв. кожи в очагах поражения, что почти в два раза превышало показатели 18 здоровых лиц группы контроля, не имевших явлений розацеа и себореи. Влияние дрожжеподобных грибов *Malassezia* на характер и выраженность клинических проявлений розацеа оценивалась также при помощи сравнительного динамического клинико-микологического исследования больных, получавших комплексное общепринятое лечение (без применения препаратов, обладающих противогрибковой активностью); а также группы больных, получавших аналогичное лечение, но с назначением наружно местно 1% пасты «Сулсена», флюконазол (дифлазон) 150 мг однократно, а затем по 50 мг ежедневно всего 10-14 дней или кетоконазол (низорал) 200мг ежедневно. Сравнительный анализ полученных клинико-лабораторных данных показал наличие статистически достоверное сокращение сроков и уменьшение степени выраженности клинических проявлений и обсемененности грибами *Malassezia* кожи в местах поражения у пациентов, получавших пасту «Сулсена» и системные противогрибковые средства, в отличие от лиц, леченных традиционно. На основании изложенных выше данных мы сделали вывод о наличии определенной роли в качестве осложняющего фактора дрожжеподобных грибов рода *Malassezia* и возможности повышения эффективности терапии таких больных за счет дополнения комплексного патогенетического лечения противогрибковыми препаратами.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРМИТИРУЮЩЕЙ СХЕМЫ ПРИЕМА ЛАМИЗИЛА У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ОНИХОМИКОЗА

Дядькин В. Ю.

*Кафедра дерматовенерологии Казанского медицинского университета
Казань*

По статистическим данным, до 50% жителей Российской Федерации страдают дерматомикозами, и среди них в 20-40% случаев поражаются ногтевые пластинки. Основными возбудителями онихомикоза являются дерматофи-

ты (до 94%), большинство из которых составляют *Trichophyton rubrum* и *Trichophyton mentagrophytes var. interdigitale*.

Применение противогрибковых средств местного действия малоэффективно при терапии микотического поражения ногтевых пластинок. Среди системных антимикотиков, применяемых в настоящее время для лечения онихомикоза, особое место занимают тербинафин и итраконазол — наиболее часто и широко применяемые препараты.

Существующие схемы назначения системных препаратов при онихомикозе включают следующие разновидности

1. Стандартная (продолжительная, или последовательная) схема, предусматривающая ежедневный прием обычной дозы препарата в течение всего периода лечения (соответствующего времени отрастания ногтевой пластинки).

2. Укороченная схема, в которой срок лечения короче времени отрастания ногтевой пластинки.

3. Схема пульс-терапии. По этой схеме увеличенную дозу препарата назначают короткими курсами с интервалами, превышающими длительность самих курсов.

Продолжительность лечения онихомикозов зависит от клинической формы онихомикоза, выраженности подногтевого гиперкератоза, скорости роста ногтя. Скорость роста определяется локализацией (ногти на ногах растут медленнее), возрастом больного и сопутствующими заболеваниями. В среднем здоровые ногти на руках отрастают заново за 4-12 месяцев, а на ногах за 12- 18 месяцев.

Рецидивы после системной терапии тотального онихомикоза могут быть обусловлены сохранением гриба в глубоких тканях фаланги пальца. Как известно, современные антимикотические препараты кератофильны и длительно сохраняются в роговых структурах. Однако из плазмы и межклеточных жидкостей они выводятся достаточно быстро. Таким образом, при раннем прекращении лечения грибки, локализующиеся в образованиях, содержащих кератин, подвергаются антимикотическому воздействию, в то время как мицелий, расположенный в более глубоких тканях, остается свободным от влияния препарата и в дальнейшем вновь может оказаться в ногтевой пластине.

Следовательно, при терапии тотального и проксимального онихомикоза необходим достаточно длительный прием системных антимикотиков с целью продолжительного фунгицидного воздействия препаратов на грибок-возбудитель не только в ногтевой пластине, но и во всех тканях фаланги пальца. Однако высокая стоимость этих лекарственных средств не всегда позволяет больным проводить лечение необходимой длительности. Поэтому остается актуальной дальнейшая разработка интермитирующей схемы назначения противогрибковых препаратов.

По данным разных авторов тербинафин в плазме крови сохраняется до 6 — 12 недель. В дистальных частях ногтевой пластинки препарат появляется в течение 3-18 недель с момента начала лечения и сохраняется от 4-8 недель до 6 месяцев. Равновесные концентрации тербинафина в ногте составляют

250- 550 нг/г. Учитывая эти данные, мы использовали препарат ламизил по схеме 250 мг/сутки в течение 2 недель, а затем эта доза применялась через день. При этом общая суммарная доза оставалась такой же, как при укороченной схеме применения ламизила (три упаковки препарата при поражении ногтевых пластинок кистей, и шесть упаковок при ониомикозе стоп).

Под нашим наблюдением находилось 12 больных ониомикозом в возрасте от 45 до 65 лет, из них было 5 мужчин и 7 женщин. Давность заболевания составила 7-20 лет. У шести больных были поражены от 1 до 4 ногтевых пластинок стоп, у четырех пациентов отмечался ониомикоз всех пальцев стоп, и двое пациентов имели сочетанное поражение кистей и стоп. У наблюдаемых больных диагностирована тотальная или дистально-латеральная с поражением более 2/3 ногтевой пластинки и выраженным подногтевым гиперкератозом форма ониомикоза. Диагноз у всех был подтвержден микроскопически и у 2 культурально. Большинство пациентов ранее получали противогрибковую терапию как местную, так и общую с применением гризеофульвина без выраженного клинического эффекта.

Все пациента получали терапию ламизилом по приведенной выше схеме. Переносимость препарата была хорошей. Клиническое выздоровление достигнуто у всех больных в сроки от трех до семи месяцев. Таким образом, указанную схему можно применять у пожилых больных ониомикозом, сопровождающимся выраженным подногтевым гиперкератозом.

НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ МИКОЗОВ КОЖИ И ОНИХОМИКОЗОВ

Евсеенко И. А., Салук Ю. В.

*ЛПУ «Городской клинический
кожно-венерологический диспансер» г. Минска
Минск, Беларусь*

В настоящее время не вызывает сомнений, что наиболее адекватным подходом к лечению дерматомикозов, в том числе и с поражением ногтевых пластинок, является комбинированная терапия, которая состоит из следующих компонентов: системная антимикотическая терапия, местное противогрибковое лечение, удаление тем или иным способом пораженных грибами частей ногтевых пластинок. Использование системных антимикотических средств фунгистатического действия обязательно предполагает наружную терапию, но и при применении внутрь фунгицидных препаратов в определенных случаях требуется подключение местных воздействий, например, при выраженном подногтевом гиперкератозе, поражении ногтевых пластинок на две трети длины и более, вовлечение в патологический процесс ногтевых пластинок больших пальцев стоп. Учитывая вышесказанное, в городском клиническом кожно-венерологическом диспансере г. Минска продолжают внедряться в практику и разрабатываться новые методы комбинированной

терапии онихомикозов. Приводим разработанный нами онихолитический состав, позволяющий производить постепенное консервативное удаление пораженных частей ногтевых пластинок: Kalii iodidi 240,0; Lanolini 300,0; Paraffini 45,0; Solutionis acidi acetici 80% 15 ml; Aquae destillatae 90 ml. Данный состав имеет плотную консистенцию, что позволяет наносить его в виде небольшой лепешки на пораженную ногтевую пластинку под лейкопластырь и повязку на 4-5 дней, после чего состав удаляется, а размягчившиеся роговые массы ногтя удаляются при помощи маникюрных кусачек. В течение последующих 4-5 дней ногтевые ложа обрабатываются иодной настойкой, затем производится повторная аппликация состава с последующей подчисткой ногтевого ложа. Для полного удаления патологических роговых масс необходимо 3-4 тура таких процедур, после чего проводится дальнейшее лечение ногтевых лож до полного отрастания ногтевых пластинок. Указанный онихолитический состав был использован не менее, чем у 200 пациентов с онихомикозами. По способности размягчать пораженную ногтевую пластинку он не уступал использовавшейся ранее мази с карбамидом.

В диспансере также освоен и применяется щадящий и нетравматичный метод консервативного удаления пораженных грибами частей ногтевых пластинок с помощью аппарата Berthold S-35, в котором используется система вращающихся фрез, позволяющих послойно обрабатывать гиперкератотически измененные ногти. Аппарат позволяет также обрабатывать участки гиперкератоза, омололости и трещины на коже подошв. Аппаратное удаление ногтевых пластинок обычно предпочитается пациентами, ведущими динамичный образ жизни. Кроме того, аппаратный медицинский уход за стопой показан в случаях, когда кератолитические средства нежелательны — например, при онихомикозе у больных сахарным диабетом, либо когда их применение невозможно из-за наличия у пациентов экземы, а также при наличии аллергических реакций на иод в анамнезе. Использование данной модели аппарата предпочтительнее перед обычными педикюрными аппаратами, поскольку он оборудован циркулярным пылеотсосом, что очень важно при работе с ногтевыми пластинками, пораженными патогенными грибами. После аппаратной обработки нанесение противогрибковых средств на очищенные от измененных тканей участки позволяет максимально увеличивать их проникновение в дерму. Рекомендуется проводить такие процедуры ежемесячно, в среднем курс лечения составляет три процедуры.

Вторым этапом после послойного удаления пораженных ногтевых пластинок как с помощью онихолитического состава, так и аппаратного, является местная антимикотическая терапия.

Для лечения поражений кожи микотической природы, помимо уже известных противогрибковых препаратов, в городском клиническом кожно-венерологическом диспансере применялось и новое средство — «Противогрибковый гель» (производства ООО «LMP», г. Рига, Латвия), выпускаемый в виде водного геля в алюминиевых тубиках по 30 г, активным действующим веществом которого является моноэтаноламид ундециленовой кислоты 1%. Механизм действия ундециленовой кислоты заключается, как извес-

тно, в нарушении проницаемости цитоплазматической мембраны клеток грибов. «Противогрибковый гель» наносили на пораженную кожу (на очаги гладкой кожи, межпальцевые складки стоп, кожу ладоней и подошв) 2 раза в день и слегка втирали, лечение проводилось в течение 2 недель. Под нашим наблюдением находилось 35 больных с распространенными микозами гладкой кожи, микозами стоп, кистей, онихомикозами. Наблюдавшиеся больные были в возрасте 19-56 лет, мужчин было — 23, женщин — 8. Очаги поражения локализовались на коже паховых складок у 10 пациентов, туловища — 10, лица — 3, верхних или нижних конечностей — 12. Ногтевые пластинки были поражены у большинства наших пациентов — у 33, причем у 12 из них отмечался онихомикоз не только стоп, но и одной или обеих кистей. Диагноз микотического поражения был подтвержден у всех пациентов при микроскопии чешуек кожи из очагов поражения, кожи подошв, ладоней и ногтевых пластинок. При культуральном исследовании рост *Trichophyton rubrum* был получен в 28 случаях, *Trichophyton menthagrophytes* var. *interdigitale* — в 1, *Epidermophyton floccosum* — в 1, в 3 случаях роста культуры получено небыло. Результаты применения «Противогрибкового геля» показали его высокую эффективность и переносимость. Препарат был отменен только у одного больного, у которого имелся распространенный рубромикоз с локализацией в паховых складках, на коже гениталий и ягодич в течение длительного времени (около 20 лет), осложнившийся лихенификацией и экзематизацией, из-за сильного жжения в местах имевшихся эрозий. Данному пациенту был назначен комбинированный препарат с содержанием глюкокортикоида — микозолон. У всех остальных больных переносимость препарата была хорошей. Уменьшение гиперемии отмечено на 4-5 дни лечения, шелушения — на 6-7, инфильтрация в очагах поражения становилась менее выраженной на 7-8 дни, к 10-14 дням лечения на коже в очагах поражения оставались пигментированные пятна с легким шелушением. Субъективная оценка пациентами «Противогрибкового геля» была позитивной, практически всеми пациентами были отмечены высокие косметические качества основы в виде водного геля, не пачкающего белье и не оставляющего жирного следа на коже, что приобретает особо важное значение при амбулаторном лечении.

С целью продолжения терапии после удаления пораженных частей ногтевых пластинок нами был разработан и применен пенетрирующий состав, предназначенный для ежедневной обработки ногтевых лож до отращения ногтевых пластинок, который имел следующий состав: раствор «Кламизин» (действующее вещество — тербинафин, производства ОАО «Белмедпрепараты», г. Минск Беларусь) — 80 мл, димексид (ДМСО) — 20 мл. Димексид, являясь проводником лекарственных препаратов, способствует более глубокому проникновению «Кламизина» в ткани ногтевого ложа, что необходимо для успешной терапии. Использование вышеуказанного пенетрирующего раствора возможно как в качестве компонента комбинированной терапии, так и у тех пациентов, у которых применение системных антимикотиков по какой-либо причине невозможно. Мы использовали состав «Кламизин»+димексид в лечении онихомикоза у 33 пациентов с онихомикозами

стоп и кистей. Пенетрирующий раствор применялся путем нанесения на ногтевые ложа по 1 капле 1 раз в день, ежедневно. Переносимость его была хорошей у всех больных. Полученные результаты свидетельствуют о клиническом и микологическом излечении у 14 пациентов, у остальных результаты будут оценены после полного отрастания ногтевых пластинок. Раствор «Кламизин» в сочетании с димексидом использовался также для обработки очагов поражения на гладкой коже при фолликулярно-узелковой форме рубромикоза у 3 пациентов.

БУДЕТ ЛИ ЭФФЕКТИВЕН ПРОТИВОГРИБКОВЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗА (МАТЕМАТИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ)

Файзуллина Е. В.

*Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ,
Казань*

В выборе адекватной тактики лечения онихомикоза у лиц с различным социальным положением важным является прогнозирование успешности лечения с учетом индивидуальных факторов.

Для осуществления прогноза используется изобретение (патент № 2166912 «Способ индивидуального прогнозирования лечения онихомикоза», зарегистрированный в Государственном реестре изобретений Российской Федерации 20. 05. 2001), программа «Nails» и персональный компьютер с процессором не ниже Pentium 100.

Противогрибковая терапия осуществляется с помощью антимикотических препаратов системного (лализил 008989/01. 06. 99, орунгал 007546 28. 05. 96, гризеофульвин 70/367/46), и местного (лоцерил 009139 13. 02. 97, батрафен 008217/13. 03. 97, микоспор 008214/12. 03. 97, настойка йода 70/529/434, серно-салициловая мазь 82/803/2) действия. Названия препаратов приведены по их торговому названием на Российском рынке.

Показанием для применения является онихомикоз у пациента. Диагноз онихомикоза должен быть подтвержден микроскопическим или/и культуральным выявлением грибов-возбудителей болезни. Учитываются десять наиболее значимых клиничко-социальных параметров. Противопоказания: индивидуальная непереносимость выбранного препарата.

Для принятия решения об эффективности намеченного лечения с целью выбора оптимальной терапии программа в интерактивном режиме предлагает перечень градаций признаков (факторов), влияющих на исход лечения. Каждой градации признака присвоен коэффициент, имеющий положительное или отрицательное значение. Врач выбирает имеющиеся у больного градации признаков, а программа суммирует соответствующие им коэффициенты. Полученная сумма коэффициентов называется прогностическим коэффициентом (ПК), который представляет собой положительную

или отрицательную величину. Полученный ПК сравнивается со значениями пороговых коэффициентов ($ПК_{пор}$), которые будут различными в зависимости от уровня точности прогноза. При применении данного метода получаем ответ, эффективным или неэффективным будет лечение. Надежность прогноза выражается в процентах.

На базе кафедры дерматовенерологии КГМУ МЗ РФ проведено лечение 218 пациентам с онихомикозом. Чувствительность метода составила 93%, специфичность 66,7%, точность 87%, точность положительных результатов 91%, точность отрицательных результатов 72,7%.

ВЫВОДЫ. 1. При проведении прогнозирования учитываются социальные аспекты успешности лечения онихомикоза. 2. Применение прогностической оценки легко выполнимо в условиях любого дерматологического кабинета.

ЛЕЧЕНИЕ ОНИХОМИКОЗА ЭКЗИФИНОМ

Файзуллина Е. В., Глушко Н. И.

*Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ,
Казанский научно-исследовательский институт
эпидемиологии и микробиологии МЗ РФ,
Казань*

Появившийся на российском рынке препарат Тербинафин-экзифинТ (*Dr. Reddy's Lab.*) зарекомендовал себя эффективным и безопасным средством для лечения грибковых болезней кожи и ее придатков. Это противогрибковый препарат из класса аллиламинов, эффективный в отношении дерматофитов, дрожжей и плесеней. Выпускается в таблетках по 250 мг. Суточная доза для взрослых составляет 250 мг, для детей — при массе тела до 20 кг — 62,5 мг/сут, от 20 до 40 кг — 125 мг/сут, более 40 кг — 250 мг/сут. Тербинафин назначается 1 раз в сутки. Прием пищи и кислотность желудочного сока не оказывают влияние на его всасывание. Тербинафин обладает самой высокой среди всех системных антимикотиков активностью в отношении дерматофитов, вызывающих большинство (до 94%) случаев дерматомикозов. Фунгицидные концентрации препарата сохраняются в коже и ногтевых пластинках в течение 30–36 недель после окончания лечения, т. е. действие препарата в ногте сохраняется еще до 9 месяцев, что существенно повышает процент полного излечения. Угнетая скваленэпоксидазу клеточной мембраны гриба и препятствуя биосинтезу стероинов, приводит к дефициту эргостерина, внутриклеточному накоплению сквалена. Подавление фермента приводит к снижению эргостерина в мембране и накоплению липидогранул сквалена внутри клетки гриба. В тоже время, тербинафин практически не влияет на скваленэпоксидазу клеток млекопитающих, участвующую в синтезе холестерина. Высокую эффективность и хорошую переносимость тербинафина при приеме внутрь по 250 мг/сут. отметили у 82% больных Ю. В. Сергеев, с соавт. (1995), у 96% больных В. А. Молочков и О. К. Курчева (1998).

Тербинафин в отличие от других системных антимикотиков не влияет на систему цитохрома Р 450 и поэтому не вступает во взаимодействие с другими лекарственными средствами. Поэтому тербинафин применяется при лечении у пожилых, при приеме других лекарств, при хронических компенсированных заболеваниях печени и почек, в детской практике. Более 90% препарата связываются с белками плазмы. Выраженная липофильность тербинафина объясняет его накопление в жировой ткани и медленное высвобождение, что является причиной медленной элиминации препарата. Тербинафин появляется в дистальных частях ногтевой пластинки в течение 3–18 недель с начала лечения. Вместе с тем стоимость лечения (12-недельный курс) тербинафином-ламизилом составляет по данным Gupta A. K. (1998) 200,64 \$, или около 6200 рублей (по курсу 2002 года).

Под нашим наблюдением находилось 15 больных онихомикозом ногтей пальцев стоп и кистей (8 женщин, 7 мужчин в возрасте от 24 до 72 лет), получивших лечение тербинафином-эскифином. Срок заболевания — от 3 до 20 лет. Диагноз в каждом случае был подтвержден микроскопически, у девяти больных — культурально: у 6 пациентов — *Trichophyton rubrum*, у 2 — *Scopulariopsis sp.*, 1 — *C. Albicans*. Больные получали эскифин внутрь по 250 мг/сут. Продолжительность курса составила 12 недель. Пациенты пожилого возраста получали ангиопротекторы (ксантинола никотинат) и не прерывали гипотензивную терапию нифедипином — ингибиторами кальциевых каналов (3 больных) и ингибитора АПФ (энап, эналаприл — 3 больных). В результате 3-х месячного курса терапии клиническое улучшение было отмечено в 86,6% случаев (13 из 15 больных). У двух больных (70 и 72 лет) лечение пришлось продолжить на срок до 18 недель. Отрицательные результаты микроскопического исследования наблюдались в 100% случаев. Стоимость двенадцатинедельного курса составила 100,32 \$.

Тербинафин-эскифинТ (*Dr. Reddy's Lab.*) в условиях российского фармацевтического рынка характеризуется существенно более низким показателем стоимости при сохраняющейся на высоком уровне эффективности.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКЗИФИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ СТОП В СОЧЕТАНИИ С АНТИМИКОТИНОМ БИФОСИНОМ ДЛЯ НАРУЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Гафаров М. М., Петрова Т. Л., Канулер О. М.
Башкирский государственный медицинский университет
Уфа

Эскифин — системный противогрибковый препарат, относящийся к классу аллиламинов. Действующим веществом эскифина является тербинафина гидрохлорид.

Препарат оказывает выраженное фунгистатическое и фунгицидное действие, которое обусловлено ингибированием биосинтеза грибкового эргостерола и угнетением ферментных систем скваленопогесидазы, в результате чего происходит гибель клетки гриба.

При приеме экифина внутрь 250 мг/сутки максимальная концентрация препарата в плазме крови достигается в течении 2 часов после приема и составляет 0,97 мкг/мл. Стабильные концентрации препарата держатся в течение 10-14 дней.

Препарат бифосин — антимикотик наружного применения, широкого спектра действия, активен в отношении *Trichophyton*, *Microsporum*, *Epidermophyton*, *Aspergillus* и *Corynebacterium*, а также в отношении *Candida albicans*. Выпускается АКО «Синтез» (г. Курган) в формах 1% мази и раствора, а также присыпки 1% и содержит окиси цинка, кукурузного крахмала и талька.

Препарат в виде раствора и мази глубоко проникает в кожу, сохраняя высокие концентрации в течение 48-72 часов, потому, что бифосин удобно применять 1 раз в сутки при интертригинозных и дисгидротических формах МС.

Целью исследования явилась оценка качества лечения онихомикозов экифином в сочетании с препаратом для наружного действия бифосином.

По литературным данным этиологическое излечение при назначении препаратов тербинафинового ряда достигается и без наружного лечения, однако, мы считаем, что при тотальном и субтотальном поражении ногтевых пластинок целесообразно удаление зараженного грибами материала, что ускоряет процесс выздоровления и уменьшает аллергизацию организма.

Материалы исследования. Нами пролечены экифином 67 человек, 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.

Методика лечения. Экифин назначали по 250 мг/сутки в комплексе с йодантипирином, поливитаминами, гепатопротекторами. Препараты, улучшающие микроциркуляцию конечностей добавляли лицам с онихомикозами стоп. Для наружного лечения использовали препарат бифосин. При наличии экссудативных и дисгидротических 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 (экзифин и бифосин) переносили хорошо. Только у 2 больных отмечались головокружение, неприятные ощущения в области печени, желудка. Назначение симптоматического лечения (ферментов, энтеросорбентов) позволило продолжить курс лечения.

Случаев рецидива ни у кого из больных в период наблюдения, сроком до 1 года, не было.

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

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ МИКОЗОВ СТОП В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Гафаров М. М., Латыпов А. Б.

*Башкирский государственный медицинский университет
Уфа*

В настоящее время заболеваемость микозами стоп в Республике Башкортостан из года в год увеличивается и составляет в различных регионах от 20 до 70%. В то же время методы их лечения малоэффективны. При этом проблема не ограничивается только ростом заболеваемости, меняется экология микозов и нарастает их устойчивость к антибиотикам.

Учитывая увеличение частоты микозов, неясность патогенеза, неэффективность терапии, клиническое течение при измененном иммунологическом статусе, изучение клинико-эпидемических особенностей заболевания является актуальной задачей практической медицины.

Шестидесятые годы основным возбудителем микозов стоп многие исследователи считали дерматофиты рода *Trichophyton interdigitale* [Н. Д. Шеклаков, В. М. Лешенко, 1979, В. П. Федотов, 1982]. В последние годы значительно изменилась этиологическая структура заболевания, чаще стали выделяться грибы *Trichophyton rubrum*, с каждым годом их удельный вес в этиологии микозов стоп возрастает.

Целью исследования явилось изучения роли грибов *Trichophyton rubrum* в этиологии микозов стоп на территории Республики Башкортостан, динамика распространения этого гриба и его взаимоотношение с другими возбудителями микозом стоп.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в период с 1999 по 2002 год на материалах бактериологической лаборатории Республиканского кожно-венерологического диспансера. Клинико-лабораторным методом были исследованы 2674 больных микозами стоп и онихомикозами из разных регионов Республики Башкортостан. Материалом для исследования послужили соскобы с гладкой кожи стоп и ногтей обследованных больных, были использованы бактериологический и культуральные

методы. Питательной средой, используемой для посевов, являлась стандартная среда Сабуро с добавлением 0,5% ЭКД. Для предупреждения роста сапрофитных микроорганизмов, в среду добавлялся раствор хлортетрациклина из расчета 0,2 мг/мл. В качестве дополнительной Среды был использован питательный агар с добавлением антибиотиков и 2% раствора глюкозы, что позволяло получить рост возбудителей зоофильной трихофитии на 3-4 день, в то время как на среде Сабуро рост наблюдался на 7-8 день.

Результаты и их обсуждение. По результатам 1999 года положительный результат на наличие возбудителей микозов стоп и ониомикозов был получен у 664 больных. У 631 больных были обнаружены грибы *Trichophyton rubrum* (95,0%), *Trichophyton interdigitale* обнаружены в 8 случаях (2,6%), *Epidermophyton floccosum* — 2 (0,3%), грибы *Candida* — 22 (3,3%), плесневые грибы — 3 (0,5%). В 2000 году число случаев обнаружения грибов *Trichophyton rubrum* возросло до 813 (95,2%) из 846 положительных результатов на наличие грибковой флоры. Грибы *Trichophyton interdigitale* выделены у 8 больных, их доля в общей структуре возбудителей микозов стоп снизилась на 2,1%. Процент *Epidermophyton floccosum* не изменился — 0,3%. Удельный вес грибов рода *Candida* и плесневых грибов, составил, соответственно, 3,9% и 0,5%, что сопоставимо с результатами за 1999 год. В 2002 году было получено 1168 положительных результатов на наличие возбудителей микозов стоп. Удельный вес *Trichophyton rubrum* в 2002 году остается очень большим и составляет 96,06% (1122 больных). Количество больных микозами, вызванными грибами *Trichophyton interdigitale*, снизилось, их доля составила 2,17%.

За последние 4 года исследования стабильным оставалось число микозов вызванных грибами *Fonsecaea compacta*, ежегодно регистрировалось по 2 новых, случая обнаружения этого возбудителя (1999 год — 0,3%, 2000 год — 0,2%, 2001 год — 0,1%, 2002 год — 0,3%). Этот антропофильный гриб вызывает редко встречающееся у нас заболевание, которое характеризуется длительным течением, бородавчатыми, иногда язвенными поражениями кожи конечностей, трудно диагностируется. Грибы рода *Fonsecaea compacta* обитают в почве тропиков и субтропиков, чаще всего им заражаются работники сельского хозяйства, работающие в поле без обуви. В наш регион данный возбудитель занесен из южных регионов, вследствие миграции населения.

Таким образом, основная роль в этиологии микозов стоп на территории Республики Башкортостан отводится грибам *Trichophyton rubrum*, их удельный вес в общей структуре в 1999 — 2002 годах составил 93 — 96%. Отмечена тенденция к увеличению *Trichophyton rubrum* в микозологии, что соответственно, привело к снижению процента выделения грибов *Trichophyton interdigitale*. В 1996 году доля *Trichophyton rubrum* в этиологии микозов стоп составляла 69,8%, а *Trichophyton interdigitale* — 7,1% (М. М. Гафаров, 2001). То есть, в последние годы наблюдается тенденция вытеснения грибами *Trichophyton rubrum*, грибов *Trichophyton interdigitale* в качестве возбудителей микозов стоп. Такое все возрастающее значение грибов *Trichophyton rubrum* обусловлено рядом факторов. Основными факторами усиления патогеннос-

ти выделенных грибов, вероятно, является как снижение иммунной реактивности организма, так и способность к инвазивному росту вследствие появления ферментативно активных видов грибов. Грибы *Trichophyton rubrum* имеют два известных на сегодняшний день протеолитических фермента, разрушающих кератин кожи. Грибы *Trichophyton interdigitale*, вызывающие в основном поверхностную форму микозов, характеризуются выделением протеолитических ферментов обладающих способностью разрушать кератиновую оболочку кожи, последние менее агрессивны, чем ферменты выделяемые грибами *Trichophyton rubrum*. Другим фактором распространения руброфитии в регионе является способность грибов *Trichophyton rubrum* образовывать устойчивую споровую форму, что позволяет им длительно сохраняться в окружающей среде, даже при действии дезинфицирующих веществ. Третьим фактором роста руброфитии является свойство *Trichophyton rubrum* вырабатывать активные вещества, подавляющие рост других видов возбудителей микозов.

Выводы. Способность возбудителей микозов стоп образовывать устойчивые споровые формы, неудовлетворительные санитарно-бытовые условия и санитарная неграмотность населения, неблагоприятная экологическая обстановка в нашем регионе являются предпосылками для дальнейшего роста заболеваемости микозами стоп.

За последние три года на территории Республики, Башкортостан в этиологии микозов стоп доминируют грибы *Trichophyton rubrum* (93 — 95%). Доля грибов *Trichophyton interdigitale* имеет тенденцию к жизни.

Изменения структуры и появление новых видов возбудителей микозов стоп и кожи, не характерных для нашего региона, диктуют необходимость дальнейшего бактериологического мониторинга за больными микозами стоп и разработки новых эффективных подходов к лечению и профилактики этих заболеваний с использованием современных антимикотических средств. Учитывая бытовой путь передачи этого возбудителя, особенно в семейных очагах, рекомендуется больше внимание уделить санитарно-просветительской работы среди населения.

РОЛЬ МИКОЗНЫХ АССОЦИАЦИЙ В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ СТОП

Гафаров М. М., Капулер О. М., Гущина Р. Г.
Башкирский государственный медицинский Университет
Уфа

Одним из существенных факторов, влияющих на патогенез и течение МС является наличием патогенной и условнопатогенной микрофлоры кожи. В связи с чем нами было проведено изучение микрофлоры кожи у 31 больно-

го в возрасте от 20-70 лет (М-10, Ж-21) различных форм микозов стоп, обусловленным *Tr. rubrum*.

Клинические формы заболевания были сквамозная — у 11, сквамозно-гиперкератотическая — у 10, интертригинозная — у 8 и дисгидротическая — у 2 больных.

Методы исследования. На ряду с микроскопией соскобов кожи с пораженных участков проводили количественное определение микрофлоры на плотных (агар с кровью, желточно-солевой агар, шоколадный агар, среда Сабуро, Эндо, Вильеон — Блера), а также жидких питательных средах (бульоны Сабуро, сахарный, стрептококковый, среда Кита — Тарроци). Результаты исследования подвергли видовой, количественной и качественной оценке.

Сравнительная характеристика количественных и качественных показателей микрофлоры на пораженных участках кожи у больных МС выявила нарушение нормобиоценоза у 55% пациентов. Наиболее часто выделены следующие микробы:

St. aureus и *St. epidermidis* ($7,8 \times 10^7$) у 26%;

St. hyicus и *St. intermedius* (до $1,1 \times 10^6$) у 18%;

St. heemolyticus и *St. hominis* (до 10^5) у 6,2-8,4% больных МС.

Выявленные нарушения нормобиоценоза кожи у пациентов не зависели от пола. При этом у больных со сквамозной формой нарушения микрофлоры были установлены у 37%, сквамозно — гиперператотический — у 60%, интертригинозной и дисгидротической формами МС в 40% и 50% случаев, соответственно.

Резюмируя изложенное следует отметить что микотическое поражение, обусловленное *Tr. rubrum*, сопровождается явлением дисбактериоза кожи обусловленного резидентными плазмокоагулоположительными (30%) и плазмокоагулотрицательными видами стафилококков. Высокая микробная обсемененность кожи, как в очагах поражения, так и на прилегающих участках находилось в прямой зависимости от длительности течения заболевания. Грибково — стафилококковая микробная ассоциация часто (у каждого второго) способствует формированию осложнений при интертригинозной, сквамозно — гиперкератотической и дисгидротических форм микотического поражения.

ПРИМЕНЕНИЕ ДИФЛАЗОНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗОМ

Гиря О. Ю.

*Владивостокский государственный медицинский университет
Владивосток*

Изучению микозов в литературе уделено достаточно много внимания. Проблема адекватной терапии микозов в целом, и онихомикозов в частности, является достаточно значимой, учитывая их широкую распространен-

ность: такие больные составляли 2-5% всего населения, а в последнее время их количество значительно увеличилось и колеблется от 7% до 15%. Лечение больного онихомикозом в ряде случаев представляет собой сложную задачу и, зачастую требует применения антифунгинальных препаратов, обладающих системным действием.

Под наблюдением находилось 85 пациентов с диагнозом «Онихомикоз кистей и стоп», в возрасте от 25 до 66 лет, среди них: женщин - 35, мужчин — 50. Длительность заболевания от 1 до 25 лет. Все пациенты ранее безуспешно проходили лечение традиционными средствами и методами терапии, в том числе и с удалением ногтевых пластинок. У всех больных, помимо онихомикоза, имелось поражение кожи соответствующей локализации (стопы и кисти). Во всех случаях клинический диагноз микоза был подтвержден положительными результатами анализа на грибы, микроскопией чешуек кожи и частичек ногтей и выделением культуры *Trichophyton rubrum*. В последующем, помимо визуального, подобным образом оценивалась клинико-этиологическая эффективность терапии дифлазоном через 2, 4, 6 месяцев от начала лечения.

При лечении был использован препарат Дифлазон (флуконазол) в дозировке 150 мг 1 раз в неделю в течение 6 месяцев

У 36,4% больных, имевших диагноз «Онихомикоз кистей» (поражено от 1 до 5 ногтевых пластинок), получавших дифлазон в течение 2х месяцев, отмечено отрастание здоровых ногтевых пластинок на 50% от проксимальной части.

У 63,6% пациентов был выставлен диагноз «Онихомикоз стоп» Были поражены от 3 до 10 ногтевых пластин. Через 3 месяца приема препарата отмечено значительное улучшение у всех пациентов. Ногтевая пластинка отросла визуально здоровой на 50%, уменьшился гиперкератоз, изменился цвет.

Необходимо отметить, что наряду с дифлазоном применялись препараты патогенетической терапии: спазмолитики, микроциркуляторы, витамины групп А, В, С. Через 4 месяца у 82,3% пациентов отмечено клинико-этиологическое излечение, у 17,7% пациентов — значительное улучшение.

Поражения на коже исчезли уже через 1-1,5 месяца, ногтевые пластинки на стопах отросли до 50%. Медленнее отрастали ногтевые пластинки первых пальцев стоп, всвязи с чем 15 из 85 больным (17,7%) лечение дифлазоном было продлено до 6 месяцев.

Переносимость дифлазона была хорошей, лишь у 3,5% из наблюдавшихся были отмечены приходящие побочные явления со стороны желудочно-кишечного тракта.

При отдаленных наблюдениях рецидивов микоза не зарегистрировано.

Таким образом, можно сделать вывод, что терапия дифлазоном онихомикозов, вызванных дерматофитами, высокоэффективна, безопасна и хорошо переносится пациентами.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИКОЗОВ СТОП У БОЛЬНЫХ ИХТИОЗОМ

*Фризин В. В., Куклин В. Т.,
Глушко Н. И., Боровкова Д. А.,
Фризин Д. В.*

*Казанская государственная медицинская академия МЗ РФ
Казанский НИИ эпидемиологии и микробиологии МЗ РФ
Зеленодольский кожно-венерологический диспансер
Казань*

Высокая заболеваемость больных ихтиозом микозами стоп объясняется наличием сухости кожи, обилием кератина, нарушением пото- и салоотделения, сдвигом рН кожи в щелочную сторону. Кроме того, наличие с рождения распространенного поражения кожи с частым изменением ногтевых пластинок не настораживает пациентов на поражение микотической инфекцией. Лишь при выраженных изменениях ногтевых пластинок, наличии глубоких болезненных трещин на стопах, распространении высыпаний на гладкую кожу и зуд приводит больных ихтиозом к дерматологу. Отмечается отсутствие рациональных мер профилактики и лечения микозов стоп, особенно при нарушенной кератинизации, и наличие стертых форм микотического поражения. Исходя из этого, возникла необходимость обследования больных микозами стоп при ихтиозе с выявлением особенностей клинических проявлений микотической инфекции у больных ихтиозом.

У больных ихтиозом микоз стоп протекал в виде сквамозно-гиперкератотической формы у 87% больных. Отмечены жалобы на зуд и болезненность, сухость и избыточное утолщение участков кожи подошв с наличием глубоких болезненных трещин, мелко- и крупнопластинчатое шелушение, поверхностные трещины в межпальцевых складках стоп. Кроме этого, у больных ихтиозом при отсутствии субъективных ощущений имели место мелкие поверхностные трещинки и шелушение на коже IV межпальцевой складки, а также едва заметное шелушение на сгибательной поверхности пальцев и примыкающих к ним участках подошв, что характерно как для больных ихтиозом, так и для больных микозом стоп. При микологическом исследовании чешуек дерматофиты выделены у 13% больных ихтиозом с микотической инфекцией. Данные проявления расценивали как стертую форму микоза стоп.

Таким образом, особенностью клинических проявлений микозов стоп при ихтиозе является отсутствие дисгидротических и интертригинозных форм, преобладание сквамозно-гиперкератотической и наличие стертой формы поражения, выявляемой только при лабораторном исследовании.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИАГНОСТИКА МАЛАССЕЗИОЗА КОЖИ

Горбунцов В. В., Федотов В. П.

*Днепропетровская государственная медицинская академия
Днепропетровск, Украина*

Малассезиоз кожи (МК) — понятие, объединяющее ряд заболеваний кожи, вызываемых дрожжеподобными липофильными грибами рода *Malassezia*. В соответствии с результатами таксономической ревизии 1996 года род *Malassezia* объединяет семь видов: *M. furfur*, *M. pachydermatis*, *M. sympodialis*, *M. globosa*, *M. restricta* и *M. sloofiae*. Недавно Sugita и соавторы (2002 г.) выделили новый восьмой вид грибов рода *Malassezia* — *M. dermatitis* от больных атопическим дерматитом. Мы наблюдали 157 больных МК и отметили, что клинические проявления малассезийной инфекции кожи разнообразны и зависят не столько от вида гриба, сколько от реакции организма больного, варьируясь в широких пределах — от бессимптомного носительства до системных проявлений инфекции. Наиболее частыми клиническими проявлениями МК были комедоны, педикулез волосистой части головы (гнейс, перхоть), лица, туловища и конечностей, кероз, негнойный специфический фолликулит кожи туловища и конечностей, себорейный дерматит, экзематиды. Реже эта инфекция проявлялась в виде разноцветного (отрубевидного) лишая у взрослых, пеленочного дерматита, пустулеза кожи головы и угревой сыпи у детей грудного и младшего возраста. „Недерматологическими«проявлениями малассезиоза чаще бывают явления сухого отита, блефароконъюнктивита, хейлита. В литературе описаны как спорадические, так и эпидемические случаи поражения внутренних органов, явления системной инфекции при наличии предрасполагающих факторов (иммуносупрессия у больных, получающих химиотерапию, массивную антимикробную терапию антибиотиками, гормонотерапию).

Инфекция протекает обычно с первых лет жизни человека, трансформируясь — т. е. меняя вид своих основных проявлений в определенные возрастные периоды жизни больных, проявляя характер „болезни возраста«. Общепринятой классификации МК до настоящего времени нет. Практически не разработан вопрос глубоких, гранулематозных и висцеральных форм этой инфекции. Основываясь на особенностях основных патогенетических и клинических проявлений; учитывая данные о стадийной трансформации; особенностях диагностики и терапии заболевания, — клинические формы МК мы условно подразделяем на:

1. Поверхностные /чешуйчатые/ невоспалительные: простой педикулез волосистой части головы новорожденных (гнейс) и взрослых (перхоть), кероз (Дарье), простой распространенный и ограниченный педикулез кожи туловища и конечностей.

2. Фолликулярные: комедоны, негнойный фолликулит кожи туловища и конечностей взрослых и детей, фолликулярный экзематид Дарье.

3. Воспалительные (воспалительно-аллергические): петириазиформный и псориазиформный экзематиды Дарье, себорейный дерматит кожи головы, туловища и конечностей взрослых и детей.

Как отдельную клиническую форму выделяем:

4. Разноцветный (отрубевидный) лишай. МК — системный процесс, и при лечении больных нельзя ограничиваться выделением его отдельных нозологических (клинических) форм, однако, учет их особенностей необходим для правильного лечения больного. Малассезийная инфекция кожи по нашим данным наблюдается практически всегда не в виде одной нозологической формы, а в виде комбинации двух, трех, и даже четырех нозологических форм. Чаще всего мы отмечаем комбинации кероза Дарье, простого петириаза волосистой части головы и комедонов; кероза, простого петириаза волосистой части головы, комедонов и фолликулярных экзематидов; кероза, фолликулярных экзематидов и других клинических форм экзематидов Дарье. Наиболее часто разноцветный лишай сочетался с керозом, комедонами и фолликулярными экзематидами.

Следует отметить, что отдельные клинические формы МК имеют выраженную тенденцию к локализации на строго определенных участках кожи. Диагноз заболевания устанавливали на основании результатов комплексного клинико-лабораторного обследования: при наличии типичных клинических проявлений дерматоза; обнаружении дрожжеподобных клеток (в мицелиальной или дрожжевой фазе) при микроскопическом исследовании неокрашенных обработанных раствором калийной щелочи, и окрашенных (метиленовым синим в смеси с бурой или чернилами *Parker*) препаратов (чешуек, соскобов и тонких срезов кожи с мест поражения) и одновременном выявлении грибов *Malassezia* в культуре при посевах на среду Сабуро с добавлением оливкового масла или среду типа *Dixon*; наличии достаточно большого (не менее $8 \cdot 10^5$ на см. кв.) числа КОЕ в количественных посевах (в контроле у здоровых — $5 \cdot 10^5$ КОЕ на см. кв.); выявлением специфической люминисценции в очагах поражения (при такой форме МК как разноцветный лишай). При явлениях воспаления, аллергии, присоединении вторичной инфекции или после применения пациентом средств, обладающих противогрибковой активностью (которые могут содержаться не только в лекарственных препаратах, но и в средствах гигиены или косметике, продуктах питания, о чем сам больной может и не знать) микроскопическое обнаружение гриба крайне затруднительно, а метод количественных культур может дать недостоверные результаты.

Таким образом, проблема малассезийной инфекции нуждается в серьезном переосмыслении, систематизации имеющихся на сегодняшний день знаний об этой патологии и дальнейших углубленных разноплановых исследованиях.

ЛЕЧЕНИЕ ОНИХОМИКОЗОВ «ОРУНГАЛОМ» НА ФОНЕ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА

Горская Е. И.

*Российская ассоциация по профилактике инфекций
передаваемых половым путем «САНАМ»*

Москва

Диагноз грибковое поражение ногтей или онихомикоз в настоящее время популярен не только среди врачей микологов, но и среди обывателей. В 90% случаев пациенты приходят на прием к врачу с готовым диагнозом (грибы?) и с отрицательным результатом от проводимой терапии. Прежде всего хотелось бы обратить внимание на терапию системными антимикотиками, а именно препаратом интраконазол (Орунгал). За период 2001-2002 г. г. количество пациентов, которые применяли препарат без назначения врача составило 5% (34 человека) от общего количества пациентов обратившихся с диагнозом онихомикоз. При тщательном сборе анамнеза удалось выявить, что практически в 95% случаев пациенты испытывали дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта (запоры, вздутия живота, диарея) на протяжении многих лет, были отмечены нарушения в схеме приема препарата, не проводилась лабораторная диагностика пораженных ногтевых пластин до начала приема препарата. В связи с полученными данными было рекомендовано исследование кала на дисбактериоз, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, микроскопическое исследование ногтевых пластин.

В результате проведенного обследования было выявлено:

- дисбактериоз (2–3 степени) у 29 человек (12 женщин средний возраст 52 года и 17 мужчин средний возраст 47 лет);
- дискинезия желчевыводящих путей у 3 человек;
- наличие нитей грибов в соскобах ногтевых пластин у 26 пациентов (10 женщин и 16 мужчин).

Учитывая то, что пациенты ранее отмечали хорошую переносимость препарата и положительную реакцию со стороны ногтевых пластин, были рекомендованы: пульс-терапия интраконазолом (Орунгал) по 400 мг/сут в течение 1 недели с 3-х недельным интервалом и препараты для коррекции флоры кишечника («Флора Дофилус» по 1 капсуле 3 раза в день после еды).

Через 2 месяца от начала лечения у 24 пациентов, наблюдалось уменьшение площади поражения ногтевой пластинки на 80%, результаты микологического исследования были отрицательными, а через 3 месяца от начала лечения у 26 пациентов отмечали клинико-микологическое излечение.

Дальнейшее наблюдение в сроки до 10 месяцев свидетельствовали о стойкости клинико-микологического излечения.

На основании выше изложенного были сделаны выводы, что при назначении системных антимикотиков очень важно учитывать состояние желудочно-кишечного тракта.

Применение препарата «Орунгал» на фоне приема препаратов нормализующих флору кишечника обеспечивает клинико-микологическое излечение в сроки до 2–3 мес., таким образом, препарат «Орунгал» является высокоэффективным антимикотическим средством.

КОМБИНИРОВАННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗОВ

*Грашкин В. А., Сабаев М. И., Грашкина И. Г.,
Подгорная Р. В., Мясникова Т. Д.*

*Областной кожно-венерологический диспансер,
г. Энгельс, ул. Колотилова 50*

*Медицинский центр «Врачебная практика»,
г. Саратов, ул. Астраханская 88*

*Клиника кожных и венерических болезней СГМУ,
г. Саратов, ул. Провиантская 22*

Онихомикозы относятся к самым распространенным дерматологическим заболеваниям. Согласно данным проекта «Ахиллес», частота встречаемости их колеблется от 15 до 23% среди населения [А. Ю. Сергеев, 2002; С. А. Бурова, 2002; Ю. С. Бутов, 2002], составляя до 40% всех заболеваний ногтевых пластин [Ф. Крамер, 1997].

Существующие в настоящее время способы лечения не дают быстрого разрешения и не гарантируют от рецидива заболевания. Назначение же неадекватной терапии, без учета патогенетических механизмов и фоновой патологии, нередко не только усугубляет течение микотического процесса, но и, ослабляет иммунный ответ организма, ведет к персистенции возбудителя и развитию сенсibilизации [В. М. Рукавишникова, 1999; Ю. В. Сергеев, А. Ю. Сергеев, 1998].

Только рациональный подбор и использование новых антимикотиков с присоединением локальных физических методов воздействия позволит улучшить обменные процессы и регенерацию тканей, устранить микогенную сенсibilизацию, повысив эффективность терапевтического воздействия.

Под нашим наблюдением с 1996 по 2001 годы находилось 106 больных онихомикозами (мужчин-62, женщин-44), в возрасте от 25 до 70 лет. Давность заболевания составляла до 1,5 до 10 лет. Среди фоновой патологии у наших больных преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта у 30%, эндокринные нарушения, в том числе сахарный диабет у 23%, заболевания сосудов у 19%, нарушения архитектоники стопы у 14%. Указанная патология, ослабляя факторы естественного и приобретенного иммунитета, снижает уровень противоинфекционной защиты. Ранее большинство пациентов безуспешно получали разнообразную терапию, включая системные антимикотики и удаление ногтевых пластин.

При осмотре констатировано множественное поражение ногтевых пластинок у всех 106 пациентов, в том числе у 20 с вовлечением пальцев кистей.

Дистально-латеральная подногтевая форма онихомикоза выявлена у 62, тотальная дистрофическая у 44 больных. Диагноз грибковой инфекции у всех пациентов был подтвержден микроскопическим исследованием. Идентификация родовой и видовой принадлежности гриба не осуществлялась, учитывая широкий спектр действия орунгала.

Проведено комбинированное лечение онихомикозов, позволяющие рационально сочетать применение системного антимикотика орунгал с локальным физиотерапевтическим воздействием. Пациенты были разделены на 2 группы, идентичные по исходной площади и типу поражения ногтевых пластинок. Больные основной группы (53 человека) получали орунгал в режиме пульс-терапии (3 цикла лечения), а в интервалах между приемом препарата — лазерофорез 4% раствора актовегина на зону матрикса измененных ногтей с помощью установки АФЛ-1. Режим воздействия: расфокусированный луч при плотности потока мощности 2-5 мВт/см², экспозиция 30 сек-2 мин., 15-20 процедур на курс. Больным группы сравнения (53 человека) назначалась только монотерапия орунгалом по аналогичной схеме. Критерием эффективности лечения считалось полное исчезновение клинических признаков онихомикоза или значительное улучшение при отрицательных результатах микологического исследования. Сравнительный анализ полученных результатов через 24 и 36 недель после начала терапии показал наибольшее (соответственно 90% и 97%) число случаев клинического выздоровления у больных, получавших комбинированное лечение. При этом отмечено улучшение микроциркуляции и ускорение естественного роста ногтевых пластин. В группе сравнения показатель клинического выздоровления был значительно ниже, составляя соответственно 84% и 87%. Отсутствия эффекта и побочного действия от проводимой терапии не было зафиксировано в обеих группах. В процессе контрольных микологических исследований через 12, 24, 36 недель грибы отсутствовали у всех наблюдаемых больных. Отдаленные наблюдения в течение 2—5 лет рецидивов онихомикоза не выявили.

Таким образом, комбинированный способ лечения онихомикозов орунгалом в режиме пульс-терапии в сочетании с лазерофорезом актовегина на область матрикса пораженных ногтей значительно повышает показатель клинического и микологического выздоровления в сравнении с системной антимикотической монотерапией.

ОРУНГАЛ В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Грашкин В. А., Сабаев М. И., Подгорная Р. В.

*Областной кожно-венерологический диспансер
Саратов, Энгельс*

Поражение мочеполового тракта является одним из наиболее часто встречающихся проявлений кандидозной инфекции и причиной обращения больных в дерматовенерологические учреждения.

Урогенитальный кандидоз может быть результатом аутоинфекции или инфицирования извне. Возникновению заболевания способствуют эндогенные (несостоятельность клеточного иммунитета, эндокринопатии, гиповитаминозы, ВИЧ-инфекция) и экзогенные (прием антибиотиков и антибактериальных препаратов, кортикостероидных гормонов, иммунодепрессантов) факторы.

Рост заболеваемости кандидозом, отмечаемой в последнее десятилетие, многофакторность патогенеза, недостаточно высокая эффективность терапии определили необходимость новых методов этиологического лечения. Наиболее оптимальным препаратом для лечения урогенитального кандидоза является орунгал, который способен быстро поступать в различные внутренние органы, проникать в ликвор и урогенитальный тракт, высоко активен в отношении грибов рода Кандида.

Под наблюдением находилось 102 мужчины, в возрасте от 18 до 45 лет, с давностью заболевания от 1,5 месяцев до 2 и более лет. Диагноз урогенитального кандидоза (уретрит, баланит, баланопостит), клиническая картина которого характеризовалась эритематозными очагами, отеком слизистых оболочек, белесоватым налетом, подтверждался микроскопическим обнаружением в соскобах из уретры *C. albicans*.

У 25% пациентов выявлена фоновая патология (заболевания желудочно-кишечного тракта, сахарный диабет) и факторы риска у 70% (длительное применение антибактериальных препаратов, стероидов и др.). Большинство больных ранее получали полиеновые пероральные низкоабсорбируемые антибиотики (нистатин, леворин), разнообразную местную терапию антимикотиками с временным улучшением.

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

Субъективно улучшение пациенты отмечали на 3-4-й день приема препарата, уменьшались чувство зуда, жжения. Побочных реакций не отмечено.

В результате проведенной терапии полное клинико-этиологическое излечение отмечено через 14 дней у 95 больных (93,1%), через 21-30 дней у 102 больных (100%).

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

В процессе динамического наблюдения в течение 6 — 12 месяцев рецидивов заболевания не было выявлено.

Таким образом, орунгал является высокоэффективным антимикотическим препаратом в лечении урогенитального кандидоза, включая состояния осложненные фоновой патологией.

ВЛАГАЛИЩНЫЙ КАНДИДОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Гусева Г. С., Кильдюшов А. Н.,
Парамонова Т. К., Ляличкина Н. А.
Мордовский госуниверситет
Саранск

Влагалищному кандидозу посвящено много исследований, однако в большинстве работ рассматривается лишь вопрос о кандидоносительстве и лишь иногда — кандидозного кольпита. В литературе уже появляются отдельные сообщения о возможности рождения детей, больных кандидозом, однако пока не ясно, является ли кандидоз новорожденных врожденным или возникает вторично при инфицировании во время акта родов. Интересен вопрос о путях проникновения грибов рода *Candida* к плоду, если устанавливается факт врожденной передачи кандидоза. Большинство авторов считают, что оральная молочница новорожденных является следствием инфицирования при прохождении по родовым путям. Другие авторы считают это следствием контакта новорожденного с инфицированной матерью.

Нами было установлено, что кандидоносительство отмечается лишь в 5% случаев, в остальных случаях дрожжеподобные грибы обнаруживаются при лечении кольпита. При кандидозном кольпите у половины больных *Candida* присутствуют в моче — бессимптомная кандидоурия, которая прямо или косвенно связана с кольпитом.

Кандидоз как первичное самостоятельное заболевание встречается исключительно редко. Чаще он развивается вторично, преимущественно у ослабленных больных при понижении защитных реакций организма, нарушениях витаминного, гормонального, белкового и углеводного обмена и наличии хронических заболеваний, а также в связи с антибиотикотерапией. При хронических заболеваниях грибы рода *Candida* часто выделяют у больных сахарным диабетом, туберкулезом, с желудочно-кишечной патологией.

