

УСПЕХИ МЕДИЦИНСКОЙ МИКОЛОГИИ

Под общей научной редакцией академика РАЕН
Ю.В. Сергеева

Том VI

**МАТЕРИАЛЫ ТРЕТЬЕГО ВСЕРОССИЙСКОГО КОНГРЕССА
ПО МЕДИЦИНСКОЙ МИКОЛОГИИ**

Москва
Национальная Академия Микологии
2005

ББК 28.591
УДК 58-616.5
У78

Редакционная коллегия:

Сергеев Ю. В. (главный редактор)
Лещенко В. М. (ответственный секретарь)
Бурова С. А.
Иванов О. Л.
Караулов Г. И.
Клясова Г. А.
Кулагин В. И.
Кунгуров Н. В.
Липницкий А. В.
Потекаев Н. С.
Сергеев А. Ю.
Тутельян В. А.
Шпигель Б. И.

У78 Успехи медицинской микологии. — Т. 6. — М.: Национальная академия микологии, 2005. — 296 с.

Шестой том периодического сборника «Успехи медицинской микологии» составили труды, направленные на изучение различных аспектов грибковых инфекций человека. Том открывают исследования биологического разнообразия патогенных и условно-патогенных грибов. Новые данные по современному этиологическому спектру микозов тесно связаны с совершенствованием методов лабораторной диагностики грибковых заболеваний человека.

Продолжаются крупные проекты по изучению эпидемиологии микозов в Российской Федерации и соседних странах, растет клинический опыт врачей разных специальностей, встречающих разные формы микозов в повседневной практике. Вместе с тем, особое внимание в данном томе уделено инвазивным микозам, развивающимся как оппортунистическая инфекция у больных с выраженным иммунодефицитом — в клинике онкологии, гематологии, трансплантологии, при ВИЧ инфекции и СПИД.

Представлены работы, посвященные грибковым инфекциям в дерматологической практике, охватывающие как изучение клинических особенностей, так и новые аспекты патогенеза. Отдельная глава отведена проблемам вульвовагинального кандидоза и его терапии. В следующем разделе обобщен опыт терапии и профилактики наиболее распространенных микозов человека. Завершает том глава по актиномикозу, традиционно рассматриваемому вместе с истинными грибковыми заболеваниями.

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

ББК 28.591
УДК 58-616.5

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

Глава 1.

БИОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ ПАТОГЕННЫХ ГРИБОВ И ЭТИОЛОГИЯ МИКОЗОВ

ЗНАЧИМОСТЬ ГРИБОВ *TRICHOPHYTON RUBRUM* В ЭТИОЛОГИИ МИКОЗОВ СТОП В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Гафаров М.М., Гущина Р.Г., Петрасюк О.А., Абдуль Ваиль
Башкирский государственный медицинский университет
Уфа

В настоящее время заболеваемость микозами стоп в Республике Башкортостан из года в год увеличивается. Учитывая клиническое течение при измененном иммунологическом статусе, изучение клинико-эпидемиологических особенностей заболевания является актуальной задачей.

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

Материалы и методы исследования Исследование проводилось в период с 2001 по 2004 год на материалах бактериологической лаборатории Республиканского кожно-венерологического диспансера. Клинико-лабораторным методом были исследованы 2674 больных микозами стоп и онихомикозами из разных регионов республики. Материалом для исследования послужили соскобы с гладкой кожи стоп и ногтей полученные от больных. Были использованы бактериоскопический и культуральный методы. Питательной средой, используемой для посевов, являлась стандартная среда Сабуро с добавлением 0,5% ЭКД. Для предупреждения роста сапрофитных микроорганизмов, в среду добавляли раствор хлортетрациклина из расчета 0,2 мг/мл. В качестве дополнительной Среды был использован питательный агар с добавлением антибиотиков и 2% раствора глюкозы.