При беременности создаются благоприятные условия для развития кандидоза. У беременных чаще поражается влагалище, вероятно, благодаря обилию гликогена в его эпителиальных клетках, а так же в связи с гормональной перестройкой организма. Частота встречаемости грибов рода *Candida* во влагалище у беременных женщин составляет до 70%.

Большое значение имеет диагностика кольпита. Самым простым, быстрым методом обнаружения *Candida* служит микроскопическое исследование. Вторым этапом диагностического процесса является культуральный метод посева на питательные среды и получение культуры с последующей ее видовой идентификацией, что особенно необходимо при эпидемиологическом анализе заболевания. Важны лабораторные серологические исследования с использованием *Candida*-антигенов. Они являются дополни-

тельным звеном в диагностике заболеваний кандидозной природы. Положительные реакции РСК свидетельствуют о наличии кандидозного процесса, в то же время отрицательные реакции не дают основания для отхода от этого диагноза.

Все указанные выше лабораторные методы диагностики кандидоза могут найти применение при обследовании, однако их ценность для постановки диагноза становится относительной без клинического подтверждения.

Клинические проявления при влагалищном кандидозе сводятся обычно к жалобам на интенсивный, приводящий к бессоннице зуд в области наружных половых органов и влагалища, а также к бели крошковитые или сливкообразные. объективно на слизистой оболочке преддверия влагалища отмечается тонкий беловатый или сероватый налет, на слизистой оболочке влагалища и на влагалищной части шейки матки налет зеленоватого или сероватого цвета в виде очагов разных размеров. При резко выраженном кольпите отдельные очаги сливаются (сплошной налет). Обычно налет легко снимается, под ним обнаруживается гиперемированная и отечная слизистая оболочка. Часто отмечается расстройство мочеиспускания, отек и сыпь на наружных половых органах. Почти всегда при кандидозном кольпите поражается промежность, перианальный участок, а также кожа внутренней поверхности бедер.

Однако такая типичная картина не всегда бывает ярко выраженной. Кандидозный кольпит иногда протекает у беременных скрыто, без зуда и видимых клинических симптомов. В этой связи различают симптомный и асимптомный кандидозный кольпит. Для подтверждения кандидозной этиологии кольпита необходимо произвести микологическое исследование выделений из влагалища.

У беременных женщин, страдающих кандидозным кольпитом были отмечены сопутствующие заболевания: сердечно-сосудистая патология (34,4%), хронические инфекционные заболевания (36,8%) преимущественно мочевой системы и эндокринные болезни (20%). У некоторых больных выявлена субфебрильная температура без установленной локализации заболевания (16%) и универсальный кожный зуд (24%) как проявление кандидоза. Изучение особенностей течения и исхода беременности у женщин, страдающих кандидозным кольпитом, показало следующее: гестоз отмечен у 24% беременных, невынашивание — у 16%, многоводие — у 10,4%. Кроме того, у 19,2% беременных наблюдали рецидивирующий пиелонефрит.

В родах была повышена частота оперативных вмешательств по акушерским показаниям (24,2%), несвоевременное отхождение околоплодных вод (14,5%). Отмечена также повышенная частота перинатальной смертности (6,8%) и пороков развития у плода. Послеродовый период у рожениц с кандидозным кольпитом протекал обычно без осложнений.

Таким образом, при кандидозном кольпите наблюдается повышенная частота осложнений во время беременности и в родах, а также больший процент неблагоприятных исходов для плода.

ЭПИЗООТИЧЕСКОЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ МИКРОСПОРИИ

Ханис А. Ю., Гафурова А. М.

*ЗАО «Фирма Ветзвероцентр»
Москва*

Микроспория человека и животных стала известна в середине XIX века. Так, в 1843 г. Gruby была дана характеристика микроспорового гриба, названного в честь доктора Audouin *Microsporium audouini*. В 1893 г. Sabouraud подтвердил открытие Gruby и наглядно показал отличительные признаки данного гриба от трихофитонов. В дальнейшем было описано более двадцати видов антропофильных, зоофильных и геофильных грибов рода *Microsporium* (*M. ferrugineum*, *M. canis*, *M. gypseum* и ряд других).

В многих странах мира наибольшее значение в заболеваемости животных и человека дерматофитозами имеет зоофильный гриб *M. canis*. (McAleer R., 1980; Stenwig H., 1985 г.; Суворова К. Н. и др. 1996 г. Маноян М. А. и др. 2002 г.; Яцуха М. В. и др. 2002 г.).

В развитии эпизоотического процесса микроспории большое значение имеют бездомные животные и животные, больные микроспорией, протекающей в скрытой форме (Горбатов А. В., 1984 г.; Колодойкин А. А., 1984 г.; Чимакадзе Г. А., 1979 г.).

Немаловажную роль в поддержании эпизоотического процесса играет миконосительство, которое способствует в межэпизоотической стадии сохранению жизнеспособности возбудителя микроспории. В этой стадии могут наблюдаться спорадические случаи заболевания и при создании благоприятных условий, таких как ослабление защитных функций организма, климатические условия, массовое рождение щенят и котят и др., возникает реальная опасность вспышек микроспории среди животных и человека.

В формировании предэпизоотической ситуации определенное значение играет возраст животного. Наибольший процент заболеваемости приходится на новорожденных и молодых особей. Анализ возрастных особенностей при заболевании микроспорией мелких домашних животных показал, что как у собак, так и у кошек заражение наблюдается преимущественно в возрасте до 1-1,5 лет.

Что касается сезонности заболевания животных микроспорией, то усиление стадии развития и стадии максимального подъема эпизоотии приходится на осенне-зимний и весенний периоды, в момент массового щенения и окота (Бахирева А. В., 1973 г.; Горбатов А. В., 1984 г.).

Большое значение в распространении заболевания имеет возрастающий интерес к декоративным породам кошек и собак, которые экспортируются из разных стран мира и могут служить потенциальным источником микроспории для животных и человека.

У людей основным источником заболевания микроспорией, обусловленной грибом *M. canis*, служат кошки (80-90%), реже собаки. Заражение проис-

ходит при непосредственном контакте с больными животными или животными являющимися миконосителями. Заражение людей также возможно через различные инфицированные предметы обихода (Рукавишников В. М., 2001 г.).

Заблеваемость микроспорией людей напрямую связана с сезонностью проявления микроспории у мелких домашних животных. Первый всплеск заболеваемости приходится на весенние, а другой на осенние месяцы.

Таким образом, зоофильный гриб *M. canis* является самым распространенным возбудителем микроспории у человека и мелких домашних животных. Основным источником распространения заболевания являются кошки. Заболеванию подвержены преимущественно молодые особи. Всплески заболевания приходится на весенние и осенние месяцы.

TRIHOPHYTON SOUDANENSE INFECTION IN MILANO AREA

Harak H., Wuhrer E.

*Presidio Ospedaliero di Sesto San Giovanni, Azienda di Vimercate
Милан, Италия*

This report follows and integrates G. Albanese paper* on the same topic.

In the last two years we observed in our outpatient department two new cases of T. Soudanense infection amongst immigrants living in Italy.

CASE 1: A 30 years old black ambulant man from Senegal, with one year history of tinea manum and subungual onychomycosis with nail dystrophy of all the fingers of the right hand.

CASE 2: Two brothers, arabs, from Morocco, one 6 years old the other 7 years old, both with presence of aphlegmasic multifocal tinea capitis since one month.

According to the medical history, the infection was contracted in Italy.

In the first case a complete cure was achieved within three months by casual treatment according to the availability of the antimycotic, systemic and topic samples (lack of health assistance).

In the second case complete cure was achieved within two months by 20 days treatment with terbinafine tablets 125 mg per day.

We decided to present those cases for the following reasons:

- Relative rarity of isolation of the agent in Italy.
- To show the existence of «resevoirs» of the fungus amongst immigrants in Italy specially when clandestine.
- Unusual cultural aspect: violet variant.

We believe that isolation of this species of fungus is probably underestimated, because of: 1) Slow growth of the fungus 2) Easy overgrowth of moulds in colture 3) Easy and quick cure of the infection by the available antimycotics 4) Because of lack of health assistance the mycological exams are seldom carried out.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ОРУНГАЛОМ ОНИХОМИКОЗОВ СТОП

Хрянин А. А.

*Новосибирская государственная медицинская академия
Новосибирск*

Цель: Изучить эффективность применения орунгала (итраконазола) в лечении больных с онихомикозами стоп.

Материалы и методы: Проведено обследование и лечение 46 больных — 25 мужчин и 21 женщины в возрасте от 27 до 54 лет с давностью заболевания от 6 месяцев до 19 лет. При клиническом осмотре у всех больных был выявлен дистально-латеральный и/или проксимальный тип онихомикоза стоп. У 38 пациентов в патологический процесс были вовлечены одновременно несколько ногтевых пластинок, а у 8 — наблюдалось тотальное поражение всех ногтей на стопах. Измененные ногтевые пластинки были тусклыми, охряно-желтого цвета, имели подногтевой гиперкератоз, у 16 больных был выявлен онихогрифоз (чаще большого пальца стопы). Диагноз подтверждался обнаружением гриба в соскобе с ногтевой пластинки при микроскопическом исследовании. У 17 больных проводили культуральную диагностику на твердой среде Сабуро. При выборе противогрибковой терапии приоритет отдавался лекарственному средству с широким спектром действия как на дерматофиты, так и на плесневые и дрожжевые грибки. Данное преимущество допускает назначение лечения при отсутствии использования культуральной методики, которая, к сожалению, не позволяет во всех случаях выявить этиологическую разновидность той или иной грибковой флоры, а так же относительно трудоемка и довольно длительна в своем исполнении.

Орунгал (итраконазол) — производное триазола, является препаратом широкого противогрибкового спектра действия, обладает высокой липофильностью и кератофильностью. Орунгал назначался внутрь по пульсовой методике: по 400 мг в сутки (по 2 капсулы 2 раза в день) после еды в течение 1 недели с последующим 3-недельным перерывом (1 курс), а затем следовал очередной 7 — дневный курс лечения (всего 3 — 4 курса). До лечения и на фоне терапии у больных исследовали общий анализ крови, общий анализ мочи и функциональные пробы печени. При онихогрифозе для сокращения сроков терапии и снятия болевых ощущений применялся микоспор крем (содержащий бифоназол и мочевины) в наборе для лечения ногтей. Длительность лечения до полного удаления пораженной ногтевой пластинки составляла от 4 до 7 недель. Пациентам, страдающим нарушениями кровообращения нижних конечностей, назначали сосудорасширяющие препараты. Всем больным рекомендовалась обязательная дезинфекция обуви.

Результаты: Клиническое излечение с отрицательными результатами микроскопических исследований (через 3 месяца после начала лечения) было констатировано у 44 (95,7%) больных, за исключением 2 пациентов:

один пациент был вынужден отказаться от приема орунгала в связи с началом приема ловастатина (применяемый для снижения уровня холестерина) на фоне прогрессирующей ишемической болезни сердца; у другого пациента возник рецидив заболевания, вследствие несоблюдения мер вторичной профилактики в отношении онихомикозов стоп. Никто из больных не отмечал побочные действия во время лечения орунгалом. Пульс-терапия итраконазолом проводилась, в основном, 3 курсами. Дополнительный 4-ый курс потребовался тем пациентам, у которых было тотальное поражение всех ногтевых пластинок стоп.

Выводы:

1. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой эффективности пульс-терапии орунгалом (итраконазолом) в лечении онихомикозов стоп.

2. Широкий спектр действия, фунгицидные свойства, отсутствие побочных эффектов и удобство применения являются важными преимуществами орунгала при выборе современных противогрибковых средств.

3. При тотальном поражении ногтевых пластинок целесообразно использовать микоспор крем (в наборе для лечения ногтей) в сочетании с пульс-терапией орунгалом.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМА «БАТРАФЕН» (1% ЦИКЛОПИРОКСОЛАМИН) В ТЕРАПИИ МИКОТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ КОЖИ

Иванов О. Л., Монахов С. А., Изюмова И. М.

*Кафедра кожных и венерически болезней ММА имени И. М. Сеченова
Москва*

Материалы и методы: под наблюдением находилось 30 пациентов (17 мужчин, 13 женщин) в возрасте от 24 до 78 лет (средний возраст по группе составил $50,1 \pm 12,5$ лет) с лабораторно подтвержденным диагнозом микотического поражения кожи. Давность заболевания составила от 4 месяцев до 10 лет (в среднем по группе — 3,5 года). Клинически были выявлены следующие разновидности:

- 1) микоз стоп (сквамозно — гиперкератотическая форма) — 11 пациентов (36,7%);
- 2) микоз стоп (сквамозно — гиперкератотическая форма с явлениями мацерации) — 7 пациентов (23,3%);
- 3) микоз стоп (интертригинозная форма) — 5 пациентов (16,7%);
- 4) микоз стоп (интертригинозная форма), осложненная вторичной пиодермией — 4 пациента (13,3%);
- 5) микоз стоп (сквамозная форма) — 2 пациента (6,7%);
- 6) паховая эпидермофития — 1 пациент (3,3%).

Всем пациентам до начала терапии проводились микроскопическое (КОН-тест) и культуральное (посев на среду Сабуро) исследования. Спустя 2 недели от начала терапии — повторно производился КОН-тест, а спустя 4 недели — КОН и посев на среду Сабуро.

До начала терапии КОН-тест был положителен у всех 30 пациентов. При проведении культурального исследования был выявлен рост *T. rubrum* — у 7 больных, *T. mentagrophytes* — у 1 пациента, дополнительный рост колоний *St. aureus* был зарегистрирован у 4 пациентов. У остальных пациентов отсутствие роста культуры гриба на среде, по-видимому, было обусловлено подавлением ее роста сопутствующей бактериальной флорой (как оппортунистической, так и патогенной). Спустя 2 недели от начала терапии КОН-тест был положителен у 6 пациентов. Через 4 недели КОН-тест был положителен у 4 пациентов, культуральное исследование выявило рост *T. rubrum* — у 1 пациента.

Крем 1% «Батрафен» наносился на очаги поражения 2 раза в сутки (утром и вечером) тонким слоем, слегка втирая. Пациентам со сквамозно — гиперкератотической формой перед нанесением крема было рекомендовано предварительное размягчение эпидермиса и удаление гиперкератотических масс процедурой ножных мыльно — содовых ванночек с последующим механическим удалением размягченных слоев. Выраженность клинических симптомов определялась по трехбалльной шкале (3-выраженно, 2-умеренно, 1-незначительно, 0-отсутствует) до лечения, спустя 2 и 4 недели. Эффективность терапии микотического поражения кожи 1% кремом «Батрафен» определялась по динамике клинических симптомов с учетом данных микроскопического и культурального исследований.

Результаты: к концу 4 недели лечения у 26 (86,7%) пациентов отмечено клиническое излечение, у 3 (10%) — значительное улучшение (у 2 пациентов сохранился незначительный гиперкератоз, у одного пациента — не до конца заэпителизовались трещины). У 1 (3,3%) пациента не было отмечено какой-либо положительной динамики клинических симптомов за весь срок лечения, что, по-видимому, было связано с грубым нарушением режима лечения (пациент — потатор). Выявляемость клинических симптомов и их динамика у наблюдаемых больных (по трехбалльной шкале) до начала терапии, спустя 2 и 4 недели:

- 1) гиперемия (57%) — 2,1 — 0,6 — 0
- 2) сухость (50%) — 2,7 — 1,1 — 0,2
- 3) шелушение (67%) — 2,5 — 0,9 — 0
- 4) трещины (83%) — 2,2 — 1 — 0,04
- 5) отечность (40%) — 2,0 — 0,5 — 0
- 6) гиперкератоз (43%) — 2,4 — 1,5 — 0,54
- 7) опрелость (57%) — 2,6 — 0,6 — 0
- 8) зуд (83%) — 2,2 — 0,4 — 0
- 9) жжение (40%) — 1,8 — 0,5 — 0

У 4 пациентов с интертригинозной формой микоза стоп, осложненной вторичной пиодермией к концу 2 недели был отмечен значительны рег-

ресс не только микотических очагов, но и проявлений вторичной пиодермии (до лечения при посеве был выявлен рост колонии золотистого стафилакокка), к концу четвертой недели был отмечен полный регресс высыпаний и отсутствие роста культуры как колонии гриба, так и золотистого стафилакокка.

Переносимость терапии была хорошей у всех пациентов, побочных реакций не отмечалось. Благодаря кремовой основе препарат быстро впитывался при нанесении на кожу, не оставляя следов на одежде.

Выгодным преимуществом препарата «Батрафен» 1% крем перед другими местными антимикотиками является его действие не только на дерматофиты, *Candida spp*, *Malassezia furfur*, разные плесневые грибы, но и на некоторые бактерии, что было подтверждено нашим исследованием. Следует также отметить, что еще одним достоинством препарата является его отчетливый противовоспалительный эффект, благодаря которому достигается быстрый регресс островоспалительных явлений, вызванных как самим грибом, так и аллергической реакцией макроорганизма на микотический процесс.

Выводы и рекомендации:

1) приведенные результаты терапии микотического поражения кожи 1% кремом «Батрафен» отчетливо показывают его выраженную эффективность как при изолированной микотической инфекции, так и при процессе, осложненном вторичной пиодермией;

2) 1% крем «Батрафен» эффективен при стертой, сквамозной, сквамозно — гиперкератотической, интертригинозной формах микотического поражения кожи;

3) 1% крем «Батрафен» высокоэффективен в отношении основных возбудителей микоза кожи: дерматофиты (*T. rubrum*, *T. mentagrophytes* и др.), *Candida spp*, *Malassezia furfur*, разные плесневые грибы;

4) 1% крем «Батрафен» благодаря выраженному противовоспалительному эффекту способствует быстрому регрессу островоспалительных явлений.

5) 1% крем «Батрафен» следует рекомендовать пациентам в качестве базовой терапии при микотическом поражении кожи стоп, гладкой кожи и естественных складок (паховые складки, под молочными железами, межпальцевые промежутки);

6) 1% крем «Батрафен» следует наносить на пораженные участки кожи два раза в сутки, слегка втирая на протяжении как минимум 4 недель. Пациентам со сквамозно — гиперкератотическими формами микоза стоп препарат следует наносить после предварительного размягчения эпидермиса процедурой ножных мыльно — содовых ванночек с последующим механическим удалением размягченных слоев.

7) 1% крем «Батрафен» следует назначать пациентам с осложненным вторичной инфекцией (в частности *St. aureus*) микозом.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «ОРУНГАЛА» (ИТРАКОНАЗОЛ)

Качук М. В.

*Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра кожных и венерических болезней,
Минск, Беларусь*

В последние годы отмечается неуклонный рост грибковой патологии во всем мире. По данным ВОЗ 1/5 населения планеты страдает различного рода микозами. Первое место среди этой патологии приходится на поражение ногтевых пластинок. Онихомикозы могут вызвать около 50 видов грибов. Их принято делить на 3 группы: дерматофиты, дрожжеподобные и плесневые грибы. Этиологическому делению онихомикозов соответствуют различия в эпидемиологии, патогенезе, клинике и соответственно лечению.

Из дерматофитов чаще всего заболевание вызывает *Trichophyton rubrum*. Его обнаруживают у 70-95% больных онихомикозами. *Tr. rubrum* может поражать все ногтевые пластины пальцев и ногтей, гладкую кожу любой локализации, а также длинные и пушковые волосы.

В литературе приводятся многочисленные данные о сравнительной эффективности различных методов лечения онихомикозов: местного лечения с применением мазей, лаков и пластырей в наборах для лечения ногтей, хирургического удаления ногтевой пластинки с последующим лечением ногтевого ложа противогрибковыми средствами и т. п.

Наибольшее признание получила системная терапия антимикотическими средствами широкого спектра действия, предназначенными для приема внутрь.

Одним из новейших антимикотиков общего (системного) действия, испытанных при лечении больных онихомикозами ногтей пальцев стоп и кистей, является орунгал. Он активен в отношении инфекции ногтей, вызываемой дерматофитами, плесневыми и дрожжевыми грибами. Орунгал хорошо всасывается быстро проникает в ткани, накапливается в очагах микоза в высоких концентрациях и дает антимикотический эффект.

Достижения в познании фармакокинетики орунгала свидетельствуют от эффективности, применения схемы пульс-терапии. Общая продолжительность пульс-терапии при онихомикозах ногтей пальцев кистей составляет 2 мес., при онихомикозах ногтей пальцев стоп и сочетанных поражениях — 3-4 мес. в зависимости от степени выраженности процесса. Следует отметить, что суммарная доза орунгала, полученная больных при пульс-терапии, составляет менее половины того количества лекарства, которое он принимал бы при непрерывной терапии.

Нами проведенное лечение по схеме пульс-терапии 52 больным (32 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 23 до 58 лет, давность заболевания от 2 до 15 лет. Поражение ногтей пальцев стоп отмечалось у 40 больных, сочетанное поражение — у 9, поражение ногтей пальцев кистей — у 3. Курс лечения составлял 3-4 цикла приема орунгала.

После 1 цикла лечения, через 1 месяц при осмотре отмечалась положительная динамика, выражающаяся в появлении с проксимального конца ногтя полоски шириной 0,7-1,2 мм. Через 2 месяца зона клинически нормального ногтя увеличивалась, еще больше отмечалось отторжение подногтевых гиперкератических масс. Через 3 месяца наблюдалось клиническое выздоровление у 3 больных с поражением ногтевых пластинок кистей и через 4 мес. — у 47 при поражении ногтевых пластинок стоп и сочетанном поражении. Грибы в пораженных ногтевых пластинках не обнаруживались. У 2-х больных 56 и 58 лет с давностью заболевания 14 и 16 лет соответственно результат расценен как улучшение. Все пациенты лечение переносили хорошо, явлений непереносимости препарата и побочного действия не было.

Таким образом, пульс-терапия орунгалом является эффективным методом при онихомикозе. Широкий спектр антимикотической активности препарата позволяет использовать его при смешанном микотическом поражении с достаточно высокой эффективностью.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ ДЕРМАТОМИКОЗОВ В ЗАКРЫТОМ КОЛЛЕКТИВЕ

Карпов В. В.

*Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД России
Реутово, Московская область*

Военнослужащие входят в группу риска по дерматомикозам. Закрытый коллектив (постоянный возрастной ценз, одинаковые условия обитания и службы) характеризуется относительно стабильной структурой заболеваемости. За последние 10 лет заболеваемость микозами увеличилась и изменилась их клиника.

На первом месте остается эпидермофития стоп, причем преобладают интертригинозные и дисгидротические формы с отдаленными микоидами и присоединившейся пиодермией. Значительно возросла заболеваемость паховой эпидермофитией. Среди кератомикозов преобладает разноцветный лишай, который все чаще принимает диссеминированный характер. Чаше стали отмечаться случаи псевдомикозов: подмышечного трихонокардиоза и эритразмы. Отмечаются случаи онихомикоза стоп и даже кистей у новобранцев. Роста грибковых поражений волос и кандидозных поражений кожи нами не отмечено.

Причину роста дерматомикозов у военнослужащих мы видим в:

1. Ухудшении социальной и эпидемиологической обстановки в обществе (призывники приходят в армию с нарушениями иммунной, нейроэндокринной и висцеральной систем);

2. Неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях военной службы (ухудшение банно-прачечного хозяйства, замена полушерстяного и хлопчатобумажного обмундирования и белья на синтетические ткани);

3. Формировании грибково-бактериальных ассоциаций;
4. Поздней диагностики и неадекватном лечении на догоспитальном этапе, приводящем к хронизации процесса;
5. Повышении вирулентности грибов (по литературным данным);
6. Низкой профилактической (противогрибковой) работе в войсковом звене.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ПРОФОСМОТРОВ ГКВД г. ИРКУТСКА

*Кочеткова В. Г., Иншакова Н. Г.,
Еньшина И. Н., Афанасьева И. Г.*
ГКВД
Иркутск

В структуре ИППП уrogenитальный кандидоз (УГК) занимает одно из ведущих мест. За последние 20 лет заболеваемость этой инфекцией увеличилась на 20% и составляет до 20% среди всех инфекций влагалища.

Мы изучили частоту встречаемости уrogenитального кандидоза среди лиц декретированных профессий за 3 года (1998 — 2000 г.) по данным отделения профосмотров ГКВД г. Иркутска.

При диагностике уrogenитального кандидоза использовали микроскопический анализ материала, причем в мазках учитывали лишь вегетирующие формы дрожжевых грибов.

По сравнению с 1998 г. интенсивный показатель заболеваемости УГК увеличился почти в 2 раза в 2000 г. (19,6 и 37,7 соответственно).

При изучении профессиональных групп больных УГК нами было выявлено, что чаще всего заболевание регистрировалось у работников предприятий общественного питания и торговли (1998 г. — 53%, 1999 г. — 66%, 2000 г. — 63,7%); несколько меньше УГК отмечался у работников детских яслей, садов и школ-интернатов (22,9%, 21,2%, 19,2% соответственно); на 3-м месте по частоте встречаемости УГК наблюдался у медицинских работников родильных домов и детских больниц (3,9%, 19%, 5,7% соответственно). В остальных декретированных группах (студенты, работники парикмахерских, прачечных, бань, гостиниц, работники аптек) удельный вес УГК не превышал 5,1%, но при сравнительном анализе за три года увеличился примерно на 2,6%.

Наши данные подтверждают, что на фоне общего увеличения УГК среди населения, увеличилась выявляемость заболевания среди лиц, декретированных групп.

Особого внимания требует группа медицинских работников детских учреждений (садов, школ, интернатов), у которых заболеваемость УГК занимает 2 место по распространенности этой патологии.

К ЛЕЧЕНИЮ КАНДИДОЗНЫХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ

Коган А. И., Носоченко Г. Ф., Сазонова Н. И.
Московский Кожно-венерологический диспансер № 28
Москва

Кандидозные вульвовагиниты, вызываемые дрожжеподобными грибами рода *Candida*, в общей структуре инфекционной патологии вульвы и влагалища занимают преобладающее место. Сам факт значительной распространенности данного заболевания, его склонности к частым рецидивам и резистентности к обычной терапии, нередко ставит практического врача в достаточно затруднительное положение и диктует необходимость поисков наиболее рациональных методов его лечения.

Как известно, особенности клиники этого заболевания имеют непосредственную связь с целым рядом предрасполагающих факторов. Прежде всего это длительный и бесконтрольный прием различных антибиотиков, особенно широкого спектра: разнообразные тяжелые нарушения общего соматического состояния больных и, как следствие, развитие иммунодефицитов, ведущих к повреждению ряда защитных барьеров.

Существенную роль в возникновении дрожжевых вульвовагинитов может играть эндокринная патология (прежде всего диабет), дисбактериоз и хронические заболевания желудочно-кишечного тракта. Менструация и беременность, существенно изменяя эндокринный фон, могут способствовать обострению вялотекущего кандидоза.

Клиническая картина дрожжевого вульвовагинита крайне разнообразна от вялотекущего процесса до самых острых форм. При этом наблюдается гиперемия и отечность слизистой вульвы и вагины, сопровождающиеся упорным зудом и жжением. Характерны выделения белесовато-желтоватого цвета, творожистой консистенции. Порой наблюдается мацерация слизистых и прилегаемой кожи.

Нередко дрожжевые вульвовагиниты могут сочетаться с бактериальным вагинозом, что обычно усиливает остроту клиники. У половых партнеров больных женщин иногда выявляются проявления генитального кандидоза, в виде баланитов и баланопоститов, обычно обостряющихся после коитуса.

Мы убеждены, что местным использованием противогрибковых препаратов практически вылечить молочницу невозможно. В последнее время в лечении вагинального кандидоза накопились данные о заметной устойчивости дрожжей к ряду антимикотиков. Нами с успехом использовался комплексный метод лечения данного заболевания с учетом всех особенностей его клиники и патогенеза.

Больные принимали препарат Орунгал в капсулах, как основное фунгицидное средство широкого спектра действия. Орунгал назначали в течение трех дней:

1-ый день по 200 мг 2 раза в день: 2 и 3 дни по 100 мг 2 раза в день. Все больные получали иммунотерапию инъекциями полиоксидония по 0,006 через день (№ 5-10) или иммунофана через день (№ 10).

С целью восстановления нормальной микрофлоры влагалища и снятия сопутствующего дисбактериоза больные также получали на протяжении месяца различные пробиотики в виде орошений вагины и приема внутрь некоторых биокомплексов. С этой целью назначались жидкие концентраты бифидумбактерий — эуфлорин-В или биовестин-лакто (по 1 дес. ложке 2 раза в день). Местное лечение вагины проводилось ежедневно перед сном спринцеваниями отваром ромашки и последующими орошениями жидкими препаратами бифидумбактерий (2-3 недели).

Перспективной составной частью комплексного лечения является подключение в ряде случаев энзимопрепаратов, способствующих рассасыванию воспалительных процессов и повышающих при этом иммунореактивность организма. Назначался Вобэнзим по 2 таб. 3 раза в день.

У всех больных исследовалась кровь на сахар.

Под нашим наблюдением находилось 57 больных, в возрасте от 19 до 52 лет. Из них 85% составляли женщины, репродуктивного возраста. 18 человек до этого лечились безуспешно. У 96% больных наступило излечение. Контрольное обследование проводилось через 4 недели по окончании лечения.

У 29 наших больных имелись постоянные половые партнеры, которые получали лечение Орунгалом по 100 мг 2 раза в день, 2-3 дня (у девяти из них была выявлена клиника молочницы).

Таким образом, комплексное лечение генитального кандидоза женщин мы считаем наиболее целесообразным, надежным и перспективным.

КОРРЕКЦИЯ ДИСБИОЗА ВЛАГАЛИЩА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ОТЕЧЕСТВЕННЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫМИ КОНЦЕНТРАТАМИ

Корнилова Т. И., Сидоренко В. Н., Грак Е. Н.

*Государственное учреждение НИИ охраны материнства и детства МЗ РБ
Минск, Беларусь*

В Республике Беларусь из года в год отмечается рост инфекционной патологии репродуктивной системы у женщин фертильного возраста. Среди наиболее распространенных вагинальных инфекций — бактериальный вагиноз. Многие специалисты (Кира Е. Ф. 1995, Аккер Л. В. 1998, Царкова М. Л. 1998) рассматривают его не как инфекционное заболевание, а как дисбактериоз влагалища. Установлена статистическая достоверность связи между микроэкологическими нарушениями во влагалищном и кишечных биотопах при бактериальном вагинозе, что является подтверждающим фактором единства дисбиотических процессов в кишечнике и влагалище. По данным литературы (Кондуликова И. А. 2000, Герасимович Г. И. 2002), бактериальный вагиноз в 82,5% сочетается с дисбиозом влагалища. Влагалище с присущей ему микрофлорой образует единую экосистему, в которой вагинальная среда

контролирует микрофлору, а микрофлора, в свою очередь, оказывает воздействие на вагинальную среду.

Для нормализации микробиоценоза влагалища и местного иммунитета у беременных женщин нами использовались жидкие биологически активные концентраты (нормофлорины *L*: штаммы *L. acidophilus*, *L. casei*, и нормофлорины *B*: *B. breve*, *B. bifidum*, *L. delbruechii spp. bulgaricus*), разработанные в Белорусском научно-исследовательском институте мясной и молочной промышленности совместно с НИИ ОМД.

Нами были обследованы 22 женщины с нормально протекающей беременностью из женских консультаций города Минска. Срок гестации варьировал от 16 до 24 недель. Возраст женщин составлял преимущественно 20 — 24 года. Из перенесенных заболеваний в анамнезе наиболее часто встречались ОРВИ, ангины, острый бронхит. 30% женщин имели гинекологические заболевания в виде эрозии шейки матки, хронического аднексита, дисфункции яичников. Настоящая беременность осложнилась кандидозным кольпитом у 5 женщин.

В результате микробиологического исследования у подавляющего большинства женщин с нормально протекающей беременностью титр основной защитной флоры — лактобацилл колебался в пределах 103-109 в 1 см³ и лишь у небольшого числа женщин содержание лактобацилл не было обнаружено вовсе или было на порядок ниже нормы. Более чем у половины женщин наряду с лактофлорой обнаружены в достаточно высоких титрах (*log* среднего титра 3,2 в 1 см³) содержание бифидофлоры. *Gardnerella vaginalis* фиксировалась в биотопе влагалища у каждой второй женщины в титрах 102—104 в 1 см³, что свидетельствует о высокой распространенности этих микроорганизмов среди здоровых женщин репродуктивного возраста. У 25% беременных отмечалось грибковое (рода *Candida spp.*) поражение слизистой, а титр содержания их в биотопе влагалища составлял от 103 до 104 в 1 см³. У большинства обследованных женщин (71,2%) *Corynebacterium spp.* варьировал в титрах от 103 до 107 в 1 см³.

Все это свидетельствует о том, что, несмотря на достаточное содержание защитной микрофлоры влагалища у женщин с нормально протекающей беременностью, у 23% из них существует угроза развития дисбиотического процесса репродуктивной системы.

Исследование микробиоценоза кишечника у беременных женщин с нормально протекающей беременностью позволило выявить, что у 30% из них есть нарушения биоценоза кишечника легкой степени выраженности. У многих средний титр бифидобактерий содержимого кишечника был на порядок ниже нормы. Из условно патогенных бактерий ведущие места занимали: клостридии, энтеробактер, кандиды. Таким образом, нарушения микробиоценоза кишечника у этих женщин позволяет предполагать наличие дисбиотического процесса в организме с выраженным проявлением его либо в репродуктивной либо в пищеварительной системе или их сочетание.

Учитывая вышеизложенное, с целью профилактики и терапии бактериального вагиноза у пациенток с непереносимостью антибиотиков или невозможностью назначения многих из них во время беременности, нами были

предложены жидкие биологически активные концентраты. Нормофлорины представляют собой новое поколение пробиотиков, содержащих в себе живые бифидо (нормофлорины *B*) и лактобактерии (нормофлорины *L*), а также продукты их метаболизма (органические кислоты, аминокислоты, витамины С, Р, группы В, микроэлементы, антибиотикоподобные вещества, ферменты, лизоцим), усиливающие их терапевтический эффект. В зависимости от клинико-микробиологических проявлений дисбиоза у беременных жидкие биологически активные концентраты использовались местно, в виде инстилляций 1 раз в день в течение 10-15 дней и внутрь по 10 мл три раза в день 10-15 дней. Микрофлора кишечника и биотопа влагалища изучались перед назначением нормофлоринов и сразу после их отмены. Полученные данные показали, что дисбиотические нарушения под действием жидких биологически активных концентратов у большинства беременных уменьшились, а в ряде случаев исчезли полностью.

Таким образом, использование нормофлоринов, содержащих микроорганизмы-пробиотики, улучшает состояние микрофлоры влагалища и кишечника у беременных женщин и является наиболее физиологичным способом коррекции нарушений в кишечнике и половых путях женщины без вредного влияния на плод.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКОЗА СТОП И ОНИХОМИКОЗА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИПА 2

*Корнишева В. Г., Соколова Г. А., Белова С. Г.
Кафедры дерматовенерологии и эндокринологии МАПО
Санкт-Петербурга*

Обследовано 16 женщин в возрасте от 49 до 71 года (средний возраст 60,8) больных сахарным диабетом типа 2 (СД 2) с клиническим диагнозом микоз стоп (МС) и (или) онихомикоз (ОМ). Уровень компенсации (по гликемии, глюкозурии, НВА-1с, показателям липидного обмена, индексу массы тела, артериальному давлению): хороший у одной больной, субкомпенсация — у 11, декомпенсация — у 4. Больные получали пероральные сахаропонижающие препараты, диетотерапию, гиполипидемические и гипотензивные средства.

Микологическое обследование включало в себя 2х — 3х — кратную микроскопию и культуральное исследование кожных и ногтевых чешуек стоп.

Клинический диагноз был подтвержден в 12 случаях (75%), причем во всех случаях выявлено микотическое поражение кожи стоп и ногтей, у 3х пациентов диагностирована онихо-дистрофия (18,8%) и в одном случае выявлен псориаз ладоней и подошв с поражением ногтевых пластинок (6,2%).

У большей части пациентов (75%) первые признаки поражения кожи стоп и ногтей появились задолго (от 40 до 10 лет) до развития СД 2. В

18,75% МС (ОМ) возник одновременно с СД 2, и только в 6,25% — после установленного диагноза СД 2. Быстрое рас-пространение и утяжеление микотической инфекции после диагностики диабета было у 2/3 из тех больных, у которых МС возник раньше.

При культуральном исследовании *Trichophyton rubrum* был выявлен 85,7%, причем в 57,13% из них как моноинфекция и 28,57% в сочетании с грибами рода *Dematiaceae* и *Scopulariopsis koningi*. В 14,3% выявлена смешанная дрожжевая и плесневая биота (*Candida spp.*, *Alternaria spp.*, *Aspergillus niger*).

Во всех наблюдаемых случаях МС протекал по сквамозно-гиперкератотическому типу («тип мокасин»). Интертригинозное поражение было у одной пациентки. У 7 больных (58,3%) имелись массивные гиперкератотические наслоения в местах давления на подошвах, причем у 2-х были кровоизлияния в натоптыши. Ногти поражались по гипертрофическому типу в 75% случаев, по атрофическому — в 18,75%, нормотрофическому — в 6,25%.

У всех у больных с МС и ОМ отмечалась деформация стоп в виде плоскостопия и *hallux valgus*. Микотический процесс протекал тяжелее и носил более распространенный характер на той стопе, где деформация была больше.

Артериальный магистральный кровоток в артериях голеней и стоп не был нарушен.

Диабетическая дистальная полинейропатия диагностирована у 54,54% больных МС с ОМ, при этом у этих пациентов микоз носил более распространенный характер.

Таким образом, при сахарном диабете типа 2 возбудителем микоза стоп наиболее часто являлся *Trichophyton rubrum*. В 52,9% поражение стоп было обусловлено микст-инфекцией (дерматомицеты, дрожжевая и плесневая биота). С развитием диабета отмечено быстрое прогрессирование микотического процесса. Клинические особенности микоза стоп при СД 2 обусловлены трофическими нарушениями, возникающими вследствие основного заболевания: сквамозно-гиперкератотическое поражение кожи подошв и гипертрофический тип поражения ногтей. Утяжелению течения микоза стоп способствовала дистальная полинейропатия и деформация стоп.

ФИТОКОРРЕКЦИЯ МИКОТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ ЛИЦА

Корсун Е. В., Корсун В. Ф., Суворова К. Н., Соколов О. А.
Институт фитотерапии и натуральной медицины
НЛП «Экстраол»
Российская медицинская академия последипломного образования
Москва

В настоящее время имеется большое количество лекарственных противомикотических препаратов синтетического происхождения, которые от-

личаются высокой эффективностью, дороговизной и наличием серьезных побочных эффектов, что ограничивает их широкое применение.

Нами были разработано лечебно-косметическое средство с противомикотической активностью из лекарственного растительного сырья — «Живица», полученное методом СВЧ-воздействия. При этом повышался выход биологически активных соединений (терпеноиды, каротиноиды, флавоноиды и эфирные масла) в 1,5—1,6 раза по сравнению с традиционными методами извлечения.

Состав лечебно-косметического средства включал такие лекарственные растения с противомикотическим действием, как чистотел, эвкалипт, череда и чабрец.

Нами наблюдалось 38 больных с длительностью заболевания от 2 месяцев до 3 лет в возрасте от 16 до 72 лет, чаще женщины, у которых были установлены клинически и микроскопически подтвержденные диагнозы:

- Разноцветный лишай и себорейный дерматит — 23 человека;
- Рубромикоз гладкой кожи — 7;
- Кандидоз гладкой кожи и складок — 8 больных;

Препарат в виде лечебно-косметического масла наносился из расчета 1-2 капли на участок кожи до 10 см² 2 раза в день, слегка втирая в пораженные участки. Курс лечения составлял от 2 до 4 недель.

Контрольную группу составляли 19 больных (кандидоз — 7; рубромикоз — 2 и разноцветный лишай — 10 больных), которым проводили лечение микоспором согласно аннотации к препарату.

В результате проведенного лечения в контрольной группе клиническое и этиологическое излечение было у 5, значительное улучшение — у 11 и отсутствие эффекта — у 3 больных.

В опытной группе положительные результаты были получены у 37 больных. Переносимость препарата была хорошей. У одной больной с кандидозом гладкой кожи лица отмечена гиперемия с небольшим зудом на косметическое масло. Таким образом, ближайшие результаты при использовании лечебно-косметического масла «Живица» при микотических поражениях кожи лица были на 13% выше в сравнении с таковыми при применении микоспора.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКЗИФИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИКОЗОВ СТОП И ОНИХОМИКОЗОВ

*Кошкин С. В., Зонов О. А., Черных Т. В.
Кировская государственная медицинская академия
Киров*

Мы наблюдали 50 человек с микозом стоп и онихомикозом в возрасте от 18 до 70 лет. Продолжительность заболевания пациентов от 1 — 3 лет —

у 24; от 4 до 10 лет — у 14 и более 10 лет — у 12 человек. Онихомикоз кистей — у 8 человек и онихомикоз стоп — у 42 человек, сочетание поражения ногтевых пластинок кистей и стоп — у 8 человек. Поражение кожи стоп и кистей отмечалось у 27 больных; у 5 больных — генерализованные формы рубромикоза. У всех больных диагноз подтвержден микроскопическим методом. У 10 пациентов проведено бактериологическое исследование; у 7 человек выделен *Trichophyton rubrum*. Всем больным была проведена комбинированная терапия (экифин таблетки + крем), в сочетании с поливитаминами, микроэлементами. Комбинированная терапия включала и лечение сопутствующей патологии — варикозного симптомокомплекса (назначение сосудистых препаратов). Больным были даны рекомендации по организации правильного питания во время лечения: увеличение в рационе продуктов, с высоким содержанием аминокислот, цинка, меди, серы и других микроэлементов (сыр, творог, молоко, мясо, рыба, грибы, морковь, капуста, тыква, зелень). В целях укрепления растущих ногтевых пластинок рекомендовано употребление блюд, богатых желатином (заливные, желе, мусс). Желатин содержит те же аминокислоты, что и кератин ногтей.

Успех лечения так же зависит от тщательной обработки ногтевого ложа, удаления всех роговых наслоений. Ранее применявшийся хирургический метод удаления ногтевых пластинок нами не использовался, так как он отличается болезненностью, травмированием ногтевого ложа и отрастанием деформированных ногтевых пластинок.

Через 3–4 недели после начала терапии у всех больных отмечалось исчезновение клинических проявлений на коже. Полное восстановление структуры ногтевых пластинок наступило в сроки от 3 до 6 месяцев у 38 больных, у 12 больных через 6 месяцев наблюдения отмечалось отрастание более 50% площади здорового ногтя.

Особый интерес представили 2 случая онихомикоза стоп. У 2-х больных в возрасте 35 и 38 лет через 5 месяцев комплексной терапии отмечалось отрастание ногтевых пластинок всего на 25–30% площади здорового ногтя. Из анализа больных выяснено, что оба придерживаются «своеобразной диеты», исключая из рациона мясные и рыбные продукты, что, по-видимому, привело к медленному росту ногтевых пластинок.

Переносимость экифина была хорошая у 45 больных, у 5 больных отмечались незначительные диспепсические явления, которые не потребовали отмены препарата.

Таким образом, из наших наблюдений можно сделать следующий вывод — экифин обладает высокой активностью и хорошей переносимостью.

СЛУЧАЙ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ЗООАНТРОПОФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ С ПОРАЖЕНИЕМ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИНОК

**Бояринцева Г. Г., Зайцева Я. С.,
Черных Т. В., Кошкин С. В.**

*Областной кожно-венерологический диспансер,
Кафедра дерматовенерологии КГМА
Киров*

Трихофития — распространенное среди дерматомикозов заболевание, возбудителями которого являются дерматофиты рода *Trichophyton*. Поражение ногтевых пластинок могут вызвать около 50 видов грибов. В исследованиях М. И. Курдиной и соавт. (2002 г.) частота выявления дерматофитов у больных с онихомикозами составила 80%, плесневых грибов — 12,98%, дрожжей — 7,02%. В группе дерматофитов лидирующие позиции принадлежали *Trichophyton rubrum* — 78,57%, *Trichophyton mentagrophytes* вызывал онихомикозы в 55 раз реже (7,02%).

Под нашим наблюдением находилась больная Б., 25 лет. Поступила в микологическое отделение ОКВД г. Кирова 11. 10. 2002 с жалобами на выраженный зуд, высыпания на коже нижних конечностей, которые появились 2 недели назад. Самостоятельно применяла мазь «Микозолон», положительного эффекта не наблюдалось. Через 7 дней возникли новые, более крупные очаги в паховых складках и на коже левой кисти. Объективно: на коже левой ладони очаг гиперемии диаметром 5 см, с четкими границами, валиком воспаления и инфильтрации по периферии, шелушением в центре. Подобные очаги локализируются в межпальцевых складках левой кисти, на коже левой голени ($d = 4$ см), в паховых складках (7x8 см). Кожа подошв незначительно гиперемирована, присутствует обильное муковидное шелушение. Ногтевые пластинки кистей не изменены; ногтевые пластинки стоп грязно-желтого цвета, на боковых и дистальных частях ногтевых пластинок I, III пальцев стоп — сероватые пятна округлой формы. При микроскопическом исследовании соскобов с кожи подошв, голени, паховых складок, ладони обнаружен мицелий гриба; в соскобе с ногтевых пластинок стоп — элементы гриба не обнаружены. Бактериологическим методом с очагов на гладкой коже и ногтевых пластинок выделен *Trichophyton mentagrophytes var. gypseum*. На основании полученных данных, больной выставлен диагноз: Зооантропофильная трихофития гладкой кожи и ногтевых пластинок стоп.

Для лечения больной использовался активный в отношении дерматофитов препарат из класса алиламинов — тербинафин («Экзифин»). Через 2 недели от начала приема препарата отмечалось значительное улучшение: зуд прекратился, гиперемия и инфильтрация в очагах уменьшились. Через 4 недели от начала терапии больная выписана из стационара с отрицательными контрольными микроскопическими анализами на грибы.

Таким образом, при выполнении диагностических лабораторных исследований необходим комплексный подход (микроскопическое и бактерио-

логическое исследование), что позволяет установить этиологию онихомикоза и провести противоэпидемические мероприятия.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОРУНГАЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА

Краснопольский В. И., Серова О. Ф., Туманова В. А.

*Московский областной НИИ акушерства и гинекологии
Москва*

Цель: оценить эффективность применения Орунгала для лечения хронического рецидивирующего кандидозного вульвовагинита (КВ).

Методы: проведено лечение орунгалом хронического КВ у 35 женщин. Диагноз заболевания ставился на основании клинических симптомов, которые оценивались от 1 до 3 баллов, и результатов бактериологических методов исследования.

Результаты: орунгал назначали по 200 мг 2 раза в день после еды в течение трех дней. Контрольное обследование женщин проводилось через 7 дней после окончания лечения. У 33 (94,3%) пациенток отмечалось исчезновение симптомов заболевания уже на второй день приема препарата. Слабые клинические проявления КВ (1балл) через 7 дней после лечения наблюдались лишь у одной (2,9%) больной. При микроскопическом и культуральном исследовании отделяемого из влагалища через 7 дней после проведенного лечения дрожжеподобные грибы в незначительном количестве (10^2 КОЛ/мл) обнаруживались только у 2 (5,7%) пациенток. Повторное лечение Орунгалом в течение 3 дней этих двух пациенток привело к исчезновению клинических и бактериологических признаков заболевания.

Выводы: Высокая эффективность Орунгала при коротком курсе лечения (94,3%), его хорошая переносимость и удобство в применении позволяют считать этот препарат наиболее перспективным в лечении хронического рецидивирующего КВ.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПАТОГЕНЕЗА МИКОЗОВ СТОП У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кулагин В. И., Бурова С. А., Золоева Э. И., Макова Г. Н.

*Кафедра кожных и венерических болезней лечебного факультета РГМУ,
Центр глубоких микозов, ГКБ № 81
Москва*

До настоящего времени не проводилось комплексных исследований, отражающих патогенетические предпосылки возникновения грибковой па-

тологии ногтей у больных СД, в зависимости от компенсации, наличия осложнений.

Для решения поставленных задач было проведено комплексное клинико-лабораторное исследование. Анализ полученных показателей проводился на стандартном IBM-совместимом компьютере с обработкой материала с помощью современных статистических программ.

Для выявления патогенетических механизмов, способствующих развитию грибковой патологии, у больных СД и онихомикозом стоп (139 человек) исследовались состояние кровотока нижних конечностей для чего проводилась ультразвуковая доплерометрия, а также определялась вибрационная чувствительность с помощью градуированного камертона. Контрольную группу составили 98 пациентов с СД без грибковой патологии ногтей, сопоставимых по полу, возрасту. В основной группе среднее значение ЛПИ было достоверно ниже, чем в контрольной группе ($0,68 \pm 0,03$ и $0,81 \pm 0,04$). Вибрационная чувствительность в основной группе также оказалась достоверно снижена по сравнению с контрольной ($5,1 \pm 0,2$ и $6,2 \pm 0,4$) ($P < 0,05$).

В результате проведенного исследования было выявлено, что у больных СД и онихомикозом чаще диагностируются осложнения, такие как: ишемическая форма синдрома диабетической стопы (ИСДС) — у 21,6% больных, нейропатическая форма синдрома диабетической стопы (НПСДС) — у 41% больных. В контрольной группе ИСДС диагностировалась у 13,3% пациентов, НПСДС — у 14,3%. У 20,9% больных основной группы был диагностирован неосложненный СД, в то время как в контрольной — у 47,9% пациентов.

Выявленные в нашем исследовании особенности патогенеза онихомикозов согласуются с данными ряда авторов о более высокой частоте грибкового поражения ногтей у пациентов с патологией сосудистой и нервной систем.

Лечение больных СД и онихомикозами должно проводиться с учетом найденных изменений, поскольку дистальная ангио- и полинейропатия способствуют торпидному течению грибковой патологии у больных СД, а также снижают эффективность проводимой терапии.

СОВРЕМЕННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ

Кулагин В. И., Хейдар С. А., Шекрота А. Г., Войнич З. В.
Кафедра кожных и венерических болезней лечебного факультета РГМУ,
Детская инфекционная больница № 8
Москва

Дерматофитии являются важной проблемой современной дерматологии. Одним из самых распространенных заболеваний среди дерматофитий является микроспория, вызываемая *Microsporum canis*.

В настоящее время отмечается снижение уровня заболеваемости микроспорией, но это не означает, что данная проблема решена. Микроспория является инфекционным и высоко контагиозным заболеванием, которое требует к себе повышенное внимание.

Трудную задачу представляет лечение детей. Сроки излечения, особенно при поражении волосистой части головы бывают очень длительными, наблюдались рецидивы заболевания, относительная устойчивость, а также непереносимость традиционной терапии.

Таким образом, целью настоящей работы явилось совершенствование метода терапии у детей, больных микроспорией.

Под нашим наблюдением и лечением находилось 70 детей (39 мальчиков и 31 девочка), больных микроспорией в возрасте от 5 до 14 лет. Микроспория волосистой части головы выявлена у 41 ребенка, сочетанное поражение гладкой кожи и волосистой части головы у 22, поражение гладкой кожи у 7 детей. Диагноз подтвержден микроскопически, при помощи люминисцентного свечения и культуральной диагностики. Давность заболевания составляла от 4-х дней до 2 месяцев. Всем детям проводилось клиническое и биохимическое исследование крови, общий анализ мочи, анализ кала на энтеробиоз, яйца нематод, ультразвуковое исследование печени.

Дети, больные микроспорией, были выделены в следующие группы:

Основная группа, получавшая Орунгал по 100 мг 1 раз в день (после плотной еды) методом пульс-терапии. (n=30). Препарат принимался 1 раз в день 7 дней подряд, затем на неделю препарат отменялся и снова назначался на 7 дней (в среднем 1-3 тура). Количество туров зависело от: давности заболевания, распространенности процесса и в ряде случаев от не эффективности традиционной терапии. Препарат все дети переносили хорошо, побочных реакций не наблюдалось.

Группа сравнения, получавшая гризеофульвин из расчета 22 мг/кг массы больного ребенка по 0,125 три раза в день (во время еды, запивая растительным маслом). (n=30).

Больные дети в обеих группах получали одинаковую наружную терапию, включавшую в себя 10% серно-дегтярную мазь, ежедневное бритье очагов от периферии к центру, отслойку 5% салициловым вазелином, чистку 1 раз в 4-5 дней; на гладкую кожу — 2% р-р йода, 2% серно-салициловую мазь, 2,5% серно-дегтярную мазь.

Дети выписывались из больницы с тремя отрицательными анализами на грибы. Сроки пребывания больного ребенка в больнице при приеме Орунгала составляли от 22 до 25 дней. В группе сравнения, где применялся гризеофульвин, сроки пребывания детей в стационаре составляли 35-40 дней.

Результаты биохимических показателей крови показали повышение ферментов АСТ, АЛТ и щелочной фосфатазы в группе сравнения, (принимавшей гризеофульвин) во время лечения. В основной группе, (принимавшей Орунгал) таких изменений не наблюдалось.

При УЗ исследовании печени в группе сравнения (принимавшей гризеофульвин) отмечалось изменение эхоструктуры печени уже во время лечения, которое соответствовало начальной стадии интоксикации, эхографи-

чески — увеличение правой доли печени, без изменения ее паренхимы. При приеме Орунгала эхогенность печени никаких изменений не претерпевала и соответствовала таковой у здорового ребенка того же возраста.

Эти данные свидетельствуют о том, что Орунгал не оказывал негативного воздействия на детский, растущий организм, в отличие от гризеофульвина.

Таким образом пульс-терапия Орунгалом дает возможность излечить больного дерматофитиями, в частности микроспорией в короткие сроки и меньшей затратой препарата, что очень важно для детей и их родителей. Метод пульс-терапии дает возможность лечения детей и в амбулаторных условиях.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что представленная нами схема пульс-терапии Орунгалом является оптимальным вариантом для лечения микроспории у детей.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКРОСПОРИЕЙ ДЕТЕЙ ЗА 1997-2002 гг. (ПО ДАННЫМ ДЕТСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ № 8 г. МОСКВЫ)

*Кулагин В. И., Хамаганова И. В., Войнич З. В.,
Хейдар С. А., Шекрота А. Г., Никифорова Г. Д.*

*Детская инфекционная больница № 8
Москва*

В стационаре детской инфекционной больницы № 8 мы наблюдали 1222 больных микроспорией за истекшие 5 лет. Дети были в возрасте от 1 года до 15 лет. Все дети поступали на стационарное лечение по направлениям микологов из кожно-венерологических диспансеров по месту жительства.

В стационаре всех детей осматривали педиатр, отоларинголог, по показаниям консультировали и другие специалисты. Проводилось всестороннее обследование: клинический анализ крови, мочи, кала, при необходимости биохимический анализ крови (холестерин, глюкоза крови, билирубин, белковые фракции, печеночные пробы), УЗИ органов брюшной полости, обследование под лампой Вуда и микроскопия материала на грибы.

Данные о числе больных по годам: в 1997 г. — 348; 1998 г. — 234, 1999 г. — 218; 2000 г. — 215; 2001 г. — 167. В основном были дети в возрасте от 3-х до 12-ти лет, из них 80% страдали микроспорией волосистой части головы, у 60%, из которых были поражения волосистой части головы, амбулаторно лечившиеся с диагнозом: микроспория гладкой кожи не менее 3-х недель.

У 48,3% больных детей имелись сопутствующие заболевания, из которых наиболее часто диагностировался тонзиллит, рино-синусит, аденоиды, заболевания желудочно-кишечного тракта, бронхиальная астма, пиелонефрит, энурез.

Снижение числа детей, лечившихся в стационаре, соотносится с общим снижением уровня заболеваемости микроспорией по г. Москве: в 1997 г. — 4143; 1998 г. — 3484; 1999 г. — 3473; 2000 г. — 3319; 2001 г. — 3414 человек.

Все находившиеся в стационаре больные получали комплексную терапию, включающую антимикотические препараты (гризеофульвин, орунгал, ламизил) в сочетании с наружной терапией. В больнице была разработана методика пульс-терапии микроспории орунгалом и ламзиллом, которые чаще назначали детям младшего возраста или страдающих сопутствующими аллергическими заболеваниями. Все дети лечение переносили хорошо, побочных и аллергических реакций отмечено не было.

Учитывая все вышеприведенные данные, можно заключить, что указанные антимикотики находят свое применение в лечении детей, больных микроспорией при индивидуальном подходе к лечению данного заболевания.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОНИХОМИКОЗОВ СТОП У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Кулагин В. И., Бурова С. А.,
Золова Э. И., Макова Г. Н.*

*Кафедра кожных и венерических болезней лечебного факультета РГМУ,
Центр глубоких микозов, ГКБ № 81
Москва*

Данные о распространенности онихомикозов стоп у больных СД носят противоречивый характер. По данным эпидемиологических исследований проведенным среди больных СД частота онихомикозов стоп составляет 21,4-32% от популяции (Белуха У. К., Лукьянова А. С. и соавт., 1990; Gupta A. K., Humke S., 2000; Gupta A. K., Konnikov N., Rich P. et al., 1998; Levy L. A., 1997; Rodrigez-Soto M. E., Fernandes-Andrew C. M., Moya-Dugue S. et al., 1993). Важность и социальная значимость изучения данной проблемы обусловлена медленным, но неуклонно продолжающимся ростом заболеваемости СД (Дедов И. И. и соавт., 1997), наличием тяжелых осложнений, ухудшением качества жизни, обусловленным прогрессированием болезни, а также выраженной инвалидизацией, степень которой возрастает с увеличением тяжести заболевания (Ефимов А. С., Науменко В. Г., 1985).

Обследовано 237 пациентов с различными типами СД. Диагноз СД был установлен на основании положительного результата одного из тестов, предложенных Экспертным комитетом по сахарному диабету (1997). У 139 больных СД при микологическом исследовании установлен диагноз онихомикоза стоп, что составило 58,6% от общего количества обследованных.

Было сформировано 3 группы в зависимости от уровня гликированного гемоглобина (HbA1c), отражающего степень компенсации СД. В результате обследования было установлено, что у больных 1 клинической группы (HbA1c < 7,5%) частота онихомикоза составила 33%, от общего количества больных с компенсированным СД. У пациентов 2 клинической группы (HbA1c от 7,5-9%) — 57,4%. В 3 клинической группе (HbA1c > 9%) частота грибковой патологии ногтей достигала 81,5%.

По данным микологического исследования в 75,6% случаев выделялась монокультура, при этом чаще определялись плесневые грибы (36,7%). В 32,4% случаев диагностировались грибы-дерматофиты, в 6,5% случаев — дрожжеподобные грибы. У 15,8% больных высевалось 2 вида грибов, у 8,6% — 3 вида.

При сравнительной оценке этиологической структуры онихомикозов у пациентов 1 клинической группы отмечалось моноинфицирование, при этом чаще высевались дерматофиты (50%). Во 2-й группе диагностировалась как моно- (76,5%), так полимиикоинфекция (23,5%), при этом как изолированно, так и в ассоциациях чаще обнаруживались плесневые грибы (64,1%). У пациентов 3-й группы 1 вид грибов высевался в 65,9% случаев. Микст-миксоинфекция определялась в 34,1% случаев. Чаще высевалась плесневая флора (68,3%). Анализируя полученные данные, была обнаружена прямая корреляция между частотой онихомикоза и уровнем гликемии, Следует также отметить, что с увеличением гликемии возрастает патогенная роль условно-патогенных плесеней.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ МИКОЗОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Курников Г. Ю., Балчугов В. А.

*Нижегородский научно-исследовательский
кожно-венерологический институт
Военно-медицинский институт ФПС РФ
Нижний Новгород*

Опportunистические микозы в последние годы все чаще встречаются в повседневной практике врача-дерматолога. Дрожжевые и плесневые грибы нередко стали являться этиологическим фактором дерматозов.

С целью выявления дрожжевых и плесневых грибов проведено обследование 205 больных хроническими дерматозами. Грибы-недерматофиты были выявлены у 65 человек. В соскобе с ногтей ног рост грибов зафиксирован у 22 пациентов, причем в 10 случаях — рост плесневых грибов (*Penicillium spp.* и *Aspergillus spp.*), в 7 случаях — *Candida*, в 5 — сочетание *Candida* и *Penicillium*. С ногтей рук грибы выделены у 25 больных (у 16 — грибы *Candida*, у 7 — плесневые грибы, у 2 — *Candida* и плесени. При поражении гладкой кожи в большинстве случаев (11) выявлены *Candida*, реже (7 случаев) — плесени. Обращало на себя внимание наличие соматических заболеваний у 30% больных, а именно, хронической патологии желудочно-кишечного тракта, сахарного диабета, хронических заболеваний органов дыхания, а также кортикостероидной терапии в анамнезе. У подавляющего числа больных хроничес-

кими дерматозами с присоединением грибковой инфекции отмечалось длительное, с частыми рецидивами течение заболевания.

При выявлении грибов-недерматофитов с гладкой кожи наиболее часто наблюдались изменения крупных складок (подмышечных, пахово-бедренных, межъягодичных) в виде гиперемии, мацерации, эрозирования. Для кандидозного поражения ногтей было характерно изменение с проксимального края, в дальнейшем распространяющееся на всю ногтевую пластинку, ногти становились утолщенными, деформированными, частично приобретали желто-коричневую окраску. При плесневом поражении ногтевые пластинки приобретали зеленоватую, бурую, серую окраску.

Таким образом, грибы-недерматофиты являются частым этиологическим фактором онихомикозов, микозов гладкой кожи, нередко осложняют течение основного заболевания. Это обстоятельство необходимо учитывать при выборе терапии.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОНИХОМИКОЗОВ

*Кутасевич Я. Ф., Зимина Т. В., Пятикоп И. А.
Институт дерматологии и венерологии АМН Украины
Харьков, Украина*

Особенности клинического течения онихомикозов оказывают значительное влияние на эффективность проводимой терапии. Правильная оценка тяжести поражения ногтевой пластинки патогенным грибом позволяет избрать наиболее рациональный подход к выбору метода лечения.

Для оценки степени тяжести онихомикозов нами разработана шкала, согласно которой выраженность признаков заболевания оценивалась в баллах от 1 до 4 в зависимости от их значения в развитии патологического процесса. Мы оценивали следующие критерии:

Форма поражения ногтей: дистально-латеральная (1), подногтевая белая (2), проксимальная (3), тотально-дистрофическая (4).

Количество пораженных ногтей: один—три (1), четыре—пять (2), шесть—десять (3), больше десяти (4).

Длительность заболевания: до 1 года (1), один—три года (2), четыре—пять лет (3), больше пяти лет (4).

Наличие сопутствующего микоза кожи: ограниченный микоз (1), распространенный микоз (2).

Площадь поражения: меньше половины ногтя (1), половина ногтя (2), больше половины ногтя (3), тотальное поражение с вовлечением матрикса (4).

Наличие подногтевых изменений: гиперкератоз (4), онихолизис (4).

Наличие рецидивов: впервые выявленное заболевание (1), ранее леченное заболевание, рецидивирующее (2).

Таким образом, тяжесть рецидивирующего онихомикоза ониходистрофической формы, с вовлечением в патологический процесс матрикса, наличием подногтевого гиперкератоза, поражением более 10 ногтевых пластинок, длительностью заболевания более 5 лет, сопровождающегося распространенным микозом кожи, оценивается в 24 балла. Тяжесть впервые выявленного онихомикоза подногтевой белой формы, с поражением менее половины ногтя, длительностью заболевания до 1 года оценивается в 5 баллов. То есть, в диапазоне от 5 до 24 баллов на основании разработанной нами шкалы может быть оценен онихомикоз любой степени тяжести.

Понятно, что с увеличением степени тяжести онихомикоза эффективность местной и системной терапии будет значительно уменьшаться. На основании этого, используя приведенную шкалу оценки признаков поражения мы предложили распределять больных в такие клинико-терапевтические группы:

от 5 до 9 баллов — легкая форма;

от 10 до 15 баллов — онихомикоз умеренной тяжести;

от 16 до 20 баллов — средняя тяжесть заболевания;

более 20 баллов — тяжелая форма поражения.

Проведенные нами исследования с наблюдением за 160 больными с различной тяжестью поражения ногтевых пластинок позволили дать следующие рекомендации. При легкой степени тяжести онихомикоза рационально применять только местную терапию, пациентам с заболеванием умеренной степени тяжести показана системная терапия. Однако при наличии противопоказаний возможно достижение клинической ремиссии при тщательном проведении местного лечения. При средней и тяжелой формах поражения достижение клинической ремиссии без использования системного антимикотика невозможно, причем при тяжелой форме комбинированная терапия имеет значительное преимущество перед системной.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К НАРУЖНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ И ЭКЗЕМАТИЗИРОВАННЫХ ФОРМ МИКОЗОВ КОЖИ

*Кутасевич Я. Ф., Пятикоп И. А., Зимица Т. В.
Институт дерматологии и венерологии АМН Украины
Харьков, Украина*

Экзема является наиболее распространенным дерматозом с тяжелым течением, достигающим от 15 до 40 % всех кожных заболеваний. Среди клинических разновидностей экземы наибольшую долю в последние годы составляет микробная экзема. Одной из главных причин экзематозных реак-

ций являются грибковые заболевания. По данным статистики, аллергодерматозы, в том числе экзема, у больных с грибковыми поражениями встречаются в 3–4 раза чаще, чем у других больных. Повышенная экзематозная настроенность организма больных микозами связана с формированием полвалентной сенсibilизации под воздействием грибов и продуктов их жизнедеятельности. Для наружного лечения микробной экземы, а также экзематизированных микозов кожи в настоящее время наиболее часто используются комбинированные средства, содержащие кортикостероиды, противогрибковые и антибактериальные препараты. Такая комбинация является эффективной, поскольку приводит к быстрой ликвидации симптомов воспаления. Но длительное использование кортикостероидных препаратов может способствовать распространению грибковой и вторичной инфекции и привести к системным побочным эффектам, характерным для глюкокортикоидов.

Цель исследования — разработка новых препаратов для лечения микробной экземы и экзематизированных форм микозов кожи.

Материалы и методы исследования: больные микробной экземой и экзематизированными микозами кожи; чешуйки с очагов поражения, культуры грибов и штаммы бактерий; кровь, моча больных.

Государственным научным центром лекарственных средств при участии Института дерматологии и венерологии АМН Украины был разработан новый препарат наружного применения — крем Миконазол, содержащий миконазола нитрат — производное фенэтилимидазола на гидрофильной основе, которая способствует уменьшению экссудации и проникновению действующего вещества в глубокие слои дермы и, таким образом, усиливает антибактериальное и антифунгальное действие миконазола нитрата. Более того, сама гидрофильная основа обладает бактерицидным эффектом в отношении целого ряда микроорганизмов.

Экспериментально методом «колодцев» было установлено, что крем Миконазол имеет широкий спектр фунгицидной активности, задерживает рост таких распространенных культур, как *Trichophyton rubrum*, *Microsporium canis*, *Candida albicans*. Также крем оказывает антибактериальное действие, более выраженное относительно грамположительных (стафилококк, стрептококк) и менее выраженное относительно грамотрицательных бактерий (кишечная, синегнойная палочка, протей).

При клиническом испытании положительный эффект наблюдался у всех больных, а элиминация грибов зафиксирована в 87,7 % случаев на 26,2 день лечения. При использовании крема Миконазол аллергических проявлений не выявлено.

Таким образом, клиническими и экспериментальными исследованиями было доказано, что разработанный крем Миконазол обладает широким спектром действия и высокой фунгицидной и бактерицидной активностью, ему свойственна высокая терапевтическая эффективность. Препарат удобный в применении и по цене доступен широким слоям населения.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОФИТИЯМИ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Кузнецова Н. П., Чащин А. Ю., Патина В. П.

*Иркутский Государственный Медицинский Университет, Областной КВД
Иркутск*

Нами изучена динамика заболеваемости дерматофитиями в Иркутской области за 17-летний период (1884-2001) в сравнении с предшествующим 30-летним периодом (1952-1983). Интенсивный показатель заболеваемости трихофитией колебался от 89,0 в 1952 году с постепенным снижением до 3,9 в 1983 году. В течение 30-летнего периода были подъемы в 1958 году — 30,2 и в 1966 — 31,0. Самый низкий показатель заболеваемости был в 1980 году — 2,7 на 100000 населения.

Заболеваемость микроспорией незначительно превышала показатели заболеваемости трихофитией и в 1952 году составила 109,0 но наблюдался быстрый подъем, и в 1960 году показатель заболеваемости микроспорией был наивысшим в этом периоде и равнялся 191,7 на 100000 населения. Дальнейшая динамика заболеваемости микроспорией характеризовалась постепенным снижением, достигнув минимального показателя 94,5 в 1976 году. В 1980 году отмечен снова рост до 123,2, но в 1983 году показатель снизился до 105,3.

В следующем периоде (1984-2001) показатели заболеваемости всех форм трихофитии имеет стабильный характер не превышая 3,4 на 100000 с тенденцией к снижению от 1,4 в 1996 до 1,1 в 2000 году.

Показатели заболеваемости микроспорией в течение 10 лет (1884-1993) колебались в пределах 100,4 в 1984 году до 80,4 не имея каких-либо закономерностей. С 1995 года прослеживается четкая тенденция к снижению от 105,9 в 1995 году до 59,7 в 2001 году.

Сравнивая показатели за два периода можно отметить более низкие показатели заболеваемости как трихофитией, так и микроспорией во втором периоде (1984-2001).

Наметившаяся в последние годы тенденция к снижению заболеваемости трихофитией и микроспорией обусловлена широким комплексом противоэпидемических мероприятий в Иркутской области.

ЭКЗИФИН В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ

Кузнецова Н. П., Беймуратова Э. Г., Чащин А. Ю.

*Иркутский Государственный Медицинский Университет, Областной КВД
Иркутск*

Лечение онихомикозов представляет до сих пор сложную проблему, несмотря на большое число противогрибковых препаратов.

Нами была изучена эффективность системного антимикотика тербинафина (экзифин) при лечении онихомикозов. Под нашим наблюдением нахо-

дилось 219 больных с различными формами онихомикозов. Мужчин 94 и женщин 115. В возрасте до 30 лет было 28 пациентов, 31-40 — 73, 41-50- 96, 51-60 — 27 и старше 60 — 2 чел. У пациентов старших возрастных групп были выражены гиперкератотические наслоения. Преимущественно были поражены ногтевые пластинки на ногах, лишь у 12 пациентов наблюдались изменения ногтевых пластинок на руках.

Экзифин назначался в дозе 250 мг 1 раз в сутки. Пациентам с гипертрофической формой онихомикоза и гиперкератозом проводилась аппаратная чистка ногтевых пластинок и гиперкератотических наслоений, молочно-салициловые отслойки. Продолжительность лечения составила от 3 до 6 месяцев.

Все пациенты хорошо переносили лечение. Лишь у двух больных наблюдались побочные явления. У одного больного на фоне приема экзифина развился токсикоаллергический дерматит, в этот период больной принимал поливитамины «Юникап». Лечение экзифином было временно прекращено, отменены поливитамины. Через неделю после десенсибилизирующей терапии явления токсикодермии прошли полностью, и лечение экзифином было продолжено без побочных явлений. У другого пациента во время лечения отмечались неприятные ощущения в области печени, препарат был отменен.

Положительный результат лечения отмечался у всех больных. Отрастание здоровых ногтевых пластинок происходило в сроки от 3 до 6 мес.

На основании наших наблюдений можно сделать вывод об эффективности экзифина при лечении онихомикозов. Наиболее благоприятные результаты отмечены при сочетании перорального приема экзифина и комплекса местного лечения в виде кератолитических средств и аппаратной чистки ногтей.

DERMATOPHYTOSIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL ASPECTS

Lange M., Nowicki R., Bykowska B., Baranska-Rybak W.

*Department of Dermatology,
Venereology & Allergology Medical University of Gdansk
Гданьск, Польша*

During a three year period a total of 94 cases of dermatophytosis were seen in patients from 0 to 18 years of age attending the Department of Dermatology, Venereology and Alergology of Gdansk Medical University. Mycoses were diagnosed on the basis of clinical picture and direct microscopy. The diagnoses were confirmed by positive cultures.

The most frequent pathogens were *Microsporium canis* (58 cases) and *Trichophyton rubrum* (11 cases). The most often forms of dermatophytosis in children were tinea cutis glabrae (41. 5%) and tinea capitis (29. 8%). *Microsporium canis* predominated in both locations. Glabrous skin lesions were the most frequent in children aged 8-15 years; scalp lesions were observed mainly in children aged 4-7 years.

Tinea pedis occurred more frequently than suspected. Tinea pedis was observed mainly in adolescents (above the age of 12 years) — the majority of cases was due to *Trichophyton rubrum* and *Trichophyton mentagrophytes var. granulosum*. Onychomycosis was highly uncommon, caused mainly by *Trichophyton rubrum*. Dermatomycoses in general were most frequent in October and November.

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Туманян А. А., Лещенко В. М.

*Городской кожно-венерологической клинической диспансер № 1
Москва*

За последнее десятилетие наряду с общим ростом ряда инфекций, передаваемых половым путем, отмечается значительное увеличение числа больных кандидозом нижнего отдела урогенитальной системы.

В возникновении кандидозной инфекции играют роль как экзогенные, так и определенные эндогенные факторы. Росту заболеваемости кандидозом способствуют распространенность среди населения больных с иммунодефицитными состояниями, эндокринопатиями (особенно заболеваниями щитовидной железы, а также — диабетом), патологией желудочно-кишечного тракта и вторичными аитаминозами. На увеличение частоты кандидозов влияют также широкое и бесконтрольное применение кортикостероидных и цитостатических препаратов, антибиотиков, контрацептивных средств.

Влияние множества экзогенных и эндогенных факторов отражается и на клиническом течении заболевания. Так, в последние годы, чаще наблюдаются кандидозы мочеполовой системы с длительным рецидивирующим течением, что может объясняться персистенцией возбудителя в эпителии нижнего отдела мочеполовой системы. В связи с этим и клиническая картина заболевания бывает разнообразна. Чаще в период обострения вагинального кандидоза наблюдаются обильные или умеренные творожистые выделения из влагалища, зуд, жжение, раздражение в области наружных половых органов.

Часто кандидоз влагалища сочетается с кандидозом мочевых путей (уретрит, цистит) и желудочно-кишечного тракта.

Кроме того, достаточно часто встречаются баланиты, баланопоститы кандидозной этиологии у половых партнеров.

Поскольку патогенетический механизм кандидоза гениталий достаточно сложен, лечение его представляет определенную сложность для практических врачей и требует комплексного подхода.

Под нашим наблюдением находились 45 женщин в возрасте от 18 до 46 лет с диагнозом вагинальный кандидоз.

Диагноз был подтвержден микроскопией вагинального мазка, а также посевом вагинального отделяемого. При культурном исследовании во всех случаях наблюдался рост этиологического агента — *Candida albicans*.

Больным был назначен антимикотик триазольного ряда — флуконазол (дифлюкан) — по 50 мг в день в течении 7 дней. Прием дифлюкана сочетали с приемом гепатопротектора (Карсил — по 1 драже 3 раза в день), а также с витаминотерапией.

Местно больным был назначен препарат из группы имидазолов — клотримазол — в виде интравагинальных таблеток (по 1т. на ночь в течении 6 дней).

Специфическое противогрибковое лечение сочетали с неспецифической иммуномодулирующей терапией — для чего был выбран препарат Виферон.

Выбор Виферона был обоснован и теоретически (виферон, включающий генно-инженерный альфа-2-интерферон и антиоксиданты, совместим с антибактериальными препаратами, не имеет побочных эффектов и противопоказаний), а так же практически, так как применяется в виде свечей, что удобно при амбулаторном лечении.

Лечение начинали на 2-й —3-й день от начала менструации с назначения виферона в дозе 1 млн. МЕ — по 1 свече на ночь — ректально — в течение 10 дней. По окончании менструации — больные начинали прием дифлюкана, карсила, витаминных препаратов и местно клотримазола. По окончании 6-ти дневного курса клотримазола, больным назначался виферон — интравагинально — по 1 свече — через день в течение 20 дней (№10), чередуя с лактобактерином (№ 10 — через день).

Половым партнерам в тот же период назначался дифлюкан однократно (150 мг) и инстриляции Мирамистина (в течение 5-7 дней).

После курса лечения у всех больных женщин отмечалось клиническое улучшение.

Контрольное обследование проводилось 2-хкратно — через 1 и 2 месяца после окончания курса лечения.

Через месяц при 1-м контрольном обследовании у 44 женщин отмечалось клиничко-лабораторное излечение.

При 2-м контрольном обследовании 38 женщин излечение — у 37.

Таким образом, комплексное лечение вагинальных кандидозов является этиопатогенетически обоснованным и перспективным.

МИФУНГАР В ЛЕЧЕНИИ МИКОЗОВ СТОП И КИСТЕЙ

*Цыбикжапова В. Д., Лещенко Г. М.,
Потапова И. В., Миринова Л. Г.*

*ЦНИКВИ РФ, НИИ ЭЧУГОС имени Н. А. Сысина РАМН
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 — 4чел., 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 недели после признаков излечения. Больные групп сравнения по 12 чел. с теми же диагнозами получали лечение 1% кремом Ламизила и Экзодерила.

Наши наблюдения и сравнительное изучение клинико — этиологической эффективности Мифунгара крема и 1% крема Ламизила и Экзодерила показали, что он является высокоактивным антимикотиком широкого спектра действия, заслуживает широкого внедрения в практику лечения микотических поражений гладкой кожи.

МИКОТЕРБИН — ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ АНТИМИКОТИК ЛОКАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ.

*Курилкина В. Н., Лещенко Г. М., Цыбикжапова В. Д.,
Миринова Л. Г., Потапова И. В.*

*НИИ ЭЧУГОС имени Н. А. Сысина РАМН
Москва*

Микотербин — новый противогрибковый препарат широкого спектра действия из класса аллиламинов (тербинафин 1% мазь- дженерик препарата Ламизил фирмы «Новартис»), обладающий прямым фунгицидным действием в отношении дерматомицетов, дрожжеподобных организмов, плесневых и некоторых диморфных грибов.

Препарат специфически подавляет ранний этап биосинтеза стерина в клетке гриба. Разработан фармацевтической компанией ЗАО АЗТ, имеет Государственную регистрацию МЗ РФ.

На лечении препаратом находилось 100 больных: 38 — мужского, 62 — женского пола, в возрасте от 18 до 65 лет. Из них: больных руброфитией — 71, интердигитальным микозом стоп — 9, поверхностной трихофитией — 1,

инфильтративно-нагноительной трихофитией — 1, микроспорией гладкой кожи — 4, паховой эпидермофитией — 3, кандидозом кожи — 5, разноцветным лишаем — 6 человек.

Препарат наносился на пораженный участок в течение двух недель. Все большие дерматомикозами и кандидозом излечены в предусмотренные инструкцией по его применению сроки. Он рекомендован для широкого применения при лечении перечисленных грибковых заболеваний.

ЛЕЧЕНИЕ ОНИХОМИКОЗА МИКОСПОРОМ

*Лещенко В. М., Крючкова Т. Н., Лещенко Г. М.
НИИ ЭЧУГОС имени Н. А. Сысина РАМН
Москва*

Широкое распространение онихомикоза во всех странах мира связано с особенностями его патогенеза: снижение иммунной реактивности организма, облегчающее противоборство двух сил — сопротивление субстанции ногтя, скорости его роста и инвазивного роста гриба в пользу последней, а также упорством онихомикоза к воздействию современных средств системной и местной терапии и сложностями осуществления профилактических мероприятий.

В лечении онихомикозов применяются различные методы и средства терапии: механическое, химическое, хирургическое, щадящее удаление ногтя с последующим нанесением на ногтевое ложе антимикотиков, а также прием системных противогрибковых средств без удаления ногтя, проведение комбинированной терапии, сочетающей системные антимикотики со средствами местной терапии (параллельная и последовательная).

Наше сообщение касается применения микоспора в лечении онихомикоза. Активным компонентом препарата является бифоназол, обладающий выраженным антимикотическим действием. Синтезирован и выпускается фирмой «Байер» в виде 1% раствора для наружного применения во флаконах по 15, 20 мл, 35 г крема в тубах, 1% крема по 10 г в наборе для лечения ногтей, геля, пудры.

Микоспор обладает широким спектром действия, активен в отношении дерматофитов, дрожжеподобных организмов, плесневых грибов, возбудителя разноцветного лишая, эриотразмы, грамположительных кокков. Микоспор в наборе для лечения ногтей содержит антимикотик бифоназол, а также мочевины, что позволяет безболезненно послойно удалять ноготь и одновременно лечить ногтевое ложе.

Лечение микоспор — кремом двухмоментное: вначале проводили удаление ногтя или пораженной его части нанося крем под окклюзионную повязку на 24 часа. После чего повязку меняли, размягченная часть ногтя удалялась специальным скребком — шарбером и вновь накладывался крем под пластырь. Лечение повторяли ежедневно, пока ложе ногтя не становилось гладким и не будет удалена вся его размягченная часть. Дальнейшая терапия

проводилась 1% микоспор — кремом, раствором или гелем препарата в течение 4 и более недель, что зависело от размеров пораженной части ногтевой пластины. Микологические исследования проводили до начала лечения, после отслоения ногтя, по окончании лечения, далее через 3, 6 и 12 месяцев.

Под наблюдением находилось 22 больных онихомикозом стоп, в возрасте от 20 до 65 лет, женщин 16, мужчин 6 чел, с давностью заболевания от 2 до 15 лет. У 14 было единичное, у 8 множественное поражение ногтевых пластин, у 2 поверхностная белая, у 18 — дистально — латеральная, у 2 — проксимальная форма.

Длительность терапии от отслоения пораженных частей ногтя была от 16 до 34 дней. При поверхностной и дистально — латеральной формах поражения отрастание здоровых ногтей отмечалось через 3-5 месяцев от начала лечения, при проксимальной — до 6-7 месяцев. Излечено полностью 19 больных, улучшение наступило у 3 человек (1 — с множественным поражением ногтей, 2 — с проксимальной формой онихомикоза). Побочных явлений не отмечено.

Микоспор — крем оказывает действие только на пораженную грибом часть ногтя, не влияя на здоровую. Это основа к местному лечению онихомикоза по показаниям без удаления ногтевой пластинки, т. е. микоспор фирмы Байер — альтернатива хирургическому удалению ногтей.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБРОФИТИИ

*Лещенко В. М., Богуш П. Г., Лещенко Г. М.
Кожно-венерологический клинический диспансер №1
Комитета здравоохранения Москвы
Москва*

В терапии руброфитии кожи и ее придатков в течение трех лет в Московском городском микологическом центре широко используются антимикотические препараты Чешской фирмы Lesiva местного «мифунгар крем» и системного «микомакс — флуконазол и онихон — тербинафин» действия, зарегистрированные МЗ Российской Федерации.

МИФУНГАР, действующим веществом которого является оксиконазола нитрат-имидазольный препарат широкого спектра действия. Его высокая липофильность способствует подавлению синтеза АТФ в клетках грибов, ускоренной и высокой потенции антимикотика в эпидермис. Препарат не имеет системного действия. Наносится на очаг поражения на коже в течение 3 недель. Мифунгар крем был применен нами в лечении 64 больных: руброфитией стоп — 18 чел., ладоней — 8, крупных складок — 4, гладкой кожи — 4, а также микроспорией — 10, разноцветным лишаем — 6, антропонозной трихофитией — 2, паховой эпидермофитией — 4, интертригинозным кандидозом кистей — 4, эритразмой — 4 человека. Аналогичную группу из 64 больных составила группа сравнения, получавших лечение 1% кремом ламизила (32 чел.) и 1% кремом экзодерила (32 чел.).

Исследования показали, что по срокам полного клинико-этиологического излечения больных перечисленными заболеваниями мифунгар при его локальном применении не уступает кремам ламинала и экзодерила.

Онихон «тербинафин» был применен в лечении 15 больных с множественным онихомикозом стоп и кистей, обусловленным красным трихофитином, в возрасте от 16 до 82 лет; женщин — 9, мужчин — 6, 5 из них страдали сахарным диабетом, 1 перенес болезнь Боткина, 2 страдали хроническим гастритом. Все пациенты с недостаточным клиническим эффектом или безуспешно лечились традиционными средствами и методами лечения микоза. У всех больных был онихомикоз стоп, у 2 из них и кистей. По клинической картине ногти были поражены в основном по смешанному типу, т. е. у одного и того же больного на разных пальцах можно было отметить наличие дистально-латеральной подногтевой, поверхностной белой, проксимально-ногтевой и тотально дистрофической форм с площадью поражения от краевого до тотального с вовлечением почти всех пластинок и кожи стоп, кистей, мелких и крупных складок гладкой кожи различной локализации.

Препарат больные получали по 250 мг в сутки в течение до 12 недель по общепринятой для тербинофिनотерапии схеме. Одновременно проводилось лечение сопутствующей висцеральной патологии и местная терапия кератоликами и антимикотическими препаратами «крем мифунгар». Клинико-этиологическое излечение достигнуто у всех больных.

Микомакс «флуконазол» по общепринятой схеме — 150 мг 1 раз в неделю в течение 6 месяцев был применен в лечении 12 больных онихомикозом стоп и поражением гладкой кожи с подобными же клиническими проявлениями как и получавших лечение онихоном. К концу 12 месячного наблюдения все больные были излечены. Побочных явлений не отмечено.

Это позволило нам применить микомакс в комплексной параллельной терапии 11 больных руброфитией стоп с поражением ногтей стоп и гладкой кожи туловища в сочетании с мифунгаром кремом. Поражения кожи были излечены за 2 недели, онихомикоз — за 5-6 месяцев применения микомакса в сочетании с чистками ногтевой пластинки 1 раз в месяц и наложения крема под повязку.

Перечисленные противогрибковые препараты высоко эффективны как в моно-, так и в комбинированной терапии руброфитии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭКЗИФИНОМ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ

Лубенская Я. Ю., Гасич Н. А.

*Красноярская Государственная Медицинская Академия,
Кафедра кожных и венерических болезней
Красноярск*

Грибковые поражения ногтей (онихомикозы) относятся к наиболее распространенным заболеваниям. Они встречаются, по крайней мере, у 5 —

10% всего населения, а среди лиц старше 60 лет — почти у 30%. Почти каждое десятое обращение к дерматологу вызвано именно этим заболеванием.

В наши дни существует много средств и методов лечения онихомикозов. Но, не смотря на их количество и разнообразие, все они прямо или косвенно направлены на удаление этиологического агента, патогенного гриба, из пораженных ногтей. Этиотропная терапия — единственно эффективный подход к лечению грибковых инфекций ногтей. Лечение онихомикозов бывает местным, когда противогрибковый препарат наносят на пораженный ноготь, или системным, когда препарат назначают внутрь, и он попадает под ноготь через кровь.

Системная терапия — самый эффективный и надежный подход к лечению онихомикозов. Преимущество системной терапии заключается в том, что с появлением высокоактивных и безопасных при назначении внутрь антимикотиков, стало возможным доставлять эффективные противогрибковые концентрации во все пораженные отделы ногтя. Современные препараты для системной терапии онихомикозов позволяют повысить эффективность лечения до 80% — 90%, что намного превосходит использовавшиеся ранее методы.

Нами обобщены результаты клинического изучения тербинафина (экзифина) у 56 больных. Препарат назначали по схеме, 250 мг в сутки ежедневно. При поражении ногтей на кистях в течение 6 недель, при поражении ногтей на стопах 12 недель. Кроме этого назначалось местное лечение ногтевого ложа. Диагноз устанавливался на основании клинической картины, микроскопического и бактериологического исследований. Критериями переносимости и безопасности лечения экзифином была субъективная переносимость препарата, результаты клинико-лабораторных исследований (анализы мочи, общий анализ крови, биохимический анализ крови, микроскопия патологического материала). При выраженном утолщении ногтевых пластинок назначались кератолитические препараты.

Всего было обследовано 56 больных, среди которых 14 мужчин и 42 женщины, в возрасте 25 — 70 лет, 32 — с диагнозом рубромикоз, 24 — с диагнозом эпидермофития. С локализацией поражения только ногтей стоп — 35, ногтей стоп и кистей — 15, ногтей только кистей — 6, сроками заболевания 3 — 30 лет.

При обобщении результатов клинического изучения тербинафина (экзифина) наблюдалась положительная динамика в лечении, так, у 47 больных отмечается микологическое выздоровление, у 9 больных — клиническое улучшение. Положительная динамика наблюдалась и в лабораторных данных. Так, микроскопия отрицательная у 46 больных, у 6 больных сохраняются фрагменты мицелия, микроскопия положительная у 1, и исследование в динамике не проводилось у 3.

Все пациенты терапию экзифином переносили хорошо, лишь у одного больного на 3 день приема препарата появились кратковременные болезненные ощущения в эпигастральной области, сохранявшиеся в течение 4 дней, лечение не прекращалось.

Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют, что тербинафин (экзифин) является эффективным и безопасным противогрибковым препаратом, при использовании которого у больных онихомикозом был достигнут видимый клинический эффект. Препарат является доступным по цене и удобным в применении. Препарат может быть рекомендован в широкую практику для лечения грибковых поражений кожи и ногтей.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ОНИХОМИКОЗЫ И ПСОРИАТИЧЕСКИЕ ОНИХОПАТИИ

Лькова С. Г., Петренко О. С.

*Новосибирская государственная медицинская академия,
кафедра дерматовенерологии
Новосибирск*

В настоящее время внимание врачей многих специальностей привлекает метаболический синдром (МС), включающий в себя следующие основные компоненты: ожирение преимущественно по мужскому (абдоминальному) типу, артериальную гипертензию, дислипидемию, нарушения углеводного обмена. По данным популяционных исследований, почти 40% популяции мужчин и женщин в возрасте 25-64 лет имеют два и более компонента МС (Казека Г. Р., 1999). Результаты ретроспективного исследования в США свидетельствуют, что распространенность МС составляет от 6,7% среди лиц в возрасте 20-29 лет до 43,5% среди лиц в возрасте 60-69 лет (Earl S. Ford, Wayne H. Giles, William H. Dietz, 2002). По современным представлениям, в механизмах развития данного синдрома и связанных с ним заболеваний принимает участие фактор снижения чувствительности тканей к инсулину.

Впервые определение МС было предложено в 1988 году, поэтому данные по целенаправленному исследованию течения дерматозов на фоне МС отсутствуют. Тем не менее, проводилось изучение связи некоторых дерматозов и отдельных патологических состояний, впоследствии включенных в качестве компонентов в понятие МС. В частности, при псориазе наблюдается статистически достоверная эндогенная гиперинсулинемия с инсулинорезистентностью (Мордовцев В. Н., Сергеев А. С., Рахматов А. Б. и др., 1985, Pelfini C, Jucci A, Fratino P. et al, 1979, Neugebauer D, Weber G., 1988, Brenelli S. L., Moraes A. M., Monte-Alegre S. et al, 1995). Сообщается о патологическом метаболизме глюкозы — по данным некоторых исследований, нарушения углеводного обмена прослеживаются более чем у 80% пациентов, страдающих псориазом (Федоровская Р. Ф., 1967, Ровкач В. Р., 1968, Поточкий И. И., Ляшенко И. Н., 1973, Binazzi M, Calandra P, Lisi P., 1975). На-

блюдается существенно более высокая распространенность эссенциальной гипертензии и сердечно-сосудистых заболеваний в группах пациентов с псориазом (Ena P., Madeddu P., Glorioso N. et al, 1985). Дислипидемии у пациентов, страдающих псориазом, характеризуются высоким уровнем триглицеридов, липопротеидов низкой и очень низкой плотности, в тоже время содержание липопротеидов высокой плотности снижено. Отдельные дерматологические работы, касаясь изучения спектра липопротеидов, выявили, что взрослые пациенты, страдающие псориазом, имеют повышенный риск развития атеросклероза (Костюшов В. В., 1975, Косухин А. Б., Vahlquist С., Michaelsson G., Vessby B., 1987, Offidani A. M., Ferretti G., Taus M., 1994). Псориаз на фоне подобных нарушений более резистентен к терапии.

Нами изучаются особенности клиники псориаза на фоне МС — псориазический процесс характеризуется дебютом после 30–40 лет, довольно медленной генерализацией, склонностью к экссудации с локализацией на коже крупных складок и волосистой части головы. Возможна трансформация вульгарного псориаза в экссудативный. Течение псориаза имеет преимущественно непрерывный характер, с незначительными улучшениями, без полного разрешения высыпаний. Онихопатии как верхних, так и нижних конечностей при псориазе характеризуются появлением симптомов «наперстка» и «масляных пятен», ногтевые пластинки изменяются по типу онихогрифоза, онихолизис — более редкое явление и чаще наблюдается при псориазической эритродермии. Дифференциальный диагноз между псориазическими онихопатиями и онихомикозами является важным этапом диагностики и влияет на план лечения. По предварительным результатам, можно отметить, что у пациентов, страдающих псориазом на фоне МС, составляющих основную группу, частота онихопатий несколько выше, чем в группе сравнения. При этом, в основной группе частота онихомикозов выше, в том числе и на фоне псориазических онихопатий. Это положение подтверждается данными авторов, которые считают, что микозы стоп, и в частности, онихомикозы более распространены среди пациентов с нарушениями углеводного обмена. Вероятной причиной служит недостаточная трофика кожных покровов вследствие микро- и макроангиопатий, которая ведет к их истончению, снижению иммунной функции, потере барьерной роли кожи и нарушению толерантности к патогенным микроорганизмам, в том числе и к дерматофитам.

Снижение массы тела и нормализация метаболических нарушений оказывает положительное влияние на течение псориаза, в том числе и на клинические проявления поражения ногтевых пластинок. Несомненно, что при сочетании псориазической онихопатии и онихомикоза, требуется местное или системное лечение грибковой инфекции (в зависимости от степени поражения ногтевой пластинки). Лишь тщательно проведенное антимикотическое лечение позволит сосредоточиться на дальнейшей терапии псориаза на фоне МС, включая лечение и псориазических онихопатий.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОНИХОМИКОЗОВ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С УДАЛЕНИЕМ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН

Лысенко В. И.

Поликлиника ФСНП
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. Согласно результатам проекта «ОнихоИндекс», проведенного в г. Москве в 1999–2000 гг., в современной клинической картине онихомикозов значения КИОТОС от 16 до 20, т. е. абсолютные показания к комбинированной терапии, составляют не менее 23%.

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 мочевиного 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.

НОВЫЙ ПОДХОД К ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗОВ НА ОСНОВЕ КИОТОС

Лысенко В. И.

*Поликлиника ФСНП
Москва*

Затраты на лечение онихомикозов в настоящее время определяются, как правило, стоимостью противогрибковых препаратов. По данным европейских стран, доля затрат на анализы и консультацию врача, по произведенным нами подсчетам, составляет, в среднем, около 27% для 3–4-х месячной схемы лечения итраконазолом или тербинафином. Остальные 73% расходов — стоимость самих препаратов. В США доля затрат на приобретение тех же препаратов составляет также около 72%. В России уже трехмесячная схема лечения любым из указанных препаратов почти на порядок превышает стоимость консультаций и анализов в любых медицинских центрах. Существующие подходы к оценке стоимости-эффективности при онихомикозах могут порождать ошибки из-за расхождений результатов в определении эффективности лечения.

Нами предложен метод расчета стоимости лечения непосредственно в зависимости от тяжести онихомикоза по КИОТОС. Это делает возможным определение конкретной суммы, необходимой для гарантированного излечения больного с онихомикозом определенной степени тяжести. Кроме того, появляется возможность рассчитать средние показатели на «единицу тяжести» онихомикоза, определяемую по КИОТОС. В знаменателе оказывается не эффективность, т. е. процент излеченных больных, выведенный из одного или нескольких исследований, а тяжесть онихомикоза по КИОТОС: показатель стоимость-тяжесть: $СТ = \text{стоимость лечения} / \text{тяжесть по КИОТОС}$. В результате получают стоимость излечения в расчете на 1 балл КИОТОС, как единицы тяжести онихомикоза. Такой подход позволяет сопоставить экономическую эффективность местной, системной и комбинированной терапии, разных по затратам, но имеющих дело и с разной тяжестью проявлений онихомикоза.

Для расчета затрат, связанных с приобретением препаратов, нами была использована база данных Medlux (<http://www.medlux.ru>), проанализированы отчеты за осень 2002 г. В связи с тем, что фармакотерапия онихомикозов в России подразумевает самостоятельное приобретение препарата пациентом, были использованы средние показатели цен по аптекам г. Москвы для итраконазола (капсулы «орунгал») и тербинафина (таблетки «ламизил»). Анализ и сравнение экономической эффективности схем системной терапии двумя системными антимикотиками, итраконазолом и тербинафином, показало приблизительно равные затраты, связанные с приобретением препаратов.

При этом в определении совокупной стоимости мы использовали только затраты на приобретение самих препаратов, считая равными или сопо-

ставимыми прочие затраты. Оценивались затраты на лечение по схеме пульс-терапии итраконазолом, 3 или 4 однонедельными циклами по 400 мг/сут, или тербинафином по схеме укороченной терапии в течение 3 или 4 мес по 250 мг/сут. В системе КИОТОС показателями для этих схем являются значения 9–12 (3 мес или цикла) и 12–16 (4 мес или цикла). Для расчета стоимости-тяжести мы взяли максимальное значение КИОТОС для данного показания (12 и 16, соответственно).

Было установлено, что по показателю стоимость-тяжесть на 1 балл КИОТОС лечение итраконазолом обходится в 673,7 руб., а тербинафином — 690,2 руб. Наибольшая экономическая эффективность характеризует пульс-терапию итраконазолом. В то же время, разница между препаратами незначительна, составляя около 2% (коэффициент 1,02), что почти совпадает с результатами мета-анализа.

Такой фактор, как этиология онихомикоза, должен, по нашему мнению, привлекаться к оценке стоимости лечения с осторожностью, поскольку клиническая эффективность современных системных антимикотиков в отношении недерматофитной инфекции не доказана. Иначе можно было бы предположить, что 20–25% встречаемость недерматофитов означает соответствующий шанс неэффективного лечения препаратом с ограниченным спектром действия (например, тербинафином) без предварительного выделения культуры. Это потребовало бы существенных дополнительных расходов на лечение.

Предложенный подход к фармакоэкономической оценке терапии онихомикозов на основе КИОТОС позволяет упростить расчеты затрат на лечение и избежать ошибок при сравнении эффективности. Системная терапия, в частности пульс-терапия итраконазолом, представляя один из наиболее эффективных методов лечения онихомикозов, в то же время является экономически эффективным методом.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАКА «ЛОЦЕРИЛ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗА

Макова Г. Н.

*Центр Глубоких Микозов, ГКБ № 81
Москва*

В связи с тостом заболеваемости онихомикозами, возрастает и потребность в новых лекарственных препаратах — эффективных как для приема внутрь, так и для наружного использования. Успех наружной терапии во многом зависит от правильного выбора противогрибкового препарата с широким спектром действия, метода его доставки в очаг инфекции, достижения высокой концентрации лекарства в ткани ногтя. Создание противогрибкового лака для ногтей явилось новым подходом к решению данной проблемы.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности лака «Лоцерил» (5% аморолфин) в комплексе с системным антимикотиком ла-

мизилом (тербинафин) при лечении больных онихомикозами с тяжелой сопутствующей патологией (сахарный диабет, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, атеросклеротический коронарокардиосклероз, ИБС, недостаточность кровообращения), а также большой давностью заболевания (от 1 года до 14 лет). Степень поражения ногтевых пластинок оценивали по системе КИОТОС и она соответствовала 6 баллам.

Исследовали 36 больных в возрасте от 18 до 78 лет. В I группе (n=21) назначали тербинафин перорально по 250 мг/сут. 12 недель и лак «Лоцерил» наружно на ногтевые пластинки 1 раз в неделю 6 месяцев. Во II группе (n=15) пациенты принимали только системный антимикотик в течение 3-х месяцев.

Эффективность лечения оценивалась ежемесячно по динамике клинической картины и эрадикации возбудителя. В результате оказалось, что применение комбинации аморолфина (лоцерила) в виде лака для ногтей и тербинафина (ламизала) в таблетках в течение 12 недель более эффективно, чем монотерапия при лечении тяжелых форм онихомикоза. Клиническое выздоровление в этих группах было соответственно 61,9% и 46,7%, улучшение 33,3% и 40,0%, отсутствие эффекта 4,8% и 13,3%. Микологическое выздоровление в обеих группах было практически одинаковым и составило 72,2%.

В перспективе мы планируем проведение исследования по разработке указанного курса лечения онихомикоза тербинафином в комплексе с лаком «Лоцерил».

ГРИБКОВЫЕ ИНФЕКЦИИ КАК ФАКТОР ОСЛОЖНЯЮЩИЙ ПАПИЛЛОМАТОЗНО-ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ КОЖИ

Федотов В. П., Мамон А. А.

*Днепропетровская государственная медицинская академия
Днепропетровск, Украина*

Актуальность проблемы папилломатозно-вирусной инфекции кожи (ПВИ) обусловлены рядом факторов, а именно: доказанной онкогенностью Папова-вирусов, высокой контагиозностью, широкой распространенностью с тенденцией к росту заболеваемости. Немаловажным, на наш взгляд, фактором является выявление ДНК папилломавирусов вдали от видимых клинических проявлений ПВИ, что позволяет говорить о папилломатозно-вирусных инфекциях, как о инфекциях поражающих организм в целом, что, в свою очередь обуславливает необходимость комплексной терапии. Под нашим наблюдением находились 109 пациентов папилломатозно-вирусной инфекции кожи (бородавки вульгарные 43 чел, юношеские 14 чел, аногенитальные 29 чел, подошвенные 13 чел), в возрасте от 13 до 42 лет, 49 мужчин и 60 женщин, которые были консультированы на кафедре кожных и венерических болезней ДГМА, по поводу рецидивов ПВИ. Все больные были об-

следованы согласно приказам и инструкциям МЗОУ, помимо чего проводилось иммунологическое (как из периферической крови, так и из крови в месте болезни) исследование (Е-РОК много- средне- малорецепторные, А-РОК, хелперы, супрессоры, х/с, НСТ, фагоцитоз). Микологическое исследование проводилось в месте расположения клинических проявлений ПВИ. Грибы *Candida spp.* были выявлены у 12 пациентов в месте расположения клинических проявлений ПВИ (половые органы, крупные складки), у 2 пациентов *E. Floccosum*, у 4 *Tr rubrum*. Таким образом, сопутствующие микозы были обнаружены у 18 человек, что составило 16,5%. Клинико-anamnestическое исследование данных показало, что средняя продолжительность ПВИ у пациентов данной группы составил примерно 2 года, что в целом не отличалось от остальных пациентов. В то же время большинство пациентов данной группы (10 человек) было вынуждено принимать терапию по поводу ПВИ в четвертый раз, 2 пациента в 7-й раз (криодеструкции), 6 пациентов в 3-й раз, тогда как у большинства пациентов без наличия грибов рецидив был вторым или третьим. Обращает на себя внимание также более быстрые сроки рецидивирования дерматоза у пациентов с выявленными грибами в среднем от 3 недель до 5 недель после проведения деструктивной терапии, тогда как у пациентов без микозов как правило клинические проявления ПВИ рецидивировали спустя 2 месяца и более после выполнения деструкции. При осмотре клинические проявления ПВИ у лиц с сопутствующими микозами отличались значимым распространением и количеством очагов поражения. Иммунологические показатели были снижены у всех пациентов с ПВИ по сравнению со здоровой группой, однако обращает на себя внимание существенное снижение НСТ теста в крови забранной из места болезни у пациентов с сопутствующими грибковыми инфекциями по сравнению с группой больных ПВИ без наличия грибов. Исходя из необходимости лечения сопутствующих заболеваний у пациентов с ПВИ противогрибковые препараты проводилась до начала терапии ПВИ. Учитывая высокую безопасность, удобство применения для пациента (высокий комплаенс!), нами назначался флуконазол (Дифлазон, производства КРКА) в дозировке 150 мг однократно 1 день лечения, потом по 50 мг 1 р в сутки всего 10 дней (12 пациентов), 2 пациентам кетоконазол 200 мг 1 раз в сутки, 4 пациента тербинафин (Экзифин) 250 мг 1 раз в сутки 3мес. Одновременно с целью иммунокоррекции рекомендовали отечественный иммуномодулятор и актопротектор беметил 1 таблетка 4 раза в сутки 25 суток, местное лечение противогрибковыми кремами. После антимикотической и иммуномодулирующей терапии проводилось лечение клинических проявлений ПВИ с помощью подофиллотоксина у 12 пациентов, электрорезекции у 6 пациентов. Рецидив спустя 6 месяцев наблюдали у 1 пациента. Таким образом, наличие грибов оказывает негативное влияние на прогноз и течение ПВИ кожи. По нашему мнению, следует рекомендовать обязательное микологическое обследование пациентов ПВИ с назначением антимикотиков (преимущественно флуконазола) при выявлении грибов до начала лечения ПВИ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАМИЗИЛА В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗНОГО ОНИХОМИКОЗА

**Мельник М. В., Томсинский А. А.,
Петров А. П., Томсинская С. В.**

*Украинский НИИ морской медицины
Медицинский центр «МеДиаКом»*

*Новартис Фарма Сервисез АГ, представительство в Украине
Одесса, Украина*

Широкое распространение кожных заболеваний, вызванных патогенными и условно-патогенными грибами, ставит перед дерматологами задачу поиска эффективных фунгицидных препаратов, безопасных для больного и удобных для применения не только в стационаре, но и в амбулаторных условиях. Таким препаратом, отвечающим этим требованиям, является ламизил (активное вещество тербинафин в форме гидрохлорида).

Тербинафин специфическим образом изменяет ранний этап биосинтеза стеролов, происходящего в грибах. Это ведет к дефициту эргостирола и к внутриклеточному накоплению сквалена, что вызывает гибель клетки гриба.

Несмотря на то, что возбудителем онихомикоза преимущественно является дерматофит, иногда встречаются случаи кандидозного онихомикоза.

Нами изучалась эффективность препарата ламизил при кандидозном онихомикозе у 108 больных в возрасте от 16 до 65 лет с разной степенью тяжести и длительностью заболевания от 0,5 до 7 лет.

Во всех случаях до начала лечения клинический диагноз был подтвержден лабораторными исследованиями патологического материала (пораженных ногтевых пластин) с помощью световой микроскопии и полимеразной цепной реакции (выявление *Candida albicans*).