Результаты и их обсуждение. В 2001 году из 664 больных у 631 больных были выделены грибы *Tr. rubrum* (95,0%), *Tr. interdigitale* обнаружены в 8 случаях (2,6%), *Epidermophyton floccosum* — 2 (0,3%), грибы *Candida* — 22 (3,3%), плесневые грибы — 3 (0,5%). В 2004 году число случаев обнаружения грибов *Tr. rubrum* возросло до 813 (95,2%) из 846 обследованных, грибы *Tr. interdigitale* выделены у 8 больных, их доля в общей структуре возбудителей микозов стоп снизилась на 2,1%, *Epidermophyton floccosum* у 2- 0,3%. Удельный вес грибов рода *Candida* и плесневых грибов составил, соответственно : 3,9% и 0,5%.

Таким образом, основная роль в этиологии микозов стоп на территории Республики Башкортостан отводится грибам *Tr. rubrum*, их удельный вес в общей структуре в 2001 - 2004 годах составил 93 — 96%. Отмечена тенденция к увеличению *Tr. rubrum* в микоэкологии, что со-

ответственно, привело к снижению процента выделения грибов *Tr interdigitale*.

То есть, в последние годы наблюдается тенденция вытеснения грибами *Tr.rubrum*, грибов *Tr. interdigitale* в качестве возбудителей микозов стоп. Такое все возрастающее значение грибов *Tr. rubrum* обусловлено рядом факторов. Основными факторами усиления патогенности выделенных грибов, вероятно, является как снижение иммунной реактивности организма, так и способность к инвазивному росту вследствие появления ферментативно активных видов грибов. Грибы *Tr. rubrum* имеют протеолитические ферменты, разрушающих кератин кожи.

Грибы *Tr. interdigitale*, вызывающие в основном поверхностную форму микозов, характеризуются выделением протеолитических ферментов обладающих способностью разрушать кератиновую оболочку кожи, последние менее агрессивны, чем ферменты выделяемые грибами *Tr.rubrum*. Другим фактором распространения руброфитии в регионе является способность грибов *Tr. rubrum* образовывать устойчивую споровую форму, что позволяет им длительно сохраняться в окружающей среде, даже при действии дезинфицирующих веществ. Третьим фактором роста руброфитии является свойство *Tr.rubrum* вырабатывать антибиотикоподобные вещества, подавляющие рост других видов возбудителей микозов.

ВИДОВОЕ РАЗНООБРАЗИЕ ПАТОГЕННЫХ ГРИБОВ В КОЛЛЕКЦИЯХ КУЛЬТУР

Озерская С.М., Кочкина Г.А., Иванушкина Н.Е.

*Всероссийская коллекция микроорганизмов
Института биохимии и физиологии микроорганизмов
имени Г.К. Скрабина РАН*

Всероссийская коллекция микроорганизмов Института биохимии и физиологии микроорганизмов имени Г.К. Скрабина (ВКМ ИБФМ РАН) в течение ряда лет ведет работу по созданию базы данных о патогенных для человека, животных и растений видах грибов. Значительное внимание при этом уделяется сбору и анализу информации о видовом разнообразии патогенных грибов, поддерживаемых в фондах микробных коллекций мира. Известно (Hawksworth, 2004), что зарегистрированное разнообразие видов грибов в коллекциях WFCC (World Federation of Culture Collection) составляет по приблизительным оценкам около 24000 видов. Проведение в ВКМ ИБФМ РАН инвентаризации мировых фондов коллекционных культур грибов позволило более точно определить степень их видового разнообразия. В группу грибов при этом были включены представители царств *Chromista* (*Hyphochytriomycota*, *Laby-*