В ходе лечения все пациенты получали препарат в дозе 250 мг. в сутки в течение 12 недель. В конце курса лечения у всех пациентов отмечено клиническое и микологическое излечение, подтвержденное лабораторными исследованиями.

Исходя из выше изложенного нами, сделаны следующие выводы:

- сочетание трех важнейших качеств препарата, как высокая эффективность, удобство в применении и хорошая переносимость позволяет рекомендовать ламизил, как препарат выбора в лечении кандидозного онихомикоза;
- появление ламизила привело к значительному улучшению прогноза в лечении больных, страдающих кандидозным онихомикозом, который ранее характеризовался весьма упорным течением;
- несмотря на небольшое количество случаев кандидозного онихомикоза, применение ламизила является эффективным.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ОНИХОМИКОЗЕ

Мокина Е. В.

*Поликлиника МИД РФ
Москва*

В последние годы уделялось немало внимания вопросам качества жизни при онихомикозе. В частности, было показано, что наличие этого заболевания существенно снижает качество жизни и общую самооценку здоровья пациентов по многим показателям. Были разработаны специальные опросники для изучения качества жизни при микозах кистей и стоп.

В задачи настоящего исследования входило изучение качества жизни больных с онихомикозом и установление взаимосвязи его изменений с социально-эпидемиологическими и клиническими характеристиками больных. Исследование было выполнено в рамках 2 сегмента проекта «Горячая линия» (2001–2002 гг.). Специально разработанные для данного проекта опросники из 17 пунктов заполнялись пациентами с диагностированным и подтвержденным онихомикозом, посещавшие медицинские центры г. Москвы. В настоящем сообщении приводятся данные выборки из сегмента, включающей 1200 карт исследования больных онихомикозом (61% женщины, средний возраст 45 лет).

Среди обследованных 15% были незамужем/холосты, 65% состояли в браке, 9% — разведены, 8% вдовы/вдовцы. Около 65% обследованных имели высшее образование.

При вопросе о том, что ранее удерживало больных от обращения к врачу, 34% высказали сомнения в возможности излечения онихомикоза, 26% опасались удаления ногтя, 11% не были готовы к расходам на лечение. При этом холостые/незамужние на 7% чаще высказывали страх перед удалением ногтя, и на 10% реже выражали сомнения в возможности излечения. Лица без высшего образования на 9% реже оказывались готовыми к лечению. У больных, ранее лечившихся от онихомикоза, а также у имевших другого больного в своей семье сомнения в возможности его излечения отмечались чаще.

При анализе данных опросника было установлено, что почти все (98,5%) больные считали очевидными наличие мозолей ногтей. При этом 89% отметили затруднения в уходе за ногтями, 73% — болезненность при ходьбе, 75% — неудобства при ношении обуви. Чувство раздражения от состояния ногтей отмечали около 97%, а огорчения — 98%. Около 97% считали, что их ногти «выглядят запущенными», 95% считали, что могут заразить окружающих, а 95% испытывали неудобство, разуваясь в присутствии других лиц.

Около 92% считали, что их «грибок» останется навсегда, 89% — что он может «съесть» все ногти, а 74% — что он может распространиться по телу. Подавляющее большинство обследованных (94%) опасалось, что окружающие заметят их ногти, а 56% испытывали подобные вопросы и опасения от других лиц.

Заданные вопросы были трансформированы в числовое выражение согласно методикам, принятым в исследованиях качества жизни. Использо-

лись 4 домена качества жизни: шкала симптомов, когнитивная, эмоциональная и социальная шкалы, а также общий показатель качества жизни. За 100% по каждой шкале и общему показателю было принято отсутствие каких-либо негативных изменений качества жизни.

При этом было установлено, что средние значения составили: по шкале симптомов 55%, эмоциональной 38%, когнитивной около 50% и социальной 55%, при общем показателе 55+/- 18%. Для каждой шкалы и общего показателя была установлена достоверная зависимость качества жизни от пола. У мужчин изменения качества жизни отмечались существенно реже. Кроме того, была выявлена прямая корреляционная зависимость между ухудшением качества жизни и тяжестью онихомикоза по КИОТОС.

Качество жизни было достоверно снижено в меньшей степени у лиц без высшего образования и холостых, и в существенно большей степени — у больных с периферическими ангиопатиями и ранее леченных от онихомикоза.

Полученные результаты позволяют пролить свет на некоторые особенности современных больных онихомикозом. В частности, меньшие изменения качества жизни у мужчин отчасти объясняют их более высокую заболеваемость. Наличие скрытых пациентов, уклоняющихся от лечения онихомикоза, может объясняться неудачной тактикой санитарного просвещения и ошибками врачей, не учитывающих особенностей заболевания и психологии пациентов, зачастую разочарованных в лечении или не верящих в его эффективность. Продолжительное течение и утяжеление заболевания приводит к дальнейшему снижению качества жизни.

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С МИКОЗАМИ СТОП И ОНИХОМИКОЗОМ

*Мокина Е. В., Сергеев А. Ю.,
Савченко Н. В., Сергеев Ю. В.
Национальная академия микологии
Москва*

Отдельные клинические и социально-эпидемиологические характеристики грибковых инфекций стоп и ногтей неоднократно изучались в специальных исследованиях и проектах. До настоящего времени, однако, не было проведено исследования, позволившего объяснить трудности, испытываемые в терапии этих заболеваний. С этой целью нами были проанализированы результаты клинико-эпидемиологического исследования в рамках проекта «Горячая линия» (2001–2002). Всего в настоящем сегменте работы было обработано 2114 специальных карт наблюдения, заполнявшихся 8 дерматологами медицинских центров г. Москвы.

По результатам анализа было установлено, что средняя продолжительность заболевания при ониомикозе составила 9,8 лет. Среднее число пораженных ногтей было равно 6. У 83% больных ониомикозом был вовлечен 1 палец стопы, с приблизительно равной частотой поражения правой и левой стоп, у 70% были поражены также ногти 5 пальцев стоп, поражения ногтей других пальцев встречались в 45–48%. Поражения ногтей кисти встречались менее чем в 7%, чаще на правой руке.

Дистальная форма ониомикоза наблюдалась в 89,9% всех случаев, причем 30,5% больных этой формой имели поражения, охватывающие более 1/3 длины ногтя, а 51,5% — более 2/3. Умеренный гиперкератоз был отмечен у 38,3% больных, а выраженный — у 37,5%. Среднее значение КИОТОС составило $16,4 \pm 8,4$. Распределение значений КИОТОС по классам было следующим: до 3 — 6,4%; 3–6 — 9,8%; 6–9 — 4,7%; 9–12 — 7,6%; 12–16 — 23%; 16–20 — 16,1%; 20–30 — 32,4%.

Микоз стоп был выявлен у 74% больных ониомикозом. У 52% отмечалась подошвенная, сквамозно-гиперкератотическая, у 19,7% — интертригинозная межпальцевая форма, а у 2,5% был поражен тыл стопы. При этом у 5,3% обследованных был выявлен микоз гладкой кожи, а у 10% — кистей.

При изучении предрасполагающих факторов и состояний было установлено, что ожирение 1 стадии отмечалось у 37%, 2 — у 15,6% и 3 — у 1% больных ониомикозом. Среднее значение ВМІ (индекс массы тела) составило 26. Среди больных ониомикозом сахарный диабет был выявлен у 3%, а патология стопы — у 10%. Периферическая ангиопатия сопутствовала ониомикозу в 12,5%. Наличие хронических заболеваний кожи было отмечено в 3,3%.

Более 28% больных сообщили, что часто посещают бани, бассейны и другие места общего пользования. Около трети обследованных отметили наличие другого больного с микозом стоп или ониомикозом в своей семье.

Статистический анализ показал положительные и достоверные ($p < 0,001$) корреляции между продолжительностью заболевания и его тяжестью по КИОТОС. Существенные различия в тяжести ониомикоза по КИОТОС отмечались также у больных с сопутствующей патологией (диабет, патология стопы и ангиопатии), у которых значения КИОТОС оказывались достоверно выше. Значения КИОТОС также достоверно и независимо коррелировали со значениями индекса массы тела.

Кроме того, была установлена достоверная ($p < 0,05$) взаимосвязь между тяжестью ониомикоза и предшествовавшим лечением. У ранее леченных от микоза стоп или ониомикоза, а также у имевших другого больного в семье значения КИОТОС оказывались выше.

Таким образом, проведенное исследование позволило охарактеризовать современного больного с ониомикозом. Полученные результаты указывают на значительную продолжительность и выраженную тяжесть заболевания, частые множественные поражения и вовлечение медленно растущих пальцев стоп. Значительное число больных имеет те или иные сопутствующие патологии, что утяжеляет течение ониомикоза и осложняет его лечение.

Источник инфекции зачастую находится в семье больного, а сам пациент с нелеченым или неудачно леченным онихомикозом представляет угрозу для непосредственного окружения. Предшествовавшие неудачи лечения зачастую обусловлены неадекватной терапевтической тактикой, не соответствующей исходной тяжести заболевания.

КРЕМ НИЗОРАЛ В ТЕРАПИИ МИКОЗА СТОП И КАНДИДОЗА КИСТЕЙ

Молочков В. А., Шишкова М. В., Молочков А. В.

*ММА имени И. М. Сеченова, МОНИКИ имени М. Ф. Владимирского
Москва*

Микозы стоп являются распространенным вариантом дерматофитии человека, приводящим к тяжелым осложнениям и последствиям, что обуславливает высокую актуальность создания эффективных средств их лечения.

В этой связи наше внимание привлек 2% крем «Низорал» (бельгийско-швейцарская фирма «Янссен-Силаг»), содержащий кетоконазол и обладающий широким спектром противогрибкового и антимикотического действия. Он активен против дерматофитов (*T. rubrum*, *T. mentagrophytes*, *Ephidermophyton floccosum*, *Microsporum canis* и др.), *Pityrosporum ovale* и дрожжей, а также обладает антиоксидантной активностью на метаболиты витамина А, способностью восстанавливать процессы кератинизации и уменьшать зуд /*Heremans A.*, 1996/. Препарат высокоэффективен при лечении межпальцевых форм микоза стоп, не дает побочных эффектов, а быстрый регресс клинических проявлений при его применении может объясняться отчасти и эрадикацией бактериальной флоры /Сергеев Ю. В. и др., 1998/.

Нами проведено лечение кремом «Низорал» 41 больного микозом стоп и 12 больных кандидозом кистей, среди которых было 20 мужчин и 33 женщины в возрасте от 21 до 770 лет. Во всех случаях диагноз был установлен на основании данных микологического (микроскопического и культурного) исследования. У 32 больных был выделен *T. rubrum*, у 5 — *T. mentagrophytes var. interdigitale*, у 12 — *Candida albicans*. Таким образом, 32 больных страдали индетригинозной, 9 дисгидротической формами рубромикоза, 12- индетригинозным кандидозом кистей. Деятельность заболевания варьировала от 4 мес. до 20 лет. У 25 больных микоз стоп был осложнен стрепто- или стрепто- стафилодермией. У 29 микоз стоп ассоциировался с аллергодерматозами (у 7 с микотической экземой, у 5 с микробной, у 10 с истинной; у 7 с атопическим дерматитом); у 8 мелся сопутствующий сахарный диабет (в 3 случаях декомпенсированный).

Препарата наносился на очаги поражения 1 раз на ночь в течение 2 недель.

В процессе лечения зуд исчезал в течение первых 4-6 дней, воспалительные явления уменьшались на 4-9 день и в эти же сроки разрешались пиодермические проявления и прекращалось шелушение.

Переносимость лечения в каждом случае была хорошей. Побочных эффектов в процессе терапии не отмечено.

По окончании лечения все пациенты проводили обработку обуви. Контрольный осмотр с исследованием материала на патогенные грибы проводился сразу после лечения и через 1 месяц после его окончания.

Лечение привело к клиническому выздоровлению 43 (81,1%) пациентов; при микроскопическом исследовании патогенные грибы не выявлялись у 44 (83%) пациентов.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности двухнедельной методики лечения межпальцевой и дисгидротической форм микоза стоп, а также кандидоза кистей 2% кремом «Низорал». Препарат обладает выраженным антибактериальным и противовоспалительным действием и способствует восстановлению процессов кератинизации. В связи с этим он может быть рекомендован к широкому внедрению в практику лечения микотических поражений стоп и кистей, в том числе и кандидозных, а также осложненных вторичной бактериальной инфекцией.

К ПРИМЕНЕНИЮ ОРУНГАЛА ПРИ ОНИХОМИКОЗЕ У БОЛЬНЫХ САРКОМОЙ КАПОШИ

*Молочков, В. А., Шнахова Л. М.
ММА имени И. М. Сеченова
Москва*

Микозы стоп и онихомикозы относятся к наиболее частой дерматологической патологии. Важная роль в их развитии принадлежит нарушениям иммунной системы. По данным литературы онихомикоз регистрируется у 40% лиц старше 65 лет, имеющих обусловленную возрастом иммуносупрессию. Возрастные изменения кожи связаны со снижением количества Т-лимфоцитов, фибробластов, тучных клеток, макрофагов; нарушением макроциркуляции кожи, препятствующим доставке лейкоцитов и цитокинов в очаг поражения. Они приводят к нарушению клеточноопосредованного иммунного ответа на грибковые и опухолевые антигены. Поэтому онихомикоз нередко встречается и у онкологических больных. В этой связи не случайно ВПЧ высокого канцерогенного рисков 16 и 18 типов ассоциируются с плоскоклеточным раком кожи пальцев — участков кожи наиболее подверженных грибковой инфекции «*A. B. Forman et al.*, 1989». В последние годы также доказана прямая роль некоторых патогенных грибов-возбудителей онихомикоза микоза стоп у иммуносупрессивных больных с развитием рака. В частности, установлено, что *Fusarium spp.* (особенно *Fusarium moniliforme*) продуцируют фумотоксины с канцерогенными свойствами.

По данным литературы микоз стоп и онихомикоз встречается у 20–65% дерматоонкологических больных. При этом они не только является фактором дополнительно иммуносупрессии, аллергизации больного, нередко препятствующей проведению противоопухолевой терапии, они нарушают качество жизни пациента.

Целью настоящего исследования явилась разработка патогенетически обоснованного лечения онихомикоза стоп у больных идиопатическим типом саркомы Капоши (СК). Именно у больных СК-злокачественным мультицентрическим новообразованием кровеносных и лимфотических сосудов, микоз стоп и онихомикоз могут быть не только факторами предрасполагающими к развитию лимфостаза и слоновости, вызывающими за счет феномена Кебнера появление новых элементов СК, но и быть причиной болей, затрудняющих движение пациента.

Лечение проводилось 10 больным хронической стадией идиопатического типа СК, у каждого из которых онихомикоз был представлен дистально-латеральной формой онихомикоза стоп, обусловленного *Trichophyton rubrum*. Среди больных 10 мужчин в возрасте от 62 до 75 лет. Количество пораженных ногтевых пластинок варьировало от 5 до 10; срок заболевания СК составлял 3-15 лет, а онихомикозом: 2-10 лет.

Пациентам I группы «Орунгал» по меотдике пульс-терапии (внутри по 200 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней с 3 недельными перерывами, на курс 3 цикла) назначался на фоне цитостатического препарата «Проспидин» (внутримышечно по 100 мг ежедневно, на курс 3,0 г). Пациентам же II группы также назначался препарат интерферона- альфа 2в «Виферон», обладающий иммуномоделирующим и антиоксидативным действием (в ректальных суппозиториях по 3 млн МЕ однократно на ночь в течение 1 мес.).

Через 1 месяц после первого цикла терапии «Орунгалом» в дистальном участке пораженной ногтевой пластинке появилась здоровая часть ногтя шириной 1-2 мм; через 2 месяца эта зона увеличилась до 3-4 мм, однако результаты бактериоскопического исследования оставались положительными; через 3 мес. после начала лечения у всех больных наступало клиническое выздоровление, сопровождавшееся отрицательными результатами бактериологических исследований на грибы.

Что касается переносимости «Орунгала», то у одного больного во время проведения второго цикла и у двух во время третьего цикла лечения отмечалась тошнота, диарея, а в одном случае зуд кожных покровов. Эти явленияходили после окончания цикла лечения и соответственно после назначения антигистаминных препаратов.

На фоне лечения у пациентов I группы отмечалось повышение содержания $CD3+$, $CD4+$ и снижение уровня $CD8+$ Т-лимфоцитов; у пациентов II группы — повышение содержания $CD3+$, $CD4+$ и $CD8+$ Т- лимфоцитов сопровождалось нормализацией иммунорегуляторного индекса $CD3+$, $CD4+$ » $CD8+$, а также устранением дисиммуноглобулинемии.

Отдаленные результаты, послезенные в сроки до 6 мес., свидетельствовали об отсутствии клинического и микробиологического рецидива.

Таким образом, наши предварительные данные свидетельствуют о том, что кератофильный антимикотик «Орунгал» и эпидермотропный цитостатик «Проспидин» при онихомикозе стоп у больных хронической стадией идиопатического типа СК целесообразно назначить на фоне препарата интерферона-альфа 2в «Виферона». Исследования в этом направлении продолжаются.

К ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ

**Юцковский А. Д., Морозенко Н. В.,
Юцковская Я. А., Ключник С. Б.**

*Владивостокский государственный медицинский университет
Владивосток*

Проблема изменения ногтевых пластин в последние годы интересует не только дерматовенерологов, но и врачей других специальностей в той связи, что их поражение может быть обусловлено и рядом системных заболеваний. Одновременно в центре внимания дерматовенерологов остаются вопросы эпидемиологии, клинического течения и терапии поражения ногтевых пластин грибковой этиологии, что связано с благоприятной социальной и эпидемиологической ситуацией по этим заболеваниям не только на отдельных территориях РФ, но и в различных странах мира (Скрипкин Ю. К. и соавт. 2001). Предметный интерес представляет анализ заболеваемости по регионам с географическими, климатическими, экологическими, производственными особенностями. Вместе с тем на фоне все возрастающего числа антимикотических лекарственных препаратов как общего, так и местного действия, которые рекомендуются для лечения онихомикозов, целесообразным представляется анализ их эффективности.

Целью настоящего исследования стало изучение заболеваемости онихомикозами в г. Владивостоке и оценка эффективности, переносимости при их лечении системным антимикотиком экзифином и местно-8% лаком батрафена.

Проведенный анализ заболеваемости онихомикозами жителей г. Владивостока, обратившихся в течение 2001-2002 г. г. в микологический центр ГККВД и кабинет по лечению ногтевых пластин «Врачебной косметологической лечебницы», клинических баз кафедры кожных и венерических болезней ВГМУ, показал варьирование в числе регистрации больных. Так, в 2001 г. заболевание онихомикозами было зарегистрировано у 5,1% от общей заболеваемости дерматозами по г. Владивостоку, а в 2002-7%. Следует отметить, что в 2001 г. с онихомикозами зарегистрировано больше больных, в сравнении с таким распространенным паразитарным заболеванием как чесотка (удельный вес заболеваемости онихомикозами составил 309‰, а чесоткой-208‰).

Под нашим наблюдением находилось 108 больных онихомикозами (80 мужчин и 28 женщин), в возрасте от 20 до 65 лет. Давность заболевания составила от 1 года до 27 лет. Диагноз у всех больных был подтвержден микроскопически и у 66 культурально (получен рост *T. rubrum*). Перед началом терапии всем наблюдавшимся больным проводились биохимическое исследование функции печени, УЗИ органов брюшной полости, общеклинические исследования крови, мочи. Патологических изменений не было выявлено. Поражение ногтевых пластинок стоп было выявлено у 74 больных, стоп и кистей — у 34. Множественное поражение ногтей (7-11) отмечалось у 36, у остальных больных пораженность составила от 2 до 6 пластинок. Гипертрофическая форма онихомикоза наблюдалась у 33 больных,

нормотрофическая у остальных 75. Кроме онихомикоза у 12 больных имелись явления сквамозно-гиперкератотического микоза стоп, а у 5 больных микоз кистей. С целью оценки результатов проведенной терапии наблюдавшиеся больные были разделены на 2 группы. В первую группу вошло 77 больных, преимущественно с множественным поражением ногтевых пластин, кожи и преобладанием гипертрофической формы. Больным назначали экифин по 25 мг ежедневно, из них 14 больным с гипертрофической формой одновременно применяли 8% лак батрафен 2 раза в неделю. Продолжительность лечения у 59 больных составила 3-4 месяца, у 18 больных 5-6 месяцев. Вторую группу составил 31 больной с поражением ногтевых пластин по нормотрофическому типу. Больным этой группы в качестве моно терапии назначили местно 8% лак батрафен по следующей схеме: ежедневно в течение 1 месяца; через день 2-3 месяца; 1 раз в неделю с 4 месяца в течение 6 месяцев.

У 59 больных первой группы с поражением ногтевой пластины стоп от 1/3 до ? к концу наблюдения площадь здорового ногтя составляла 100%, у 18 больных с поражением пластинки от ? до тотального, площадь здорового ногтя составила от 70-до 80%. Этиологическое излечение у больных первой группы составило 93%, клиническое 84%.

У 31 больного второй группы больных после проведенной монотерапии лаком батрафен этиологическое излечение наступило в 73%, клиническое у 36%. Переносимость проведенной терапии в обеих группах больных была хорошей. Только у трех больных 1 группы на 2 месяце приема экифина были отмечены диспептические явления, которые были купированы после приема препаратов назначенных терапевтом.

Итак, проведенные исследования свидетельствуют о росте заболеваемости онихомикоза, обусловленным *T. rubrum* в Приморье. Используемые для их лечения препараты экифин и 8% лак батрафен являются достаточно эффективными. В случаях гипертрофических форм онихомикоза с площадью поражения ногтевой пластины более ? предпочтительнее использовать комбинацию этих препаратов. С учетом сравнительно низкой стоимости экифина такой метод при хорошей переносимости препарата позволяет расширить обеспечение лечением больных онихомикозом.

МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ КАНДИДОЗЕ БЕРЕМЕННЫХ

Небышинец Л. М.

*Белорусская Медицинская Академия Последипломного образования,
кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины
Минск, Беларусь*

Вопросы ведения беременных с кандидозным кольпитом принадлежат к числу актуальных в современном акушерстве. Важность проблемы обусловлена значительным риском развития осложнений беременности и родов,

инфицирования плода и новорожденного у женщин с грибковой инфекцией нижнего отдела гениталий. Высокая частота встречаемости вагинального кандидоза у беременных, наблюдаемая в настоящее время, связана с рядом факторов, к которым относятся: изменения гормонального баланса во время беременности, снижение общей иммунологической реактивности организма в результате нарушения клеточных и гуморальных механизмов специфического и неспецифического иммунного ответа, а также ятрогенные причины. Считается установленным, что существенную роль в возникновении указанных нарушений может играть дефицит микронутриентов и связанное с ним нарушение обмена биоэлементов у беременных. В настоящее время большое внимание уделяется профилактике возникающего во время беременности дефицита нутриентов, который по данным ряда авторов оказывает негативное влияние на развитие осложнений беременности (анемия беременных, угроза прерывания беременности, гестоз). Эффективным способом диагностики дисбаланса микроэлементов является определение их содержания в крови методом атомно-абсорбционной спектрометрии.

Нами было обследовано 26 беременных женщин, состоявших на учете в женской консультации № 5 города Минска. В рамках обследования проводилось определение содержания в крови беременных следующих элементов: меди, цинка, кальция, железа, — в первом триместре беременности методом атомно — абсорбционной спектрометрии. Изучались особенности течения беременности и родов у обследуемой группы женщин.

В результате анализа установлено, что частота встречаемости вагинального кандидоза у женщин обследуемой группы составила 34,6%. При этом, с увеличением срока беременности нарастал и процент возникновения кандидозного вульвовагинита. Так, при сроке беременности 20 недель частота вагинального кандидоза составила 23,1%, в 32 недели — 38,5%. Частота угрозы прерывания беременности у женщин с кандидозным кольпитом была выше в 1,6 раза по сравнению с контрольной группой, а частота осложнений в родах (несвоевременное излитие вод, аномалии родовой деятельности) в 2,2 раза ($p < 0,05$).

Исследование микроэлементного состава крови у беременных показало, что 83% беременных имели множественные дефициты нутриентов; наиболее часто выявлялся дефицит цинка — у 81% беременных, дефицит кальция — у 52%, меди — у 51,6%, железа — у 49,8%. При этом, обнаруженные нами нарушения были отмечены достоверно чаще у женщин с грибковой инфекцией влагалища: дефицит цинка — в 1,8 раза, кальция — в 1,3 раза, меди — в 1,6 раза, железа — в 2,1 раза ($p < 0,05$).

Таким образом, различные виды микроэлементных нарушений являются распространенным явлением на ранних сроках беременности. Эти нарушения сочетаются с более высокой частотой встречаемости кандидозной инфекции влагалища у беременных. Причины возникновения данной взаимосвязи следует искать в физиологическом значении микроэлементов в организме. Известно, что возникновение кандидозной инфекции связано с изменениями защитных сил макроорганизма, естественных и специфичес-

ких факторов иммунитета. В частности, при дефиците ионов железа происходит снижение фагоцитарной активности полиморфноядерных лейкоцитов, уменьшая местную резистентность к грибковой инфекции. Дефицит ионов кальция могут препятствовать активации и передаче сигналов с распознающих рецепторов, расположенных на макрофагах. Необходимо также учитывать, что эффективность механизмов местной защиты (фагоцитоз, цитотоксичность, хемотаксис) напрямую связана с активностью ферментных систем, имеющих в своем составе микронутриенты в качестве кофакторов. Кроме того, дефицит таких естественных факторов, как трансферрин, лактоферрин, церулоплазмин, содержащих микроэлементы, уже сам по себе предрасполагает к развитию кандидоза.

Обращает на себя внимание частота встречаемости дефицита цинка у беременных. В свете имеющихся данных об участии цинка в реакции Т-клеточного иммунитета, можно предположить его значительную роль в поддержании функциональной активности звеньев иммунной системы.

Таким образом, проведенное нами обследование беременных позволяет заключить, что частота возникновения вагинального кандидоза в современных условиях обнаруживает связь с некоторыми изменениями биоэлементного состава крови, обусловленными недостаточным поступлением нутриентов с пищей или нарушением их обмена. Следовательно, целесообразным является включение микроэлементов в комплексное лечение грибковой инфекции у беременных.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЭКЗИФИН» КРЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ

Нестеров А. С., Курзин А. С., Богдашов А. Н.

*Стационар областного клинического кожно-венерологического диспансера,
кафедра инфекционных и кожно-венерических болезней
Ульяновского государственного университета,
Ульяновск*

Грибковые заболевания кожи (микозы) составляют значительную часть инфекционной патологии кожи. По статистическим данным, до 50% жителей Российской Федерации страдают дерматомикозами. Основными возбудителями микоза являются дерматофиты (до 90%). Из них 75-85% составляют *Trichophyton rubrum*, 10-20% — *Trichophyton mentagrophytes var. interdigitalis* и до 3% — другие. По данным ВОЗ, лишь около 5% всех микозов являются первичными заболеваниями, в остальных случаях это процессы, развивающиеся на фоне сопутствующих патологий. Одним из наиболее распространенных заболеваний из группы дерматофитий является микоз стоп. Заболевание чаще встречается у взрослых, но в последние годы нередко наблюдается у детей даже грудного возраста.

Одной из причин частого выявления микозов можно считать недостаточную осведомленность пациентов об источниках и путях распростране-

ния, скудную субъективную симптоматику на ранних этапах развития заболевания и, как следствие, позднее обращение к врачу, что приводит к хроническому течению заболеваний.

Существует несколько методов лечения микозов: местное применение антимикотиков в виде кремов или мазей, а также препараты общего действия. В настоящее время перед врачом и пациентом есть достаточно большой выбор антимикотических препаратов. Однако, учитывая длительность терапии (от 2 нед. до 3-4 мес.) при поражениях кожи стоп, а также профилактические курсы терапии становится понятным желание пациента выбрать эффективный и экономически выгодный препарат. Одним из последних препаратов, появившемся в последние годы на отечественном рынке лекарственных средств является 1% крем «Экзифин» (тербинафин) фирмы *Dr. Reddy's Laboratories* (Индия), предназначенный для местного применения, обладающий широким спектром противогрибкового действия. Он активен в отношении дерматофитов рода трихофитон, микроспорум, эпидермофитон, дрожжеподобных грибов. Препарат обладает фунгицидным эффектом даже в очень низких концентрациях. Одним из важнейших свойств крема «Экзифин» является то, что минимальная ингибирующая и минимальная фунгицидная концентрация практически одинаковы.

Целью нашего исследования явилось сравнительное изучение клинической эффективности препарата «Экзифин» крем, при лечении больных с микозами стоп.

Под наблюдением находилось пациенты, поступавшее на стационарное лечение в Областной клинический кожно-венерологический диспансер с микозом стоп в возрасте от 20 до 50 лет.

Тяжесть клинических симптомов оценивали в баллах по следующей шкале: 1 балл — незначительные симптомы, отмечают врачом и пациентом, но не беспокоят его; 2 балла — умеренно выраженные симптомы заболевания беспокоят пациента и наблюдаются в течение некоторого времени; 3 балла — тяжелые симптомы, ярко выражены и беспокоят пациента большую часть времени. Перед назначением препарата диагноз микоза стоп подтверждался лабораторно микроскопическим и культуральным исследованием соскобов с очагов поражения.

У 60% пациентов длительность кожного процесса превышала 1,5 года. При поступлении в стационар диагностирована в 70% случаев дисгидротическая форма микотического процесса. Более 80% пациентов с микозом стоп имели осложнения — в виде вторичной пиодермии и микробной экземы.

Для купирования осложнений микотического процесса местно, в течение 4-7 дней, применялись примочки риванола 1:1000 и 0,5% раствор сульфата цинка.

После разрешения бактериальных и аллергических осложнений на очищенную и подсушенную кожу стоп наносился крем «Экзифин» 2 раз в день, продолжительность лечения составила около 2-3 нед. В контрольной группе пациенты после купирования осложнений местно применяли 1% мазь канестена или 5% серно-дегтярную мазь.

У большинства пациентов, применявших на очаги поражения крем «Экзифин», уже к концу 1 недели применения препарата отмечалась отчетливая положительная динамика процесса. Наблюдалось исчезновение зуда, уменьшение интенсивности воспалительного процесса на коже стоп и эпителизация трещин. Во время использования препарата побочных эффектов не наблюдалось ни в одном случае.

В контрольной группе (одинаковой по возрасту, сопутствующим патологиям) отмечалась замедленная инволюция клинических проявлений. У 15% пациентов контрольной группы, в связи с раздражающим действием мазей, возникла необходимость коррекции местной терапии.

Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют о том, что экзифин является эффективным и безопасным противогрибковым препаратом, при использовании которого у больных онихомикозом стоп достигается видимый клинический эффект. Кроме того, данный препарат является доступным по цене и удобным в применении. Препарат может быть рекомендован в широкую практику для лечения грибковых поражений кожи и ногтей, так как далеко не все пациенты могут позволить себе лечение современными, но дорогостоящими системными противогрибковыми средствами, и поэтому появление на фармацевтическом рынке высокоэффективного и более доступного препарата тербинафина — «Экзифин» позволяет расширить круг пациентов, для которых лечение новейшими системными препаратами становится возможным.

ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ МИКОЗОВ

Новоселов В. С., Львов А. Н., Шерстнева О. А.

ММА имени И. М. Сеченова

Москва

Распространенность микозов кожи достигает 20-40%. В последнее время отмечается все больше больных с распространенными, хронически протекающими формами микозов. При этом полиморфизм высыпаний, многообразие клинических проявлений микозов могут симулировать различные грибковые и негрибковые болезни кожи и слизистых, что, наряду с изменением течения заболевания, способствует увеличению числа диагностических ошибок.

По данным ряда ведущих дерматологических учреждений страны, процент расхождения диагнозов на микологическом консультативном приеме может достигать более чем 30% от числа обследованных больных. На основании анализа архивного материала нашей клиники (295 историй болезни) доля диагностических ошибок составила 26,8%. При анализе причин диагностических ошибок микозов кожи можно сформулировать их четыре основных вида.

Первую группу причин диагностических ошибок формирует недооценка возможности нетипичных или редких локализаций высыпаний при различных формах микозах. Так, при локализации очагов руброфитии гладкой кожи на лице в 3 случаях процесс первично диагностировали как розацеа, еще в 3 — как себорейный дерматит. В 2 других случаях, при центрофациальном расположении высыпаний, рубромикоз принимали за дискоидную красную волчанку, при этом морфологию очага (элевирующий край, менее интенсивно окрашенная центральная часть) расценивали как признаки в пользу ошибочно диагностированного дерматоза. При наблюдавшихся генерализованных формах руброфитии (вплоть до руброфитийной эритродермии) во всех случаях, до поступления в нашу клинику, поражение кожи расценивалось как распространенная экзема (2), аллергический дерматит (1), псориаз эритродермия (2). Во всех приведенных случаях, при первичном обращении, исследования на патогенные грибы не проводилось.

Вторую, наиболее представительную группу, составили ошибки, возникающие вследствие недостаточного лабораторного обследования пациентов. К сожалению, в каждом описанном случае имеющиеся клинические критерии, которые определяли бы необходимость дальнейшего (повторного) микологического обследования при однократных отрицательных результатах, также упускались из виду. При анализе спектра ошибок этой группы в диагностике отдельных грибковых нозологий было установлено, что псевдолейкодерму при отрубевидном (разноцветном) лишае наиболее часто принимали за витилиго (8 из 37 наблюдений); в 2 случаях, несмотря на одинаковые размеры пятен и отсутствие тенденции к их слиянию, больные обследовались в КСР с предположением вторичного сифилиса. Паховую эпидермофитию и эпидермофитию крупных складок, при локализации в области паховой, бедренно-мошоночной, межъягодичной, подмышечных складок, под молочными железами, наиболее часто (6 из 22 наблюдений) принимали за эритразму, по-видимому, ориентируясь клинически на коричневато-розовые, четко очерченные пятна, игнорируя, между тем, имеющийся валик из узелковых элементов по периферии. Микроспория волосистой части головы в 3 случаях принималась за гнездную алопецию. Классически, как известно, при микроспории отмечается поредение волос (с образованием чаще 2-3 крупных, округлых очагов) за счет их обламывания на высоте 3-5 мм с формированием «пеньков», покрытых сероватой муфтой мицелия гриба. Сквамозно-гиперкератотическая форма рубромикоза стоп и ладоней, сопровождавшийся, помимо чешуек и роговых наслоений, формированием слегка инфильтрированных, нерезко очерченных воспалительных очагов, в 6 случаях принимали за ладонно-подошвенный псориаз, в 4 случаях — за экзему кистей и стоп. Очаги рубромикоза складок, принявшие в результате постоянной мацерации гладкий («глянцевый») вид, ошибочно диагностировались как псориаз складок (7) или опрелость (3), при этом наличием выступающей периферической части

очага, несмотря на ее констатацию, также пренебрегалось. Микроскопическое исследование на патогенные грибы во всех указанных случаях проводилось лишь однократно в качестве скрининга и дало на момент обследования отрицательные результаты.

Третью группу диагностических ошибок обусловили весьма атипичные проявления микозов, симулировавшие негрибковые заболевания кожи различных групп. В качестве примера можно привести наблюдавшихся в нашей клинике 2 больных с руброфитией гладкой кожи; высыпания были представлены сгруппированными белесоватыми блестящими бляшками, в значительной мере симулировавшими картину склероатрофического лишая.

При оценке патологии ногтей значительно чаще встречались случаи гипердиагностики дерматофитий, что составило четвертую группу диагностических ошибок. Констатируя деформацию ногтевой пластинки, изменение ее цвета, «изъеденность» краев, дистрофические изменения, врачами прежде всего подразумевалось грибковое поражение ногтей. Между тем, на основании анализа архивного метода и по результатам катамнеза, при клинике тотального поражения ногтей, несмотря на многократные отрицательные результаты микологического исследования, у 4 больных с псориазом ногтей был ошибочно выставлен диагноз онихомикоза и проведено безуспешное лечение системными антимикотическими препаратами. При этом в описании локального статуса у 2 больных отмечались псориазические высыпания на гладкой коже, а у 1 пациента непосредственно зафиксирована просвечивающая сквозь ткань ногтевой пластины розово-фиолетовая воспалительная кайма, представляющая собой край папулы в ногтевом ложе. Равным образом ошибочный клинический диагноз онихомикоза (с последующим лечением массивными дозами антимикотиков) был поставлен 5 больным диабетической ониходистрофией.

Таким образом, для преодоления достаточно высокого числа врачебных ошибок в диагностике микозов необходимо: сбор анамнеза в полном объеме, более детальный осмотр с представлением возможности распространенного характера процесса (вплоть до эритродермии) и локализации высыпаний в нетипичных областях (например, на лице), более четкий анализ очагов поражения (цвет, размеры, границы, форма, очертания, поверхность, консистенция, взаимоотношение морфологических элементов и др.). Нужно учитывать, что различные по своей морфологии элементы сыпи могут являться симптомами одного дерматоза. Необходимо обоснованное, правильное и своевременное лабораторное подтверждение наличия/отсутствия микоза с использованием максимально возможного материала (чешуек с очагов на гладкой коже, ногтей, волос, содержимого полостных элементов и др.). Важное значение должно придаваться оценке эффективности проводимой терапии, что, в свою очередь, может явиться дополнительным критерием в диагностическом алгоритме микозов кожи и слизистых. В заключение, требуется адекватная настороженность врачей различных специальностей.

ностей в отношении возможной грибковой природы заболевания. Эти принципы диагностического поиска в известной мере призваны определять успех обследования и лечения больных различными формами микозов.

МИКОСПОР В ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ

Новоселов В. С., Белоусова Т. А.

*ММА имени И. М. Сеченова, Москва, Россия
Москва*

Распространенность онихомикозов, упорное прогрессирующее течение, многообразие клинических форм, толерантность к терапии, обуславливают постоянный интерес дерматологов к расширению арсенала антимикотических средств, в частности, к препаратам, применяемым для местного лечения грибковых поражений ногтей.

Специальным кремом для одновременного удаления пораженного ногтя и уничтожения патогенных грибков является оригинальный антимикотик «Микоспор» (фирма «Байер») в виде набора для ногтей («onycho-set»).

Активную субстанцию в нем представляет бифоназол — фунгицидное средство, производное имидазола, имеющее широкий спектр действия на дерматофиты, плесени, дрожжевые грибки, а также питириспорумы.

Местное применение «Микоспора» приводит к поглощению бифоназола грибковыми клетками уже на 10-30-й минуте от момента нанесения препарата. При этом создается необходимая фунгицидная концентрация вещества в верхнем и папиллярном слоях эпидермиса. Полураспад удержания бифоназола в коже составляет 19-32 часа. Следует подчеркнуть, что фармакокинетические свойства антимикотика бифоназола усилены мочевиной, входящей в состав крема «Микоспор» («onycho-set»). В связи с этим, при аппликациях крема развивается онихолизис пораженных грибком ногтевых структур, которые безболезненно удаляются во время 10-15 — минутных теплых ванночек. Таким образом в течение 1-2 (иногда 3-х) недель достигается санация организма от очагов онихомикотической инфекции. После удаления пораженного ногтя противогрибковое лечение может быть продолжено кремом «Микоспор» в течение последующих 4-6 недель.

Разнообразные лекарственные формы «Микоспора» в виде крема и набора для ногтей («onycho-set»), где сочетаются мочевина и бифоназол, делают эти медикаменты универсальными средствами, применяемыми с целью удаления пораженных грибком ногтевых структур и проведения активного местного антимикотического лечения как при дерматофитных, так и смешанных вариантах грибковой инфекции (плесени, дрожжи), в чем мы могли убедиться при лечении 38 пациентов.

На основании полученных данных мы пришли к следующим выводам:

14. Бифоназол — активный антимикотик фунгицидного действия для местного применения.

15. Бифоназол в сочетании с мочевиной в составе «Микоспора» («опуcho-set») эффективен при дерматофитных и смешанных грибковых инфекциях ногтей.

16. «Микоспор» («опуcho-set») является активным антимикотическим средством, вызывающим онихолизис пораженных ногтевых структур.

17. «Микоспор» в виде «опуcho-set» и крема безопасны, относятся к противогрибковым медикаментам, которые могут применяться у больных, страдающих онихомикозами, не переносящих системную антимикотическую терапию или оперативное удаление ногтей, в том числе у лиц преклонного и старческого возраста.

EPIDEMIOLOGY OF DERMATOMYCOSIS IN GDANSK (POLAND)

Nowicki R. J., Bykowska B.

*Department of Dermatology,
Venereology & Allergology Medical University of Gdansk
Гданьск, Польша*

Objective. This study was undertaken to determine the pathogenesis of superficial fungal infections in Gdansk (Poland) between 1998 and 2001.

Methods. We analysed biological samples from 6 020 patients with a clinical diagnosis of superficial mycoses who attended outpatient services over a 4-year period. The samples for tests were taken from the epidermis, nails and hair. Samples of scales were processed by direct microscopic examination with 20% KOH and 40% dimetylosulphoxide (DMSO). Cultures were carried out on Sabouraud glucose agar with and without chloramphenicol and cycloheximide, and incubated at 27°C for 4 weeks.

Results. Laboratory examination confirmed mycotic infections in 3 210 (53,3%) cases. Of these positive samples 1 028 cases (32%) were found to be positive by KOH only, and 2 182 cases (68%) by culture. Dermatomycoses dominated in adults (89,7%). Infections were caused by dermatophytes (50. 5%), yeast-like fungi (43. 2%), and moulds (6. 3%). *Trichophyton rubrum* and *T. mentagrophytes* were the dominant dermatophyte species (25. 9% and 15. 2% respectively). The most frequently observed dermatomycoses in Gdansk were toenails onychomycosis (39. 7%). From an etiological point of view toenail infections were caused by dermatophytes (60.2%), *Candida spp* (25. 8%), and *Scopulariopsis brevicaulis* (13. 9%). Another often dermatomycoses were tinea pedis (17%), and fingernails onychomycosis (16.8%).

Conclusion. Dermatophyte fungi caused only half of superficial fungal infections in the last four years in Gdansk. The prevalence of yeast-like fungi and non-dermatophyte molds nail infections were much higher than was previously estimated. Opportunistic onychomycosis caused by nondermatophytic molds may differ in the treatment from tinea unguium. Mycological examination is necessary in order to logically select appropriate treatment.

ИЗМЕНЕНИЕ СПЕКТРА ЗООАНТРОПОФИЛЬНЫХ ДЕРМАТОФИТОВ, ПОРАЖАЮЩИХ ЛОШАДЕЙ

Панин А. Н., Маноян М. Г.,
Овчинников Р. С., Савицкая М. Е.

ФГУ «Всероссийский государственный научно-исследовательский институт контроля, стандартизации и сертификации ветеринарных препаратов — Центр качества ветеринарных препаратов и кормов»
Москва

У спортивных лошадей довольно часто наблюдаются поражения кожного покрова, клинически напоминающие дерматофитоз. Однако в большинстве случаев, ввиду отсутствия должной лабораторной диагностики, этиология этих поражений остается не выясненной. В настоящей работе стояла задача выяснить этиологию кожных поражений спортивных лошадей г. Москвы. Так как с течением времени роль какого-либо вида в этиологической структуре также может меняться, стояла задача оценить изменения в этиологической структуре в период 2001-2002 гг.

В секторе микозов ВГНКИ проведен лабораторный анализ патматериала, отобранных от 68 лошадей пород буденовская, тракененская, ганноверская, русский рысак, чистокровная верховая и др. Животные имели клинически выраженные кожные поражения различной локализации и степени тяжести. В ряде случаев отмечался зуд, беспокойство.

Лабораторный микологический анализ включал люминисцентную диагностику, микроскопию патматериала и культуральный анализ. Образцы патматериала культивировали на селективных питательных средах при 26-28°C в течение 10-14 суток, после чего проводили идентификацию полученных изолятов грибов.

В 2001 г. изучен патматериал, отобранный от 37 лошадей, принадлежащих различным конно-спортивным организациям г. Москвы. Грибы были изолированы из всех изученных проб.

Всего было получено 45 (100%) изолятов грибов. В ряде случаев из образца выделяли не один, а 2-3 вида. Среди изолированных видов грибов дерматофиты составили — 26,7%, в то время как недерматофитные грибы — 73,3%. Дерматофиты были представлены видами *M. canis* (11,1%), *M. gypseum* (6,7%), *M. equinum* (6,7%), *T. equinum* (2,2%). Среди недерматофитов доминирующее положение занимали разные виды рода *Aspergillus*: *Asp. fumigatus* — 13,3%, *Asp. flavus* — 4,4%, *Aspergillus* spp. — 28,9%, а также мукооровые грибы — 15,5%.

В 2002 году был изучен патматериал от 31 лошади. В результате культурального анализа грибы были изолированы от 22 лошадей, в 9 случаях грибы изолировать не удалось. Всего получено 39 (100%) изолятов грибов. Наиболее часто (в 85% случаев) из патологического материала удавалось изолировать недерматофитные грибы, среди которых преобладали представители рода *Aspergillus*, в частности, *Aspergillus glaucus* (28%). Следует отметить, что при микроскопии патматериала в 6 из 11 случаев удалось обнаружить грибные элементы. Заслуживает внимания выделение из патматериала

дрожжеподобных грибов рода *Candida* (10%), а также феогифомицета *Doratomyces* spp. (8%).

Дерматофиты были изолированы от 6 лошадей (15%). Они были представлены видами *Microsporium canis* (8%), *M. gypseum* (5%) и *M. equinum* (3%). Люминисценция патматериала наблюдалась в пробах, из которых были изолированы *M. canis* и *M. equinum*. При микроскопии патматериала гифы и артроспоры наблюдали в пробах, из которых был изолирован *Microsporium canis*.

Сравнивая результаты микологического анализа кожных поражений лошадей, полученные в 2001 и 2002 гг., были отмечены определенные изменения. В обоих случаях преобладают недерматофитные грибы (73,3% в 2001 и 85% в 2002 гг.). Доля дерматофитов соответственно составляла 26,7% и 15%. Среди недерматофитных грибов преобладали в обоих случаях представители рода *Aspergillus*. В частности, *Asp. fumigatus* встречался почти с одинаковой частотой как в 2001, так и в последующем году. Однако в 2002 г. существенно чаще, нежели в 2001, из кожных поражений изолировали вид *Asp. glaucus*. Актиномицеты (группа *alba*), выделялись из очагов не столь часто, но стабильно как в 2001, так и в 2002 г.

В 2002 году были изолированы несколько видов недерматофитных грибов, не встречавшихся в предыдущем периоде. Особенно отметим довольно частую встречаемость (8%) темноокрашенного гриба (феогифомицета) *Doratomyces* spp., а также дрожжеподобных грибов, в частности рода *Candida*. Они были изолированы из 10% исследованных в 2002 г. проб.

Что касается дерматофитов, то их видовой состав также изменился за 2000-2002 гг. Если в 2000 г. преобладал *M. equinum*, то к 2002 г. его доля среди возбудителей существенно снизилась (с 72 до 16,6%), и доминирующим видом стал *M. canis* (50%). *T. equinum* был изолирован только в 2001 г. Примечательно, что геофильный вид *M. gypseum* был впервые изолирован в 2001 г., причем в дальнейшем, в 2002 г., его доля среди возбудителей дерматофитозов имела тенденцию к повышению (с 25 до 33,3%). Доля *M. equinum*, наоборот, снизилась до 16,6%.

Таким образом, в настоящее время среди возбудителей дерматофитозов спортивных лошадей г. Москвы преобладает зоофильный дерматофит *M. canis*. В то же время наблюдается тенденция к повышению значения геофильного вида *M. gypseum*, ранее не отмеченного в качестве возбудителя дерматофитоза лошадей. *M. equinum*, являвшийся в 2000 г. основным этиологическим агентом дерматофитоза, на сегодняшний день встречается достаточно редко. Роль *T. equinum* как возбудителя дерматофитоза, по нашим данным, незначительна.

Что касается недерматофитных и дрожжеподобных грибов, то они изолируются из кожных поражений гораздо чаще, нежели дерматофиты. В последние годы существенно возросла клиническая роль «сапротрофных» грибов, ранее не проявлявших патогенных свойств. Тем не менее трактовать клиническое значение изолированных из патматериала грибов следует с большей осторожностью, чтобы отличить сапробионтов и контаминантов от этиологического агента.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЗООАНТРОПОНОЗНЫХ МИКОЗОВ

Панин А. Н., Маноян М. Г., Овчинников Р. С.

ФГУ «Всероссийский государственный научно-исследовательский институт контроля, стандартизации и сертификации ветеринарных препаратов — Центр качества ветеринарных препаратов и кормов»
Москва

Поражения кожи в настоящее время представляют серьезную проблему для ветеринарии, и в частности для ветеринарной микологии. Диагностирование этих заболеваний осложнено тем, что они могут быть вызваны множеством факторов как инфекционного, так и неинфекционного характера. Одним из важнейших этапов диагностики заболеваний кожи является микологический анализ патматериала, позволяющий исключить (или установить) микотропную этиологию заболевания.

В настоящей работе представлены результаты микологического анализа патматериала, отобранного из очагов кожных поражений животных, проводившегося в секторе микозов ВГНКИ в течение 2002 г.

У всех обследованных животных наблюдали клинически выраженные кожные поражения различной локализации и степени тяжести.

Микологический анализ включал микроскопию патматериала, люминисцентную диагностику, посев на питательные среды и идентификацию полученных изолятов грибов. Выделение культуры дерматофита давало основание для постановки диагноза «дерматофитоз». В случае выделения не-дерматофитных нитчатых грибов (НДНГ) оценку их клинической значимости проводили в соответствии с критериями Волша-Инглиша (Walshe & English).

Было изучено 94 пробы от 10 различных видов животных, включая рептилий и птиц.

Результаты исследований. В результате микологического анализа грибы были изолированы из 39 кожных поражений. Из 47 исследованных проб от спортивных лошадей 23 были положительными, причем дерматофиты изолированы от 8 животных. Среди дерматофитов доминировал геофильный вид *Microsporum gypseum*, также встречались зоофильные виды *Microsporum canis* и *M. equinum*. Из пяти проб были выделены дрожжеподобные грибы (*Candida* spp.), в остальных случаях изолировали НДНГ (преобладали *Asp. glaucus*, *Asp. fumigatus*, мукоровые и темноокрашенные грибы *Alternaria alternata* и *Doratomyces stemonitis*).

Из 11 проб от кошек грибы изолировали в 4-х случаях: было выделено 3 дерматофита *Microsporum canis* и феогифомицет *Alternaria alternata*. От 19 собак только в 5 случаях изолировали грибы: *Microsporum canis* (1), *Alt. alternata* (1), *Candida* spp. (1), *Rhodotorula rubra* (1) и *Malassezia pachydermatis* (1). При этом последний вид был выделен из наружного слухового прохода собаки с клиникой отита. Из 9 проб от КРС в двух случаях был выделен *Asp. glaucus*. От одного из двух кроликов изолировали *M. canis*.

Заслуживают внимания результаты микологического анализа патматериала от экзотических птиц и рептилий. Так, от африканского страуса с кожными поражениями на шее изолировали дрожжеподобные грибы *Candida* spp. От морской черепахи с очагами некроза на панцире изолировали *Alt. alternata*. От двух зеленых игуан с шелушащимися и депигментированными кожными поражениями в одном случае изолировали НДНГ *Trichoderma viridae*, в другом — дрожжи *Trichosporon ovoides*.

Из остальных 55 проб грибы изолировать не удалось.

Обсуждение. Почти в 50% кожных поражений присутствовали грибы — дерматофиты, дрожжи и недерматофитные нитчатые грибы (НДНГ), что очевидно свидетельствует о существенной роли грибов в этиологии кожных заболеваний. При этом из 39 положительных проб патматериала дерматофиты («классические» возбудители кожных поражений) были изолированы только в 13 случаях, из остальных 26 проб были выделены НДНГ и дрожжеподобные грибы. Большинство выделенных нами изолятов НДНГ соответствовало критериям Волша-Инглиша, что указывает на их клиническую значимость. При этом не обнаружено какой-либо видоспецифичности грибов по отношению к хозяину — например *Alternaria alternata* изолировали от лошади, кошки, собаки и черепахи. Полученные данные подтверждают возрастающее клиническое значение потенциально патогенных грибов рода *Aspergillus* и темноокрашенных грибов (феогифомицетов), что связывают с наличием у них фенолоксидазы, синтезом меланина и протеолитической активностью.

Дрожжеподобные грибы были изолированы в 11 случаях, при этом доминировали представители рода *Candida*. Реже встречались виды *Rhodotorula rubra*, *Malassezia pachydermatis*; *Trichosporon ovoides* изолировали в одном случае — из кожного поражения игуаны.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости заострить внимание ветеринарных специалистов на дрожжеподобных и недерматофитных грибах, их патогенных свойствах. На общем фоне повышения числа и тяжести грибных инфекций в последние годы заметны также значительные изменения спектра грибов-возбудителей. «Оппортунистические» микозы, вызываемые НДНГ и дрожжами, требуют иной стратегии лечения, что необходимо учитывать при диагностике кожных заболеваний.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКОМАКСА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БАЛАНОПОСТИТОВ

Перламутров Ю. Н., Чернова Н. И.
Кафедра кожных и венерических болезней МГМСУ
Москва

В настоящее время отмечается рост заболеваемости урогенитальным кандидозом, как среди женщин, так и среди мужчин. Актуальным является по-

иск новых препаратов и методик их введения, для повышения эффективности лечения данной патологии.