rinthulomycota, *Oomycota*), *Fungi* (*Zygomycota*, *Ascomycota*, *Basidiomycota*) и *Protozoa* (*Acrasiomycota*, *Muchomycota*), традиционно поддерживающиеся в коллекциях чистых культур грибов. Общее количество видов грибов в каталогах коллекций, представленных в сети Интернет (включая WDCM - World Data Center of Microorganisms, <http://wdcm.nig.ac.jp/>), составило, по нашим данным (на 10.01.2005), 67875 наименований. Исключение повторяющихся названий и названий, написанных с искажениями, позволило оценить разнообразие видовых наименований грибов, поддерживаемых в коллекциях мира как 19160 видов и вариантов (Озерская, 2005а). При этом необходимо иметь в виду тот факт, что в разных коллекциях один и тот же вид может поддерживаться под разными наименованиями – синонимами одного вида. Эту проблему, возможно, удастся решить, создав в будущем базу данных, в которой будут учтены все синонимы поддерживаемых в коллекциях видов. При этом появится возможность оценить объем видового разнообразия коллекционных фондов грибов, учитывая только валидные виды, что приведет, по-видимому, к существенному уменьшению приведенного нами значения.

Общее разнообразие видов грибов, поддерживаемых в коллекциях мира, составляет, по нашим данным, чуть больше 5% от числа введенных в настоящее время в практику микологии видовых наименований, которое на 10.01.2005 соответствует 372541 виду и варианту (<http://www.speciesfungorum.org/Names/NAMES.ASP>). Большая часть этих названий в настоящее время не используется по различным причинам, в частности таким, как невалидное описание вида, перевод названия в синонимы уже известных, отсутствие доступного типового материала и другим. Известно, что ежегодно вводится до 800 новых видовых наименований и комбинаций, а соотношение ревизуемых видов к валидным составляет примерно 2,5:1 (Hawksworth, 1992; Dictionary of Fungi, 2001).

В процессе анализа данных нами впервые проведена оценка таксономического разнообразия патогенных грибов (от классов до видов) на основе максимально возможного перечня патогенов (более 400 видов), полученного путем сравнения имеющихся в литературе списков (Озерская, 2005б). Результаты позволили оценить и степень видового разнообразия фонда живых культур патогенных грибов, поддерживаемого в коллекциях мира. Анаморфные виды грибов (Anamorphic fungi) отнесены к соответствующим таксонам сумчатых или базидиальных грибов соответственно.

Объем представляемого сообщения не позволяет привести все имеющиеся в нашем распоряжении данные, которые, естественно, могут быть действительными лишь на какой-то определенный момент времени. Информация будет и в дальнейшем обновляться в соответствии с появлением новых сведений о клинических случаях микозов. Было бы чрезвычайно полезно, чтобы подобная информация была доступна

всем заинтересованным в ней специалистам в нашей стране в системе *on-line*. Благодаря этому российские микологи всех специализаций и, в первую очередь, медицинские микологи, могли бы получить возможность анализа собственной практики, руководствуясь обобщенным опытом многих специалистов.

КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ МИКОТИЧЕСКИХ АССОЦИАЦИЙ, ОБНАРУЖИВАЕМЫХ У БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗОМ

Руденко А.В., Волощук Е.М., Глухенький Б.Т.

Институт урологии АМН Украины

*Лаборатория микробиологии, вирусологии и микологии
Киев, Украина*

Проблема ассоциативных взаимоотношений патогенных и условно-патогенных грибов как в условиях *in vivo*, так и *in vitro*, в инициации и развитии патологического процесса остается недостаточно изученной.

В настоящем сообщении представлен анализ микологических и бактериологических исследований 135 образцов патологического материала — ногтевых пластинок, чешуек кожи рук и ног, полученных у 108 жителей г. Киева, с клиническим диагнозом “онихомикоз”. Для выявления возбудителей онихомикоза культуральным методом использовали стандартные среды — агаризованную среду Сабуро и картофельный агар фирмы Oxoïd. Идентификацию выделенных культур осуществляли на основании морфологических и культуральных тестов по соответствующим руководствам и определителям. Образцы патологического материала исследовали также микроскопическим методом.

До настоящего времени остается дискуссионным вопрос о признанной роли микромицетов при заболеваниях кожи и ее придатков и могут ли эти грибы участвовать в инициации заболевания либо являются вторичной микрофлорой. Но и в этом случае существует два мнения — условно-патогенные грибы — микромицеты поддерживают патологический процесс в ассоциации с дерматомицетами либо самостоятельно или это случайные находки вездесущих полибиотрофных видов.

При культуральном исследовании 135 образцов патологического материала (101 образца ногтевых пластинок, кожи ног и 34 образцов ногтевых пластинок, кожи рук) среди выделенных штаммов возбудителей онихомикоза в монокультуре встречались реже, чем в ассоциациях — 42,2% и 51,1% соответственно. Дерматомицеты р. *Trichophyton* в монокультуре обнаруживались лишь в 5,9% случаев, дрожжеподобные грибы р. *Candida* — в 10,3%, тогда как в 14,5% случаев ногти были инфицированы микромицетами одного или нескольких видов. Среди

61 штамма выделенных дерматомицетов 59 – были определены как *Trichophyton rubrum*, 1 штамм – *Trichophyton mentagrophytes*, 1 – *Epidermophyton floccosum*. Чаще всего идентифицированные дерматомицеты выявлялись в ассоциации с микромицетами (17,7% случаев), реже в ассоциации с дрожжеподобными грибами (5,9% случаев), и 2,2% случаев были ассоциации с дрожжеподобными грибами и микромицетами грибами. Следует отметить, что грибы р. *Trichophyton* в монокультуре или в ассоциации с микромицетами и кандидами выделялись из ногтей и кожных покровов ног (37% случаев) и лишь в 8,1% – из ногтей и кожных покровов рук.

Среди 50 штаммов выделенных дрожжеподобных грибов, 46 относились к *Candida albicans*, 3 – к *Candida glabrata*, один – к *Candida utilis*. Грибы рода *Candida* выделялись в ассоциации с дерматомицетами и микромицетами примерно одинаково – в 5,9% случаев и в 5,1% соответственно. Среди пациентов, у которых этиологическим фактором онихомикоза определялись дрожжеподобные грибы, женщин было больше, чем мужчин – 20 и 13 соответственно.

Самая многочисленная группа выделенных патогенов – микромицеты. По критерию количества видов роды микромицетов значительно отличались. Особенно большая разница в количественном составе выделенных микромицетов отмечалась на уровне штамма. Если штаммы таких многочисленных родов как *Penicillium* и *Aspergillus* исчислялись десятками, то штаммов, относящихся к родам *Alternaria*, *Scopulariopsis*, *Paecilomyces*, *Cladosporium*, *Trichoderma*, *Chaetomium*, *Microascus*, *Fusarium* – было значительно меньше, хотя именно они являются наиболее известными продуцентами токсинов. Так, из 82 штаммов микромицетов, выделенных из обследованного патологического материала 30 штаммов относились к представителям рода *Aspergillus*, 24 – к представителям рода *Penicillium*, 14 – к представителям рода *Alternaria*, 5 – к представителям рода *Cladosporium*, и единичные представители родов *Scopulariopsis*, *Paecilomyces*, *Trichoderma*, *Chaetomium*, *Microascus* и *Fusarium*. Среди аспергиллов чаще выделялись *A. niger* (17 штаммов) и *A. fumigatus* (8 штаммов), реже – *A. versicolor*, *A. ustus*, *A. sydowi*, *A. oryzae*, *A. nidulans*. Среди представителей рода *Penicillium* явных фаворитов не наблюдалось; определены следующие представители этого рода: *P. implicatum*, *P. cyclopium*, *P. decumbens*, *P. funiculosum*, *P. canescens*, *P. meleagrinum*, *P. janthinellum*, *P. fellutanum* и др. Следует отметить, что микромицеты в монокультуре или в ассоциации с другими возбудителями онихомикоза выделялись из ногтей и кожных покровов ног в 42% случаев и лишь в 7,4% – из ногтей и кожных покровов рук.