Применялся Микомакс, в комплексной терапии кандидозных баланопоститов. Под наблюдением находилось 15 мужчин, в возрасте от 22 до 41 года, с жалобами на зуд, жжение, дискомфорт в области головки полового члена. При осмотре у всех пациентов отмечались гиперемия, отек, белесоватый налет, поверхностные эрозии, микротрещины на головке и крайней плоти. При лабораторном исследовании мазков отпечатков у всех больных был обнаружен лейкоцитоз до 10-15 в п/з, мицелий грибов *Candida* и плесневых грибов, обильная коккобацилярная флора. В мазках из уретры патологии не выявлено. Проводимая ранее местная терапия, у всех 15 пациентов, была не эффективной. Микомакс в дозе 50 мг. назначался на первый прием 2 капсулы, после еды, далее по 50 мг. один раз в день, в течение 6 дней. На головку полового члена и крайнюю плоть наносился крем Мифунгар, с первого дня лечения, 1 раз в сутки 2 недели.

Все пациенты отмечали исчезновение налета, зуда и жжения на 2-3 день лечения, гиперемии, эрозий — на 3-4. Контроль излеченности проводился на 7-10 день после окончания комплексной терапии и повторно через 1 месяц. При лабораторном исследовании мазков отпечатков и отделяемого из уретры мицелий грибов отсутствовал у всех 15 пациентов.

На основании проведенного исследования можно сделать заключение, что Микомакс высоко эффективен в комплексном лечении больных с баланопоститами вызванными плесневыми грибами и грибами рода *Candida*, препарат хорошо переносится больными и удобен в применении.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКОСИСТА В ЛЕЧЕНИИ МИКОЗОВ СТОП

*Погребняк Л. А., Плоская Л. М., Конова В. А.,
Тарнавская Н. Н., Радченко Н. В.*

*Государственная медицинская академия,
Днепропетровский городской кожно-венерологический диспансер
Днепропетровск, Украина*

Грибковые заболевания кожи значительно распространены среди населения Украины, могут обуславливать возникновение микогенной экземы (так называемой экземы, этиологически связанной с микозом), других осложнений: бактериальных (от пиодермитов до рецидивирующей рожи нижних конечностей), аллергических (включая и васкулиты), профессиональных и т. д. Среди пациентов дерматологического стационара микозы стоп и их осложнения являются довольно частой патологией. Поэтому по-прежнему актуальна проблема лечения микозов стоп, резистентных к традиционной местной терапии, которые, как известно, являются фоном для развития аллергических заболеваний (в частности экзем), число которых неуклонно возрастает.

В комплексном лечении больных экземой, этиологически связанной с грибковым поражением стоп, мы применяем микосист — системный противогрибковый препарат широкого спектра действия, производимый фирмой Гедеон Рихтер АО (Венгрия).

В сравнительном изучении эффективности микосистом и традиционными местными препаратами принимали участие 34 таких больных.

Наличие микоза у наблюдаемых больных диагностировано на основании клинических признаков, а также данных микроскопии и культуральных исследований.

Среди клинических особенностей следует отметить сквамозно-гиперкератотический характер изменений кожи на стопах, подчеркнутость кожных борозд с муковидным шелушением, интертригинозно-дигидротический (реже) тип морфологических изменений кожи. По нашим данным, наиболее значимые возбудители микоза стоп — дерматомицеты; с большей частотой у больных с грибковыми поражениями этой области выделяли *Trichophyton rubrum*.

Средний возраст больных — 45,5 лет. Длительность заболевания от 1 до 11 лет.

Из сопутствующих заболеваний имеют место: нарушение периферической иннервации и кровоснабжения (8%); болезни желудочно-кишечного тракта (7%); эндокринно-обменные заболевания (5%) больных.

Все наблюдаемые больные микотической экземой (34) были разделены на 2 группы. В первой — (17 больных) — проводили традиционное местное лечение микозов стоп. Во второй — (17 больных) — в комплексную терапию больных экземой был включен микосист по 150 мг 1 раз в неделю; длительность лечения составила от 3-х до 4-х недель, в зависимости от типа поражения и распространенности процесса. Лечение проводилось под контролем клинических и биохимических исследований крови. Побочных эффектов при назначении препарата не отмечалось. Клиническое и микологическое излечение наступало у 100% больных 2-ой группы к концу 4-ой недели. Критерием микологического излечения были отрицательные результаты как микроскопического, так и культурального исследований.

У больных 1-ой группы полное излечение наблюдалось лишь у 52,3% больных. Клиническое обследование больных 2-ой группы (17 чел.) было продолжено с целью оценки частоты рецидивов у излеченных больных. Клинико-лабораторное наблюдение в течение 3-х месяцев таковых не выявило. Учитывая все вышеизложенное, можно рекомендовать микосист как препарат выбора в лечении микозов стоп (особенно резистентных к местной терапии), микогенных экзем, развившихся на фоне микотической инфекции стоп, как эффективного, безопасного, хорошо переносимого препарата, который, как доказано, меньше взаимодействует с другими лекарственными препаратами, не оказывает неблагоприятного воздействия на функцию печени, что позволяет более широко применять его в комплексном лечении вышеперечисленных дерматозов. Немаловажное значение имеют и простая дозировка, а также доступная цена.

СЛУЧАЙ ЯГОДИЧНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ГРУДНИЧКОВ НА ФОНЕ КАНДИДА-ИНФЕКЦИИ

*Потекаев Н. Н., Григорьева Е. Б., Климова И. Я.
Московская медицинская академия имени И. М. Сеченова
Институт ревматологии РАМН
ГКБ №14 имени В. Г. Короленко
Москва*

Нозоологическое место заболевания «ягодичная гранулема грудничков» обсуждается до сих пор. Дерматоз встречается чрезвычайно редко в связи с чем его диагностика представляет определенные трудности.

Первый случай ягодичной гранулемы грудничков наблюдал в 1969 году J. Tarreiner. Позднее описано еще несколько случаев. Заболевание возникает чаще в возрасте от 2 до 7 месяцев и характеризуется безболезненными узлами округлой или овальной формы, от синюшно-красного до коричнево-голубоватого цвета, которые поначалу расцениваются как кавернозные ангиомы, реже как гематома. Общее состояние не страдает. В течение нескольких недель или месяцев наступает полный регресс патологического процесса.

Причина заболевания не выяснена. Предполагается воздействие факторов окружающей среды, оказывающих повреждающее или токсическое действие на эпидермис, что в конечном итоге приводит к образованию гранулемы. Из очагов нередко выделяют грибы рода *Candida*, грам-негативные кокки и палочки. Наличие сопутствующей грибковой и бактериальной флоры объясняется характерной локализацией ягодичной гранулемы грудничков — область раздражения мочой и калом, что также рассматривается как фактор, провоцирующий и поддерживающий заболевание. Часто в анамнезе указывается на использование сильных глюкокортикоидных мазей.

Случай ягодичной гранулемы грудничков мы наблюдали в детском дерматологическом отделении ГКБ №14 им. В. Г. Короленко.

Больная К., 4 месяцев, поступила в отделение с высыпаниями в области ягодиц. За 3 недели до поступления в стационар, со слов матери больной, на фоне умеренного раздражения кожи в области ягодиц наблюдалось образование безболезненного узла, который вскоре подвергся изъязвлению. При осмотре поражение кожи в области левой ягодицы было представлено узлом синюшно-красного цвета с нечеткими границами, неправильными очертаниями, возвышающимся над уровнем здоровой кожи. На поверхности узла имелся эрозивно-язвенный дефект диаметром 2х2см с плотными выступающими краями. Дефект имел зернистую поверхность желтовато-розовой окраски со свежими грануляциями. По периферии очага наблюдалась густая сеть мелких расширенных сосудов. При обследовании: Клинический анализ крови без патологических изменений. В общем анализе мочи имеются многочисленные дрожжевые клетки, много кокков. При микологическом обследовании серозной жидкости, взятой с поверхности узла, найдены почкующиеся клетки и нити мицелия, дрожжеподобные грибы. На основании анамнеза, клинической картины заболевания, а также данных лабораторного исследования был поставлен диагноз ягодичной гранулемы грудничков.

Таким образом, настоящее наблюдение показало, что присутствие грибов рода *Candida* может являться провоцирующим фактором в развитии яго-дичной гранулемы грудничков. Заболевание представляет интерес в виду его редкости.

СИНДРОМ ПСЕВДОЛИМФОМЫ КАК КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА ДВОЙНОЙ МИКОТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

*Потекаев Н. С., Олисова О. Ю., Теплюк Н. П.,
Потекаев Н. Н., Тарасенко Ю. Г.*

*Кафедра кожных и венерических болезней ММА имени И. М. Сеченова
Москва*

Псевдолимфомы кожи — это доброкачественные дерматозы, возникающие в ответ на воздействие различных экзогенных и эндогенных факторов, сходные гистологически и/или клинически с истинной лимфомой кожи, в основе которых лежит пролиферация лимфоидных клеток.

Особый интерес представляют факторы инфекционной природы (вирусы простого и опоясывающего герпеса, боррелии, чесоточные клещи).

В связи с этим представляем наше наблюдение возникновения псевдолимфомы в ответ на длительную персистенцию патогенных грибов.

Пациент Г., 67 лет, поступил в клинику кожных болезней ММА им. И. М. Сеченова с предположительным диагнозом «лимфома кожи» в феврале 2002 года. При этом предъявлял жалобы на генерализованные высыпания, сопровождающиеся сильным зудом, анорексию, лихорадку, слабость, нарушение сна, снижение массы тела за последние 6 мес. на 7 кг. Болен в течение 5 лет. Первые элементы появились на коже предплечий, груди, в паховых областях. Одновременно возник зуд. Ничем не лечился. В течение последнего года кожный процесс принял универсальный характер.

При осмотре поражение кожи хронического воспалительного характера. Высыпания располагались практически по всему кожному покрову по типу парциальной эритродермии; свободны от высыпаний голени; на предплечьях и пояснице — участки здоровой кожи. Кожные покровы были значительно лихенифицированы, красного цвета с синюшным оттенком, очаги были окаймлены по периферии папулами, которые образовали едва заметный валик более яркой, красновато-бурой окраски, покрытые чешуйками и корочками. На поверхности поражения наслоения мелких и средних беловато-серых чешуек, обильные линейные и точечные эксфолиации, покрытые геморрагическими корочками. На подошвах умеренные гиперкератотические наслоения, особенно в пяточной области. Ногти стоп желтоватого цвета, мутные, деформированы, по свободному краю утолщены. Субъективно: резкий зуд в местах высыпаний.

Общий статус: при пальпации определялись одиночные подчелюстные, шейные, надключичные и подмышечные лимфатические узлы, одинаково

выраженные с обеих сторон, размером до 1.5 см, плотноэластической консистенции, подвижные, безболезненные, не спаянные друг с другом и окружающими тканями. Другие группы лимфатических узлов не пальпировались.

В общем анализе крови: повышение лейкоцитов до 11.75×10^9 /л, повышение тромбоцитов до 418×10^9 /л, снижение гемоглобина до 119 г/л, СОЭ — 40 мм/ч, эозинофилия — 24%. В биохим. анализе крови: снижение альбумина — 3.4 г/дл, повышение общего холестерина — 273 мг/дл. КСР отрицат. АТ к ВИЧ — не выявлены. Общий анализ мочи: белок — 0.033%. В анализе мочи по Нечипоренко: следы белка. Остальные показатели в пределах нормы.

Парциальная эритродермия с периферическим валиком более яркой окраски, сопровождавшаяся лимфаденопатией и общими явлениями в виде потери аппетита, снижением массы тела, анорексии, нарушением сна, слабости, дала основание предположить клинически генерализованную руброфитию, которая возможно развилась на фоне онкологического заболевания. В связи с чем больному был проведен тщательный онкопоиск, который не выявил онкологической патологии. 1. Фиброколоноскопия: хр. атрофический колит; 2. Ректороманоскопия: хронический атрофический проктосигмоидит, наружный геморрой в стадии полной ремиссии. 3. ЭГДС: хронический атрофический гастрит, бульбит. 4. Флюорография: без патологии. 5. Рентгенологическое исследование легких: возрастные изменения. 6. УЗИ брюшной полости: хронический холецистит, диффузное уплотнение поджелудочной железы, конкременты в левой почке, микролиты в обеих почках, кисты в левой почке, пневмотоз кишечника. 7. Консультации специалистов. Уролог: хронический простатит, хронический цистит, аденома предстательной железы. ЛОР: тугоухость. Окулист: глаукома. Терапевт: артериальная гипертензия; хронический обструктивный бронхит, вне обострения.

Вместе с тем в гистологической картине в эпидермисе отмечался выраженный неравномерный акантоз, участки паракератоза, слабый экзоцитоз. Во всей толще дермального слоя, преимущественно периваскулярно имелись плотные инфильтраты, состоящие из гистиоцитов, лимфоцитов, нейтрофилов, плазматических клеток. При ШИК-реакции мицелий патогенных грибов обнаружен не был. Такая морфологическая картина не позволяла исключить начальные проявления лимфомы.

При микроскопии чешуек из нескольких очагов поражения гладкой кожи и ногтевых пластинок рук и ног были обнаружены нити мицелия патогенных грибов, при посеве патологического материала наблюдался рост культуры грибов *Tr. rubrum* и *Epidermophyton floccosum*.

Таким образом, гистологическая картина, напоминающая лимфому кожи, парциальная эритродермия с валиком по периферии очагов, системные проявления (в виде лимфаденопатии, анорексии, слабости, нарушения сна, снижении массы тела за короткий срок на 7 кг.), отсутствия поражения внутренних органов, лабораторных изменений (эозинофилия), гистологической картины (слабый экзоцитоз, плотные, дермальные инфильтраты) и обнаружение патогенных грибов (*Tr. rubrum* и *Epidermophyton floccosum*), позволили поставить диагноз «синдром псевдолимфомы как клиническая форма двойной микотической инфекции».

Учитывая этиологию заболевания, больному был назначен один из эффективных системных антимикотиков — ламизил (тербинафин) в дозе 250 мг 1 раз в сутки в течение 2 месяцев. На ногтевые пластинки — лак Лоцерил. Лечение переносил хорошо, без побочных эффектов.

Исчезновение зуда наблюдалось через 8 дней от начала лечения ламизилом. На 10-й день кожные покровы побледнели, приобрели бледно-буроватую окраску, инфильтрат заметно уменьшился. На 14-й день — периферический валик упростился, экскориации эпителизировались. При микроскопическом исследовании с гладкой кожи, в пушковых волосах и ногтях стоп (на 17 день) мицелий патогенных грибов продолжал обнаруживаться. На 25-й день высыпания разрешились на 70%. Общее состояние больного заметно улучшилось, появился аппетит, нормализовался сон. На 40-й день от начала лечения при микологическом исследовании гладкой кожи патогенные грибы не обнаружены; в пушковых волосах — единичные споры; в ногтевых пластинках стоп, межпальцевых складках, сводах стоп — мицелии патогенных грибов.

В результате проведенного лечения наблюдалось почти полное клиническое излечение: кожные покровы свободны от высыпаний, приобрели цвет нормальной кожи, общее состояние улучшилось, нормализовался сон и аппетит, зуд прекратился, масса тела восстановилась до прежнего уровня, лимфатические узлы уменьшились, гематологические показатели также нормализовались. Однако все ногтевые пластинки ног оставались пораженными на 50-60%, хотя отмечался рост здоровых ногтей от заднего валика, в связи с чем лечение ламизилом было продолжено.

Наше наблюдение является первым описанием в литературе синдрома псевдолимфомы, развившегося в ответ на микотическую инфекцию.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРИХОМИКОЗОВ

*Поздняков А. Л., Тулинова И. А., Кузьмина М. В.
Областной клинический кожно-венерологический диспансер
Воронеж*

Трихомикозы включают в себя трихофитию, микроспорию, фавус. Это группа контагиозных заболеваний, которые вызываются антропофильными и зооантропофильными грибами. Инфицирование происходит при непосредственном контакте больных со здоровыми (прямой путь), при прямом контакте с больными животными, а также через предметы, бывшие в употреблении у больных. Диагностика легко осуществляется при исследовании пораженных волос и чешуек гладкой кожи микроскопически и культурально.

Нами проанализирована группа больных — 50 человек — с подозрением на трихомикозы. Из них 46 человек (92%) в возрасте с 1 года до 17 лет, 2 человека (4%) 18-60 лет; 2 человека (4%) старше 60 лет.

Данные цифры в очередной раз подтверждают, что трихомикозами волосистой части головы и гладкой кожи болеют в основном дети. Это объясняется дисбалансом гуморально-клеточных факторов иммунитета, недостаточной концентрацией бактерицидных компонентов сыворотки крови и снижением уровня фунгистазы в волосяных фолликулах у детей в возрасте до 14-15 лет.

При обследовании пациентов в 92% случаев (46 человек) выставлен диагноз микроспория, в 8% случаев (4 человека) — трихофития.

По распространенности процесса и локализации очагов поражения сложилась следующая картина.

трихофития		микроспория		
Волосистая часть головы	Гладкая кожа	Волосистая часть головы	Гладкая кожа	Волосистая часть головы + гладкая кожа
3 ч. 6%	1 ч. 2%	16 ч. (32%)	19 ч. (38%)	11 ч. (22%)

Из анамнеза выяснено, что у 2 больных заболевание началось с гладкой кожи, а при отсутствии лечения, процесс распространился на волосистую часть головы в дном случае через 1 месяц с начала заболевания, а во втором через 2 месяца.

Для подтверждения диагноза использовались методы лабораторной диагностики: бактериоскопический и бактериологический.

Исследуемая группа была разделена на две подгруппы: в первую входили больные не получавшие лечения до момента обращения к специалисту микологу, а во вторую те, кто занимался самолечением до визита к врачу.

Диагноз трихофитии был подтвержден в 4 случаях бактериологическим посевом, в котором выросла культура *Tr mentagraphytes* (var. *gypseum*). Больные получили курс стационарного лечения и выписаны с клиническим выздоровлением. Для объективной оценки результатов лечения проведено микроскопическое исследование на грибы с 5-7 дневным интервалом после прекращения лечения. Контрольные исследования выполнялись в течение 3-х месяцев диспансерного наблюдения.

При постановке диагноза микроспория, по данным лабораторного подтверждения, получены следующие результаты:

1 подгруппа — пациенты получавшие ранее лечение

6 человек (12%) — диагноз подтвержден микроскопически;

5 человек (10%) — диагноз подтвержден бактериологически (*microsporum canis*);

5 человек (10%) — положительны были результаты как микроскопического, так и бактериологического исследований.

2 подгруппа — пациенты не получавшие ранее лечения:

3 человека (6%) — положительны результаты микроскопии;

16 человек (32%) — диагноз подтвержден микроскопически и бактериологически.

И определилась третья подгруппа больных, у которых результаты лабораторных исследований оказались отрицательными, они составили 11 человек (22%). При изучении этой подгруппы было выяснено, что пациенты до обращения к микологу, самостоятельно проводили лечение йодом, серной мазью и другими противогрибковыми препаратами. Учитывая анамнез: контакт с больными животными, детьми, а так же в некоторых случаях, флюоресценция в лучах лампы Вуда, позволило заподозрить у них грибковое заболевание, им было проведено пробное лечение и диагностировано клиническое выздоровление, подтвержденное лабораторными исследованиями.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Проводимое больными самолечение и позднее обращение к специалисту затрудняет диагностику трихомикозов, а в определенном проценте случаев приводит к невозможности лабораторного подтверждения диагноза;

2. Несвоевременно начатое или неадекватное лечение приводит к распространению процесса и поражению, в некоторых случаях, волосистой части головы, что требует более длительного лечения системными антимикотиками.

3. Пациенты, сразу обратившиеся к микологу, составили самую большую группу — 32%, у них были получены положительные результаты микроскопического и культурального исследования, что очень важно для дифференциальной диагностики трихомикозов и правильного своевременного лечения.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКОЗАМИ СТОП ЗА 1998—2002 гг. В РАЙОНЕ ОБСЛУЖИВАНИЯ КВД № 13 Г. МОСКВЫ

*Расовская Н. Е., Шапаренко М. В., Шульгина И. Г.,
Загорская Н. Ф., Ващенко Н. Я., Синятуллина Н. Р.*

*РМАПО, КВД № 13
Москва*

В 1998г. в КВД № 13 г. Москвы обратилось 2577 больных микозами стоп с поражением ногтей и кожи. В 1999г. микоз стоп с поражением ногтевых пластинок и кожи диагностирован у 243 7 человек. В 2000г. онихомикоз стоп с поражением кожи диагностирован у 2352 лиц. В 2001 г. микоз стоп с поражением кожи и ногтей диагностирован у 2454 человек, в том числе у 242 лиц с впервые в жизни установленным диагнозом.

За 11 месяцев 2002г. онихомикоз с вовлечением в патологический процесс одновременно и кожи диагностирован у 2252 человек, в том числе у 180 человек с впервые в жизни установленным диагнозом.

Анализируя представленные данные можно сделать заключение, что заболеваемость микозами стоп сохраняется на высоком уровне.

Диагноз микоза стоп подтверждался обнаружением мицелия гриба при микроскопическом исследовании,

Комбинированное лечение, включающее назначение системного антимикотического препарата и наружные средства в 2002г. назначено 535 больным, что составило 24,2%. Остальным больным назначено только наружное лечение разнообразными антимикотическими препаратами.

ИНТЕРАКТИВНОЕ СЕТЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКИ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Романовская Т. А., Сергеев А. Ю., Сергеев В. Ю.

*Институт аллергологии и клинической иммунологии
Москва*

Вульвовагинальный кандидоз (ВВК) встречается у 75% женщин детородного возраста. Вопросы эпидемиологии ВВК неоднократно привлекали внимание исследователей. За рубежом ими неоднократно использовались анонимные опросники. Зная возраст дебюта заболевания и учитывая быстро растущую женскую интернет-аудиторию в России, мы разработали особый анонимный метод интерактивного опроса страдающих кандидозом и разместили его в форме программы-скрипта на интернет-сайте Института аллергологии и клинической иммунологии.

Основной интернет-трафик к данному ресурсу привлекался поисковыми машинами, отвечающими на типовые запросы с ключевыми словами «молочница» и «кандидоз». В течение 20 месяцев с начала работы нашей программы данную страницу посетили 3784 женщины. Опросник состоял из 18 вопросов.

Нами была разработана специальная система отслеживания и фильтрации двойных ответов и участия респондентов-мужчин, а также ложных ответов. Среди всех респондентов 2108 отчетов были найдены пригодными для исследования и были далее проанализированы. Из них 34% были жителями Москвы, 52.3% — других регионов России и СНГ и 13.7% — гражданами других государств. Шестьдесят восемь процентов респондентов были служащими, 20.2% — студентами и 11.1% — домохозяйки.

Средний возраст пациенток составил 26.5 +/-6.03 лет (допущенный диапазон 15–60 лет). Среди них, 36.2% сообщили о продолжительности ВВК, меньшей чем 1 год, 44.2% — от 1 до 5 лет и 19.6% — более 5 лет. Продолжительность заболевания положительно коррелировала с частотой обострений (36.1% — меньше чем 3 эпизода в год, 15.1% — больше чем 3, 28.4% — каждый месяц и 20.4% — персистирующий ВВК).

Среди предрасполагающих к ВВК факторов 5.8% отметили беременность, 27.7% — лечение с антибиотиками, 6.6% — гормональную контрацепцию, 32.4% — другие причины и 27.6% — отсутствие видимой причины.

Приблизительно 20% женщин сообщили о кандидном баланите у партнера. Сорок один процент респондентов сообщили о наличии не менее одной сопутствующей урогенитальной инфекции. О эпизодах лабиального герпеса в течение года сообщило 44. 9%. Приблизительно 19% отметили присутствие атопического состояния и 41. 2% — наличие разных аллергических реакций.

Использование метода интернет-опроса, по-видимому, весьма целесообразно в изучении болезней с дебютом в молодом и взрослом возрасте. Анонимность и широкая доступность подобных опросов позволяет быстро получать данные на большом эпидемиологическом материале.

ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ И РЕАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Романовская Т. А.

*Институт аллергологии и клинической иммунологии
Москва*

Вульвовагинальный кандидоз (ВВК) нередко отличается хроническим течением с частыми рецидивами или персистированием. Лечение ВВК противогрибковыми и традиционными антисептическими средствами в таких случаях дает временную ремиссию, а затем вновь сопровождается очередным эпизодом заболевания. В этой связи многие практикующие гинекологи вместе с противогрибковыми средствами назначают и другие препараты в качестве корригирующей терапии. Следует заметить, что многие подходы, практиковавшиеся ранее в лечении рецидивирующего вагинального кандидоза, в настоящее время признаются необоснованными. По результатам сравнительных исследований, не сокращает частоты рецидивов лечение низкоабсорбируемыми пероральными антимикотиками (нистатин) для исключения реинфекции из кишечника. Спорным вопросом остается целесообразность лечения полового партнера. Она не доказана однозначно, однако супружеский кандидный баланит реально отмечается у партнеров значительной части больных с хроническим ВВК. Рациональным подходом, с нашей точки зрения, является лечение партнера только при наличии у него жалоб и клинических проявлений. Использование эубиотиков для коррекции кишечного дисбиоза при вагинальном кандидозе не имеет доказательного научного обоснования. Тем не менее, этот метод лечения довольно широко распространен.

Зарубежными исследователями не было выявлено однозначных дефектов иммунитета при хроническом ВВК. Опыт отечественных исследователей проблемы кандидоза указывает на такую возможность (в частности, снижение числа CD4+ лимфоцитов, IgA). Без исследования иммунного статуса назначение иммунокорректоров при ВВК, как правило, не имеет смысла.

В последнее время в связи с частыми рецидивами после лечения порой стали подниматься вопросы об устойчивости возбудителя к противогрибковым средствам, в том числе о приобретенной устойчивости, развивающейся в ходе лечения. Наш опыт не свидетельствует о селекции устойчивых штаммов *C. albicans* или устойчивости, обусловленной редкими видами. Неудачи лечения могут объясняться особенностями специфической реакции макроорганизма на антигены возбудителя.

Единственным рациональным и доказательным подходом к лечению хронических форм ВВК в настоящее время может считаться системная этиотропная терапия. При этом следует отдавать себе отчет, что рецидив заболевания через определенный, более или менее продолжительный, период времени является неизбежным событием. Оптимальная схема, поддерживавшая бы наибольший период ремиссии, в настоящее время не разработана. Перспективной может оказаться комбинированная терапия, включающая системный антимикотик и иммуноотропный препарат.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОНИХОМИКОЗОВ У ИММУНОЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ В ХАРЬКОВСКОМ РЕГИОНЕ

Рощенюк Л. В.

*Харьковский областной клинический кожно-венерологический диспансер
Харьков, Украина*

Онихомикозы достаточно распространены. Они случаются у 2-5% населения, составляют от 2 до 13% всех кожных заболеваний и примерно 30% всех грибковых болезней кожи.

Значительная распространенность онихомикозов, высокая устойчивость и быстрая адаптация их возбудителей к лечебным препаратам, продолжительность приема во внутрь далеко не индифферентных для организма лекарств, частые неудачи терапии (особенно у лиц, пострадавших от радиации) требуют постоянного поиска и внедрения в практику новых патогенетических средств.

Мы наблюдали 120 больных (42 женщины и 78 мужчин) в возрасте от 36 до 70 лет с грибковыми поражениями кожи и ногтей пальцев стоп и кистей, пострадавших от аварии на Чернобыльской АЭС, Украина. Продолжительность существования онихомикозов у 114 из них варьировала от 2 до 30 лет и более (в среднем длительность болезни составляла 14,3±0,6 года).

У 33 (27,4%) больных ногти были поражены на пальцах стоп и кистей, у 85 (71%) — на пальцах стоп и у 2 (1,6%) — отмечено изолированное поражение ногтей только на пальцах кистей. У 38 (32,1%) пациентов в патологический процесс было вовлечено от 1 до 4 ногтей, у 60 (49,8%) — от 5 до 10 ногтей и у 22 (18,1%) — более 10 ногтей, в том числе у 6 из них наблюдалось поражение всех ногтевых пластин. Средний показатель, характеризу-

ющий количество пораженных ногтей у больных анализируемой группы, составил $7,3 \pm 0,4$. У большинства пациентов ногти на пальцах стоп и кистей были поражены по смешанному типу, однако на стопах доминировал гипертрофический тип 74 (61,7%), на кистях - нормотрофический 100 (83,3%) и у 8 (7,1%) человек часть ногтевых пластин была изменена по онихолитическому типу. Умеренный или выраженный подногтевой гиперкератоз наблюдался у 72 (59,8%) больных с поражением ногтей на пальцах стоп и у 6 (17,1%) - на пальцах кистей. Матрикс ногтей был вовлечен в патологический процесс у 84,3% больных на пальцах стоп и у 77,8% - на пальцах кистей. Площадь поражения ногтевых пластин варьировала в широких пределах (от 10-15 до 100%) и составляла в среднем $71,5 \pm 2,1\%$ на пальцах стоп и $68,3 \pm 4,5\%$ на пальцах кистей.

Для решения поставленной задачи данное число (120) больных было разделено на две группы по 60 человек в каждой (больные онихомикозом кистей и стоп, страдающие различной патологией внутренних органов, которые в свое время подверглись воздействию радиации).

Соблюдалась равноценность распределения больных по возрасту, давности заболевания и облучения, форме и выраженности основного процесса, наличию сопутствующих заболеваний и исходным лабораторным данным.

Общепринятую при онихомикозе стоп этиотропную терапию проводили как больным первой, так и второй группы. При этом учитывалась клиническая форма дерматоза. 60 больным онихомикозом первой группы при отсутствии противопоказаний рекомендовали антимикотические средства: орунгал по схеме пульс-терапии: по 2 таблетке 2 раза в сутки в течение 7 дней с 3-х недельным перерывом. На курс лечения 3 цикла.

Больным второй группы для коррекции, в первую очередь, иммунного статуса мы рекомендовали неовир, и ревалид, препарат, ускоряющий рост ногтевой пластинки.

Ближайшие результаты лечения больных онихомикозом стоп, подвергшихся облучению в прошлом, имеющих патологию внутренних органов, по предложенной нами методике значительно превышали терапевтический эффект традиционного лечения. Благоприятные ближайшие результаты терапии во второй группе получены у 90% больных, а в первой группе - у 75%.

Наряду с благоприятным терапевтическим эффектом в более короткие сроки во второй группе, в отличие от первой, положительно изменились показатели иммунного статуса.

В отличие от больных первой группы (традиционно пролеченных), которые не получали предложенной нами корригирующей терапии и ревалида, у пациентов второй группы к концу лечения зарегистрировано: статистически достоверный ($p < 0,05$), относительно показателей до лечения, рост фагоцитарного индекса (ФИ); снижение уровня показателя неспецифических реакций - ЦИК. Особенно наглядно ($p < 0,01$) при этом наблюдалось увеличение фагоцитарного числа (ФЧ).

У больных второй группы, после терапии рекомендованными нами препаратами, зарегистрированы достоверные ($p < 0,05$) изменения иммуноло-

гических показателей относительно их до лечения: гуморальных реакций за счет снижения уровней Ig M и Ig A; возрастание показателей состояния иммунологической реактивности в РБТЛ на ФГА. В то же время не наблюдаются существенные сдвиги в иммунных показателях в первой группе (традиционно пролеченных), за исключением статистически достоверного снижения Ig M ($p < 0.05$). Изменения гуморальных реакций и состояния иммунологической реактивности у больных второй группы были более благоприятными, но их показатели не достигали уровня у лиц группы сравнения ($p > 0.1$).

Выводы. Таким образом, применение препаратов неовира и ревалида в комплексном лечении онихомикозов с обязательной традиционной противогрибковой терапией орунгалом, позволяет повысить эффективность лечения лиц, подвергшихся радиационному воздействию в связи с аварией на Чернобыльской АЭС.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОНИХОМИКОЗОВ В УКРАИНЕ

Руденко А. В., Коваль Э. З., Заплавская Е. А.
Институт урологии АМН Украины
Киев, Украина

Онихомикозы и другие микотические инфекции, сопутствующие им, все больше распространяются и обнаруживаются в различных странах. Диагностика и лечение их становятся глобальной проблемой.

В Украине исследования в области медицинской микологии до недавнего времени целенаправленно не проводились. Дерматологи начали отмечать у больных онихомикозом появление микромицетов спустя несколько лет после аварии на ЧАЭС, однако в публикациях было отражено только постоянное наличие их в исследуемом материале, а в некоторых случаях и доминирование некоторых видов — продуцентов биологически активных веществ у работников, обслуживающих соответствующие производства. Сведения об обнаружении у больных глубоких микозов и онихомикозов стали публиковаться только в последние годы. По данным результатов исследований секционного и биопсийного материала, проведенных в Одесской области, только за год глубокие микозы были причиной смерти у 1,2% больных (Войно-Ясенецкая и др., 2000). Микотическая инфекция постоянно прослеживается у больных раком легких (Влазнева, 2000; Кузовкова, 2001). В связи с влиянием многочисленных техногенных и экологических факторов на состояние здоровья населения Украины можно прогнозировать увеличение случаев различных форм микозов, в том числе и онихомикозов. В этом аспекте онихомикозы представляют особый интерес как возможный инвазивный потенциал системных микозов.

В 1999–2001 гг. нами проведены исследования с целью инвентаризации и мониторинга возбудителей онихомикоза в Украине. Обследованию подвергались пациенты недерматологических клиник и соответствующих диспансеров 14 областей. Всего обследовано 1564 больных, у которых отобрано 1619 образцов ногтевых пластинок кистей и стоп с различным типом микотической инвазии, который оценивали по клиническому индексу Сергеева (КИОТОС), принятому в медицинской практике. Клинический диагноз был экспериментально подтвержден для большинства (96,6%) обследованных больных.

Наиболее распространенный на территории Украины *Trichophyton rubrum* обнаружен у 996 больных (63,7%), причем в монокультуре только у 4-х. Дрожжеподобные грибы выделены из ногтевых пластинок 220 больных (14,6%), хотя в монокультуре не отмечались. Микромицеты инфицировали ногтевые пластинки кистей и стоп у 1540 больных (98,1%), но только у 88 (5,1%) из них выделялись в монокультуре, т. е. у основного количества больных преобладали ассоциации различного компонентного состава. Четко прослеживалась связь выделяемых патогенов с состоянием разрушенности ногтя. Штаммы *Trichophyton rubrum* преобладали на ногтевых пластинках с начальной и средней степенью разрушенности (КИ=1...2), а на более деформированных (КИ=3...4) преобладали микромицеты. Эта закономерность выделения дерматомицетов и микромицетов в зависимости от состояния патологического процесса отмечалась и для стоп, но только с той разницей, что преобладали случаи поражения ногтей с оценкой по КИ=4...5. Такие ногтевые пластинки были инфицированы микромицетами нескольких видов или многокомпонентными ассоциациями.

Видовой спектр обнаруженных микромицетов отличался разнообразием принадлежности к разным таксонам. Преобладающими были представители родов *Penicillium*, *Aspergillus*, группы темноцветных гифомицетов, муко-ральных, а также аскомицет *Chaetomium globosum*.

Для каждого из городов, где было проведено обследование больных, характерны уровень инфицированности и специфическое соотношение наличия дерматомицетов и микромицетов у пациентов. Дерматомицетами было поражено наибольшее количество больных из городов Донецка, Днепропетровска, Ив. -Франковска, Львова, Николаева, Одессы, Тернополя и ужгорода. Каждый из городов отличался специфическим компонентным составом возбудителей онихомикоза, обнаруженных у больных. Так, у больных гг. Львова и Херсона наиболее частым возбудителем был *Chaetomium globosum*, который отмечался как компонент ассоциаций, так и в монокультуре. У больных гг. Винницы и Днепропетровска преобладали штаммы *Alternaria alternata* *Penicillium implicatum*; у больных г. Донецка — комплекс темноцветных и муко-ральных; у больных г. Запорожья — *Cladosporium cladosporioides*, *Rhizopus arrhizus*, *Penicillium decumbens*; у больных г. Ив. -Франковска — *Cephalosporium acremonium* и *Penicillium cyclopium*; у больных г. Киева — комплекс темноцветных, *Aspergillus nidulans* и *Penicillium fellutanum*; у больных г. Николаева — комплекс темноцветных, *Aspergillus carbonarius*, *Asp. sydowi*; у больных г. Одессы — *Asp. niger*, *Asp. flavus* *Cladosporium sphaerospermum*, *Penicillium cyclopium*, *P.*

expansum, *P. multicolor*; у больных г. Полтавы — *Alternaria alternata*, *Cephalosporium acremonium*, *Scopulariopsis brevicaulis*; у больных г. Тернополя — комплекс темноцветных, *Asp. fumigatus*, *Asp. sydowi*, *Penicillium expansum*, *P. implicatum*; у больных г. Ужгорода — *Rhizopus arrhizus*, комплекс темноцветных; *Fusarium oxysporum*, *Penicillium fellutanum*; у больных г. Херсона — *Absidia blackesleana*, комплекс темноцветных *Asp. flavus*, *Asp. niger*, *Penicillium cyclopium*.

Эти данные свидетельствуют о достаточно высоком уровне инфицированности больных, независимо от области проживания. Поскольку в настоящее время разрабатываются критерии по оценке инфекционной опасности окружающей среды, а преимущественное количество выделенных микроорганизмов относится к группе потенциально опасных грибов, то необходимо учитывать подобные данные при установлении диагноза и выборе лечения, а также проведении профилактических мероприятий во избежание возникновения не только ониомикоза, но и системных микозов.

МИКООБСЕМЕНЕННОСТЬ ПРИ ПСОРИАЗЕ

Руденко И. Б., Свирид С. Г.

*Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца
Киев, Украина*

Доминирующими особенностями современного течения псориаза выступают мультифакторность генеза, вариабельность клинического течения, рефрактерность к традиционным методам терапии. Возрастающее значение в патогенезе заболевания отводится инфекционным агентам бактериальной, вирусной и фунгальной природы.

Поэтому, изучалась микообсемененность кожи больных псориазом с целью рассмотрения роли грибов в манифестации патологического процесса. Под наблюдением находилось 12 пациентов, страдающих псориазом в возрасте от 20 до 63 лет. Диссеминированные формы заболевания (в том числе субэритродермия и эритродермия) отмечены у 11 больных, а ограниченная — у 1. Прогрессивная стадия диагностирована у 4, стационарная — у 8 пациентов. Длительность заболевания составляла от 18 месяцев до 38 лет. Се больные ранее получали общепринятую терапию с использованием седативных препаратов, иммуномодуляторов, витаминов, УФО, наружных средств, не приводящих к стабильной эффективности.

Посев чешуек с центральной и периферических зон псориазических элементов производили на среду Сабуро с добавлением левомецетина для подавления роста сопутствующей микрофлоры. Местное терапевтическое воздействие на очаги поражения прекращалось за 7 дней до микологического обследования. Топографические участки для посева выбирались вне ареалов излюбленной локализации грибов.

Идентификация полученных культур показала, что у 10 больных изолированы дрожжеподобные грибы *S. albicans* при распространенной клинической форме заболевания. У 1 пациента с ограниченным псориазом выде-

лены лишь плесневые грибы *Penicillium*. Рост дерматофитной флоры отсутствовал у всех наблюдаемых больных.

Таким образом, кандидозная обсемененность может рассматриваться как преобладающая на очагах псориазического поражения. Обращает на себя внимание отсутствие ассоциированных культур, что позволяет предположить возможность конкурентного ингибирования различных слагаемых фунгального пейзажа. Возможна и дерматофитоподавляющая активность псориазического инфильтрата. Роль же общих иммунопатологических сдвигов в развитии фунгального дисбаланса представляется сомнительной, поскольку выявленная избирательность обнаружения условно — патогенной флоры характеризуется локальностью. Требуется детальное изучения вероятная конкордантность антигенов грибов рода *Candida* и пролиферативной активности клеток псориазических элементов.

МИКОЗЫ СТОП В ЗОНЕ ЗАГРЯЗНЕННОЙ РАДИОНУКЛИДАМИ

Рудницкий Е. А., Соболев А. В., Киселева Л. Ф.

НИИ медицинской микологии имени П. Н. Кашкина

Санкт-Петербургской МАПО

Санкт-Петербург,

Брянский областной кожно-венерологический диспансер

Брянск

Микозы стоп (МС) — широко распространенные заболевания, значительно влияющие на качество жизни (КЖ) населения.

МС — маркер иммунодефицитных состояний и бесспорного лидера среди возбудителей микозов стоп *T. rubrum* по праву можно назвать спутником иммуноскомпроментированных лиц. Аналогичную роль выполняет и представитель дрожжеподобных грибов *Candida albicans*, но в этом случае уже речь идет о дисбиозах слизистых желудочно-кишечного тракта и моче-половой сферы.

Цель работы: исследование распространенности и особенностей клиники микозов стоп у лиц проживающих в зоне загрязненной радионуклидами.

Материал и методы: изучена динамика заболеваемости микозами стоп всего населения Брянской области за 1998-2001 г. г. (соответственно 12-16 лет после аварии на Чернобыльской АЭС). Так же исследована заболеваемость микозами стоп за тот же период (1998-2001 г. г.) населения двух районов области: наиболее загрязненного и относительно чистого района. Радионуклидами зоны загрязнения являются радиоактивный стронций-90, радиоактивный цезий-137, радиоактивный плутоний.

Результаты и обсуждение: В целом по области в 1998г. было зарегистрировано 1476 случаев заболеваний микозами стоп (интенсивный показатель на 100 000 населения 103,6) в 1999 г. — 1806 (126,8), в 2000 г. — 1842

(129,3) и в 2001 — 2374 (156,7). Таким образом только за последние четыре года заболеваемость микозами стоп по области выросла на 898 случаев, а интенсивный показатель за эти годы увеличился на 53,1.

Выявлен весьма убедительный рост заболеваемости микозами стоп у населения загрязненного района по сравнению с районом не подвергшемся радионуклидному загрязнению. Так в загрязненном районе заболеваемость составила в 1998 г. — 33 случая (интенсивный показатель на 100 000 населения 227,4), за тот же период в относительно чистом районе выявлено 2 случая (8,5).

Та же тенденция сохраняется и в последующие годы: 1999- 48 (330,8) и — 5 (21,4), 2000 г. 48 (330,8) и — 9 (29,4), 2001 г. — 54 (372,1) и — 9 (29,4).

При анализе амбулаторных карт и историй болезни заболевших выявлена четкая закономерность: в зоне подвергшейся радионуклидному загрязнению преобладали формы с выраженной экссудацией, мокнутием, наличием пузырей, осложнениями пиогенного характера, наличием множественных микидов.

Выводы: значительное увеличение числа заболеваний микозами стоп, их более яркая, более выраженная, более тяжелая клиника у иммуноскомпроментированных лиц (каковыми являются жители зоны радионуклидного загрязнения) по сравнению с заболеваемостью у жителей радиационно-благополучных мест проживания позволяет нам сделать вывод, что микозы стоп (МС) являются одним из маркеров вторичного иммунодефицита обусловленного длительным воздействием на организм ионизирующего излучения радионуклидной природы.

ЛАМИЗИЛ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННЫМ ТОТАЛЬНЫМ ОНИХОМИКОЗОМ С СЕРЬЕЗНОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Рукавишникова В. М.
ГУ «ЦНИКВИ МЗ РФ»
Москва*

Предложена и апробирована у 110 б-ных 18-83 лет (мужчин-47, женщин-63) множественным тотальным онихомикозом щадящая схема применения ламизила. Антимикотик назначался ежедневно по 250 мг/сут только 1 мес. Лечение, в последующие 2-й, а при медленном отрастании ногтей — 3 мес. в той же дозе — через день, с 3(4) мес. — 1 раз в неделю до полного отрастания ногтей (6-9 мес.). Длительный и непрерывный прием ламизила необходим для санации глубоких тканей концевой фаланги, дермы, гиподермы, лимфоузлов, которые антимикотик покидает быстро, а грибы находятся там в основном в виде спор, мало доступных для санации.

Спустя 2 года излеченными оказались 102 из 110 б-ных (92%). Это были 30 из 33 б-ных (90,8%) с сопутствующими эндокринопатиями (са-

харный диабет, гипотиреоз). Помимо кожи ногтей у 12 пораженными оказались пахово-бедренные складки. Здоровые ногти отросли также у 32 из 34 б-ных (94,1%) с компенсированными болезнями печени и ЖКТ, у 6 из 7 б-ных (85,7%) хроническим лимфолейкозом, аденомой простаты, фиброзно-кистозной мастопатией, у 34 из 36 б-ных (94,4%) группы сравнения без серьезной сопутствующей патологии. Неизлеченными оставались единичные, в основном 1-е ногти стоп, прежде измененные по типу онихогрифоза, у 8-ми больных.

Скоропреходящие побочные явления в виде слабости, сонливости, небольших головных болей, дискомфорта в эпигастральной области и / или правом подреберье отмечены у 5-ти больных (4,6%). Они не сопровождались изменениями параклинических показателей и не требовали отмены препарата.

Предложенная схема применения ламизила, не уступая по эффективности традиционной, отличается лучшей переносимостью, большей доступностью и дешевизной.

ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ

*Рукавишникова В. М.
ГУ ЦНИКВИ МЗ РФ
Москва*

Разноцветный лишай (РЛ)- часто встречающийся микоз, вызываемый липофильным грибом *Malassezia furfur*. Он проявляется невоспалительными, слегка шелушащимися пятнами разного цвета, склонными к слиянию в обширные очаги поражения, преимущественно себорейных участков кожного покрова. Благодаря липолитической активности грибок может усиливать воспаление сальных желез, кератинизацию, формирование фолликулитов.

При распространенных формах РЛ лечение одними наружными противогрибковыми средствами мало эффективно.

Мы с успехом применили у 27-и б-ных распространенным РЛ низорал, используя его выраженные противогрибковые и антиандрогенные свойства. Антимикотик назначался короткими, но насыщенными курсами по следующей методике: одномоментно натощак б-ной принимал 2 табл. (400мг.) препарата, запивая его кислым соком или соляной кислотой с пепсином. После 2-х часовой экспозиции ему предлагалось интенсивно (до пота) физически поработать, что обеспечивало активное выделение низорала сальными и потовыми железами и путем простой диффузии. Далее по прошествии 1 часа пациент принимал душ, менял белье, предварительно проглаженное и прокипяченное. Через неделю описанные процедуры повторялись. На курс расходовались 4 таблетки (800мг.) препарата.

У всех наблюдаемых нами больных наступило стойкое излечение. При этом отсутствовали какие-либо побочные реакции и осложнения. Предложенная методика лечения низоралом распространенных форм РЛ заслуживает внимания, т. к. отличается высокой эффективностью, щадящим характером, доступностью.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫМ МИКОЗОМ

Русакевич П. С.

*Белорусская медицинская академия последипломного образования
Минск, Беларусь*

Проблема изучения патологических состояний шейки матки, их диагностики и лечения сохраняют свою актуальность в охране здоровья женщины. Традиционно их делят на предраковые и фоновые. При этом доброкачественные изменения органа-мишени репродуктивной системы выявляются у 36 — 80% больных. Многие вопросы диагностики, и особенно их лечения, далеки от полного разрешения. Установлено (П. С. Русакевич, 2001), что факторами риска развития и персистенции фона и предрака шейки матки служат дисгормональная ($56,6 \pm 0,2\%$), воспалительная ($38,7 \pm 0,2\%$) и смешанная ($4,7 \pm 0,2\%$) патология репродуктивной системы женщины. Доказано, что формирование иммунологической недостаточности (100% случаев), изменение гормонального баланса ($97,7 \pm 0,6\%$), высокая инфицированность специфической ($34,1 \pm 2,0\%$) и неспецифической ($66,9 \pm 2,0\%$) флорой, наличие воспалительной реакции в шейке матки — ($31,2 \pm 1,3\%$) являются патогенетическими факторами, усугубляющими клиническое течение процессов в органе. Поэтому в ведении таких больных единственно правильным следует считать использование системного подхода к диагностике и лечению не осложненных и осложненных форм поражений шейки матки. Он предполагает изучение внутренних логических связей между этиологией, патогенезом, факторами риска, скринингом, планированием лечения, прогнозом и реабилитацией больных.

Целью исследования явилось изучение значимости микозного инфицирования в шейке матки, сочетающегося с фоновыми и предраковыми заболеваниями, с оценкой эффективности антифунгальной терапии и ее влияния на основной патологический процесс.

Всего произведено целенаправленное обследование 1820 женщин с поражением шейки матки (основная группа). Контрольную группу составили 100 здоровых женщин. После гистологического исследования на долю фоновых заболеваний шейки матки приходилось ($88,5 \pm 0,5\%$), а предраковых состояний ($11,9 \pm 0,3\%$) случаев. Методы качественной микроскопии

ческой и количественной микробиологической диагностики характера биоценоза шейки матки выполнены у 569 (31%) женщин основной группы. Было установлено, что в микробном пейзаже неспецифическая микрофлора доминирует над специфической ($p < 0,001$). По данным трех рутинных методов диагностики (кольпоскопический, цитологический и гистологический) частота воспаления в тканях шейки матки составила $(31,2 \pm 1,3)\%$ случаев. У 134 $(23,4 \pm 1,8)\%$ пациенток имеют место смешанные формы воспаления органа. Из них хронический цервицит наблюдался у $(13,3 \pm 0,8)\%$, а у $(17,9 \pm 0,8)\%$ женщин воспаление осложняло фоновые и предраковые заболевания шейки матки. Легкая степень воспалительной реакции отмечена у $(11,6 \pm 0,8)\%$, средней тяжести у $(14,0 \pm 0,8)\%$, а тяжелая у $(5,6 \pm 0,8)\%$ пациенток.

Грибковую инфекцию (дрожжи, дрожжеподобные кандиды, плесени и пр.) в биоценозе определяли микроскопическим методом и культурально с подсчетом количества колоний и определением чувствительности к антифунгальным препаратам. Всего обследовано 194 больных с заболеваниями шейки матки. Микозное поражение выявлено у 76 $(39,2 \pm 2,2)\%$ больных в возрасте от $31,5 \pm 1,5$ лет. Из них виды инфицирования (моно-, или микстная инфекция) наблюдались одинаково часто у 38 $(19,6 \pm 2,2)\%$ пациентов соответственно. Генерализованные формы грибковой воспалительной реакции верифицированы у 51 $(66,7 \pm 5,4)\%$, а локализованные — у 25 $(33,3 \pm 5,4)\%$ пациенток. Из общего количества больных ($n=76$) с поражением шейки матки грибковой и банальной инфекцией, у 18 $(23,7 \pm 4,8)\%$ женщин воспалительная реакция носила характер моноинфекции (цервицит, вагинит), у 48 $(63,2 \pm 4,8)\%$ — она осложняла течение фоновых заболеваний, а у 10 $(13,2 \pm 3,8)\%$ — предраковых состояний шейки матки.

Комплексное фармакологическое воздействие на микозную инфекцию и воспалительную реакцию, сопутствующую фоновым и предраковым состояниям шейки матки выполнено у всех 76 пациенток на первом этапе системного патогенетического подхода. Общее и местное антифунгальное лечение в среднетерапевтических дозах дополняли нормализацией иммунного, гормонального и метаболического гомеостаза, с обязательной терапией сопутствующей генитальной патологией. На втором этапе (после исчезновения грибов) проводили нормализацию биоценоза нижнего отдела полового тракта с помощью пробиотиков.

В результате проведенного лечения на начальном этапе системного функционального подхода специфическая воспалительная реакция в шейке матки была ликвидирована в $(71,5 \pm 2,1)\%$ случаев. Одновременно наблюдалась регрессия основного патологического очага в $(85,3 \pm 1,2)\%$ случаев, с полным оздоровлением по фоновому и предраковому заболеванию в $(14,7 \pm 1,2)\%$ случаев. Полученные результаты потребовали видоизменений в лечебной программе и подключения немедикаментозных методов воздействия (гелий-неоновый и гелий-кадмиевый лазер) на сопутствующую гинекологическую патологию с измененным гомеостазом.

Таким образом, микозная инфекция шейки матки встречается в относительно зрелом детородном возрасте, носит в основном генерализованный

характер и относительно часто осложняет течение фоновых и предраковых заболеваний. Использование системного функционального подхода является эффективным методом ликвидации микозного воспаления в органе с высокой частотой наступления регрессии фоновых и предраковых заболеваний шейки матки.

ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИТРАКОНАЗОЛОМ (ОРУНГАЛОМ) ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ В ХАРЬКОВСКОМ РЕГИОНЕ

Рыжко П. П.

*Харьковский областной клинический кожновенерологический диспансер
Харьковская медицинская академия последипломного образования
Харьков, Украина*

По данным ВОЗ каждый четвертый житель Земли страдает тем или иным поверхностным микозом, при этом около 95% составляют поражения кожи, ногтей, волос и 5% — слизистых.

Заболеваемость микозами в Украине резко возросла и имеет тенденцию к еще большему росту. По данным Ахиллес-проекта, проведенного в Украине из 92 тыс. обследованных было выявлено 1/3 больных микозами стоп, из которых 47% составили ониомикозы.

Ониомикозы наблюдаются преимущественно лиц среднего возраста и пожилых, их распространенность возрастает с 3% у детей и подростков до 45% у пожилых людей.

Аktуальной проблемой современной микологии продолжают оставаться грибковые болезни, вызванные грибами рода *Candida* и в частности *C. albicans*, часто встречающаяся в сочетании с дерматофитами и плесневыми грибами.