При микроскопическом исследовании тех же 135 образцов патологического материала (101 образца ногтевых пластинок, кожи ног и 34 образца ногтевых пластинок, кожи рук) возбудители патологического процесса определялись реже, и часто отрицательный результат микроскопии не соответствовал наличию роста грибов или бактерий на

питательных средах. Так, даже в случаях обнаружения дерматомицетов (61 штамм) при культуральном исследовании, микроскопически их наличие было подтверждено лишь для 34 штаммов. Микроскопический метод исследования также не дает картину видового состава возбудителей.

Однако, при проведении любого вида исследования необходимо соблюдать следующие требования – пред выполнением анализа в течение 10 дней не принимать антимикотики и не использовать местное лечение; правильно осуществлять подготовку, забор и транспортировку образцов патологического материала; осуществлять посев на питательные среды, позволяющие выделить возбудители, принадлежащие к разным таксонам; производить изучение чувствительности клинических изолятов к антимикотикам и антибиотикам (в случаях выявления бактерий) и назначать индивидуальную терапию.

К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ И СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ЗООНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ, ПОРАЖАЮЩЕЙ ВЕРБЛЮДОВ В ХОЗЯЙСТВАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

*Саркисов К.А.
ФГУ ВГНКИ ветпрепаратов
Москва*

В 1993 году в Мангистаурской области республики Казахстан, расположенной в Прикаспийской низменности, наиболее влажном регионе республики Казахстан где выпасается до 60% поголовья верблюдов различного возраста, в связи с банкротством мелких верблюдоводческих хозяйств, было организовано одно крупное верблюдоводческое хозяйство АО «Жильсуль», объединившее свыше трёх тысяч верблюдов различного возраста в семи отделениях. При перегруппировке поголовья с племенными и хозяйственными целями нередко в отделения бывшие благополучные по заболеванию трихофитией среди верблюдов, завозили верблюдов, где длительное время регистрировались спорадические случаи этой инфекции, что приводило к распространению трихофитии среди этих животных. К январю 2004 года в большинстве отделений АО «Жисуль» регистрировалась эта инфекция. Применение химиотерапевтических препаратов для терапии заболевших животных не приводило к положительным результатам. По просьбе главного ветеринарного врача АО научный сотрудник КазНИВИ и специалист по дерматомикозам животных из ВГНКИ в сентябре 2004 года выехали в

одно из таких отделений с целью оказания практической и консультативной помощи. При клиническом осмотре 180 верблюдов различного возраста обнаружено 27 голов верблюжат до 8-ми месячного возраста с дерматомикозными очагами в области шеи и туловища. Пастбища и кошара, где расположено это отделение представляло собой солончаки с песком, на котором росла только «верблюжья колючка». При клиническом осмотре животных, находящихся на пастбище вместе с верблюжатами, было установлено, что ни у одной из двух лошадей, табунщиков, четырёх собак и 23 овец не было обнаружено клинических признаков трихофитии. У одного из трёх табунщиков в мае 2004 года регистрировались на локтях и ногах дерматомикозные очаги. Благодаря применению фунгицидных препаратов в течение мая-июня у больного наступило выздоровление. У других табунщиков и членов их семей клинических признаков трихофитии не регистрировалось. От 9 верблюжат с клиникой трихофитии с мест поражения были отобраны пробы патологического материала, половина из которой была отправлена в ВГНКИ, а вторая – в КазНИВИ с целью выделения полевой культуры возбудителя и её идентификации. Пробы, отправленные в Москву высевали на питательные среды в диагностической лаборатории ГУ ЦНИКВИ и через 12 суток выращивания был обнаружен рост культуры, характерный для вида *Trichophyton verrucosum*. На питательных средах, засеянных в лабораторных условиях КазНИВИ пробами материала, отобранными от верблюжат, на 12 сутки также был обнаружен рост культуры вида *Trichophyton verrucosum*. При дальнейшем тщательном изучении и идентификации выросшей культуры было установлено, что она принадлежит к новому виду *Trichophyton sarkisovii*, сходной по многим биологическим свойствам с видом *Trichophyton verrucosum*. Кроме того были отобраны пробы материала от собак, лошадей, овец и шкурок двух убитых сурков и в КазНИВИ высеваны на питательные среды. В результате на посевах проб материала, отобранных от собак, лошадей, овец, роста культуры рода *Trichophyton* не наблюдалось, а на питательных средах засеянных пробами, отобранными от шкурок убитых сурков, регистрировался рост культуры вида *Trichophyton sarkisovii*. Кроме того, от верблюжат с клиникой трихофитии и клинически здоровых лошадей и овец были отобраны пробы крови для постановки в лабораторных условиях КазНИВИ РСК. В результате этой работы установлено, что специфические антитела были обнаружены в сыворотке крови только в пробах, отобранных от верблюжат в титрах от 1:160 до 1:320. В сыворотках крови отобранных от лошадей и овец, специфические антитела к грибам рода *Trichophyton* выявлены в очень низких титрах (1:40).