По нашим данным, *C. albicans* является причиной возникновения дрожжевых инфекций у 75% женщин с симптомами или без них. Частота случаев асимптоматического вагинального инфицирования *C. albicans* у здоровых женщин колеблется в 15-20%, у 15% небеременных и 30% беременных женщин.

В исследовании представлены результаты лечения итраконазолом (орунгалом) 458 больных с грибковыми заболеваниями, в том числе 235 больных ониомикозом, 51 — разноцветным лишаем, 71 — урогенитальным кандидозом, 70 — микроспорией, 31 — микозом стоп (см. таблицу), из них: детей — 81, взрослых — 377 (мужчин — 189, женщин — 188).

Возраст больных колебался от 3-х лет до 78 лет. Давность заболевания составляла от 6 месяцев до 30 лет.

Орунгал (итраконазол) является одним из современных, высокоэффективных системных антимикотиков, применяемых в лечении ониомикозов

Распределение больных по диагнозу

Диагноз больных	Число больных	%
Онихомикоз, вызванный дерматофитами вт.ч.	172	37,5
· Онихомикоз кистей	57	33,1
· Онихомикоз стоп	41	23,8
· Онихомикоз кистей и стоп	74	43
Кандидозная онихия кистей	52	11,6
Онихомикоз, вызванный плесневыми грибами	11	2,4
Разноцветный лишай	51	11,1
Микоз стоп	31	6,7
Микроспория кожи волосистой части головы	70	15,2
Урогенитальный кандидоз	71	15,5
Всего	458	100

стоп и кистей различной этиологии, других грибковых инфекций кожи и урогенитальных микозов, синтезированный в 1980 году бельгийской фирмой «Янссен-Силаг».

Многие авторы — Сергеев Ю. В., Лешенко В. М., Коляденко В. Г., Степаненко В. И., Рыжко П. П., Руденко А. В. (1999-2002гг.), в подтвержденных разноплановых, клинических исследованиях, отдают предпочтение Орунгалу (итраконазолу) в лечении грибковых заболеваний различной этиологии, включая микст-инфекции в широкой медицинской практике.

Орунгал (итраконазол) является производным триазола. Итраконазол взаимодействуя с цитохромом Р-450, ингибирует синтез эргостерола, фосфолипидов, триглицеридов, что ведет к накоплению внутри клеток токсичных эндопероксидов, вызывает увеличение их объема, набухание, разрушение клеточных структур и самой клетки гриба в целом. Орунгал обладает строгой специфичностью по отношению к цитохромому Р-450, принадлежавшему клетке гриба.

Благодаря своей липофильности, Орунгал легко проникает в ткани, где накапливается в высоких концентрациях, обуславливая антимикотический эффект при безопасности для клеток тканей макроорганизмов.

Имея 5-ти летний опыт применения, Орунгал нами назначался по непрерывной схеме с ежедневным приемом препарата в дозе 100-200 мг, в независимости от нозологии и клинической формы микоза или по методу пульс-терапии, который обычно используют при лечении больных онихомикозами — по 2 капсулы 2 раза в день в течение недели с последующим 3-х недельным перерывом. Продолжительность курса лечения зависела от локализации и клинической формы поражения ногтей — при онихомико-

зе кистей лечение длилось 2 месяца (два 2-х недельных цикла), а при онихомикозе стоп-3 месяца (три 3-х недельных цикла).

У больных онихомикозами кистей с поражениями ногтевых пластинок от 1 до 10, получивших пульс-терапию орунгалом, по окончании 2 курсов отмечено 50% визуально здоровых ногтей независимо от числа пораженных пластинок. Через 4-6 месяцев установлено клинико-этиологическое излечение у 89% больных.

У больных онихомикозами стоп с поражениями ногтевых пластинок от 1 до 10, получивших пульс-терапию орунгалом, по окончании 3 курсов отмечено 30- 50% визуально здоровых ногтей независимо от числа пораженных пластинок. Через 4-6 месяцев установлено клинико-этиологическое излечение у 90% больных.

Имеем большой опыт применения Орунгала у детей при микроспории, особенно волосистой части головы, так и при онихомикозах, в возрасте от 3 до 14 лет.

Дозу Орунгала рассчитывали по массе тела: до 25 кг — 100 мг, с большей массой — 100мг 2 раза в день. Результаты анализа на грибы у больных с поражением гладкой кожи были отрицательными уже через 2-3 недели, а к концу 3-й декады грибы исчезали и в очагах на волосистой части головы, и на гладкой коже с вовлечением в патологический процесс пушковых волос на фоне положительной динамики клинических проявлений дерматомикоза.

К концу месячного курса орунгалотерапии у всех больных микроспорией достигнуто клинико-этиологическое выздоровление при хорошей переносимости и стойких нормальных показателях исследования крови и мочи.

У детей, больных онихомикозом, Орунгал назначался по схеме пульс-терапии. При единичных поражениях ногтевых пластинок клиническое выздоровление произошло после 2-х курсов пульс-терапии через 1,5 — 2 месяца. При множественном поражении ногтевых пластинок клиническое выздоровление произошло после 3-х курсов пульс-терапии через 2,5-3 месяца.

Переносимость препарата была хорошей. Рецидивы при наблюдении более 12 месяцев не отмечены.

Больным урогенитальным кандидозом Орунгал назначали по 200 мг один раз в сутки на протяжении 6 дней, затем на протяжении 3 менструальных циклов — по 100 мг один раз в день в первый день цикла в сочетании с иммуннокорригирующей терапией.

Клиническое и микологическое излечение наступило у всех больных. Сроки наблюдения за больными после окончания лечения составили 6-8 месяцев. Рецидивов заболевания не наступило.

Таким образом, наши исследования подтверждают высокую эффективность и безопасность препарата Орунгал фирмы «Янссен-Силаг», применяемого при лечении грибковых заболеваний кожи и ее придатков (ногти и волосы), а также при урогенитальных микозах.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКЗИФИНА В МИКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Рыжко П. П.

*Харьковский областной клинический кожновенерологический диспансер,
Харьковская медицинская академия последипломного образования
Харьков, Украина,*

Проблема микозов в настоящее время во всем мире является весьма актуальной, что требует дальнейших научных изысканий в разработке новых антимикотических средств.

Целью нашего исследования явилось изучение медицинской эффективности и безопасности препарата Экзифин фирмы «Доктор Реддис Лабораторис ЛТД», Индия из группы аллиламинов.

В клинике ХОККВД находилось 75 больных в возрасте от 14 до 70 лет, с давностью заболевания от 6 месяцев до 10 лет, в том числе 27-дерматомикозом кожи, включая 15-дерматомикозы стоп, 12- туловища, 18-дерматомикозы паховой области с поражением крупных складок и 26 больных с онихомикозом кистей и стоп. Продолжительность существования онихомикозов у них варьировала от 2 до 10 лет.

Средний показатель, характеризующий количество пораженных ногтей у больных анализируемой группы, составил 7,5. У большинства пациентов ногти на пальцах стоп и кистей были поражены по смешанному типу, однако на стопах доминировал гипертрофический тип 18 (60%), на кистях — нормотрофический 24 (80%) и у 2 (6,6%) человек часть ногтевых пластин была изменена по онихолитическому типу. Умеренный или выраженный подногтевой гиперкератоз наблюдался у 17 (56,6%) больных с поражением ногтей на пальцах стоп и у 13 (43,3%) — на пальцах кистей. Матрикс ногтей был вовлечен в патологический процесс у 22 (73,3%) больных на пальцах стоп и у 8 (26,6%) — на пальцах кистей. Площадь поражения ногтевых пластин варьировала в широких пределах (от 10-15 до 100%) и составляла в среднем 71,5% на пальцах стоп и 68,3% на пальцах кистей.

Онихомикоз стоп и онихомикоз кистей у наблюдавшихся больных, как правило, сочетались с характерными признаками микотического процесса на коже. У 6 (20%) пациентов кожа была поражена на стопах и кистях, у 20 (60%) — на стопах, у 4 (13,3%) на стопах и в крупных складках, у 2 (6,6%) только на кистях.

Диагноз грибковой инфекции кожи и ногтей во всех случаях подтверждали микроскопическим методом. Материал для исследования брали со всех подозрительных очагов. У 19 (63,3%) больных микотический процесс по клиническому признакам соответствовал рубромикозу и у 11(36,6%) —эпидермофитии стоп и ногтей.

Клинические проявления онихомикозов характеризовались большим разнообразием как по количеству вовлеченных в патологический процесс ногтей, так и по площади их поражения. В связи с этим до лечения определяли суммарную площадь поражения всех ногтевых пластинок, и с учетом ко-

личества пораженных ногтей индивидуально для каждого больного, учитывался исходный индекс средней площади поражения ногтей, динамика уменьшения которого оценивалась в ходе лечения и контрольного наблюдения.

Ближайшие результаты лечения (6-я и 12-я недели) прослежены у всех больных.

К концу 6-й недели лечения у 23 (76,6%) больных патологические изменения кожи на стопах, кистях и в крупных складках полностью разрешились, у 6 (20,1%) - на стопах сохранились остаточные явления в виде легкого шелушения и сухости кожи и у 1 (3,3%) - гиперкератоз на коже существенно не изменился. Микологическое излечение по данным микроскопического исследования отмечено у (90%) больных. На 12-й неделе у 28 (93,3%) больных констатировано полное (клиническое и микологическое) излечение.

У больных с онихомикозом кистей рост здоровой ногтевой пластины определялся чаще всего на 2-3-й неделе лечения. На 18-й неделе контрольного наблюдения микологическое 27 (90%) и клиническое 20 (67%) выздоровление зарегистрировано у большинства больных.

У 10 (33,3%) пациентов клиническое выздоровление отмечено в более поздние сроки. Неудачи лечения онихомикоза кистей не наблюдалось.

При онихомикозе стоп рост здоровой ногтевой пластины больные отмечали на 3-5-й неделе после начала лечения. К 6-й неделе у большинства из них в микологическом и клиническом статусе существенных изменений не наблюдалось.

Непосредственно по окончании лечения площадь поражения ногтей к 6-й неделе на пальцах кистей и к 12-й неделе на пальцах стоп сокращались более чем в 1,5 раза по сравнению с исходной. У большинства больных существенно уменьшался подногтевой гиперкератоз и у 25% из них при микроскопических исследованиях не обнаруживался возбудитель онихомикоза. Как свидетельствует наш опыт, эти характеризующие клиническую динамику показатели следует оценить благоприятными в отношении исхода лечения прогностическими критериями.

Ближайшие результаты по окончании 12- недельного курса терапии экзифином оказались следующими:

1. У большинства больных существенно уменьшился подногтевой гиперкератоз;
2. Отрицательные результаты микроскопического исследования получены у 1/3 пациентов.

В отдаленном периоде, спустя 5-6 месяцев, клинико-этиологическое выздоровление на момент обследования зарегистрировано у 25 (83,3%) больных.

Дифференцированная оценка терапевтической эффективности терапии у пациентов с прослеженными отдаленными результатами лечения показала, что сроки достижения клинического и в меньшей степени микологического эффекта зависели от возраста больных, исходной площади и типа поражения ногтей. При онихомикозе стоп у больных старше 50 лет

при вовлечении в патологический процесс более 50% площади ногтей и гипертрофическом типе поражения клиническое излечение наступало статистически достоверно ($p < 0,001$) в более поздние сроки. Сроки же достижения микологического излечения определялись, прежде всего, типом поражения ногтей. При гипертрофическом типе на фоне выраженного подногтевого гиперкератоза микологическое излечение констатировалось достоверно ($p < 0,01$) позднее. При ониомикозе кистей отмечены аналогичные тенденции.

У 5 (16,6%) больных, у которых была зарегистрирована неудача лечения, ониомикоз стоп изначально характеризовался множественными поражениями ногтей (от 7 до 10) и протекал по гипертрофическому типу с выраженными подногтевым гиперкератозом и тотальным или субтотальным (от 80-до 100%) вовлечением в патологический процесс ногтевых пластин.

Побочные реакции в виде диспепсических расстройств (потеря аппетита), легкая изжога и тошнота, диарея, чувство тяжести в эпигастральной области отмечены у 3 больных, которые связывали эти нарушения с погрешностями в диете. Диспепсические расстройства были выражены минимально, легко переносились больными, не требовали отмены препарата и самопроизвольно исчезали через 5-7 дней.

Проведенные клинические наблюдения показали достаточно высокую эффективность системной монотерапии экзифином у больных с грибковыми поражениями кожи и ногтей.

Экзифин назначали по 250 мг/сутки в течение 12 недель при поражении ногтей стоп, и в течение 6 недель при поражении пальцев кистей. Продолжительность лечения при дерматомикозах стоп составила 2-6 недель, при дерматомикозах крупных складок - 2-4 недели.

Наружное лечение гладкой кожи заключалось в смазывании ее 2 раза в сутки кремом экзифин.

Экзифин в форме 1% крема представляет собой противогрибковый препарат, обладающий прямым фунгицидным действием. При местном применении экзифин проникает в верхнюю часть рогового слоя, где его липофильный характер обеспечивает эффективное связывание и удержание. Он также проникает в волосяные фолликулы, создавая эффективные концентрации препарата в тех локализациях, где нередко существуют остаточные клетки гриба, которые могут служить источником рецидива.

Нами было пролечено 50 больных микозом стоп, обусловленным красным трихофитомом, смазывая кремом экзифин очаги поражения 2 раза в сутки. Через 1 неделю лечения отмечен регресс клинических проявлений, элиминация грибов отмечалась у 50% пациентов, через 2 недели — у 68,1%, через 4 недели — у 80%, а через 6 недель — уже у 92,1%. К этому времени кожа в очагах поражения приобрела нормальный вид, проходило шелушение.

При лечении 17 больных распространенным рубромикозом 1% кремом экзифина в течение двух недель клинико-микологическое излечение наступило у 91,6% пациентов, а при лечении 18 больных разноцветным лишаем — у 84,2%.

Переносимость лечения кремом экзифин была хорошей. Лишь у 1,6% больных наблюдалось незначительное раздражение кожи в виде эритемы, чувства жжения и сухости.

Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют о том, что Экзифин является эффективным и безопасным антимикотическим препаратом, как для системного, так и для наружного применения в лечении микозов различной локализации.

ЗАДАЧИ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗА И ИХ ОСУЩЕСТВИМОСТЬ

Савченко Н. В.

КВД № 19

Москва

Онихомикоз является одним из наиболее распространенных заболеваний в практике современного дерматолога. Существует немало средств терапии этого заболевания, в принципе признаваемого излечимым. Однако на практике лечение онихомикоза сталкивается с большим числом трудностей, обусловленных ошибками лечения или особенностями пациента.

Цели и задачи терапии онихомикозов на данном этапе включают: достижение клинического выздоровления; микологическое излечение по результатам микроскопии; излечение сопутствующего микоза кожи стоп; отсутствие существенных побочных эффектов; исключение вероятности рецидива после лечения.

Варианты терапии онихомикозов в настоящее время сводятся к назначению системных или местных противогрибковых препаратов, иногда в сочетании с удалением ногтевых пластин или их пораженных частей. Около 10 лет назад местные и системные препараты расценивались как эффективные препараты для монотерапии онихомикозов, причем утверждалось, что для излечения достаточно лишь 2–3 мес. лечения.

Опыт лечения онихомикозов убеждает нас, что унифицированный подход к лечению онихомикоза по минимальным схемам не представляется обоснованным и едва ли подходит для лечения большинства пациентов. Частое поражение медленно растущих ногтей стоп, длительный анамнез заболевания, выраженный гиперкератоз делают неэффективным краткосрочное лечение как местными, так и системными препаратами. Внедрение дифференциальных алгоритмов диагностики и лечения онихомикоза (индекс КИОТОС) обещает повысить эффективность лечения, как показано сравнительными исследованиями. Однако многие практикующие врачи используют устоявшиеся подходы к терапии, назначая унифицированные схемы всем больным. При этом на практике нередко имеет место своеобразная терапевтическая перестраховка врачей. Не желая терять больных, врачи назначают схемы лечения, по объему и продолжительности заведомо превышающие необходимые для излечения. Как правило, они включают на-

значение более продолжительной системной терапии (4–5 мес.) и удаление с помощью кератолитического пластыря всех пораженных участков ногтя, а зачастую и с последующим использованием местных антимикотиков. Тем самым добиваются клинического излечения онихомикоза с малой вероятностью рецидива.

До настоящего времени не разработано доказательного подхода к комбинированной терапии тяжелых форм онихомикоза, к лечению онихомикозов в геронтологии и у лиц с сопутствующей патологией. Такой подход должен включать оптимальные, т. е. минимальные, но достаточные по эффективности дозы системного антимикотика, число местных процедур, средства корригирующей терапии в зависимости от особенностей пациента и его сопутствующих заболеваний. Кроме того, данный подход должен обеспечивать низкую вероятность рецидива в течение нескольких лет после лечения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НАБОРА МИКОСПОР ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СКВАМОЗНО-ГИПЕРКЕРАТОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ РУБРОФИТИИ СТОП И ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫХ КЕРАТОДЕРМИЙ

Савенков В. В.

*КВД № 4 УЗ ЦАО г. Москвы
Москва*

В последние годы мы наблюдали 13 больных сквамозно-гиперкератотической формой руброфитии стоп и девять больных различными ладонно-подошвенными кератодермиями.

В течение двух недель один раз в день на кожу наносилась мазь из набора микоспор, содержащая мочевины. Через две недели у всех 13 больных руброфитией стоп отмечалось клиническое выздоровление, а элементы патогенных грибов были обнаружены только у четырех пациентов (13,7 процента).

У шести из девяти больных ладонно-подошвенными кератодермиями через две недели от начала лечения наступило клиническое выздоровление, у двух — значительное улучшение, у одного — улучшение.

Спустя два месяца по окончании лечения клиническое излечение у всех 13 больных руброфитией стоп (подтверждено микроскопией) и у восьми человек (92 процента) больных ладонно-подошвенными кератодермиями.

Все два месяца по окончании лечения мазью из набора микоспор с мочевиной и до контрольного обследования мы предлагали пациентам ежедневно заниматься уходом за кожей ладоней и подошв (ванночки, смазывание мазью радевит).

Отмечается удобство и простота применения лекарственных средств. К преимуществу нашей методики мы относим отсутствие необходимости предварительной отслойки роговых масс, быстрое разрешение клинических прояв-

лений заболевания и быстрая элиминация патогенных грибов из очагов поражения кожи.

К тому же, отсутствие в аптечной сети уреапласта, особенно в регионах, может быть компенсировано мазью микоспор с мочевиной из набора для лечения ногтей.

По прямому же назначению набор для лечения ногтей микоспор мы рекомендуем пациентам с незначительными, краевыми, линейными микотическими поражениями единичных ногтей, а так же как паллиатив пациентам, которые по тем или иным причинам не могут или не хотят принимать системные антимикотики.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СЕБОРЕЙНОГО ПСОРИАЗА

Савенков В. В.

*КВД № 4 УЗ ЦАО г. Москвы
Москва*

За прошедший год мы наблюдали 7 больных так называемым себорейным псориазом (себориазом).

Клинически это заболевание проявляется эритемато-сквамозными и папуло-сквамозными высыпаниями в области груди, межлопаточной, боковых поверхностей туловища, на лице в области скул и подбородка, за ушными раковинами.

Для лечения этих больных мы использовали Флюконазол (Дифлюкан) по 150 мг один раз в сутки, сначала три дня подряд, а затем один раз в семь дней еще четыре капсулы — всего семь капсул на курс лечения. Наружно применяли: 1-процентный раствор Микоспора (смазывали утром) и 1-процентный крем Ламизил и мазь Тридерм (смазывали вечером). Так же применяли ежедневное мытье кожи шампунями Низорал и Фридерм-Деготь. Лечение проводили в течение 25-30 дней.

В результате проведенной терапии значительное улучшение у пяти пациентов, полное разрешение высыпаний — у двух пациентов, что косвенно может подтвердить наличие питиропсорального этиологического фактора в возникновении себориаза.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПРЕЯ-ПУДРЫ ДАКТАРИН В ЛЕЧЕНИИ ЭРИТРАЗМЫ

Савенков В. В.

*Кожвендиспансер № 4 УЗ ЦАО
Москва*

Эритразма — довольно-таки распространенное заболевание крупных складок кожи, этиологически вызываемое бактероидом *Corynebacterium*

minutissimum. При этом заболевании поражается только роговой слой эпидермиса. Помимо крупных складок эритразма может локализоваться в межпальцевых промежутках стоп, так же были описаны везикуло-буллезные высыпания, поражение ногтевых пластинок, а также генерализованные поражения кожи. Эритразма может сочетаться с дерматомикозами и кандидозом.

Исторически эритразму лечили тетрациклином или эритромицином внутрь и наружно. Имеются сообщения о хорошем терапевтическом эффекте антимикотиков.

Мы использовали для лечения эритразмы спрей-пудру дактарин (миконазола нитрат 0,16-процентный). Орошение проводили ежедневно по одному разу в течение семи дней. В результате проведенной терапии у всех 12 больных наступило клиническое разрешение кожного процесса.

Лекарственная форма спрей-пудра удобна в применении, особенно при мацерации крупных складок у тучных больных, а наличие в составе препарата талька не только подсушивает очаг экссудации, а также повышает комфортность лечения. Так же наблюдался дезодорирующий эффект дактарина.

Терапевтическая эффективность и удобство применения спрей-пудры дактарин позволяет рекомендовать этот препарат для лечения больных эритразмой.

КОРРЕКЦИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С БАКТЕРИАЛЬНЫМИ ВАГИНОЗАМИ ОТЕЧЕСТВЕННЫМИ КИСЛОМОЛОЧНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Савицкая В. М.

*Научно-исследовательский институт охраны материнства и детства
Минск, Беларусь*

В неонатологии особое значение придается изучению микробиоценоза кишечника, являющегося многокомпонентной системой, в которую входят сложившиеся фило- и онтогенетически количественные взаимодействия основных групп микроорганизмов, участвующих в защитной, обменной и иммуноиндуцирующих функциях организма. Бифидофлора является одним из естественных защитных факторов организма, поддерживающих количественное соотношение анаэробной и аэробной частей аутофлоры кишечника. Дефицит именно бифидофлоры ведет к снижению общей сопротивляемости организма, нарушению процессов обмена веществ и сопровождается заселением кишечника условно-патогенной микрофлорой. М. Ф. Дешкина и соавт. (1990) отмечают, что дефицит бифидобактерий сопровождается обязательным дефицитом и лактобактерий.

Проведено клинико-лабораторное обследование 60 женщин в разные сроки беременности. У всех беременных женщин при бактериологическом исследовании посевов из влагалища и цервикального канала обнаружено наличие патогенной микрофлоры (гарднереллы, уреоплазмы, микоплазмы, хламидии, дрожжевые грибы). При микроскопическом исследовании мазков патологические изменения (лейкоцитоз, обилие плоского эпителия) выявлены только при выраженной клинической картине кольпита (у 33 женщин). Следовательно, несмотря на клиническое отсутствие картины кольпита или эндоцервицита у большинства беременных женщин обнаружены патогенные возбудители, способствующие или вызывающие такие осложнения течения беременности, как угрозу ее прерывания, преждевременное излитие околоплодных вод, самопроизвольные выкидыши или преждевременные роды, внутриутробное инфицирование плода и амниотической полости. Наличие вышеперечисленных возбудителей во влагалище и цервикальном канале подавляет рост сапрофитной микрофлоры. У новорожденных детей от матерей с бактериальными вагинозами отмечалось снижение, а у 28,3% значительный дефицит бифидофлоры, а у 20,8% детей и лактобацилл. Также было снижено содержание общего количества кишечной палочки. На этом фоне выявлено заселение кишечника условно-патогенной микрофлорой: клебсиеллой, протеем, энтеробактером, стафилококками всех видов, фекальным стрептококком и дрожжевыми грибами рода *Candida*. При обследовании новорожденных детей от матерей без бактериальных вагинозов только у 11,9% отмечено снижение бифидобактерий, но в большей степени (40,4%) — лактобацилл. На этом фоне отмечалось заселение кишечника условно патогенной микрофлорой. Бактериологически дисбактериоз кишечника характеризуется появлением и значительным повышением количественного содержания таких условно-патогенных микроорганизмов, как гемолизирующие, лактозонегативные и слабоферментативные эшерихии, протеи и другие энтеробактерии, золотистый и эпидермальный стафилококки, грибы рода Кандида и др. Эти изменения происходят на фоне дефицита или отсутствия бифидобактерий, что приводит к нарушению нормальных количественных соотношений (10:1) между анаэробной и аэробной микрофлорой микробиоценоза кишечника.

Таким образом, у новорожденных детей, родившихся от матерей с бактериальными вагинозами, в кишечном содержимом снижено содержание бифидобактерий, лактобацилл и общее количество кишечной палочки. На этом фоне происходит заселение кишечника условно-патогенной микрофлорой, в большей степени выраженное у новорожденных от матерей с бактериальными вагинозами.

Нами изучена эффективность применения новых отечественных кисломолочных продуктов «Биосыворотка-L и -LB» в лечении бактериальных вагинозов у беременных женщин. «Биосыворотка-L» содержит штаммы молочнокислых палочек и предназначена для местного использования. «Биосыворотка-LB» содержит штаммы молочнокислых палочек и бифидобактерий и предназначена для приема внутрь. Используемые в «Биосыворотке» штаммы молочнокислых палочек и бифидобактерий обладают антагонис-

тической активностью в отношении условно-патогенных и патогенных микроорганизмов, антибиотикоустойчивостью.

Санация препаратом «Биосыворотка-L» проводилась местно, курс лечения составил 10 — 20 дней в зависимости от выявленного возбудителя. «Биосыворотка-LB» назначалась внутрь по 5 мл 3 раза в день, курс лечения — 10-15 дней. При исследовании кишечного содержимого у детей, рожденных от матерей с бактериальным вагинозом, которым во время беременности проводилась коррекция микробиоценоза влагалища фармакологическими препаратами и «Биосывороткой», выявлено, что после санации материнского организма «Био-сывороткой» отсутствовал рост патогенной и условно-патогенной микрофлоры, а уровни лакто- и бифидобактерий были в пределах нормы.

ПРОЕКТ «ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ»: ИТОГИ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Сергеев Ю. В., Сергеев А. Ю.
Национальная академия микологии
Москва

Проект «Горячая линия» — первая в мире массовая кампания по выявлению и лечению онихомикозов — был проведен Национальной академией микологии в 2001–2002 гг. Проект имел трехэтапную организацию: оповещение населения с помощью средств массовой информации; экспресс-консультация населения врачами-операторами «Горячей линии»; направление больных в медицинские центры, где проводилось лечение онихомикоза. На первом этапе в средствах массовой информации акцентировалась проблема онихомикоза как заболевания, одной из болезней ногтей, подлежащего лечению. На второй стадии проекта было создано промежуточное звено между лечащим врачом и больным с онихомикозом, избегающим визита в медицинский центр из-за малой осведомленности о заболевании. Таким звеном стал врач-консультант центра горячей линии, консультацию которого можно бесплатно и анонимно получить по телефону. Это существенно повышало мотивацию больных онихомикозом, стирая психологический барьер, зачастую стоящий между врачом и пациентом.

В рамках проекта в Москве было получено более 300 000 обращений в центр «Горячей линии». В первые месяцы работы поступало по несколько тысяч обращений в день, что затрудняло работу операторов и врачей. Значительная часть обратившихся имела целевой диагноз — онихомикоз. При этом было установлено, что около 2/3 от всех обратившихся было представлено женщинами.

Вопросы, задаваемые дерматологами-консультантами центра «Горячей линии» в целом оказались достаточными для постановки предварительного диагноза, что было подтверждено при обследовании больных в медицинс-

ких центрах. Это делает возможным заочную предварительную самодиагностику онихомикоза, работы над совершенствованием которой проводятся в настоящее время. В то же время в медицинские центры реально обратилось не более половины пациентов, получивших предварительный диагноз и направленных в тот или иной центр. Очевидно, что сильно ограниченное по времени заочное общение пациента с врачом не может мотивировать значительную часть пациентов. Для этого могут понадобиться иные технологии. В частности, в рамках «горячей линии» был создан специальный интернет-сайт «<http://www.gribok.ru>», содержащий все основные интерактивные элементы проекта и в то же время — гораздо больше информации, посвященной самому заболеванию. Несомненно, подобным дистанционным проектам, постоянно доступным и неограниченным по времени, и в то же время — сопряженным со значительно меньшими затратами, принадлежит будущее санитарно-просветительной работы.

В медицинских центрах прошло лечение онихомикоза более 30 000 больных. При этом лечение не было каким-то однотипным, унифицированным, но велось исключительно на основе тактики конкретных врачей. Назначалась как местная, так системная и комбинированная терапия. В рамках «Горячей линии» на базе медицинских центров было проведено крупное исследование современных клинических, эпидемиологических и социальных характеристик больных онихомикозом. Это позволило сформировать «портрет» современного больного онихомикозом, понять некоторые его особенности, объясняющие современные проблемы лечения и профилактики данной инфекции.

Не имеющий себе равных по масштабам и охвату задач, проект «Горячая линия» совместил в себе эффективную кампанию по диагностике и лечению одного из наиболее распространенных контагиозных заболеваний, а с другой стороны — комплексное исследование, позволившее раскрыть новые аспекты онихомикозов.

ЧЕМУ УЧАТ КЛИНИЦИСТА ИССЛЕДОВАНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ?

*Сергеев А. Ю., Сергеев Ю. В.
Национальная академия микологии
Москва*

В последние годы в России и за рубежом было проведено немало исследований, посвященных эпидемиологии одного из самых распространенных заболеваний — дерматомикозов. В частности, нами, при нашем участии или под нашим руководством в 1997–2002 гг. были проведены международное исследование «Ахиллес», многолетнее исследование эпидемиологии дерма-

тофитии, проекты «Горячая линия» и «Онихоиндекс», вместе охватившие более 10000 обследованных больных.

Проведенные исследования показали, что онихомикозам и микозам стоп принадлежит, по крайней мере, три четверти от всех регистрируемых форм дерматофитии. Онихомикозы, как правило, регистрируются чаще, несмотря на то, что протекают совместно с микозами стоп, гладкой кожи и кистей. Представляется несомненным, что онихомикозы — наиболее стойкий резервуар дерматофитной инфекции в силу трудностей их лечения и частых рецидивов. Онихомикозы, по современным представлениям, составляют основу так называемого синдрома хронической руброфитии, когда первичное инфицирование сменяется микозом стоп, а затем онихомикозом, который в свою очередь, служит источником для инфекции, а после лечения — и реинфекции гладкой кожи, стоп и кистей.

Распространенность онихомикозов остается высокой, поражая все слои населения. Наиболее высока распространенность у пожилых лиц, неуклонно возрастая с 50-летнего возраста. Современный больной онихомикозом, как правило, имеет один, а зачастую — несколько диагнозов сопутствующей патологии. Это заставляет принимать в расчет сопутствующие заболевания при лечении дерматомикозов и тем более — онихомикозов, когда требуются длительные курсы назначения системных антимикотиков.

Значительная часть больных, обращающихся в медицинские центры по поводу онихомикозов, ранее проходили лечение микоза стоп или онихомикоза. Около 30% больных имеет другого больного в своей семье. Это указывает на нелеченного или неизлеченного больного, избегающего визита к врачу, как на основной фактор роста заболеваемости онихомикозом. Неудачное лечение и рецидивы после системной терапии подрывают уверенность пациента в возможности излечения, создают у него впечатление о напрасных усилиях и затратах на лечение, снижают актуальность онихомикоза как личной проблемы.

Средняя продолжительность онихомикоза в России составляет от 10 до 20 лет и более. В этих условиях преобладают поражения нескольких и многих ногтей, вовлечение всего ногтя и выраженный гиперкератоз. Такие поражения требуют объема терапии, превышающего стандартные короткие курсы.

Оптимизация терапии онихомикозов должна стать одним из основных звеньев эффективной профилактики этого заболевания и дерматофитии в целом. Только санитарное просвещение и профилактические осмотры населения не смогут решить проблему, пока процент рецидивов после лечения остается неприемлемо высоким. В то же время, сохранение внешних источников инфекции и реинфекция после излечения онихомикоза обесценивает успех терапии.

В современных условиях доминирования руброфитии стоп и ногтей как разновидности дерматофитии — реально эффективное лечение онихомикоза представляется необходимым условием для победы над дерматомикозами вообще.

ИНДЕКС КИОТОС — 4 ГОДА ИССЛЕДОВАНИЙ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ

Сергеев А. Ю.

Национальная академия микологии

Москва

Индекс КИОТОС (Клинический индекс оценки тяжести онихомикозов Сергеева) был предложен нами в 1999 г. Созданию индекса предшествовало изучение основных клинических особенностей онихомикоза и их влиянию на эффективность лечения данного заболевания, чему был посвящен ряд публикаций в 1997–1998 гг. В частности, 5 основных критериев, вошедших в систему КИОТОС, были сформулированы и опубликованы в 1997 г. Внедрение системы КИОТОС в практику в 1999–2001 гг. в целом показало эффективность и удобство использования системы, в особенности — с разработкой специальных расчетных устройств (линейка, электронные калькуляторы). Простота и доступность системы позволили использовать ее в практике не только дерматологов, но и врачей общей практики для лечения онихомикоза. Это представляется тем более необходимым ввиду необычайно широкой распространенности заболевания, во многих районах не охваченного дерматологической службой. Линейки КИОТОС (в английском варианте — SCIO, scoring clinical index for onychomycosis) были переведены на несколько иностранных языков и неоднократно переиздавались за рубежом. В настоящее время они используются, в частности, дерматологами Украины, США, Канады, Израиля, Германии, Франции, Бельгии, Китая и Японии.

Одновременно с внедрением КИОТОС в клиническую практику были начаты исследования на основе индекса. Использование КИОТОС в сравнительных исследованиях эффективности антимикотиков было одной из целей его создания. Проспективные и ретроспективные клинические исследования, а также мета-анализ на основе КИОТОС, проведенные в России и за рубежом в 1999–2001 гг., показали зависимость эффективности лечения разными препаратами и схемами их назначения от исходных значений индекса. Расхождение результатов сравнительных исследований после мета-анализа с использованием КИОТОС, как правило, нивелировались. Исследования эффективности на основе индекса проводятся и в настоящее время.

Следующим этапом исследований с применением КИОТОС стало использование данной системы в изучении клинических, социально-эпидемиологических и этиологических особенностях онихомикоза. Проекты «Онихоиндекс» и «Горячая линия» показали современное распределение тяжести онихомикозов, позволив рассчитать потребность в методах их лечения. Была установлена зависимость значений КИОТОС от наличия и тяжести течения сопутствующей патологии. Показана взаимосвязь других клинических проявлений микозов и продолжительности заболевания с тяжестью по КИОТОС. Выявлено влияние тяжести онихомикоза на качество жизни больных.

Таким образом, разработка и внедрение системы КИОТОС позволило не только усовершенствовать подходы к терапии, но и получить новые данные, имеющие значения для борьбы с онихомикозом и микозами вообще.

ТЕРАПИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ МИКОЗОВ, СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА И ПЕРХОТИ НОВЫМ КОМБИНИРОВАННЫМ ШАМПУНЕМ КЕТОПЛЮС

Сергеев Ю. В., Кудрявцева Е. В., Рассказов Д. Н.
Институт аллергологии и клинической иммунологии
Москва

Среди заболеваний человека, обусловленных грибами *Malassezia spp.*, в последнее время включают также перхоть и себорейный дерматит. Многие из этих заболеваний и состояний широко распространены. Так, только разноцветный лишай поражает до 10% населения. Этот факт обусловлен широким носительством *Malassezia spp.*: не менее 90% населения имеет эти дрожжевые грибы в составе постоянной или временной микрофлоры кожи. Наибольшая плотность колонизации кожи отмечается в наиболее богатых сальными железами участках: в области волосистой части головы (особенно около ушей), на лице и посередине груди и спины, а также в области гениталий. Кроме того, среди разных форм атопического дерматита с грибами рода *Malassezia* ассоциируют преимущественное поражение лица и шеи. Доказательства роли *Malassezia* в патогенезе перхоти и себорейного дерматита включают: 1) присутствие этих грибов в очагах поражения; 2) иммунологические реакции больных на антигены *Malassezia*; 3) эффективность лечения противогрибковыми средствами. Установление ведущей роли грибов *Malassezia* в патогенезе себорейного дерматита и перхоти привело к широкому применению противогрибковых препаратов в терапии этих состояний, прежде всего — в форме шампуней. В настоящее время именно специфическому противогрибковому лечению себорейного дерматита отдается предпочтение перед противовоспалительной кортикостероидной терапией.

В последние годы для лечения перхоти и себорейного дерматита наиболее активно использовались препараты, содержащие одно из двух действующих веществ — препараты цинка (цинк-пиритион) или кетоконазол. Это создало предпосылки для разработки комбинированных препаратов на основе кетоконазола и цинка-пиритиона.

В настоящее время в России зарегистрирован один из таких препаратов — шампунь «Кетоплюс», выпускаемый фирмой Гленмарк Фармасьютикалз Лтд (Индия). Он содержит 2% кетоконазол и 1% цинк-пиритион. Основными показаниями к применению препарата являются перхоть и себорейный дерматит.

Зарубежными авторами отмечена высокая эффективность сочетания цинка-пиритиона и кетоконазола в форме шампуня для лечения тяжелых форм перхоти и себорейного дерматита.

Нами в 2002 г. было проведено исследование эффективности нового шампуня «Кетоплюс» в лечении больных с себорейным дерматитом, перхотью и *Malassezia*-ассоциированным атопическим дерматитом.

Среди обследованной группы больных с себорейным дерматитом и перхотью было 16, выраженной перхотью — 23, атопическим дерматитом с локализацией на лице и перхотью — 9. Мужчин среди обследованных было 37, женщин — 11. Диагноз в каждом случае подкреплялся обнаружением клеток *Malassezia spp.* при микроскопии.

Лечение шампунем «Кетоплюс» включало нанесение небольшого количества (5 мл) шампуня на смоченные водой волосы. Затем шампунь растерся до образования пены и через 3–5 минут тщательно смывался. Лечение проводилось два раза в неделю, в течение 4 нед. При выраженных явлениях себорейного дерматита, наличии инфильтрации, покраснения, сразу после мытья и высушивания волос рекомендовали местное втирание кортикостероидных препаратов, не содержащих противомикробные добавки «Элоком», «Дипросалик». Местные кортикостероидные препараты использовались и при атопическом дерматите. Кортикостероидные препараты назначали в течение 2–3 дней. Затем пациентов переводили на профилактический курс применения шампуня 1 раз в неделю, в течение 8 нед. Фаза наблюдения после отмены препарата составила еще 2 нед, после чего оценивали эффективность лечения.

Наилучшие результаты лечения были получены нами у больных с перхотью: клиническое излечение через 2 нед. после отмены препарата сохранялось в 78%, значительное улучшение отмечалось у 13%, а общее улучшение — у всех больных.

У больных себорейным дерматитом излечение было отмечено у 64% больных, а по сумме излеченных и достигших значительного улучшения — 68,7%. Общая эффективность лечения отмечалась у 93% больных себорейным дерматитом, получавших «Кетоплюс».

В группе больных с атопическим дерматитом общая эффективность лечения составила 88%. В целом, эффективность лечения в данной группе оказалась несколько ниже, чем при себорейном дерматите или перхоти. Общая эффективность лечения больных всех групп шампунем «Кетоплюс» составила 95,8%.

Появление удачной лекарственной формы — шампуня с достаточной концентрацией антимикотика широкого спектра действия в настоящее время позволяет успешно проводить лечение и профилактику грибковых инфекций кожи и волос. Перспективно применение противогрибкового шампуня в профилактике и лечении *Malassezia*-ассоциированного атопического дерматита. Главная задача, решение которой стало реальностью за счет появления высокоэффективного безрецептурного средства — шампуня «Кетоплюс» — лечение и профилактика перхоти и себорейного дерматита без продолжительного использования кортикостероидов и без ежедневного ис-

пользования специальных шампуней. Данные проведенных исследований и наш опыт свидетельствуют о том, что шампунь «Кетоплюс» позволяет решить эту задачу.

МИКОГАЛ: НОВЫЙ МЕСТНЫЙ АНТИМИКОТИК ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА

*Рассказов Д. Н., Сергеев Ю. В.,
Кудрявцева Е. В., Романовская Т. А.
Институт аллергологии и клинической иммунологии
Москва*

Вульвовагинальный кандидоз (ВВК) представляет одну из наиболее распространенных форм кандидной инфекции. Среди задач лечения данной инфекции в целом можно выделить две основных: 1) лечение свежих, эпизодических форм ВВК; 2) лечение хронических и часто рецидивирующих форм. Первая задача решается легче и нередко в рамках самолечения населением, самостоятельно приобретающим противогрибковые препараты для избавления от «молочницы». Наиболее распространенными местными препаратами, выпускаемыми в формах вагинальных суппозиториях, таблеток и кремов, являются клотримазол и нистатин. Повсеместное употребление этих и других местных антимикотиков, а в последнее время — и дешевых генериков системных препаратов (флуконазола) как безрецептурных средств, применяемых без врачебного контроля, поставило вопрос о проблеме устойчивости к препарату и связанной с ней неэффективностью лечения хронических форм инфекции.

Поэтому в настоящее время назрела необходимость внедрения местных антимикотиков, с одной стороны, являющихся новыми, отличающимися от ранее широко используемых, а не очередными их лекарственными формами, а с другой стороны — такими лекарственными формами, которые оказались бы пригодными для лечения и свежих эпизодов, и хронических форм ВВК.

Одним из таких препаратов является новое производное имидазолов — омоконазол. Спектр действия препарата включает разные виды *Candida*, *Malassezia spp.* и дерматофиты, а также грамположительные бактерии, что важно при лечении смешанных инфекций. Новизна препарата делает низким риск развития устойчивых штаммов, что обеспечивает перспективу лечения устойчивых к другим препаратам форм инфекции.

Зарегистрированными лекарственными формами омоконазола в России являются вагинальные суппозитории «Микогал» (Биогал, Венгрия). Они выпускаются в наборах с разной дозировкой и количеством: по 6 (100 мг), 3 (300 мг) и 1 (900 мг) шт. Наличие последней лекарственной формы особенно удобно для лечения хронических форм ВВК. Предложенная в последние годы схема местной пульс-терапии хронического рецидивирующе-

го ВВК предусматривает использование местных гинекологических форм антимикотиков увеличенной (от 500 мг) дозировки 1 раз в неделю [Сергеев А. Ю., 2000]. Вагинальные суппозитории «Микогал» с дозой 900 мг омоназола хорошо подходят для терапии ВВК по данной схеме. Наш опыт использования препарата свидетельствует о том, что применение «Микогала» в течение нескольких недель по 1 в неделю позволяет достичь довольно продолжительной ремиссии хронических форм ВВК. Последующее использование суппозитория «Микогал» (900 мг) 1 раз в несколько месяцев позволяет контролировать появление рецидивов инфекции. Эффективно использование «Микогала» и при смешанных инфекциях с одновременным выделением *Candida spp.* и банальной микробной кокковой флоры. Преимущества «Микогала» как местной формы при хроническом рецидивирующем и персистирующем ВВК заключаются также в быстром купировании симптомов заболевания: жжения и зуда.

Таким образом, можно считать, что с внедрением «Микогала» в клиническую практику врачи получили новый препарат, эффективный в лечении и профилактике разных форм ВВК.

СОВРЕМЕННАЯ ПРОГРАММА БОРЬБЫ С ДЕРМАТОМИКОЗАМИ В РОССИИ

Сергеев Ю. В., Сергеев А. Ю., Лещенко В. М.

*Национальная академия микологии
Москва*

В настоящее время в России наблюдается подъем заболеваемости дерматофитией, большая часть случаев которой приходится на микозы стоп и онихомикозы. При этом официальная статистическая картина заболеваемости может намного отличаться от реальной, поскольку значительная часть больных избегает обращения в медицинские центры.

Проведенные исследования этиологии, эпидемиологии и клинических особенностей дерматофитии показали, что среди микозов стоп, гладкой кожи и онихомикозов в России преобладает хроническая инфекция, обусловленная *T. rubrum*. Таким образом, большая часть случаев дерматофитии, по крайней мере, у взрослых, представляет антропонозную инфекцию, а единственный источник ее — сами больные дерматофитией. При этом руброфития, как показали современные и в том числе — наши исследования — это заболевание с многолетним течением, малой выраженностью симптомов, частой внутрисемейной передачей.

Это ставит вопрос об осуществимости полной победы над руброфитией. Главной целью лечебно-профилактических мероприятий должно стать выявление и лечение больных руброфитией. Соответственно поставленной цели мы формулируем следующие задачи:

1) Активный поиск больных руброфитией. Эта задача может быть осуществлена как в рамках программ диспансеризации, так и с помощью массовых лечебно-профилактических кампаний типа «горячая линия». Однако подобные методы сопряжены со значительными затратами и не могут быть осуществлены на федеральном уровне. Более совершенным подходом к решению данной задачи может стать эффективная санитарно-просветительная работа, ориентированная на постоянный приток пациентов в специализированные лечебные центры. Перспективным является внедрение программ самодиагностики онихомикоза и микоза стоп, повышающих мотивацию к лечению. Некоторые из этих программ уже апробированы (в частности, в рамках проектов Национальной академии микологии) и внедряются в практику.

2) Совершенствование средств терапии. Необходимо выйти на приемлемый низкий уровень рецидивов после лечения онихомикоза, усовершенствовать и упростить схемы лечения, сделав их доступными не только дерматологам, но и врачам общей практики. С нашей точки зрения, для решения последней задачи подходит уже внедренный в клиническую практику индекс КИОТОС, дающий возможность выбора адекватной схемы терапии онихомикозов и при этом не требующий значительного клинического опыта лечащего врача. Для успешной борьбы с руброфитией силами врачей общей практики необходимо также упростить и унифицировать подходы к их лабораторной диагностике, достаточные для подтверждения диагноза. Для этого могут быть использованы прямые ПЦР-зонды для выявления *T. rubrum* в клиническом материале, причем работы в этом направлении уже проводятся.

Необходимо также найти компромисс между стоимостью и эффективностью лечения, для чего может быть использована комбинированная терапия с применением кератолитиков, позволяющая избежать продолжительных курсов системной терапии. В настоящее время проводятся доказательные клинические испытания разных схем комбинированной системно-кератолитической терапии.

3) Разработка принципиально новых средств профилактики. Ближайшей задачей является санитарно-просветительная работа, направленная на раннюю профилактику и предупреждение руброфитии до момента развития онихомикоза, лечение которого сопряжено с большими трудностями и затратами. Перспективной является специфическая профилактика и внедрение эффективных и безопасных дерматофитных вакцин, аналогичных тем, которые разработаны для профилактики зоонозных дерматофитий. Это направление также разрабатывается в России. В настоящее время уже завершается селекция высоко иммуногенных штаммов дерматофитов, пригодных для создания вакцин против возбудителей дерматомикозов человека.

Таким образом, осуществимость полной эрадикации дерматомикозов — одного из наиболее распространенных контагиозных заболеваний — в России представляется в целом возможной. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения отдельных аспектов предполагаемой стратегии борьбы с дерматофитией, работа по имеющимся направлениям и тем более необходимо объединение усилий специалистов и деятелей науки, практикующих врачей и организаторов здравоохранения разных профилей.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИКОЗОВ СТОП У РАБОТНИКОВ НЕФТЕХИМИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Шамов Б. А.

*Кафедра дерматовенерологии
Казанского государственного медицинского университета
Казань*

Проблема грибковых заболеваний становится все более актуальной в связи с широким распространением среди населения в последние десятилетия. Микозами стоп поражено 12-18% населения (отчет ВОЗ 1992).

В последние годы появились исследования изучающие эпидемиологию микозов стоп в России. По данным А. Б. Яковлева (1994) в профессиональных группах, различных по производственным условиям труда, микозы стоп выявлялись у 21%-25% работников. Уровень заболеваемости микозами стоп в РФ с 1991 г снизился с 128,6 на 100 тысяч населения до 104,7 на 100 тысяч населения в 2000 г (Н. Н. Потекаев, 2001).

В связи с этим, изучение и прогнозирование распространенности, выяснение предрасполагающих к заболеванию факторов вопросы профилактики, имеют важное социальное и медицинское значение.

Согласно приказу №90 от 14. 03. 1996 г. МЗ РФ «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии» в сентябре-октябре 2001 г в г. Нижнекамске проводились профилактические осмотры сотрудников объединения «Нижнекамскнефтехим».

Было осмотрено 1332 сотрудника завода синтетического каучука и изопрена в возрасте от 17 до 68 лет. С различной грибковой и кожной патологией было выявлено 370 человек (27,8%). Из них грибковая патология было у 251 человека (67,8%), аллергические заболевания кожи у 39 человек (10,5%), пиодермии у 30 человек (8,1%), псориаз у 14 человек (3,4%). В единичных случаях выявлялись витилиго, красный плоский лишай, герпес, болезнь Девержи, меланомы, алопеция. Таким образом, значительную часть из выявленных больных составляли больные с грибковыми заболеваниями.

Среди 251 больного с грибковыми заболеваниями, 226 человек (64,8%) было выявлено с микотическими поражениями кожи стоп и ногтевых пластин, а больных разноцветным лишаем и эритразмой было 25 человек (3,8%). Микотические поражения кожи туловища, стоп и ногтевых пластин характеризовались типичными клиническими проявлениями. Отмечалась взаимосвязь микозов стоп с повышенной потливостью, высокой влажностью на рабочем месте, тесной обувью, различными травмами (на производстве и в быту, в процессе спортивных игр), посещение сауны после работы без сменной резиновой обуви, наличием варикозного расширения вен нижних конечностей, семейного характера поражений. При этом часть больных обращалась за медицинской помощью к цеховым терапевтам, хирургу (для механического удаления ногтевых пластин) и в кожно-венерологической дис-

пансер по месту жительства. Объем и качество оказываемой медицинской помощи, согласно анамнезу, был не всегда полным и адекватным имеющимся клиническим проявлениям. Некоторые работники считали себя здоровыми и не соглашались лечиться.

Итак, микозы стоп имелись у 65% из всех выявленных больных с кожной патологией работников нефтехимического объединения. Для снижения заболеваемости требуется проводить разъяснительную работу по необходимости соблюдения санитарно-гигиенических условий на работе и в быту, снижения травм различного генеза и обращением за адекватной медицинской помощью в кожно-венерологический диспансер по месту жительства.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ФЛЮКОСТАТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ПРАВОЙ СТОПЫ, РЕЗИСТЕНТНЫХ К СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ, У БОЛЬНОГО МИКОЗОМ СТОП

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

*Кафедра дерматовенерологии РМАПО
Кожвендиспансер №5 ВАО
Москва*

Больной П., 70 лет обратился 12. 07. 02 на прием к врачу дерматологу с жалобами на наличие на правой стопе крупных болезненных язв с неприятным запахом. Из анамнеза выяснилось, что в течение предшествующих 3-х месяцев он по этому поводу безрезультатно лечился сперва у хирурга, а затем у миколога по месту жительства. Накануне больной был проконсультирован в поликлинике ЦНИКВИ, там при лабораторном исследовании микроскопически обнаружены грибы со стоп. Рекомендовано: обследование и лечение трофических язв в условиях стационара (хирургического отделения).

Учитывая, что госпитализировать больного не удалось, дальнейшее наблюдение и лечение проводилось в условиях амбулаторного кожного приема. Выставлен диагноз: Микоз стоп. Микробная экзема. Трофические язвы правой стопы. В течение последующих двух месяцев больной получал внутрь ангиопротектор Троксеутин Лечива по 1капс. х 2р/д; мазь «Синаflan» на очаги экземы; 20% салициловую мазь на гнойные корки; серно-лоринден С-салициловую мазь (СЛС) в межпальцевые промежутки стоп. Кроме того — Бициллин-5 по 1500000 ЕД в/м ч/день №7; 10% р-р Кальция глюконата по 10,0 в/м №10; позднее для отторжения корок назначен порошок салициловой кислоты в чистом виде. С 30. 08. 02., когда язвы очистились от корок и обнажились грануляции, было добавлено туширование их 3% р-ром Колларгола и марлевые повязки с «Винилином».

Высокая резистентность трофических язв на правой стопе к проводимой терапии была расценена нами как результат воздействия на них сопутствующей микотической инфекции. Исходя из этих соображений, с 11. 09. 02. было принято решение добавить к назначенному лечению системный отечественный антимикотик Флюкостат-0,15 (Флюконазол),

который является мощным селективным ингибитором синтеза стеролов в клетках грибов. Значительно позднее, при обследовании крови на сахар от 20. 11. 02 у нашего больного была выявлена умеренная гипергликемия — 7,0 ммоль/л, что так же могло усугублять течение трофических язв и усиливать их резистентность к проводимому лечению.

В нашем наблюдении больной мужчина, 70-ти лет, принимал Флюкостат (Флюконазол) в течение 3-х месяцев по 150 мг х 1раз/нед. на фоне противоязвенной терапии. При этом каких-либо осложнений выявлено не было. Спустя неделю после начала лечения антимикотиком: язвы на правой стопе чистые, сухие, их дно выполнено грануляциями, дурного запаха нет. К концу 3-го месяца лечения Флюкостатом (Флюконазолом) «безнадёжные» до этого трофические язвы на правой стопе уменьшились в размерах более, чем вдвое и продолжают успешно эпителизоваться, анализы на грибы отрицательные.