Диагностировав при визуальном клиническом осмотре заболевание трихофитией у верблюжат, в тот же день и через 10 дней этим животным внутримышечно ввели терапевтические дозы поливалентной вакцины Ушвак против трихофитии животных, изготовленной в лабора-

торных условиях КазНИВИ из 21-дневных культур высокоспорогенных штаммов грибов видов *Tr. verrucosum*, *Tr. verrucosum var. autotrophicum* и *Tr. sarkisovii*. Остальным верблюжатам ввели дважды профилактические дозы этого биопрепарата. Спустя 50 дней после второго введения вакцины Ушвак у всех верблюжат наблюдалось полное выздоровление от трихофитии, подтверждённое высевом волосков, отобранных с мест поражений, на питательные среды. Спустя 30 дней выращивания на питательных средах, роста культуры грибов рода *Trichophyton* обнаружено не было.

В результате проведённой работы было установлено, что собаки, лошади и овцы не заболевают трихофитией в местах, где возбудителем инфекции является *Tr. sarkisovii*, даже если пасутся совместно с верблюдами с клиникой трихофитии. Суслики могут быть резервуарами и переносчиками возбудителей трихофитии. Вакцина Ушвак в терапевтических дозах верблюдам с клиникой трихофитии способствует их выздоровлению, а введённая в профилактических дозах создаёт у иммунизированных животных напряжённый иммунитет от заболевания трихофитией.

ЗООАНТРОПОФИЛЬНЫЕ ДЕРМАТОФИТЫ, ПОРАЖАЮЩИЕ НАРУЖНЫЕ ПОКРОВЫ ПЛОТЯДНЫХ ПУШНЫХ ЗВЕРЕЙ

Слугин В.С., Ханис А.Ю.
ЗАО «Ветзвероцентр»
Москва

Трихофития и микроспория (дерматомикозы, дерматофитозы, стригущий лишай) у пушных зверей зарегистрированы во многих странах Европы, Северной Америки и Скандинавии (Саркисов А.Х., и др., 1968; Woloszyn S. et al., 1973; Henriksen P., 1988; Loftsgaard G., 1988; Englund L. et al., 1988; Kangas J., 1988 и др.). Сейчас в России, несмотря на наличие эффективных средств борьбы с дерматомикозами, в некоторых хозяйствах периодически отмечаются вспышки этих заболеваний (Слугин В.С., 2004)

У пушных зверей основными возбудителями дерматофитозов являются зоофильные грибы *Trichophyton mentagrophytes (gypseum)* и *Microsporum canis (lanosum)*. Однако на практике были зарегистрированы случаи возникновения крупных вспышек трихофитии, обусловленной грибом *Trichophyton verrucosum (faviforme)*, после скармливания боенских отходов от крупного рогатого скота (Саркисов А.Х. и др., 1968; 1971; Слугин В.С. и др., 1997; Woloszyn S. et al., 1973).