Таким образом, при обнаружении факторов, усугубляющих течение трофических язв на нижних конечностях (особенно на стопах), и усиливающих их резистентность к обычной терапии: микотическая инфекция, сахарный диабет, — показано назначение системных антимикотиков. Системный отечественный антимикотик Флюкостат (Флюконазол) — мощный селективный ингибитор синтеза стеролов в клетках грибов, один из самых доступных по цене на нашем рынке, должен шире внедряться дерматологическую практику для лечения вялотекущих осложнённых трофических язв нижних конечностей.

ОНИХОМИКОЗЫ У ДЕТЕЙ

*Шебашова Н. В., Мишина Ю. В.,
Овчинникова И. С., Шерстобитова О. В.
Нижегородский научно-исследовательский
кожно-венерологический институт
Нижний Новгород*

Онихомикозы являются одними из наиболее распространенных грибковых заболеваний среди населения (Сергеев А. Ю. и соавт., 2002). Считается, что пик заболеваемости микозами стоп (до 84%) приходится на пожилую и старческий возраст (Рукавишников В. М., 1999; Сергеев А. Ю. и соавт., 2002), однако, в настоящее время увеличивается число детей и подростков, страдающих микозами стоп и кистей в сочетании с поражением ногтей (Степанова Ж. В. и соавт., 2000).

Целью настоящего исследования было изучение распространенности ониомикоза у детей и подростков по данным архивного материала (истории болезни микологического отделения и амбулаторные карты пациентов кабинета анонимного обследования и лечения ГУ «ННИКВИ») за 2000-2002 года.

За три года был установлен диагноз ониомикоза и проведено лечение 38 больным в возрасте от 1 года до 16 лет (средний возраст составил $10,2 \pm 0,9$ года; трое детей были в возрасте одного года). Продолжительность заболевания составила $1,9 \pm 0,4$ года. Среди больных детей и подростков преобладали мальчики — 23 пациента. У 28 детей (73,7%) диагностирован микоз стоп с ониомикозом, у 7 (18,4%) -микоз кистей с ониомикозом, у 3 (7,9%) — сочетанное поражение. Единичные поражения ногтей (1-3 ногтевые пластинки) наблюдались у 11 пациентов, у двоих детей было диагностировано изменение всех ногтевых пластинок.

У всех больных диагноз был подтвержден микроскопически. С целью уточнения видового состава возбудителей ониомикоза у 23 детей проводилось культуральное исследование. При посеве у 11 (47,8%) детей выделена культура дрожжеподобных грибов рода *Candida*, у 5 (21,7%) — такие виды плесневых грибов как *Penicillium spp.* (4 ребенка) и *Acremonium spp.* (1 ребенок), в остальных случаях наблюдался рост дерматофитов (главным образом *Trichophyton rubrum* — 30,5%). Причем у детей в возрасте одного года нами отмечен рост только плесневых грибов и грибов рода *Candida* или их сочетание. Грибы рода *Candida* обычно вызывали ониомикоз на кистях.

Большинство детей и подростков, вошедших в исследование, имели сопутствующие (фоновые) заболевания или состояния: наблюдались дерматологические заболевания (атопический дерматит, экзема), заболевания желудочно-кишечного тракта (дисбактериоз кишечника, хронический гастроуденит и др.), заболевания мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит и др.). У многих детей заболевание возникло после приема антибиотиков по поводу интеркуррентных заболеваний. Заражение детей до 7 лет чаще происходило в семье от больных родителей или ближайших родственников, подростков — после посещения бассейнов.

Все больные ониомикозами дети и подростки получали наружно кератолитические и противогрибковые средства (проводился онихолизис с 50% иодидом калия и наружная антимикотическая терапия 50% пирогаллом). У 15 больных использовались системные антимикотики: 6 подростков получили терапию гризеофульвином, 5- детей ламизилом, 1 — орунгалом, 1- низоралом, 1- дифлюканом и 1 — экзифином в дозах, соответствующих весу ребенка. Ламизил был использован у детей с ониомикозом стоп вне зависимости от возраста ребенка. Получено полное клинико-лабораторное излечение после трехмесячного курса терапии, отмечена хорошая переносимость препарата и отсутствие побочных явлений. Другие системные антимикотики использовались только у подростков (12-16 лет) при отсутствии возможности назначения ламизила или при наличии кандидозного и/или плесневого поражения ногтевых пластинок. Следует отметить, что при использовании гризеофульвина требовалось не менее 3-х госпитализаций в

стационар (один ребенок госпитализировался 4 раза), препарат назначался длительно до полного отрастания ногтевых пластинок, у некоторых подростков отмечались побочные явления в виде тошноты, чувства тяжести в эпигастральной области в области печени, повышения уровня печеночных ферментов АлАт, АсАт в сыворотке крови, не всегда достигалась полная клинико-лабораторная ремиссия, что требовало назначения другого системного антимикотика.

Таким образом, в настоящее время диагностируется большое количество случаев онихомикоза у детей, по нашим данным увеличивается частота выделения недерматофитной флоры — плесневых грибов и грибов рода *Candida*. Необходимо с особой осторожностью подходить к назначению системных антимикотиков детям с онихомикозами с учетом чувствительности и переносимости данных лекарственных препаратов. Нельзя недооценивать необходимость своевременной диагностики и лечения, проведения профилактических мероприятий при наличии микотических поражений в семье.

КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ И ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА ПОСЛЕ ФИЗИКО-ФАРМОКОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ

Сохар С. А., Фещенко В. Ф., Ашомко В. Ф.
Областной КВД
Гомель, Белоруссия

Значимость роли микозов для практического здравоохранения вытекает из следующих положений:

- необычайная распространенность во всем мире;
- этиологическая и нозологическая гетерогенность;
- склонность к рецидивам и хроническому течению.

Дерматомикозы занимают второе место среди всех заболеваний кожи.

В Гомельской области продолжает сохраняться неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости микроспорией среди детей. Этому способствует ухудшение социально-экономической ситуации, экологической обстановки, увеличение частоты иммунодефицитных состояний, рост числа бродячих животных и недостаточная работа ветеринарной и коммунальной служб города по их санации.

Заболеваемость микроспорией в Гомельской области в течение последних пяти лет остается самой высокой в РБ (см. табл).

По нашим наблюдениям, заметно участились случаи хронического течения микроспории волосистой части головы у детей с давностью заболевания от двух до восьми месяцев (13%).

В большинстве случаев для лечения данной патологии прибегают к назначению противогрибкового антибиотика гризеофульвина. В настоящее

Таблица

ГОД	Микроспория в ГО			РБ	
	Всего выявлено больных	На 100тыс. населения	Темп прироста	Темп прироста	На 100тыс. населения
1997	2019	126.2	+6.6	0	75.7
1998	1862	116.4	-7.8	-2.4	73.9
1999	1823	115.4	-0.9	-6.8	68.9
2000	1521	96.6	-16.3	-9.0	61.9
2001	1061	69.2	-29.3	-17.0	51.4
2002	1157	75.2	+8.6	-4.0	49.0

время гризеофульвин считается препаратом узкого спектра действия. Отмечено наличие устойчивых к данному препарату штаммов *M. canis*. У него плохая всасываемость в ЖКТ. Имеются трудности в плане соблюдения пациентом режима приема препарата из-за длительности курсов лечения. Побочные эффекты (у 8-15% больных) — головная боль, диспепсия, светочувствительность, снижение естественного иммунитета. Но несмотря на это, он является одним из эффективных средств лечения микроспории. Низкая стоимость препарата позволяет широко применять его в практике.

Мы разработали новый метод использования гризеофульвина в сочетании с физическим воздействием на очаг путем применения ультразвука и электрофореза.

Эффект применения ультразвука обеспечивает усиление проницаемости кожи, сосудов и клеточных мембран, образование микропотоков внутри клеток,

разрыхление эпидермиса. При этом повышается функциональная активность митохондрий, усиливаются гликолитические процессы и биологическое окисление

Ультразвуковая кавитация оказывает противовоспалительное, бактерицидное действие, усиливает активность лейкоцитов.

Лекарственные вещества, вводимые в организм методом электрофореза, вызывают изменение биохимических процессов, идущих в направлении, характерном для действия данного фармакологического агента. Стимулирующий эффект терапевтических дозировок постоянного тока проявляется в активации трофических процессов, увеличении фагоцитарной активности лейкоцитов, повышении защитных свойств тканей, усилении выработки антител.

Под наблюдением находилось 120 больных микроспорией волосистой части головы и гладкой кожи (70 мальчиков и 50 девочек). В возрасте до 3-х лет было 20 детей, от 3 до 5 лет — 45, от 5 до 10 лет — 35, от 10 до 14 лет — 20. Больные получали электрофорез 1%-и суспензии гризеофульвина на физиологическом растворе на очаги в области волосистой части головы и участки гладкой кожи, которые в силу своих анатомических особенностей противопоказаны для воздействия ультразвука. С целью повышения проницаемости кожи мы использовали смесь Блюра (спирт: эфир), так как орга-

нические растворители способствуют удалению липидов с поверхности кожи, достоверно повышают введение в организм веществ с помощью электрофореза и фонофореза 5%-го гризеофульвина на основе, состоящей из воды и вазелина по лабильной методике. Данной группе назначали гризеофульвин в половинчатой суточной дозе. Все больные переносили лечение хорошо. Отсутствие спор гриба при микроскопическом исследовании чешуек и волос, свечения отмечалось на 20–21-й день терапии; в контрольной группе (120 человек) после обычного метода лечения согласно инструкции — на 23–24-й день.

Сроки продолжительности лечения составили в среднем 30. 3 дня в группе получавшей физико-фармакологическое лечение; при терапии по общепринятой методике — 40. 2 дня. У 50 больных микроспорией (5–14 лет) до начала лечения проводилось изучение клеточного и гуморального иммунитета. Снижение показателей клеточного звена иммунитета отмечено у 13% больных, чаще за счет уменьшения Т-супрессоров (у 11% больных) и реже — общего количества лимфоцитов. Фагоцитарный показатель был снижен у 10% больных. Лейкоцитоз разной степени выраженности обнаружен у 49. 2% обследованных. Наблюдалось повышение Ig E у 11. 2% больных и снижение Ig A у 7. 3%.

После проведенной терапии с использованием физико-фармакологических методов отмечалось повышение уровня Ig A у 9. 5% пациентов и увеличение общего числа лимфоцитов у 13. 2%.

Таким образом, у больных микроспорией выявлены нарушения в иммунологическом статусе. Это может свидетельствовать о слабой иммунной перестройке, недостаточной для участия специфических антител в процессе развития и течения микоза, лишает организм способности противостоять грибковым антигенам. Нами отмечено положительное действие постоянного электрического тока и ультразвука на состояние иммунной системы у больных микроспорией.

На основании проведенных исследований нами сделано заключение о целесообразности применения электро- и фонофореза гризеофульвина в комплексном лечении микроспории, что заметно повышает эффективность терапии, позволяет снизить суточную дозу препарата и что немаловажно, сократить пребывание больного в стационаре, а также установить особенности иммунологического статуса с последующей его коррекцией.

МИКОЗЫ СТОП У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Соколова Г. А., Корнишева В. Г., Белова С. Г.

*Кафедры эндокринологии и дерматологии
Медицинской академии последипломного образования
Санкт-Петербурга*

Синдром диабетической стопы (СДС) у больных СД объединяет патологические изменения нервной системы, макро- и микрососудистые измене-

ния, остеопороз костей стопы и нередко осложняется микотической инфекцией. Для ранней диагностики микозов стоп у больных СД с риском развития СДС мы представляем разработанный нами алгоритм ранней диагностики микозов.

Алгоритм диагностики микозов стоп при сахарном диабете.

Жалобы: поражение кожи, ногтей стоп, кистей; трещины, зуд кожи в межпальцевых складках стоп кистей. Анамнез: Изменение ногтей появилось > 2 лет, лечение не проводилось или наружная антифунгальная терапия приносила временный эффект, спустя несколько месяцев рецидив заболевания, появление очагов поражения на гладкой коже.

Клиника: ногтевые пластинки поражены по гипертрофическому типу. Кожа подошв, кистей сухая, гиперкератоз, муковидное шелушение. Лабораторные исследования: микроскопия, посев. Лейкограмма: лейкопения, относительный лимфоцитоз. Показатели пат. материала: септированный мицелий, рост *T. rubrum*, *C. albicans*, *Penicillium spp.* Биохимия: гликемия натощак > 5,5 ммоль/л, постпрандиальная гликемия > 7,5 ммоль/л, *HbA1c* > 6,0%. Серология: титр а/тел к *T. rubrum spp.*, *Penicillium spp.*, *C. albicans* в ИФА >1:800. Иммунограмма *CD3* < 1,47 X 10⁹/л; *CD4* < 1. 07 X 10⁹/л.

Микогенная сенсibilизация: повышение общего *IgE* >65 МЕ/мл, наличие *IgE* к *T. rubrum*, повышение мелких ЦИК > 0,52 у. е. Своевременная диагностика микозов стоп у больных СД позволит устранить проникновение бактериальной инфекции, многократно увеличивающей риск развития язв нижних конечностей у больных СД, с последующим формированием СДС, что позволит уменьшить число ампутаций стоп.

СОСТОЯНИЕ КОЖИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И МИКОЗОМ СТОП

Соколова Г. А., Корнишева В. Г.,
Белова С. Г., Чабан А. А.

Кафедры эндокринологии, дерматовенерологии,
физиотерапии С-Пб МАПО
Санкт-Петербург

Целью исследования явилось изучение состояния нижних конечностей у больных сахарным диабетом (СД) типа 2 и микозом стоп (МС) для предотвращения развития синдрома диабетической стопы (СДС).

Обследовано 72 больных СД типа 2 (51 женщина и 11 мужчин, в возрасте от 40 до 78 лет). Больные находились на диетотерапии №9, получали пероральные сахароснижающие препараты, гипотензивные и гиполипидемические средства. Уровень компенсации СД определяли по результатам

гликемии натощак и через час после еды, глюкозурии, HbA1c, липидному спектру, индексу массы тела, а также уровню артериального давления. Компенсация СД была хорошей у 5 пациентов, у 46 — удовлетворительный, у — 21 — плохой.

Микологическое обследование включало в себя 2х-3х-кратное микроскопическое и культуральное исследование кожных и ногтевых пластинок стоп. Дистальная диабетическая полинейропатия (ДДПН) оценивалась как мертоном по уровню вибрационной чувствительности, тактильная чувствительность определялась с помощью монофиламента. Всем больным проводилась реовазография.

Из 72 больных диагноз МС был поставлен в 55 случаях (76,4%), тогда как из 16 больных с признаками МС, микологический диагноз был подтвержден только у 12 больных. В 4 случаях установлены диагнозы: ониходистрофия, псориаз ладоней и подошв с поражением ногтевых пластинок. При культуральном исследовании *Trichophyton rubrum* выделен как моноинфекция в 57,1% в сочетании с грибами рода *Dematiaceae* и *Scopulariopsis koningi* в 28,6%. В 14,3% больной высевалась смешанная дрожжевая и плесневая флора (*Candida spp.*, *Alternaria spp.*, *Aspergillus niger*).

У всех пациентов СД и МС отмечалась деформация стоп в виде плоскостопия и *hallus valgus*.

Кожа стоп чаще поражалась по сквамозно- гиперкератотическому типу, ногти — по гипертрофическому.

Артериальный (магистральный) кровоток у наблюдаемых пациентов нарушен не был.

ДДПН среди пациентов с микотическим поражением выявлена в 54,5%. Отмечено, что наиболее тяжело МС протекал у пациентов с плохим уровнем компенсации в сочетании с ДДПН. У больных СД типа 2 при плохой компенсации без грибковой инфекции нижних конечностей (группа контроля) ДДПН диагностирована только у одного пациента из 6, в то время как среди декомпенсированных пациентов с МС ДДПН отмечалась у 10 из 13. Как правило, МС, протекающий на фоне ДДПН нижних конечностей, больных субъективно не беспокоил.

Таким образом, МС у больных СД типа 2 в 52,9% обусловлен микстинфекцией (дерматомицеты, дрожжевая и плесневая биота) и протекал на фоне ДДПН у половины больных. Течение МС у них характеризовалось отсутствием субъективных ощущений, что затрудняло диагностику и проведение традиционной наружной терапии. Ранняя диагностика МС у больных СД типа 2 и адекватная терапия являются жизненно необходимыми средствами для борьбы с СДС.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗОМ МЕТОДОМ ПУЛЬС — ТЕРАПИИ ОРУНГАЛОМ (ИТРАКОНАЗОЛ)

*Соколовский Е. В., Тимоховский Ю. А., Кузнецов А. В.,
Игнатовский А. В., Махиненко И. О., Аравийская Е. А.,
Дешина С. Л., Коверзнева А. С., Соколов Г. Н., Иванова Л. В.*

*Кафедра дерматовенерологии с клиникой
Санкт-Петербургского государственного медицинского университета
имени академика И. П. Павлова
Санкт-Петербурге*

На современном этапе орунгал (итраконазол) и ламизил (тербинафин) признаны наиболее эффективными и щадящими антимикотиками для общей терапии больных онихомикозом. В отечественной и зарубежной литературе периодически появляются публикации сравнивающие механизм действия, терапевтическую активность, фармакокинетику, возможные осложнения, критерии оценки эффективности и даже экономические затраты при лечении этими средствами.

Общепризнанной считается хорошая переносимость того и другого антимикотика и низкий процент побочных осложнений.

Незначительные количественные различия между ними, наряду с другими причинами, могут, очевидно, зависеть и от несовершенства мониторинга побочных осложнений. Нередко трудно установить, является ли данное побочное явление результатом приема лекарственного препарата, или же оно связано с каким-либо другим состоянием. Ряд побочных явлений, вероятно, могут быть обусловлены лекарственными взаимодействиями, что на данном этапе практически не изучено.

Частота побочных эффектов приблизительно одинакова: от 3,1 до 5,2% при лечении орунгалом и от 2,8 до 5,8% при лечении ламизилом. Наиболее частыми являются осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта (чувство переполнения желудка, тошнота, рвота, боли в животе, диспепсия, запор и др.). Реже наблюдаются осложнения со стороны печени (транзиторное повышение уровня трансаминаз крови), со стороны нервной системы (сонливость, утомляемость, головная боль, головокружение, парестезии), аллергические реакции (зуд кожи, сыпь).

Одна из основных целей медикаментозной терапии онихомикоза состоит в ограничении воздействия лекарства на больного. По данным большинства исследователей этому в большей степени соответствует орунгал, особенно при интермиттирующем способе введения]. При пульс-терапии суммарная доза орунгала, полученная больным, составляет менее половины того количества, которое он получает при непрерывной терапии, что значительно снижает риск побочных явлений.

Материалы и методы. В амбулаторном отделении (Центр дерматовенерологии и косметологии) при кафедре дерматовенерологии с клиникой СПбГМУ им. акад И. П. Павлова лечились орунгалом по методу пульс-тера-

пии 396 пациентов (214 мужчин и 182 женщины), в возрасте от 16 до 34 лет — 91 чел., от 35 до 50 лет — 232 и свыше 50 лет — 73.

296 пациентов имели поражения ногтевых пластинок на стопах, 85 — на кистях и 15 — только на кистях. У 278 пациентов диагностирована дистально-латеральная форма онихомикоза, 27 — проксимальная подногтевая, 87 — тотальная дистрофическая и 4 — поверхностная.

При подборе пациентов для системной терапии орунгалом мы руководствовались оценкой комплекса клинических признаков: клинической формой онихомикоза, количеством пораженных ногтевых пластинок, общей площадью пораженных ногтевых пластинок, глубиной поражения и выраженностью гиперкератоза.

Так как начало наших наблюдений относилось к более раннему периоду времени, чем был предложен индекс для клинической оценки онихомикоза и расчета продолжительности терапии КИОТОС, мы не могли им воспользоваться для сравнения результатов с более поздней группой больных.

Длительность заболевания онихомикозом у наших пациентов колебалась от 3 до 20 лет. Некоторые пациенты не могли уточнить срок начала заболевания.

Большинство пациентов до начала лечения орунгалом продолжительно и малоуспешно лечились наружными кератолическими и противогрибковыми средствами. Хирургическое удаление пораженных ногтевых пластинок у 8 пациентов не предупредило рецидива и необходимости дальнейшего лечения.

Диагноз онихомикоза у всех больных был подтвержден положительными результатами микологического исследования ногтевых чешуек.

Лечение проводилось по методу пульс-терапии. Орунгал назначался по 400 мг в сутки (по 200 мг в два приема) в течение одной недели с 3-х недельными перерывами (1,5 и 9 недель) Количество циклов пульс-терапии определялось интенсивностью поражения ногтевых пластинок и локализацией. 349 пациентов (88,2%) получили по 3 цикла пульс-терапии орунгалом и 17 (4,29%) получили дополнительно 4-ый цикл. Он был назначен больным у которых медленно отрастали ногтевые пластинки, особенно на первых пальцах стоп. При этом на дистальном крае пластинок сохранялись участки поражения с клиническими признаками микоза, подтвержденного микологическим исследованием. В большинстве случаев у этих пациентов изначально имелось тотальное поражение нескольких ногтевых пластинок, длительный срок болезни, пожилой возраст, а также фоновые заболевания.

18 пациентов (4,5%) с изолированным поражением на кистях или незначительными дистальными краевыми поражениями ногтевых пластинок стоп получили по 2 курса пульс-терапии орунгалом.

Перед назначением орунгала у всех пациентов контролировались биохимические показатели крови (билирубин, АСТ, АЛТ). Эти показатели контролировались повторно (после

1-ой недели терапии у 174 (43,9%) больных, после 5-ой — у 145 (36,6%) и после 9-ой — у 77 (19,4%).).

Перед назначением орунгала при сборе анамнеза выявлялись как общие, так и местные патогенетические факторы, которые по возможности учитывались в комплексной терапии больных онихомикозом. Так у 3 пациентов была язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки вне стадии обострения, у 13 — хронический гастрит, у 12 — атеросклероз сосудов нижних конечностей.

Орунгал не назначался пациентам с обострением язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки, острым гастритом, обострением желчно-каменной болезни, острым колитом, беременным, с отклонениями от нормы показателей АСТ и АЛТ.

При значительном подногтевом гиперкератозе перед пульс-терапией орунгалом применялись наружные кератолитические и фунгицидные средства.

С учетом фоновых заболеваний в период приема орунгала при необходимости больным назначались венотоники, периферические гемокинаторы, ангиопротекторы (ксантинола никотинат, трентал и др).

Для изучения отдаленных результатов терапии онихомикоза орунгалом нами были активно вызваны 60 пациентов, закончивших лечение в течение 1-1,5 лет. Оценивалось клиническое и микологическое выздоровление среди этих больных, анализировались возможные причины рецидива или реинфекции.

Результаты. Через 1 месяц после первой недели приема орунгала у большинства пациентов отмечался рост нормальной ногтевой пластинки в пределах 1 мм, а также отсутствие роста гриба при микологическом обследовании. За этот же период времени у всех пациентов разрешались клинические проявления микоза на подошвенной поверхности стоп (гиперкератоз, трещины) и в межпальцевых промежутках (мацерация, шелушение, трещины), которые до лечения орунгалом существовали длительное время.

Через 3 месяца после начала пульс-терапии орунгалом примерно у 20% пациентов наблюдалось отрастание нормальных ногтевых пластинок и отсутствие роста гриба при посеве. У 35% пациентов отмечена тенденция к росту нормальных ногтевых пластинок. Через полгода клиническое выздоровление отмечено у 75% и клиническое улучшение у 25% больных. Ногтевые пластинки на кистях рук приобрели нормальный внешний вид у 100% пациентов.

На группе пациентов (60 человек) прослежены отдаленные результаты (через 1-1,5 года) после лечения орунгалом по методу пульс-терапии. У 46 пациентов (76,7%) наблюдалось клиническое и микологическое выздоровление. У 14 пациентов (23,3%) значительная часть ногтевых пластинок приобрела нормальный внешний вид, но на некоторых из них и, прежде всего, на больших пальцах стоп по дистальному краю сохранились участки поражения с клиническими признаками онихомикоза.

Пациенты отмечали хорошую переносимость препарата. 99,5% больных полностью отрицали какие-либо осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта. У трех пациентов лечение орунгалом было прекращено в связи: с обострением желчно-каменной болезни, обострением язвенной болез-

ни желудка, токсическим невритом зрительного нерва. У 9 пациентов наблюдалось незначительное повышение уровня АСТ и АЛТ, не потребовавшие отмены препарата.

Обсуждение. Полученные нами данные свидетельствуют о хорошей переносимости больными пульс-терапии орунгалом. На нашей группе больных (396 человек) мы не смогли подтвердить данные многих исследователей о большой частоте осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта. 13 пациентов с установленным в анамнезе хроническим гастритом и 3 с язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки не отметили ухудшения в период лечения орунгалом. Вместе с тем, в трех случаях пришлось отменить орунгал по причине обострения язвенной болезни желудка, желчно-каменной болезни и токсического неврита зрительного нерва, которые не выявлены при сборе анамнеза. Трудно представить, что в данной большой группе не было еще пациентов с аналогичными диагнозами, которые по разным причинам не удалось выявить в анамнезе.

В обычной клинической практике для мониторинга влияния лекарств на печень используют результаты функциональных печеночных проб. Вместе с тем известно, что их отклонения могут возникать под действием ряда факторов, таких, например, как употребление алкоголя, о котором может умолчать обследуемый больной. В связи с этим возникают трудности увязки данного конкретного изменения с приемом того или иного лекарства. Конкретной иллюстрацией сказанного может быть повышение АСТ и АЛТ у наших 9 пациентов.

Полученные нами результаты свидетельствуют о высокой эффективности пульс-терапии орунгалом. Полное отрастание ногтевых пластинок при анализе отдаленных результатов через год наблюдался у 76,7% больных, что не противоречит данным других исследователей. Вместе с тем неудачи терапии заставляют искать способы повышения ее эффективности. Необходимо учитывать и, по возможности, корректировать фоновые заболевания, которые могут способствовать развитию ониомикоза, а также уменьшать эффект от терапии.

Положительный результат терапии во многом зависит от ряда факторов (клинической формы ониомикоза, количества пораженных ногтевых пластинок, глубины поражения, возраста пациента). К настоящему времени отечественными микологами разработаны четкие критерии для назначения системной терапии и длительности лечения. Значение этих факторов для успешной терапии ониомикоза хорошо иллюстрируется в группе наших пациентов где не удалось получить хороших результатов при стандартной схеме пульс-терапии. Это лица, длительно болеющие ониомикозом с преобладанием тотального поражения ногтевых пластинок, длительно и малоуспешно применявшие наружную терапию традиционными средствами. В этих случаях очевидно оправдано назначение дополнительного 4 цикла лечения орунгалом. Замена дополнительной терапии наружными средствами далеко не всегда оказывается эффективной.

Наружная терапия с использованием кератолитических и противогрибковых средств является необходимым дополнением к пульс-терапии орунгалом у пациентов с выраженным подногтевым гиперкератозом.

Необходимо обращать внимание пациентов на обязательную многократную обработку обуви 10% раствором формалина, 0,5% раствором хлоргексидина биглюконата, спрей-пудрой «Дактарин» и другие профилактические мероприятия.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ У МУЖЧИН

Станкевич Р. В., Сингур О. А.
ВГМУ, кафедра дерматовенерологии
Владивосток

В последнее десятилетие на фоне роста ИППП отмечается рост заболеваемости и урогенитальным кандидозом, который составляет около 40% в структуре инфекций нижнего отдела гениталий. Также в последнее время отмечается рост числа стертых форм заболевания, увеличивается число хронических, резистентных к специфической терапии, случаев урогенитального кандидоза. За последние 20 лет заболеваемость урогенитальным кандидозом в России резко возросла, и в частности в Приморском крае в течение последних 10 лет остается на достаточно высоком уровне с тенденцией к неуклонному росту. Необходимо отметить также, что пик заболеваемости приходится на пациентов в возрасте 20-29 лет, что совпадает по статистике с началом половой жизни, согласно анкетированию, проведенному среди студентов ВГМУ и пациентов ГККВД г. Владивостока. Учитывая сложившуюся эпидемическую обстановку по урогенитальному кандидозу целью нашего исследования стало изучение эффективности широко применяемых методов лечения данного заболевания при рецидивирующих формах урогенитального кандидоза.

Нами было исследовано 80 случаев урогенитального кандидоза среди мужчин в возрасте от 20 до 35 лет (50 случаев с острой формой и 30 — с рецидивирующей формой заболевания). Диагноз урогенитального кандидоза ставился на основании микроскопического обследования. Во всех случаях помимо местного лечения пациенты получали препараты общего действия (в качестве местной терапии применялся крем «Клотримазол» 2 раза в сутки, не менее 14 дней, в качестве общей терапии — препараты флуконазола — дифлюкан, дифлазон, микосист, меофлюкон в дозировке 150 мг., однократно).

У пациентов с острой формой заболевания клинический эффект достигался уже на 3-5 сутки от начала лечения практически у 85% больных, и полное выздоровление у всех пациентов с этой формой заболевания отмечалось к окончанию курса лечения. Примерно в 5% случаев наблюдались рецидивы заболевания, связанные, как правило, с повторным заражением (беспорядочные половые связи), либо самостоятельной отменой препарата (клотримазол) самими пациентами.

При рецидивирующей форме заболевания эффект от терапии достигался приблизительно у 50% пациентов и то к окончанию курса лечения (не-

редко курс лечения клотримазолом приходилось продлевать до 3-4 недель). У 20% пациентов эффект от применения клотримазола отмечался только во время проводимой терапии — после отмены препарата наблюдалось восстановление прежней клинической картины. Необходимо отметить, что сменив препарат для наружной терапии видимого ухудшения в лечении не достигалось. Данная группа пациентов была обследована более детально на предмет: эндокринологических заболеваний (в 60% случаев регистрировались повышенные показатели сахара крови), дисбактериоз кишечника (практически в 100% случаев зарегистрирован дисбактериоз III-IV степени), других инфекций, передаваемых половым путем (отмечается частая ассоциация урогенитального кандидоза с хламидийной, уреаплазменной, герпетической инфекциями, особенно на фоне длительного их течения). Немаловажную роль в рецидивировании заболевания играло повторное заражение (беспорядочные половые связи, неизлеченность половых партнеров).

Таким образом, проведенное исследование позволяет нам предположить, что стандартные, рекомендуемые схемы лечения урогенитального кандидоза мужчин с использованием местного (клотримазол 2 раза в сутки, не менее 14 дней) и общего (препараты флуконазола в дозировке 150 мг., однократно) лечения достаточны для лечения острых форм этого заболевания и требуют корректировки, дополнения (возможно, применением иммунокорректирующей терапии) и более детального обследования пациентов при хронических, часто рецидивирующих формах урогенитального кандидоза.

СОВРЕМЕННЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ АНТИМИКОТИК «МИКОЗОРАЛ» В ТЕРАПИИ МИКОЗОВ ГЛАДКОЙ КОЖИ

*Степанова Ж. В.
ГУ «ЦНИКВИ МЗ РФ»
Москва*

Учитывая распространенность дерматомикозов и кандидоза гладкой кожи перспективно иметь на вооружении современные антимикотические средства широкого спектра действия.

К препаратам, обладающим этим свойством, относятся азоловые соединения. В настоящее время в нашей стране химико-фармацевтическим комбинатом «Акрихин» выпускается

2% мазь «Микозорал», которая относится к этому ряду препаратов.

В отделении микологии ЦНИКВИ 2% мазь «Микозорал» была применена 42 больным с микозами гладкой кожи, из них:

37 пациентов с руброфитией гладкой кожи;

2 — с зооантропонозной трихофитией, обусловленной *T. mentagrophytes* var. *gypseum*;

1 — с микроспорией без поражения пушковых волос;

2 — с кандидозной паронихией.

Возраст больных от 18 до 67 лет.

Мазь наносили на очаги поражения 1 раз в день, слегка втирая в кожу. Перед применением пораженные участки кожи очищали и высушивали.

При руброфитии межпальцевых складок стоп поверхностные трещины эпителизовались через 7-10 дней, глубокие — через 2-4 недели; а разрешение клинических проявлений и отсутствие грибов в результатах лабораторных исследований — через 10-30 дней. Субъективные ощущения прекращали беспокоить пациентов через 1-2 недели. При наличии очагов руброфитии в пахово-бедренных областях излечение наступало через 2-4 недели.

У больной микроспорией гладкой кожи отрицательный анализ на грибы выявлен на 7 день лечения, однако клинические проявления разрешились к концу 4 недели.

При зооантропонозной трихофитии излечение наблюдалось через 2-3 недели с начала лечения.

При кандидозной паронихии разрешение клинических проявлений наступало через 12-15 дней.

Таким образом, 2% мазь «Микозорал» эффективна при дерматомикозах и кандидозах гладкой кожи, обладает выраженным эпителизирующим и противовоспалительным действием, а также имеет ряд других преимуществ: хорошо впитывается в кожу, не пачкает одежду и не имеет запаха, удобна в применении — наносится 1 раз в день.

К ВОПРОСУ О ХРОНИЧЕСКОЙ ТРИХОФИТИИ У ДЕТЕЙ

Степанова Ж. В., Климова И. Я., Воробьева И. А.
ГУ «ЦНИКВИ МЗ РФ», клиническая больница имени В. Г. Короленко
Москва

Поверхностная трихофития, обусловленная антропофильными грибами, в бывшем СССР регистрировалась главным образом в республиках средней Азии и Закавказья, реже — других регионах. По данным И. И. Умновой в 1967 г. *Trichophyton violaceum* составлял 18,8% от всех возбудителей дерматомикозов. В России поверхностная трихофития встречалась в единичных случаях. В последние 5 лет ситуация изменилась в связи с миграцией населения. Если в 70-80-ые годы регистрировалась только поверхностная трихофития волосяной части головы у детей младшего и старшего возраста, то в последние 3 года мы наблюдали несколько случаев хронической трихофитии у детей разного возраста. Заболевание длительно не диагностировалось, в связи с чем проводилось неадекватное лечение и заболевание приобретало хроническое течение. В качестве иллюстрации приводим подобное наблюдение.

Б-й Ч. С., 14 лет, амб. к. 21120, коренной москвич, консультирован в отделении микологии института в сентябре 2002 г. Болен с октября 2001 г. Впер-

вые очаг появился на коже туловища, обращался к врачу, диагностирована микроспория и проведено противогрибковое лечение. Очаг разрешился. Через некоторое время появились несколько подобных очагов на туловище и голове. Наблюдался в течение нескольких месяцев у детских дерматологов с диагнозами себорейный дерматит, экзема, назначалось противовоспалительное лечение, в том числе и кортикостероидные мази. При осмотре на волосистой части головы в правой височной и затылочной областях были очаги с шелушением без четких границ, коротко обломанные волосы в виде черных точек. На правой кисти между I и II, III и IV пальцами с переходом на тыльную поверхность были очаги размером 3x2 см, с четкими границами, гиперемизированным валиком по периферии, шелушением в центре. Микроскопически с очагов на голове был обнаружен *Trichophyton endothrix* в волосе, с кожи — мицелий. При посеве получен рост *Trichophyton tonsurans*. При осмотре семи больных трихофитией не выявлено. Мальчик год назад занимался в секции вольной борьбы, где возможно произошло заражение, т. к. в этой группе был ребенок, который лечился в б-це им. Короленко дважды с диагнозом поверхностная и хроническая трихофития волосистой части головы. В августе 2002 года в отделении микологии была консультирована, а затем госпитализирована больная 12 лет с хронической трихофитией волосистой части головы. В это же время в стационаре находилась семья, в которой хроническая трихофития была у матери и дочери и поверхностная форма волосистой части головы у младшего сына. При посеве у всех больных была выделена культура *Trichophyton violaceum*. В последних 2-х случаях родители больных трихофитией детей были жителями северного Кавказа, но последние годы постоянно живут в Москве.

Рост заболеваемости детей антропонозной трихофитией, в том числе хронической формой, можно объяснить ослаблением санитарно-просветительной работы среди населения, некачественной дезинфекцией матов в спортзалах, ошибками в диагностике.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ МИКОЗОВ У ДЕТЕЙ

Степанова Ж. В.
ГУ «ЦНИКВИ МЗ РФ»
Москва

Наиболее распространенными микозами у детей являются зооантропонозные микроспория и трихофития. В последние годы наблюдается увеличение регистрации микоза стоп и онихомикоза среди детей и подростков, о чем свидетельствуют собственные наблюдения и сообщения зарубежных исследователей.

Несмотря на имеющийся выбор высокоэффективных антимикотиков с широким спектром действия и выраженной антифунгальной активностью

ин vitro, применение их в терапии больных микроспорией и трихофитией ограничено. До настоящего времени наиболее эффективным и фармакоэкономичным средством при микозах с поражением волосистой части головы у детей остается антибиотик гризеофульвин, назначаемый в суточной дозе из расчета 22 мг/кг массы тела при микроспории и 18 мг/кг — трихофитии. В качестве альтернативного метода можно применять тербинафин с учетом массы тела: до 20 кг — 62,5 мг/сут, от 20 — 40 кг — 125 мг/сут, свыше 40 кг — 250 мг/сут ежедневно, 8-12 недель. Лечение онихомикоза у детей, особенно в возрасте до 3-х лет, 10 лет назад представляло определенные трудности. В настоящее время доказана эффективность и безопасность 2 современных методов. Первый метод заключается в применении антимикотиков системного действия при тотальном и множественном поражении ногтей (флуконазол из расчета 5-8 мг на 1 кг массы тела однократно в неделю до отрастания здоровых ногтей или тербинафин с учетом массы тела, как при микроспории, ежедневно, 2-4 месяца). Второй метод — наружная терапия с использованием микоспора в наборе для лечения ногтей, назначается при дистально-латеральном поражении без вовлечения в процесс матрикса. Продолжительность лечения 1,5-4 месяца.

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗОМ, ОЦЕНЕННЫЕ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА КИОТОС

*Сундукова И. О.
Люберецкий КВД
Люберцы*

Мы наблюдали 685 больных онихомикозом. При этом учитывались факторы, способные повлиять на эффективность лечения и возможное развитие рецидивов: клинические особенности онихомикоза — клиническую форму, глубину поражения и выраженность онихомикоза, кроме того, учитывался возраст больных, т. е. производилась оценка факторов, необходимых для выбора правильной тактики лечения; выяснялось наличие сопутствующих заболеваний; возможность осложнений после лечения; уточнялась финансовая возможность пациентов.

Количество курсов лечения было рекомендовано исходя из оценки клинических данных, при этом учитывалась степень выраженности оцениваемых параметров с помощью индекса КИОТОС. Известную роль в определении количества курсов играла финансовая возможность и соматическое состояние пациента.

Первое контрольное исследование проводилось через 4 месяца после начала лечения, где оценивались глубина поражения и степень гиперкератоза у больных с дистальной клинической формой. При этом более выра-

женная положительная динамика лечения была у больных с меньшим индексом и применявших 4 курса итраконазола.

2 контрольное исследование проводилось через 6 месяцев. У больных с индексом 6-9, установленном на первичном осмотре, излечение наблюдалось у большинства пациентов, исключение составили больные старше 55 лет. У данной категории больных выраженной положительной динамики не наблюдалось. Оценивая больных с индексом 9-12, на 6-м месяце наблюдения, мы наблюдали микологическое и клиническое излечение при приеме 4 курсов лечения. У больных с индексом КИОТОС 9-12, применявших 3 курса лечения, индекс снизился в среднем до 5. У пациентов с индексом 12-16, получавших 3 курса лечения, также на 6-м месяце наблюдения, наблюдалось снижение индекса в среднем до 6,7. При приеме 4 курсов лечения, наблюдалось снижение индекса до 5. На тех же сроках наблюдения, у больных с индексом более 16, при выраженном гиперкератозе очевидных клинических изменений мы не наблюдали. Этим больным (44 человека) было назначено применение отслаивающих препаратов и механическое удаление пораженных частей ногтевой пластины.

Следующий контроль проводился через 9 месяцев. При микроскопическом исследовании материала с ногтевых пластин, при умеренном и минимальном гиперкератозе, нити мицелия не выявлялись. Исследуя материал у 44 больных, применявших отслаивающие препараты, нити мицелия найдены у 42 пациентов. Оценивая данные, мы видели клиническое излечение всех больных, исключение составляли 42 пациента, у которых на первичном осмотре наблюдался выраженный гиперкератоз и индекс КИОТОС был более 16.

На контроле через 12 месяцев мы наблюдали микологическое и клиническое излечение еще у 7 больных.

К концу периода наблюдения полное клиническое излечение было достигнуто у 593 больных онихомикозом (94%), не страдавших варикозным расширением вен. Излечения не наблюдалось у 35 больных (6%), применявших 3 курса лечения итраконазола.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗОМ И СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Сундукова И. О.

Люберецкий КВД

Люберцы, Московская область

Нами проводилась оценка результатов лечения больных с варикозным расширением вен в группе А, состоящей из 57 человек. В группу А1 были включены 37 пациентов, получающих комплексную терапию итраконазол и Детралекс, 20 человек из группы А2 лечились только итраконазолом. Кро-

ме того, мы сравнивали полученные данные с результатами лечения в специально выделенной группе больных В, не страдавших варикозным расширением вен, при этом возраст и клинические данные процесса на ногтях совпадали по типу «двойников», кроме того совпадало количество больных.

Вопрос о количестве курсов системного антимикотика решался индивидуально. Для определения количества назначаемых курсов была оценена выраженность ониомикоза с помощью индекса КИОТОС и финансовые возможности пациента.

В группе А с сочетанной патологией 26 получали 3 курса, 31 — 4 курса. Подобное лечение получали больные без сосудистой патологии из группы В.

Давая сравнительную характеристику результатов лечения больным с сочетанной патологией и пациентам с ониомикозом из группы «двойников» мы получили, что во второй группе излечение наблюдалось раньше по срокам наблюдения, чем в первой группе. При этом излечение имело обратную зависимость от давности ониомикоза, в группе А коэффициент зависимости был равен $-0,489$ ($p < 0,01$), в группе В коэффициент $-0,382$ ($p < 0,01$). Наблюдалась обратная зависимость излечения от индекса КИОТОС, в группе А коэффициент зависимости был равен $-0,384$ ($p < 0,01$), в группе В коэффициент зависимости равен $-0,672$ ($p < 0,01$). В группе В излечились все (100%).

Более детально нами проведено изучение результатов лечения больных с сочетанной патологией, которые в свою очередь были разделены на две группы. В первую группу А1 были включены пациенты, получавшие комплексную терапию: итраконазол и Детралекс. Во вторую группу А2 вошли больные, применявшие только итраконазол.

Оценку результатов лечения мы также проводили через 4, 6, 9 и 12 месяцев.

На 1 контроле через 4 месяца излечения не наблюдалось.

На 2 контроле через 6 месяцев у пациентов А1 группы с выраженным гиперкератозом на лабораторном исследовании нити мицелия были найдены. Больные с глубиной поражения не более $1/3$ и минимальным и умеренным гиперкератозом, имели данные микологического и клинического излечения — 10 человек (7 мужчин и 3 женщины). При выраженном гиперкератозе положительной динамики лечения не наблюдалось. Больным рекомендованы отслаивающие препараты. У больных А2 группы излечения не наблюдалось.

На 9 и 12 месяцах наблюдения клиническое и микологическое излечение было у 23 человек (2 мужчин и 21 женщины) из А1 группы. В А2 группе излечение наблюдалось у 9 больных (1 мужчина и 8 женщин).

Излечения не наблюдалось у 11 пациентов А2 группы, применявших 3 курса итраконазола и не лечившихся Детралексом. Коэффициент зависимости излечения от применения Детралекса равен $0,55$ ($p < 0,01$).

Закрывтие язв голеней наблюдалось на 3-6 месяцах лечения детралекс.

МИКОТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ СТОП У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Суворов А. П., Оркин В. Ф., Завьялов А. И.
Саратовский государственный медицинский университет
Саратов

В патогенезе сахарного диабета (СД) немаловажное значение имеет развитие деструктивных изменений сосудистой стенки, расстройства микроциркуляции и полинейропатии, что служит предпосылкой к возникновению микотической инфекции. Однако данные о частоте микоза стоп и онихомикоза у больных СД противоречивы.

Нами обследовано 88 пациентов СД (мужчин 7, женщин 81) в возрасте от 23 до 79 лет. У 23 человек диагностирован СД I типа, у 65 СД II типа. У 37 (42%) обследованных были выявлены микроциркуляторные нарушения нижних конечностей, а также периферические нейропатии. У 27,3% больных диагностирован рубромикоз стоп, у 48,9% рубромикоз стоп со множественным поражением ногтевых пластинок. Во всех случаях диагноз микоза был подтвержден при микологическом исследовании.

Установлена прямая взаимосвязь между частотой грибковой инфекции и уровнем гликемии. Так, частота рубромикоза стоп и онихомикоза составляла 39,1% у пациентов СД I типа и 55,4% СД II типа.

Таким образом, у больных СД отмечается высокий удельный вес микозов стоп и онихомикозов, что диктует необходимость проведения адекватной коррекции нарушенного углеводного обмена в сочетании с системными антимикотиками широкого спектра действия (орунгал или флюкостат), ангиопротекторами (трентал), антиоксидантами (аевит или берлитион 300) и витаминами группы В с учетом патогенетических механизмов основного заболевания.

СОЧЕТАНИЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ С МИКОЗАМИ КОЖИ

Святенко Т. В., Федотов В. П.
Днепропетровская Государственная Медицинская Академия,
кафедра кожных и венерических болезней
Днепропетровск, Украина

Красный плоский лишай — один из распространенных дерматозов. В общей структуре дерматологической заболеваемости он составляет 0,16-1,2%. В последние годы значительно возросла обращаемость больных красным плоским лишаем, чаще регистрируются редко встречающиеся и трудно диагностируемые его формы. Красный плоский лишай отличается от многих других дерматозов частотой сочетания с различными соматическими болезнями (хронический гастрит, язва желудка и двенадцатиперстной киш-

ки, билиарный цирроз печени, сахарный диабет и др.). Описаны лихеноидные поражения пищевода, желудка, кишечника, мочевого пузыря, эндометрия, что позволяет предположить многосистемность патологического процесса при красном плоском лишае. Имеются данные об идентичности неспецифического язвенного колита и эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая. Сочетание дерматоза с пернициозной анемией указывает на общность механизма развития дистрофии кератиноцитов и обкладочных клеток слизистой оболочки желудка. Представляют интерес также факты сочетания красного плоского лишая с диффузными болезнями соединительной ткани (дискоидная красная волчанка и склеродермия), причем всегда высыпания красного плоского лишая предшествуют проявлениям аутоиммунных заболеваний. Эрозивно-язвенные формы красного плоского лишая рассматриваются отдельными авторами как преканцерозы.

Под нашим наблюдением находились 17 пациентов, страдающих красным плоским лишаем. Все пациенты были обследованы клиничко-лабораторными методами и гистопатологически. При обращении пациенты предъявляли жалобы на появление высыпаний в полости рта, на сгибательных поверхностях лучезапястных суставов и предплечий, передних поверхностях голеней и в области крестца. Беспокоил нестерпимый зуд. При осмотре — патологический кожный процесс был представлен мономорфной сыпью в виде мелких плоских, блестящих (особенно при боковом освещении), многоугольных (полигональных) папул, не склонных к периферическому росту. Элементы имели красновато-розовую окраску с характерным фиолетовым оттенком. В центре папул имелось небольшое пупкообразное вдавление. На поверхности сформировавшихся узелков обнаруживалась патогномичная для заболевания сетка Уикхема, характеризующаяся опаловидными сероватыми точками и полосками. Сетка становилась более заметной, после смазывания поверхности папул маслом. У 12 из 17 больных имелись также высыпания на слизистой оболочке полости рта (внутренняя поверхность щек, язык, десны), в виде мелких (милиарных) папул, хорошо выделяющимися серовато-белым цветом на розовом фоне слизистой оболочки. Изменение ногтевых пластинок отмечалось у 8 пациентов.

По результатам патогистологического исследования из участков лихеноидных высыпаний были получены следующие данные: гиперкератоз, неравномерное утолщение зернистого слоя, гранулез, акантоз, вакуолярная дистрофия базального слоя, диффузный полосовидный инфильтрат в верхнем отделе дермы, вплотную примыкающий к эпидермису, нижняя граница которого «размыта» клетками инфильтрата. На основании клиничко-морфологического исследования был поставлен диагноз — красный плоский лишай, типичная форма.

Во время осмотра всех этих больных мы обратили внимание на наличие необычных, нехарактерных для красного плоского лишая высыпаний с нетипичной для данного заболевания локализацией. По характеру клинических проявлений можно было предположить микотический процесс. В связи с этим материал из очагов поражения был направлен для детального лабораторного исследования.

По результатам обследования у 12 больных был диагностирован микоз стоп, 4 — рубромикоз кожи и 1 — разноцветный лишай.

Обнаруженная взаимосвязь красного плоского лишая с микотическими поражениями кожи может послужить поводом для дальнейшего подробного исследования и научного анализа. В будущем, возможно, удастся прояснить более детально, чем вызвано данное сочетание, является ли оно взаимосвязанным или взаимообусловленным и имеются ли между ними общие механизмы развития патологических кожных процессов.

ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОНИХОМИКОЗА НА ОСНОВЕ КИОТОС

*Тарасова М. О.
МЦ «Панацея»
Москва*

Как было показано недавними исследованиями, ближайшая и отдаленная эффективность лечения онихомикоза снижается при его утяжелении. Комбинированная терапия нередко рассматривается как наиболее эффективное средство лечения тяжелых форм онихомикоза, не поддающихся системной монотерапии.

В задачи настоящего исследования входило изучение эффективности комбинированной терапии онихомикоза с тяжестью по КИОТОС более 20 баллов и выраженным гиперкератозом. Комбинированная терапия включала назначение системного антимикотика (итраконазол, «Орунгал» по 400 мг/сут в режиме пульс-терапии) и кератолитического средства (мочевинные пластырь).

В исследование, начавшееся в 2001 г., было включено 118 человек. В настоящем сообщении приводятся результаты лечения пациентов, прошедших 3 контрольных исследования, выполнявшихся на 3, 6 и 9 месяцы с начала лечения. Всего завершило лечение и прошло контрольные исследования (клинический осмотр и микроскопия патологического материала) 62 пациента, 26 мужчин и 36 женщин. Среднее количество пораженных ногтей, на которые назначался кератолитический пластырь, составило 7 (+/- 3).

При первом контрольном исследовании клинические изменения и положительный результат микроскопии были обнаружены у 16 больных (5 мужчин и 11 женщин). При втором контрольном исследовании клинико-микологические проявления онихомикоза сохранялись у 8 пациентов (2 мужчин и 6 женщин). Третье контрольное исследование характеризовалось положительной микроскопией у 1 больной.

Таким образом, клинико-микологическая эффективность комбинированной терапии с назначением стандартной пульс-терапии итраконазолом и кератолитика составила на 3 мес. 73,3%, на 6-м 86,7% и на 9-м 95%. Это,

помимо подтверждения эффективности данного метода, указывает на особенности оценки клинико-микологической эффективности в процессе лечения. В частности, даже при удалении ногтевой пластинки и чистке ногтевого ложа положительный результат лечения можно оценивать только после отрастания нового ногтя. Удаление пораженных частей ногтя не гарантирует полного исчезновения возбудителя и поэтому сокращение дозы системного препарата в комбинированной системно-кератолитической терапии не должно вводиться раньше, чем это будет доказано специальными исследованиями.

ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА

*Глиш М. М., Бойко Н. А.,
Гамзаев Ф. Ш., Петросян А. В.*

*Кубанская государственная медицинская академия,
кафедра кожных и венерических болезней
Ставрополь*

По данным ВОЗ, заболеваемость урогенитальным кандидозом за последние 5 лет увеличилась в 8-9 раз. Лечение большинства инфекций, передаваемых преимущественно половым путем предусматривает длительное применение разнообразных антибактериальных средств в больших дозировках, что способствует активизации грибов рода *Candida*.

Целью исследования явилась разработка метода профилактики кандидозного вульвовагинита у женщин в процессе лечения хламидиоза.

Под наблюдением находилось 32 женщины в возрасте от 18 до 42 лет, страдающих хроническим хламидиозом. Диагноз подтверждался методами ПЦР. При микроскопическом исследовании ни у одной пациентки дрожжеподобные грибы рода *Candida* обнаружены не были. Все они получали комплексную терапию, которая включала антибиотики группы тетрациклинов, фторхинолонов, иммунокорректоры, витамины, адаптогены, вагинальные свечи. В качестве средства для предупреждения развития урогенитального кандидоза с 6-го дня антибактериальной терапии назначался отечественный препарат Флюкостат в таблетках по 50 мг 1 раз в сутки, через день — 7 таблеток.

Переносимость лечения была хорошей, никаких побочных явлений при приеме флюкостата не отмечалось. В результате проведенной терапии клинико-лабораторное излечение констатировано у 28 (87,5%) женщин. При этом ни у одной из них не развился кандидозный вульвовагинит, что также подтверждено микроскопически.

Таким образом, представляется целесообразным включение флюкостата в комплексную терапию урогенитальных инфекций с целью профилактики развития кандидоза гениталий.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ *CANDIDA ALBICANS*, СРЕДИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ УЯЗВИМЫХ В ОТНОШЕНИИ ИППП/ВИЧ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ г. МОСКВЫ

Тоскин И. А.

*Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт Минздрава России РФ
Москва*

Введение. Патология гениталий, обусловленная облигатными и /или факультативными паразитами, увеличивает риск заражения ВИЧ-инфекцией. Учитывая эту взаимосвязь и роль, так называемых уязвимых групп населения (работники(цы) секс бизнеса; мужчины, предпочитающие секс с мужчинами; потребители наркотиков) в эпидемическом процессе ИППП, изучение эпидемиологии урогенитальных инфекций в данных группах не вызывает сомнения. Знания об уровне распространенности бактериальных, вирусных и грибковых инфекций в уязвимых группах позволяют планировать адекватные профилактические мероприятия.

Цель. Изучить уровень распространенности ИППП и грибковых поражений гениталий среди представителей 3х уязвимых групп населения Москвы, обращающихся за медицинской помощью в бесплатный анонимный кабинет.

Метод. Сцепленное перекрестное наблюдение за мужчинами, имеющими секс с мужчинами (МСМ), секс работниками (СР), потребителями инъекционных наркотиков (ПИН) с целью изучения распространенности GN; TV; СТ; ТР; HIV; HVC; СА и поведенческих факторов, влияющих на эпидемический процесс ИППП/ВИЧ.

Результаты. С 18 июня 2001 года по 1 января 2002 года было обследовано 162 человека: 70 чел. (42,7%) - женщины, 92 (57,3%) - мужчины. Средний возраст - 24,2 (17;50). Распределение по группам было следующим: МСМ- 58 (36%); СР- 36 (22%); ПИН- 68 (42%). Все пациенты были обследованы на урогенитальные инфекции методом прямой микроскопии, окрашенных по грамму мазков. В результате у 4 (2,4%) пациенток, представительниц группы секс работниц был подтвержден диагноз кандидозный вульво-вагинит. Удельный вес данной патологии в группе СР составил 11%(4/36). На вопрос о партнере последнего полового контакта 15 (42%) секс работниц ответили, что таковыми являются клиенты. 10 (28%) секс работниц на вопрос «использовали ли Вы презерватив во время последнего полового контакта?» ответили отрицательно. 3 (9%) из 36 секс работниц заявили о регулярном использовании в качестве профилактики заражения ИППП вагинальных микробицидных ратворов («Хлоргексидин») и /или вагинального душа.

Выводы. Полученные предварительные результаты позволяют предположить высокий уровень распространенности патологии гениталий, обус-

ловленной СА среди секс работниц. Факторами, способствующими высокой распространенности могут быть: существующая практика использования агрессивных для влагалищного биценоза методов профилактики ИППП — спринцевание микробицидными растворами и вагинальный душ.

Учитывая высокий уровень половых контактов без использования презерватива с клиентками, можно предположить увеличение риска заражения ВИЧ как для клиентов от секс работниц, страдающих кандидозными вульво-вагинитами, так и наоборот. Работа по информированию секс работниц и их клиентов о менее опасном сексуальном поведении, базирующемся на регулярном использовании презерватива, может повлиять на уровень распространенности ИППП и грибковых поражений в данной группе, и, опосредованно, снизить риск распространения ВИЧ-инфекции из уязвимой группы в общую популяцию.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Тютюнник В. Л., Орджоникидзе Н. В.

*Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН
Москва*

В настоящее время частота гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве не имеет явной тенденции к снижению. Во многих странах мира, в том числе и в России, отмечен рост вагинальных инфекций, которые прочно занимают ведущее место в структуре акушерско-гинекологической заболеваемости. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в диагностике, терапии и профилактике дисбактериозов влагалища их частота не имеет отчетливой тенденции к снижению. Особо важное значение вагинальные инфекции приобретают в акушерской практике, так как являются частой причиной развития воспалительных осложнений во время беременности, в родах и послеродовом периоде.

Нарушение микроценоза влагалища наиболее часто связано с кандидозной инфекцией. По данным литературы, 75% женщин репродуктивного возраста имеют, по крайней мере, один эпизод вагинального кандидоза. Вагинальный кандидоз у беременных встречается в среднем в 30-40% случаев. Перед родами этот показатель может достигать 44,4%.

Основная роль в возникновении вагинального кандидоза принадлежит грибам рода *Candida albicans*, выделяемым в 95% случаев. Для вагинального кандидоза во время беременности характерны бессимптомное течение и частые рецидивы. В связи с широким распространением кандидозной инфекции, увеличением числа факторов риска, обуславливающих ее развитие, появлением новых данных о патогенезе на фоне иммунодефицитных состояний, вопросы профилактики и лечения кандидоза в настоящее время представляют весьма сложную для практического решения проблему.

Клиническая картина вагинального кандидоза обычно характеризуется следующими симптомами: обильными или умеренными творожистыми выделениями из половых путей; зудом, жжением, раздражением в области наружных половых органов; усилением зуда во время сна или после водных процедур и полового акта; неприятным запахом, усиливающимся после половых контактов.

В настоящее время принято различать 3 клинические формы генитального кандидоза: кандидоносительство; острый урогенитальный кандидоз; хронический (рецидивирующий) урогенитальный кандидоз. Диагностика вагинального кандидоза должна быть клинико-микробиологической, а среди лабораторных методов приоритет должен быть отдан посеву вагинального отделяемого.

Препараты, применяемые у беременных для лечения вагинального кандидоза должны отвечать следующим требованиям: низкая токсичность для плода и для матери, эффективность, переносимость, минимальная частота выработки резистентности у возбудителей и т. д. Интравагинальное применение антимикотиков следует признать предпочтительным из-за резкого снижения системной абсорбции препаратов, что сводит к минимуму потенциальную возможность нежелательных эффектов. Кроме того, быстрее наступает редукция клинической симптоматики и выздоровление. Существует множество препаратов и схем лечения вагинального кандидоза во время беременности. Однако нет оптимального препарата, который бы отвечал всем требованиям и имел бы стопроцентную эффективность.

Препараты для лечения вагинального кандидоза подразделяются на следующие группы:

1. Антибиотики (нистатин, леворин, пимафуцин, амфотерицин В);
2. Имидазолы (клотримазол, кетоконазол, миконазол, гино-певарил);
3. Триазолы (флуконазол, интроконазол);
4. Комбинированные препараты (полижинакс, клион Д, пимафукорт, макмирор комплекс);
5. Другие препараты (дафнеджин, иодат поливинил пиромедон, нитрофунгин).

При лечении вагинального кандидоза необходимо соблюдать принцип индивидуального подхода к каждой беременной с учетом срока гестации, клинической формы заболевания, результатов микробиологического анализа. Как правило, терапия назначается после 12 недель гестации, при острой форме вагинального кандидоза — по 1 влагалищной свече 1 раз на ночь в течение 6 дней и при рецидиве хронической инфекции — в той же дозировке, длительностью 9 дней. Одновременно соблюдается половой покой в течение 2-3 недель, проводится лечение супруга. После излечения приступают к восстановлению микроценоза влагалища. Для этого местно применяется бифидумбактерин (5-10 доз в сутки) в виде влагалищных аппликаций в течение 8 дней или ацилакт в виде вагинальных свечей по 1 на ночь 1 раз в течение 10 дней.

Своевременное проведение противомикотического лечения беременным позволяет снизить осложнения гестационного периода, родов, инфекционные заболевания новорожденных.

ПРИМЕНЕНИЕ ИЗДЕЛИЙ, СОДЕРЖАЩИХ АНТИМИКРОБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕМАТОМИКОЗОВ

Важбин Л. Б.

*Кожно-венерологический клинический диспансер № 1
Москва*

На долю дерматомикозов приходится значительное число трудопотерь по временной нетрудоспособности в группе инфекционных заболеваний кожи, ибо они склонны к хроническому течению и их терапия дорогостояща. Поэтому столь велико внимание к средствам и методам их профилактики. Так, для личной гигиены с этой целью выпускаются специальные мыла и гели для душа Safeguard, в состав которых входят такие антибактериальные компоненты, как триклокарбан и триклозан. Бактериостатическое и бактерицидное действие этих препаратов в зависимости от концентрации, обуславливается их способностью нарушать метаболизм микробной клетки и нормальную функцию цитоплазматических мембран ее оболочки. Их применение снижает до определенного уровня количество резидентных или свойственных данному индивидууму микроорганизмов, составляющих микробиоценоз кожи, что способствует профилактике поверхностных дерматомикозов и устранению неприятного запаха пота, обусловленного некоторыми представителями резидентной флоры (коринебактерии, протей, дрожжеподобные организмы и др.). Наряду с этим имеются публикации и о других путях профилактики дерматомикозов — создание белья, носков, колготок, стелек, закладываемых в обувь, обладающих антибактериальным и антифунгальным свойствами. В этих работах сообщается об успешном применении для профилактики инфекции материала, содержащего гексахлорофен, создании и применении текстильных материалов, к которым химически присоединены такие антисептики как катамин АБ, метацин, хлоргексидина биглюканат, нитрофурилакroleин, фурагин, сангвиритрин, ионы меди и другие. Одни из этих материалов подавляют грамположительную и грамотрицательную микрофлору, другие оказывают фунгицидное действие. Наличие этих препаратов в упомянутых текстильных и нетканых изделиях обеспечивает их самодезинфицирующие свойства и постоянное поступление в окружающую среду, а также на соприкасающиеся с ними кожные покровы человека. Присоединение бактерио- и фунгицидных веществ к волокну при помощи химической связи — наиболее перспективно для применения этих изделий в клинической практике, ибо после многократных обработок (атоклавирование, стерилизация, стирки) активность сохраняется. Так как изделия из этих материалов предназначены для использования в медицинской практике, особое внимание авторов-разработчиков должно быть уделено вопросам безопасности их применения, которая определяется с помощью токсикологических, санитарно-химических, гигиенических, иммунологических методов. Нами были проведены клинические испытания антимикробных с антигрибковым действием лечебных хлопчатобумажных и

шерстяных носков производства НПМФ «МАРИЯ» и стелек, вкладных в обувь, с антимикробным эффектом, лечебных, на основе иглопробивного нетканного материала с антимикробными свойствами совместного производства НПМФ «МАРИЯ» и ПФ «КАДОТЕКС». Изделия выпущены в качестве лечебно — профилактического средства при микозах стоп. В качестве антимикробного и противогрибкового средства в изделиях являлся катамин АБ. Целью испытания явилось изучение эффективности применения анти-микробных изделий для профилактики грибковых заболеваний кожи стоп. В испытании участвовали 40 человек в возрасте от 26 до 46 лет. Анализ данных наших наблюдений за испытуемыми позволили сделать заключение о том, что применение комплекса — стелек и носков с катамином АБ оказывает умеренно выраженное фунгистатическое действие и ведет к резкому снижению микробной обсемененности кожи стоп. Этот раздел работы был выполнен на базе кожно-венерологического отделения Центрального военного госпиталя внутренних войск Министрства внутренних дел РФ. На базе Кожно-венерологического клинического диспансера №1 Комитета здравоохранения Москвы по такой же методике было испытано 10 пар полушерстяных, 10 пар хлопчатобумажных носков и 10 колготок антимикробных лечебных, производства ПО «КОНВЕРСИЯ», выпущенных в качестве лечебно-профилактического средства при микозах стоп. И в этих группах пациентов по окончании наблюдения отмечено умеренное уменьшение клинических проявлений микоза, подтвержденное лабораторно, что обусловлено наличием катамина АБ в испытанных изделиях. Как и в предыдущей серии наблюдений больные отмечали снижение влажности кожи в очагах микоза на стопах. Ни в одном случае побочного действия от катамина АБ не обнаружено. На основании изложенного изделия из материалов, содержащих катамин АБ, могут быть с успехом использованы в комплексе лечебно-профилактических мероприятий при дерматомикозах. Носки и стельки полезны также для снижения гипергидроза стоп.

ФОРКАН В ТЕРАПИИ КАНДИДОЗА КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК

Яговдик И. Н., Белугина И. Н.

*Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра кожных и венерических болезней,
Минск, Беларусь*

Согласно данным литературы, последние 2-3 десятилетия отмечается рост заболеваемости кожи и слизистых оболочек, вызываемой дрожжеподобными грибами рода кандиды. Рост ее в определенной степени обусловлен широким, во многих случаях бесконтрольным, применением антибиотиков, необоснованным назначением глюкокортикоидных гормонов, а в ряде случаев и назначением цитостатиков, используемых в терапии пузырчатки, лимфом кожи, васкулитов кожи и др.

В настоящее время для лечения кандидозной инфекции кожи и слизистых оболочек широко используется флуконазол, являющийся производным триазола и обладающий выраженным противокандидозным действием, вследствие ингибирования синтеза эргостерина, входящего в состав клеточной мембраны.

Активным противомикотическим компонентом препарата «форкан» является флуконазол. Препарат производится индийской фирмой Аджио-фармацевтика.

Под нашим наблюдением находилось 47 больных. Мужчин — 18. Женщин — 29. Возраст больных 22-53 года. Давность заболевания от 5 мес. до 1 года 4 мес. В зависимости от диагноза больные распределились следующим образом: урогенитальный кандидоз — 18, кандидозная онихия и паронихия — 8, кандидоз крупных складок кожи — 8, кандидоз слизистой оболочки рта — 6, кандидозное интертриго пальцев рук — 3, кандидозный баланопостит — 4. Поражение урогенитального тракта у женщин сопровождалось разной степени интенсивности зудом, жидкими, хлопьевидными, густыми, сливкообразными выделениями. Слизистая влагалища, шейки матки у наблюдавшихся больных, были гиперемированы, слегка отечны и покрыты серовато-белого цвета налетом

Паронихии и онихии характеризовались отечными, гиперемированными, болезненными при пальпации валиками с выделением из под них несколько капель гнойного содержимого. Ногти теряли блеск, прозрачность, прочность, окрашивались в серо-белый цвет с желтоватым или зеленоватым оттенком. На поверхности ногтей формировались поперечные извитые бороздки.

У 8 человек патологический процесс локализовался под молочными железами (5 женщин) и в пахово-бедренных складках (3 мужчин). Клиника поражения выражалась в отечной яркой гиперемии с гладкой слегка влажной поверхностью, окаймленной по периферии бардюром отслаившегося эпидермиса. При кандидозе межпальцевых складок кистей наблюдали насыщено-красные со скудным отделяемым эрозии, окаймленные серо-белым воротничком. У больных баланопоститом кожа головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти отечна, гиперемирована с беловатыми зигзагообразными узорами с явлениями мацерации со слегка мокнущими эрозиями фестончатой формы. Кандидоз слизистой оболочки рта проявлялся сухой насыщенно-красного цвета эритемой, покрывающейся серовато-белого цвета с трудом снимаемым налетом.

В качестве способствующих факторов в развитии кандидоза следует отметить длительный прием по поводу хламидиоза антибиотиков широкого спектра действия (7 чел.), глюкокортикоидных гормонов по поводу пузырьчатки (3 чел.), глюкокортикоидов и цитостатиков по поводу язвенно-некротического васкулита (2 чел.), лимфом кожи и грибовидного микоза (2 чел.), глюкокортикоидов и метотрексата при тяжелых клинических формах псориаза (4 чел.).

Диагноз кандидоза устанавливали на основании клинической картины заболевания, бактериоскопии патологического материала и выделения чис-

той культуры возбудителя. Обследованные ранее безуспешно лечились по поводу кандидоза нистатином, леворином и низоралом.

Больным, страдающим хроническим урогенитальным кандидозом, форкан назначали однократно после приема пищи в дозе 150 мг. Остальные больные получали препарат ежедневно по 50 мг в течение 7 дней. Контрольное обследование больных проводили через 2 недели.

В результате проведенного лечения у 15 из 18 больных урогенитальным кандидозом достигнуто клиническое и микологическое излечение под влиянием однократного приема форкана, что составило 83,3%. Получены хорошие ближайшие результаты у больных и другими клиническими формами кандидоза. Так, достигнуто излечение у 7 из 8 больных онихиями и паронихиями, у 10 из 11 больных кандидозным интертриго, у 5 из 6 больных кандидозным стоматитом и у больных баланопоститом. Отсутствие этиологического излечения, при значительном клиническом улучшении, у 5 больных, по-видимому, связано с продолжавшимся приемом глюкокортикоидов по поводу основного заболевания.

Наши исследования согласуются с данными других авторов (Г. А. Плехотная, И. Р. Дорожкова, 1996 г; и В. В. Клюваев, 1999 г).

Следует отметить в целом хорошую переносимость препарата больными, хотя в процессе лечения пациенты отмечали головную боль (5 чел.), тошноту (4 чел.), диарею (3 чел.), метеоризм (3 чел.). У 3 больных наблюдали зуд, у 2 — пятнистую зудящую сыпь, у 4 — уртикарные высыпания, которые не послужили основанием для прекращения приема форкана.

Таким образом, форкан отличается достаточно высокой терапевтической эффективностью при поражении слизистых оболочек, складок кожи, ногтевых валиков и ногтевых пластинок и в целом хорошей переносимостью.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТРИХОФИТИЕЙ И МИКРОСПОРИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

*Яговдик Н. З., Белугина И. Н., Крукович А. А.,
Колоскова Л. А., Салук Ю. В., Спиридонов В. Е.,
Суслов В. С., Тихоненко С. Я., Фещенко В. Ф.*
*Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра кожных и венерических болезней,
Минск, Беларусь*

Важной проблемой современной дерматологии являются дерматомикозы. Их актуальность определяется значительной распространенностью, недостаточной изученностью патогенеза и трудностью лечения, особенно, поражения ногтевых пластинок. Об истинной распространенности микозов судить трудно, так как обязательному учету подлежат только карантинные микозы. Что касается остальных клинических форм поражения кожи и ее придатков, то их регистрация остается далеко не полной.

В настоящем сообщении представлены данные о заболеваемости трихофитией и микроспорией и видовым составе возбудителей.

В течение последних 7 лет в Республике Беларусь заболеваемость трихофитией находилась в пределах 0. 7-1. 15, в среднем 0. 97 случая, микроспорией — соответственно 46. 2-75. 7, в среднем 61 случай на 100 тыс. населения. Более высокий уровень заболеваемости трихофитией отмечен в Гродненской области (0. 9-2. 86, в среднем 1. 8 случая на 100 тыс. населения) и в г. Минске (0. 4-5. 3, в среднем 2. 6 случая на 100 тыс. населения). Показатели заболеваемости данным микозом значительно ниже в Минской (0. 06-0. 57, в среднем 0. 32 случая на 100 тыс. населения) и Могилевской 0. 08-0. 81, в среднем 0. 37 случая на 100 тыс. населения) областях. Что касается заболеваемости трихофитией в Брестской, Гомельской и Витебской областях, то она находилась в пределах 0. 41-0. 59 случая на 100 тыс. населения.

Значительные колебания заболеваемости по годам, иногда отличающиеся в 5. 8-13. 2 раза, отмечены в г. Минске, Брестской, Минской и Могилевской областях. Судя по видовому составу возбудителей, в Беларуси преобладает зоофильная трихофития.

По уровню заболеваемости микроспорией впереди находятся Гомельская, Гродненская и Брестская области (соответственно — 95. 8; 82. 9; 69. 5 случая на 100 тыс. населения). Она в 1. 7 раза ниже в г. Минске и Могилевской и в 3. 3 раза ниже в Витебской областях по сравнению с Гомельской областью. Менее выражены колебания заболеваемости микроспорией по годам (в 1. 2-2. 2 раза) по сравнению с трихофитией.

Если соотношение между заболеваемостью трихофитией и микроспорией в Республике Беларусь за 7 лет в среднем составляет 1: 62. 9, то в Гомельской — 1: 195. 5, Брестской- 1: 169. 5, Могилевской- 1: 148. 1, Минской- 1: 141. 1, Витебской- 1: 49. 7, Гродненской- 1: 46. 1 областях, в г. Минске — 1: 21. 4. На основании рассчитанного коэффициента можно судить о степени преобладания заболеваемости микроспорией над трихофитией. В большей степени она преобладает в Гомельской и в меньшей степени — в г. Минске.

Возбудителем микроспории на территории Беларуси является только *microsporum canis*. При анализе видимого состава возбудителей трихофитии установлено: заболевание редко вызывается *T. violaceum*, несколько чаще *T. tonsurans*, в единичных случаях *T. verrucosum*, более часто *T. mentagrophytes var. gypseum*, из очагов паховой эпидермофитии всегда выделяется *epidermophyton floccosum*. Основным возбудителем онихомикозов является *T. rubrum* и значительно реже *r. mentagrophytes var. interdigile*.

Таким образом, заболеваемость трихофитией находится на крайне низком уровне и преобладает ее зоофильная форма.

Заболеваемость микроспорией в течение последних 7 лет держится приблизительно на одном уровне с незначительными колебаниями по годам. На основании анализа выделенных культур от больных микозами можно считать, что основными возбудителями микотической патологии являются *microsporum canis*, *T. rubrum*, *T. mentagrophytes var. gypseum*, *T. tonsurans*, *epidermophyton floccosum* и в меньшей степени *T. violaceum* и *T. verrucosum*

ЛЕЧЕНИЕ ОНИХОМИКОЗОВ ОРУНГАЛОМ

Ягвдик Н. З., Белугина И. Н.

*Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра кожных и венерических болезней,
Минск, Беларусь*

По данным литературы, около 20% населения страдает микозом стоп и с каждым годом продолжает увеличиваться уровень инфицированности населения патогенными грибами. До появления препаратов системного действия орунгала и ламизила лечение онихомикозов представляло чрезвычайно трудную задачу. Данное исследование посвящено оценке терапевтической эффективности орунгала при онихомикозах.

Под наблюдением находилось 49 больных в возрасте 24-67 лет. Мужчин — 27. Женщин — 22. В зависимости от методики применения препарата больные разделены на две группы. Больные первой группы (31 чел.) получили орунгал по 0. 2 г внутрь после еды в течение 3 мес. при поражении ногтей пальцев ног и в течение 2 мес. при поражении пальцев рук. Больными второй группы (18 чел.) препарат назначали по методике пульс-терапии. При онихомикозе пальцев стоп проводили три курса, при онихомикозе пальцев рук — два курса пульс-терапии.

У 13 больных диагностировано поражение ногтей пальцев рук, у 23 — поражение ногтей пальцев ног и у 13 — поражение ногтей пальцев рук и ног. Количество пораженных ногтей составляло от 6 до 14. У 24 человек онихомикоз сочетался с поражением гладкой кожи, ладоней или подошв.

Сопутствующая патология выявлена у 12 наблюдавшихся больных. Установление диагноза проводили на основании клинической картины поражения, результатов бактериоскопии и бактериологии.

В процессе лечения ежемесячно проводили бактериоскопию патологического материала и через 3 месяца после завершения приема препарата.

Под влиянием терапии орунгалом у больных наступило полное разрешение очагов поражения, локализовавшихся на ладонях, подошвах и других участках кожного покрова, в течение 2-3 недель. Что касается онихомикозов, то ближайшие результаты их лечения зависели от локализации (ногти пальцев рук или ног, ногти больших пальцев или другие), клинической формы поражения ногтевой пластины, возраста больных и сопутствующей патологии.

Клинико-микологическое выздоровление достигнуто у 24 чел. из 26 наблюдавшихся больных, у которых диагностирован онихомикоз пальцев рук, что составило 92,3%. Отсутствие терапевтического эффекта отмечено у двух пациентов (7,7%), страдавших онихомикозом больших пальцев рук, а само поражение проявлялось в виде гипертрофической формы. Санация пораженных ногтей у этих больных была достигнута в результате продления приема препарата на 1 мес. Микотическая патология у 36 больных протекала с поражением ногтей пальцев ног. У 21 пациента в патологический процесс были вовлечены ногтевые пластинки больших пальцев. У 7 из них поражение проявлялось в виде гипертрофической формы и с выраженным подногтевым гиперкератозом, у 6 — с полным их разрешением. Микологи-

ческое и клиническое обследование больных, проведенное спустя 3 и 6 месяцев от начала лечения, позволило дать объективную оценку терапевтической эффективности орунгала. Так, из 36 человек с онихомикозом стоп у 6 больных не было достигнуто клиническое и микологическое выздоровление, что составило 16,7%. В эту группу вошли больной в возрасте 66 лет с варикозным симптомокомплексом, двое больных с тотальным поражением большинства ногтевых пластинок, в том числе, ногтевых пластинок больших пальцев, двое больных с гипертрофической формой поражения ногтей больших пальцев и один больной с варикозным симптомокомплексом и трофической язвой голени. С целью достижения выздоровления 3 больным прием орунгала был продлен на 1 мес., 3 больным на 2 мес. На основании полученных нами данных, можно считать, что конечные результаты лечения онихомикозов практически не зависели от методики применения препарата.

Переносимость препарата больными вполне удовлетворительная. Серьезных побочных эффектов в процессе лечения не наблюдали. Отмечены следующие побочные явления: тошнота в начале лечения (4 больных), запор (2 больных), головная боль (3 больных), неприятные ощущения в подложечной области (2 больных), зуд и появление уртикарных элементов (3 чел.), которые разрешились в результате приема антигистаминных препаратов. Из-за развившихся побочных эффектов в виду их легкого проявления и кратковременности, лечение больным не прерывали. Складывается впечатление, что у больных принимавших орунгал по методике пульс-терапии побочные эффекты регистрируются несколько чаще. Тем не менее, больные онихомикозами отдают предпочтение методике пульс-терапии.

Таким образом, орунгал является высоко эффективным системным антимикотиком, позволяющий достичь положительных результатов у 92. 5% больных с онихомикозом пальцев рук и у 83. 3% больных с онихомикозом пальцев ног. При наличии сопутствующей патологии, тотальном поражении ногтевых пластинок, особенно больших пальцев, при гипертрофической форме поражения ногтей продолжительность лечения следует увеличить на 1-2 мес.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ДИФЛЮКАНА И ЕГО АНАЛОГОВ В ОТНОШЕНИИ ДРОЖЖЕПОДОБНЫХ ГРИБОВ РОДА CANDIDA

*Яковлева Т. А., Климова Е. А., Климова А. А.
Красноярская государственная медицинская академия
Кафедра кожных и венерических болезней
Красноярск*

Генитальные поражения, обусловленные дрожжеподобными грибами рода *Candida*, являются одной из наиболее частых причин обращения женщин к специалистам. У многих женщин регистрируются редкие кратковременные эпизоды вульвовагинального кандидоза (ВВК), которые обычно легко под-

даются излечению. Однако, примерно у 20% женщин развиваются рецидивы. Среди провоцирующих факторов следует отметить антибиотикотерапию, применение оральных контрацептивов с высоким содержанием эстрогенов, нарушения углеводного обмена.

В настоящее время в литературе обсуждается вопрос о клиническом и микологическом излечении ВВК, о снижении чувствительности грибов *Candida* к противогрибковым препаратам, что может являться одной из причин рецидивов кандидозной инфекции.

Целью настоящей работы явилось сравнительное исследование *in-vitro* активности дифлюкана и его аналогов в отношении аспорогенных дрожжеподобных грибов рода *Candida*.

В исследовании использовались образцы следующих препаратов: Дифлюкан (*Pfizer*, США), Микосист (Гедеон Рихтер, Венгрия), Форкан (Аджио, Индия), Флюкостат (Ленс-фарма, Россия).

Под наблюдением находились 45 женщин в возрасте от 20 до 50 лет с рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом. Длительность течения заболевания от 3 до 8 лет. Всем больным были проведены микроскопические и культуральные исследования отделяемого мочеполовых органов на выделение гриба рода *Candida* с последующей идентификацией до вида гриба.

Видовую принадлежность выделенных штаммов грибов *Candida* определяли на основании результатов оценки морфологических типов роста и биохимической активности ассимиляции углеводов. Возбудителем ВВК во всех случаях явились *C. albicans*.

Испытания активности дифлюкана и его аналогов проводились с использованием жидкой среды Сабуро с последующим пересевом на агар Сабуро.

Метод испытания активности: серийных разведений в жидкой среде Сабуро.

Возраст тест-культур: двухсуточные.

Температура и срок выращивания тест-культур с антимикотиками: 37°C в течение 48 часов; Результаты исследования показали, что дифлюкан проявил в 2 раза большую активность против *C. albicans* на жидкой среде Сабуро в сравнении с форканом, а микосист и флюкостат уступили ему в 4 раза.

Таблица 1

Минимальная концентрация препаратов в среде, условия инкубации

Препарат	Тест-культура	Миним. цидная конц. в мкг/мл в жидкой среде Сабуро	Условия выращивания	
			t ⁰ C	Время инкубации часы
Дифлюкан	<i>C. albicans</i>	32	37	48
Микосист	<i>C. albicans</i>	128	37	48
Форкан	<i>C. albicans</i>	64	37	48
Флюкостат	<i>C. albicans</i>	128	37	48

При определении чувствительности *C. albicans* к дифлюкану и его аналогам установлено что наибольшей чувствительностью *C. albicans* обладали к дифлюкану (37 тест систем из 45, что составляет 82,2%), наименьшей чувствительностью к флюкостату (29%), к микосисту и форкану 40% и 44,4% соответственно.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МИКРОСПОРИЕЙ И МИКОЗАМИ СТОП В МОСКВЕ ЗА 1991 И 2001 гг.

Яцуха В. М., Тоскин И. А., Иванова М. А.

*Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт Минздрава России РФ
Москва*

Введение: Эпидемиологическая ситуация с грибковыми заболеваниями кожи в Российской Федерации (РФ) и в ряде других стран на сегодняшний день остается напряженной так, в 2000 г. А. А. Кубанова и соавт. отметили, что на фоне некоторого снижения уровень регистрируемой заболеваемости остается достаточно высоким, и сложившаяся эпидемическая ситуация характеризуется высокой напряженностью и потенциально может привести в последующие годы к увеличению заболеваемости. По данным российской и зарубежной литературы, значительная часть взрослого и детского населения страдает различными формами дерматофитий, эпидемиология которых еще недостаточно изучена. Увеличение частоты регистрации заразных грибковых заболеваний кожи обусловлено ростом микозов стоп среди взрослых и микроспории среди детей.

Результаты: Мы проанализировали ситуацию с микозами стоп и микроспорией в г. Москве за последние 10 лет.

В 1991 г. больных микроспорией в Москве было зарегистрировано 7080, что составило 79,5 на 100 тыс. населения, в 2001 г. соответственно 3425 (40,1 на 100 тыс. нас.), снижение за 10 лет составило 51,6%. Возрастная структура заболеваемости выглядела следующим образом: в 1991г. 6570 больных микроскопией было в возрасте до 14 лет, что составило 93% от всех зарегистрированных случаев, а в 2001 г. 2772 (81%) соответственно данное явление может быть объяснено либо реальным более высоким эпидемическим ростом заражения, связанным, возможно, с увеличением численности больных животных в данный период в Москве, либо погрешностями в регистрации новых случаев. Произошедшее к 2001 г. снижение числа случаев микроспории среди взрослых и детей, как в Москве, так и в среднем по России, может быть объяснено снижением риска, связанным с повышением качества ветеринарного надзора.

Заслуживает внимания изучение эпидемиологии микоза стоп, так как в последние годы наблюдается значительный рост заболеваемости микозами стоп в Москве (в 1991г. — 18924 (212,6 на 100 тыс. нас.), а в 2001г. — 28668 (335,3 на 100 тыс. нас.)

В этой связи особое внимание необходимо уделить изучению факторов риска заражения возбудителями микозов стоп. Наиболее целесообразно было бы проведение мультицентрового исследования по типу «случай-контроль» в регионах с наиболее высокой распространенностью микозов.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОФИТИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 1999-2001 гг.

Яцуха М. В., Иванова М. А.

*Центральный научно-исследовательский
кожно-венерологический институт МЗ РФ
Москва*

Несмотря на достижения совместной фармакологии в области антимикотических средств, заболеваемость дерматофитиями в России, странах Европы и США остаются широко распространенными.

Нами проведен ретроспективный анализ эпидемического процесса дерматофитий среди населения Российской Федерации, в том числе детского населения до 14 лет включительно, за 1999- 2001 годы, который позволяет оценить эпидемиологическую ситуацию в регионах.

С целью изучения динамики распространения дерматофитий в Российской Федерации мы использовали данные статистического годового отчета за 1999 — 2001 гг. «О заболеваниях, передающихся преимущественно половым путем, грибковых, кожных заболеваний и чесоткой» (ф. №9), утвержденного Госкомстатом России от 10. 06. 93. № 83.

По данным статистики заболеваемость трихофитией в Российской Федерации (РФ) остается напряженной: в 1999 г. Было зарегистрировано 3865 случаев заболевания, что составило 2,7 на 100 тыс. населения, в 2001 г. 4236 случаев при интенсивном показателе 2,9. Из Федеральных округов высокая заболеваемость отмечается в Южном Федеральном округе, в котором было зарегистрировано в 1999 г. 1090 случаев заболевания, что составило 5,2 на 100 тыс. населения, в 2001 г. Соответственно 1413 случаев заболеваемости в РФ в 1999 г. составила — 28,2%, в 2001 году — 33,4%, что значительно превышает показатели остальных округов РФ. Несколько ниже прослеживается заболеваемость в Северо-Западном Федеральном округе (СЗФО): в 1999 г. 75 случаев заболевания трихофитией при интенсивном показателе 0,5, в 2001г. — 53 случая, что составило 0,4 на 100 тыс. населения. От числа случаев заболеваемости трихофитией в РФ в СЗФО заболеваемость в 1999 году составила 1,9% в 2001 г. — 1,3%.

В том числе среди детского населения высокая заболеваемость трихофитией прослеживается в южном Федеральном округе (ЮФО). В 1999 году было зарегистрировано 746 случаев при интенсивном показателе 17,4, что составило 32,8% от заболеваемости среди детского населения по РФ, в 2001- 948 случаев при интенсивном показателе 23,0, что соответственно составило

39,9% к числу РФ. По показателям заболеваемости на втором месте Приволжский Федеральный округ: в 1999г. Было зарегистрировано 530 случаев заболевания при интенсивном показателе 9,2, что соответственно составило 22,2% к числу РФ. Относительно ниже показатели трихофитией среди детского населения в СЗФО: в 1999г. — 47 случаев при интенсивном показателе 1,9, что составило 2,06% к числу РФ, в 2001 — 40 случаев при интенсивном показателе 1,8, что составило соответственно 1,7%.

В свою очередь заболеваемость микроспорией в Российской Федерации остается стабильно высокой: в 1999г. Зарегистрировано 79036 при интенсивном показателе 54,4 в 2001 г. — 77850 при интенсивном показателе 54,0 случая. Отмечается высокая заболеваемость в Дальневосточном Федеральном округе. В 1999г. Зарегистрировано 5131 при интенсивном показателе 71,1, что составило 6,5% к числу заболеваемости в РФ, в 2001г. соответственно, 5429; 76,4 и 6,9%. Также высокая заболеваемость остается в Центральном Федеральном Округе (ЦФО): в 1999г. Зарегистрировано 23546 больных при интенсивном показателе 63,5, что составило 29,8% к числу заболеваемости в РФ, в 2001 г. соответственно, 21783, 59,3 и 27,9%. Высокая заболеваемость прослеживается и в Приволжском Федеральном округе, где в 1999г. Зарегистрировано 21607 больных при интенсивном показателе 67,4, что составило 27,3% к числу заболеваемости в РФ. В 2001г. соответственно, 19703; 61,9 и 25% к числу РФ.

Ниже показатели заболеваемости микроспорией в 1999г. в ЮФО: 7702 случая при интенсивном показателе 37,0, что составило 9,7% относительно РФ. В 2001г. лучше показатели в СЗФО: зарегистрировано 6116 больных, что составило 42,6 случая на 100 тыс. населения и 7,8% к Российским показателям.

В России остается высокой заболеваемость микроспорией среди детского населения. В 1999г. зарегистрировано 63113 больных, что составило 233,9 случаев на 100 тыс. населения, в 2001г. — 61811 больных при интенсивном показателе 244,5.

Среди округов следует отметить высокую заболеваемость микроспорией среди детского населения ЦФО: в 1999г. зарегистрировано 18667 больных при интенсивном показателе 308,7, что составило 29,5% к Российским показателям, в 2001г. соответственно 17189; 303,2 и 27,2%. Также высокая заболеваемость микроспорией среди детского населения Приволжского Федерального округа: в 1999г. зарегистрировано 18177 больных при интенсивном показателе 296,0, что составило 28,8% к числу РФ. Следует отметить высокую заболеваемость в 2001г. в Дальневосточном Федеральном округе: 4174 больных при интенсивном показателе 312,5, что составило 5,8% к числу РФ. Также высокая заболеваемость в 2001г. В Приволжском Федеральном округе: 16144 при интенсивном показателе 280,7, что составило 26,1% к числу РФ.

Несколько ниже заболеваемость микроспорией в 1999-2001гг. среди детского населения ЮФО: в 1999г. 6356 случаев при интенсивном показателе 148,0, что составило 10,1% к числу РФ, в 2001г. соответственно, 7607; 184,6 и 12,3%.

Анализ заболеваемости по дерматофитиям за 1999-2001 гг. в Российской Федерации показал напряженную ситуацию в отдельно взятых федеральных округах как среди взрослого, так и среди детского населения. В связи с чем, с целью дальнейшего снижения заболеваемости органам и учреждениям здравоохранения субъектов федерации необходимо принять меры для улучшения деятельности дерматологической службы и других ЛПУ по активному выявлению дерматофитий при всех видах профилактического обследования.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ РОССИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ТРИХОФИТИИ И МИКРОСПОРИИ В 2001 г.

Яцуха М. В., Иванова М. А.

*Центральный научно-исследовательский
кожно-венерологический институт Минздрава РФ
Москва*

В течение 2001 г. лечебно-профилактическими учреждениями в Российской Федерации зарегистрировано 4236 больных трихофитией, составивших 2,9 случая на 100 тыс. населения, в том числе 2377 (56,1%) детей до 14 лет включительно или 9,0 случая на 100 тыс. детского возраста. При этом взято на учет 4216 (99,5) больных из 4236, их них 10 (0,2) больных взято на учет в кабинетах анонимного обследования и лечения.

При различных видах профилактических обследований было активно выявлено 1251 (29,5%) больных, в том числе в очаге заболевания при обследовании контактных лиц - 660, составивших 15,6% из числа зарегистрированных и 52,8% из числа всех активно выявленных, при периодических профосмотрах — 146(3,4 и 11,7% соответственно) и прочих профосмотрах -427(10,1 и 34,1%). Кроме того, активно выявлено 16 больных в стационарах и 2 (0,05 и 0,2%) при обследовании больных в акушерско-гинекологических учреждениях. Следовательно, дерматовенерологическими учреждениями выявлено 1233 больных трихофитией, составивших 98,6% из 1251 активно выявленных, а другими учреждениями - 18 (1,4%), остальные 2985 (70,5%) больных обратились за медицинской помощью самостоятельно.

В очаге заболевания обследовано 44342 членов семей и др. контактов заболевших, взятых на учет, что составило 10,5 контакта на одного больного. При обследовании выявлено и привлечено к лечению 652 больных трихофитией, т. е. 1 больной из 68 обследованных контактов.

Заболеваемость микроспорией в 2001 г. превысила заболеваемость населения России трихофитией почти в 20 раз. Всего было зарегистрировано 77 850 больных микроспорией или 53,8 случая на 100 тыс. населения, составивших 79,4% от числа всего зарегистрированных.

Взяты на учет лечебно-профилактическими учреждениями страны 77 283 (99,3%) больных, в том числе в кабинетах анонимного обследования и лечения - 129 (0,2%). Активно выявлено при всех видах профилактических обследований 17 572 (22,6%) больных, остальные (77,4%) обратились за медицинской помощью самостоятельно. При этом 7 476 больных, составивших 9,6% из числа всех зарегистрированных и 42,6% из числа всех активно выявленных, выявлено при обследовании лиц, бывших в контакте с обследованными, 756 (1,0 из 4,3%) - при периодических осмотрах и 9 269 (11,9 и 52,7%) - при прочих профосмотрах; 7 (0,01 и 0,04%) выявлено акушерско-гинекологическими учреждениями из числа обратившихся к ним за медицинской помощью и 64 (0,08 и 0,4%) - в стационарах разных профилей. В итоге большинство больных микроскопией выявлено активно дерматологическими диспансерами (отделениями, кабинетами): 22,5% к числу всех зарегистрированных и 99,6% в общей структуре активного выявления.

При обследовании 1 064 256 (10,5 контакта на одного больного) членов семей и других контактов заболевших диагностирована микроспория у 7379 (один больной из 144 обследованных контактов) или 0,7%.

Считаем, что сложившаяся эпидемическая ситуация с заболеваемостью дерматофитиями, особенно среди детского населения страны, требует повышения противоэпидемиологической работы, в том числе кабинетами и отделениями профилактических обследований различных групп населения и в очаге заболевания.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭПИДЕРМОФИТИИ У БОЛЬНЫХ, ИМЕЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Юсупова Л. А.

*Казанский государственный медицинский университет,
кафедра дерматовенерологии
Казань*

Психосоматические кожные заболевания, составляющие 18% всех дерматозов приводят к сочетанному воздействию органических и эмоциональных факторов. Изучение роли эмоционального стресса в развитии кожных заболеваний становится сегодня все более актуальным.

Целью исследования явилось клинико-эпидемиологическое прогнозирование эпидермофитии у больных с психическими и поведенческими расстройствами.

Под наблюдением находилось 1790 больных с психическими расстройствами. На основании изучения анамнестических, клинических, лабораторных данных было выявлено 38% больных с микозами кожи, среди них выявлено 9,95% с эпидермофитией стоп, 5,46% с паховой эпидермофитией, которые выступают наряду с соматическими нарушениями в роли «кинети-

ческих эквивалентов» чрезмерных эмоциональных перегрузок. При нарушении деятельности центральной нервной системы приводящих ко многим заболеваниям резко снижается сопротивляемость кожи к внедрению болезнетворных грибков и развитию эпидермофитии. Помимо общих причин, развитию эпидермофитии способствуют многочисленные местные факторы. Среди них большое значение имеет повышенная потливость стоп, так как все грибки, в том числе эпидермофитоны хорошо развиваются в условиях повышенной влажности. Такие благоприятные условия создаются для них при чрезмерной потливости стоп, при которой изменяется состав пота в сторону щелочной реакции, что благоприятствует жизнедеятельности эпидермофитонов. Самой обычной реакцией организма на патологическое аффективное состояние или эмоциональный разряд явился локальный и диффузный гипергидроз у 12% больных. Не связанный ни с инфекционными, ни с какими-либо соматическими заболеваниями, идиопатический гипергидроз возникает под влиянием эмоционального стресса, как своеобразное отражение душевных переживаний (страх, тревога, беспокойство, волнение, огорчение). Постоянный или пароксизмальный гипергидроз (при наплывах мыслей тревожно-депрессивного содержания) постоянно включается в общий комплекс вегетативно-сосудистых расстройств в клинике аффективной патологии и четко коррелирует с выраженностью общей психической гиперестезии, резко усиливаясь (особенно в области ладоней и подошв) при так называемой «мокрой депрессии». В условиях длительного, эмоционального стресса чрезмерная потливость (гипергидроз) может приводить к вторичным изменениям со стороны кожи, в частности к появлению эпидермофитии. Повышенная потливость стоп ведет к разрыхлению, размягчению рогового слоя, что облегчает проникновение грибка в кожу.

Таким образом, ухудшение течения психосоматических заболеваний и реакция на них в значительной степени зависящая от эмоциональных факторов может приводить к возникновению эпидермофитий и терапия таких хронифицирующих патологических процессов с трофическими нарушениями должна проводиться с учетом этих факторов.

РОЛЬ АКТИНОМИКОТИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА СЕМЕННОЙ ПЛАЗМЫ МУЖЧИН В РАЗВИТИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

*Бажин Ю. А., Бажина Л. В.
Калининград*

Вся история развития системы охраны женского репродуктивного здоровья на протяжении всей своей эволюции исключает какое-либо внимание к репродуктивному здоровью мужчины. Вместе с тем, полученные за последнее время данные, указывают на то, что одной из причин развития бактериального вагиноза могут служить хронические воспалительные заболевания предстательной железы мужчин.

В пользу этого фактора влияния могут служить признаки характерные, как мужчин, так и женщин. Среди них:

- жалобы на дискомфорт, зуд и жжение влагалища и вульвы у женщин и уретры у мужчин;
- обилие сливкообразных и/или пенистых выделений, адгезированных на слизистой оболочке влагалища у женщин и усиленное смегмообразование у мужчин;
- развитие коротких эпизодов клиники баланопостита у мужчин, часто интерпретируемых не только специалистами, но и пациентами как «молочница»;
- совпадение во времени появления признаков «молочницы» у обоих половых партнеров;
- наличие у мужчины незадолго до манифеста заболевания энтерального криза, проявляющегося ослаблением стула;
- выявление «ключевых клеток» в мазках, окрашенных по Граму, обсемененных коккобациллами и палочками различного калибра у лиц обоего пола и т. д.

Целью настоящего исследования являлось изучение микробного компонента семенной плазмы мужчин, женщины которых страдают бактериальным вагинозом или влагалищным дисбактериозом.

В исследовании приняли участие 27 мужчин в возрасте от 18 до 45 лет, все имели то или иное заболевание внутренних половых органов. Для детектирования химических компонентов принадлежащих различным группам микроорганизмов использовался метод газовой хроматографии масс-спектрометрии (Г. А. Осипов, 2000).

Было выявлено, что нокардиоформные актиномицеты были представлены *N. Asteroides* у 20, 6% и еще не идентифицированным видом у 14,3% мужчин. Из микроорганизмов рода *Rhodococcus* у 17,2% человек был выявлен *Rhodococcus equi* и у 34, 7% человек был выявлен типовой представитель этого рода — *Rhodococcus rhodochrous*. Актинопланы были представлены родом *Micromonospora* у 39, 4% мужчин, Стрептомицеты были представлены родом *Streptomyces* у 28, 5%. Наиболее представленной оказалась группа мадурамицетов, поскольку ее представитель *Actinomadura* была выявлена более чем у 70 процентов мужчин.

Несмотря на то, что полученные данные несколько неожиданны и для самих авторов, ничего удивительного здесь нет. Известно, что первичные актиномикозные очаги наиболее часто формируются в органах имеющих соседство со слизистыми оболочками (в нашем случае это прямая кишка), где и находится их физиологическое место пребывания, поскольку они не только участвуют в процессе переработки пищевой массы, но и обогащают ее необходимыми человеку веществами. Однако с течением времени, актиномицеты все более и более распространяются на близлежащие органы, особенно, если этому способствуют какие-либо заболевания слизистой оболочки кишечника.

Трансректальный путь миграции микроорганизмов в органы малого таза, который нами считается основным в патологии урогенитального тракта,

остается недостаточно исследованным. Вместе с тем, обильное представительство актиномицетов в пищеварительном тракте и их выявление в секретах внутренних половых органов мужчины, заставляет предположить наиболее вероятным именно этот путь распространения лучистых грибов. Особенно это имеет значение в тех случаях, когда пациент сам указывает на хронические проблемы энтеральных функций, с одной стороны, а мы выявляем обильное представительство микроорганизмов «кишечной» группы в семенной плазме с другой.

Трудность диагностики актиномикотического поражения внутренних половых органов, как мужчин, так и женщин заключается в слабом лабораторно-техническом обеспечении лечебно-профилактических учреждений. Используемая техника взятия, посева и исследования материала из уrogenитальных органов не дает возможности достоверно определить наиболее вероятный агент воспалительной реакции.

Природная способность актиномицетов распадаться на мелкие фрагменты в виде палочек и кокков, теряющихся на фоне других компонентов содержимого материала, взятого из уrogenитального тракта, является, по нашему мнению, одной из причин недостаточной диагностики возбудителей этой группы. Хотя еще встречаются описания женских мазков, где отмечается присутствие актиномицетных нитей в виде стрептотрикса или лептотрикса.

Известно, что одной из наиболее вероятных причин развития бактериального вагиноза является бесконтрольный прием женщинами антибиотиков. Не ставя под сомнение это утверждение, мы хотим обратить внимание читателя на тот факт, что актиномицеты и есть продуценты антибиотиков. Соответственно, чем больше актиномицетов проникает трансректальным путем во внутренние половые органы мужчины, тем больше и шире представлены результаты их жизнедеятельности — антибиотики в его семенной плазме. Которая, в свою очередь, является губительной для влагалищной микрофлоры. С этим фактом хорошо согласуется эпидемиология бактериального вагиноза и дисбактериоза, которые возникают после начала половой жизни или отказа от барьерных методов предохранения.

К месту будет указать, что очень часто мужчины, использующие презервативы, с недоумением отмечают развитие раздражительных изменений головки полового члена. На что можно заметить, что причиной этого состояния женщина никак не может быть. Причина его кроется в его собственном малом тазу и выходит наружу во время семяизвержения.

Таким, образом, все вышеизложенное предполагает следующие выводы:

1) высока вероятность участия семенной плазмы мужчин в генезе бактериального вагиноза у женщин; 2) в семенной плазме мужчин, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза, выявлено обильное представительство актиномицетов; 3) учитывая роль семенной плазмы как носителя фактора, провоцирующего развитие бактериального вагиноза у женщины, партнеры таких женщин должны подвергаться тщательному лабораторно-клиническому обследованию и лечению.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИ ОНИХОМИКОЗЕ: АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ПРОЕКТЕ «ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ»

Бучинский О. И.

*Национальная академия микологии
Москва*

В настоящее время представляет значительный интерес разработка таких диагностических алгоритмов, которые существенно облегчили бы поиск больных с микозом стоп и онихомикозом в рамках лечебно-профилактических мероприятий и массовых осмотров.

Данные «горячей линии» — массовой кампании по диагностике и лечению микозов стоп и онихомикозов — представляют собой массив информации, который сформирован по результатам звонков потенциальных пациентов, имеющих проблемы с ногтями. По телефону абонентам было предложено описать состояние ногтей на основании субъективных ощущений и визуального само осмотра по следующим признакам: ногти рук или ног, покраснение, изменение цвета, шелушение, утолщение и другие. Наличие или отсутствие признака фиксировалось записью типа «истина», «ложь» (соответственно 1 или 0). По результатам дистанционного обследования врачом ставился предварительный диагноз и пациенты, у которых были выявлены онихомикозы, записывались и приглашались на прием для прохождения клинического и лабораторного обследования.

Полученный массив данных был квалифицирован как альтернативная статистика. Такого рода информация обрабатывается специальными критериями. Наиболее информативным и простым для расчета является показатель частоты возникновения признака, который показывает, в скольких процентах случаях наблюдается, рассматриваемый фактор. Коэффициент ассоциации применяется для оценки тесноты связи по альтернативным признакам. Коэффициент эмпирической корреляции используется для оценки тесноты связи между количественными и качественными признаками.

Для дальнейшего анализа были отобраны 2403 человека, которые посетили медицинские центры, и которым был поставлен диагноз «онихомикоз». Среди этого числа оказалось 1416 женщин (58,93%) и 987 мужчин (41,07%). Каждая группа была разделена по возрастным диапазонам: от 20 до 30 лет, от 31 до 40 лет, от 41 до 50 лет, от 51 до 60 лет и старше 61 года. Пациенты, попавшие в каждую возрастную группу, были разделены по заявленной ими длительности существования симптомов: до 3 месяцев, от 3 месяцев до 1 года, и более года. Последняя группа, с признаком более характерным для онихомикоза, отличалась наибольшей численностью.

По полученной представительной группе были рассчитаны частоты проявления клинических признаков, которые в порядке убывания выглядят следующим образом: утолщение ногтей — 92,22%, поражение ногтей ног — 90,00%, изменений цвета ногтевой пластины — 81,11%, крошение — 78,89%,

поражены несколько ногтей — 73,33%, поражен один ноготь — 15,56%, ногти рук изменены в 14,44% случаях. Все прочие признаки для пациентов с подтвержденным диагнозом «онихомикоз» имеют место в менее чем 10,00% случаях, т.е. носят маргинальный характер и не определяют сущность заболевания. Однако для формирования модели диагностики заболевания онихомикозом в сравнении с микозами и негрибковыми проявлениями следует учитывать всю совокупность факторов. Аналогичное ранжирование признаков наблюдается и для женщин. При этом, чем старше возрастная группа пациентов, тем более усугублены перечисленные признаки.

Для формирования диагностической модели онихомикоза необходимо отобрать клинические признаки, которые являются независимыми друг от друга и одновременно представляются наиболее существенными для данного заболевания. Для этого клинические признаки попарно исследуются с применением коэффициентов ассоциации и эмпирической корреляции по полученной альтернативной статистике.

Признак — поражение ногтей ног, который встречается в 90,00% случаях, был исследован одновременно с клиническим проявлением — поражение одного ногтя, который наблюдается у 15,56% пациентов. Для этой пары коэффициент ассоциации составляет 0,71, а коэффициент эмпирической корреляции равен 0,76, что говорит о существовании значимой взаимозависимости и взаимообусловленности этих признаков. Следовательно, в диагностическую модель следует включить один из них, а именно тот, который наиболее часто встречается у пациентов с заболеванием онихомикозом, т.е. — поражение ногтей ног.

Таким образом, необходимо попарно изучить тесноту связи между всеми клиническими признаками, задействованными в горячей линии. Формирование диагностической модели осуществляется с применением ПЭВМ и сборника прикладных программ по альтернативной статистике.

На основе проведенных расчетов в настоящее время разрабатывается модель, позволяющая заочную предварительную диагностику онихомикоза по совокупности простейших оценочных параметров, результаты которой уже показали высокую степень соответствия данным стандартной клинико-лабораторной диагностики.