Основными источниками возбудителей дерматофитозов для пушных плотоядных зверей являются больные звери, кошки, собаки, грызуны

(мыши, крысы) и другие домашние животные, загрязняющие шерстью корм, воду, клетки, подстилку, спецодежду и другие механические передатчики инфекции. Поддержанию очагов инфекции и распространению патогенных грибов в природе способствует пораженность диких животных. Так, в Италии у 109 красных лисиц, находящихся на свободно-выгульном содержании, выделили 8 штаммов *Trichophyton mentagrophytes*, *Microsporum canis* и нескольких других видов (Mancianti F. et al., 1996).

Из плотоядных пушных зверей к трихофитии и микроспории восприимчивы лисицы, песцы и рыси, особенно молодняк. Щенки заболевают в подсосный, послеотъемный периоды и в более позднем возрасте, что можно объяснить отсутствием у них активного или пассивного (колострального) иммунитета.

Другие плотоядные звери, разводимые на зверфермах, отличаются высокой устойчивостью. Однако, при снижении резистентности организма, особенно в ранний период жизни, отмечаются случаи заболевания или миконосительства. В литературе имеются сообщения об обнаружении дерматофитозов у щенков норок и хорьков, завершившихся самовыздоровлением (Zimmerman H. и Naufe F., 1971, и др.). До последнего времени соболей считали невосприимчивыми к дерматомикозам, но в одном подмосковном зверохозяйстве мы впервые наблюдали у нескольких щенков соболей клинические признаки, характерные для дерматофитоза. Заболевание развивалось на фоне снижения репродуктивной функции матерей. При микологическом исследовании проб патологического материала были выделены культуры гриба *Microsporum canis*. Всех щенков, заболевших микроспорией, привили вакциной вакдерм внутримышечно двукратно с интервалом 10 дней в дозе 0,5 мл (как для лисиц и песцов). На 7-е сутки после второй вакцинации клинические признаки микроспории исчезли, культуры грибов выделены не были. Но несмотря на установленные случаи заболевания норок, хорьков и соболей дерматофитозами, нельзя переоценивать эти факты, так как практике неизвестны массовые случаи заболевания зверей семейства кунных.

Патогенез происходит за счет развития мицелия и спор грибов в волосяных фолликулах, основании волос и на клетках эпидермиса. В результате роста и размножения грибов выделяются экзотоксины и протеолитические ферменты, которые разрушают кутикулы, корковое вещество, фолликулы волос и служат причиной воспалительной реакции на пораженных участках кожи (Слугин В.С., 2004). Ханис А.Ю. (1989) сообщает, что некоторыми авторами установлено, что при микроспории иногда вырабатывается пигмент птеридин, который в ультрафиолетовом свете дает изумрудно-зеленое свечение.

Инкубационный период длится 8-30 дней. После этого на коже носа, век, надбровных дуг, ушей, подошвенной поверхности лап, между пальцами, в области локтевого и скакательного суставов появляются

сероватые пятна, покрытые чешуйками. Пораженные волосы выпадают или обламываются у корней волос, роговой слой эпидермиса слущивается. У взрослых зверей лишайные участки локализируются в области головы, лапах, у корня хвоста, у самок – вокруг молочных желез. Очаги четко ограничены. Зуд практически отсутствует.

Прогноз обычно благоприятный. При диссеминированной форме болезни, когда одномоментному локальному лечению неоправданно подвергают большие участки тела, возможна гибель щенков зверей от слизывания лекарственных препаратов или от истощения вследствие потери аппетита.

Диагноз ставят на основании клинического осмотра, микологического исследования проб патологического материала, отобранного с пораженных участков кожного покрова.

Дерматофитозы пушных зверей схожи с зудневой чесоткой и гиповитаминозом Н (биотина).

Специфическая терапия и профилактика дерматофитозов в последнее время проводится вакцинами вакдерм, микродерм и др. Для ускорения выздоровления и уменьшения распространения возбудителя во внешней среде одновременно с вакциной необходимо местно использовать лекарственные средства. Наиболее доступным и простым фунгицидным средством для локальной терапии является салициловая кислота в форме 10%-ных спиртового раствора или мази на основе вазелина.

В отсутствии вакцины вакдерм, а также и вместе с ней, можно применять фунгистатический антибиотик гризеофульвин, который задают с кормом в дозе 20 мг/кг массы животного в течение 3-х недель. Гризеофульвин накапливается в кератине кожи волос, препятствуя использованию его грибом для питания. В неблагополучных хозяйствах мы рекомендуем скармливать гризеофульвин в общепринятых дозах самкам, начиная со второй половины беременности и до щенения. Это способствует предотвращению развития дерматофитозов у новорожденных щенков, которые с момента рождения и до 30-50-дневного возраста (до проведения первой вакцинации против дерматофитозов) не защищены от инфицирования - активный иммунитет еще не сформирован, а колостральный отсутствует.

Помимо средств специфической профилактики и лечения дерматофитозов, большое значение имеет правильное применение эффективных дезинфектантов (смесь 2%-ных растворов едкого натрия и формалина, 1%-ный раствор эпацида-Ф). Также необходимо обжигать клетки пламенем паяльной лампы, скашивать траву между шедами, обрабатывать почву под клетками 20%-ным раствором хлорной извести, обеззараживать спецодежду автоклавированием или в пароформалиновой камере. Шкурки от больных зверей дезинфицируют в растворе, состоящем из 1% кремнефтористого натрия, 0,75% серной кислоты и 25% поваренной соли.

В благополучных хозяйствах ведут систематическую борьбу с грызунами, бездомными кошками и собаками, не допускают их проникновение в места хранения подстилки. Многие хозяйства проводят профилактическую вакцинацию.

Литература

1. Саркисов А.Х., Никифоров Л.И., Слугин В.С. — Кролиководство и звероводство, 1968, №6, с.28-29.
2. Саркисов А.Х. и др. — Ветеринария, 1971, № 2, с. 54-56.
3. Слугин В.С. — Болезни плотоядных пушных зверей и их этиологическая связь с патологией других животных и человека. — Киров: КОГУП «Кировская областная типография, 2004. — 592 с.
4. Слугин В.С. Ханис А.Ю., Гафурова А.М. — Кролиководство и звероводство, 1997, № 1, с. 23.
5. Ханис А.Ю. - Автореферат канд. диссерт., Москва, 1989.
6. Englund L. et al. — Proceed. Of the IV intern. Congr. In Fur Animal Production, 1988, August 21-24, pp. 196-203.
7. Henriksen P., 1988 (цит. по Englund L. Et al., 1988).
8. Kangas J., 1988 (цит. по Englund L. et al., 1988).
9. Loftsgaard G., (цит. по Englund L. et al., 1988).
10. Mancianti F., et al. — Scentifur, 1996, 20, 1: 120.
11. Woloszyn S., et al. — Wiadomosci Parazytologiczne (Poland), 1986, 32, 4-6: 559-601.
12. Zimmerman H., Haufe F. — Dt. Pelztierzuchter, 1971, 45, 7: 124-125.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ГРИБОВ РОДА *CANDIDA* ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Фролова Н.А.

*Смоленская государственная медицинская академия,
кафедра микробиологии
Смоленск*

Нами был изучен количественный и качественный состав фекальной микрофлоры у 54 детей раннего возраста, с аллергическим дерматитом. Явления дисбактериоза присутствовали в $95,0 \pm 3,1\%$ случаев. Лишь у $5,0 \pm 3,0\%$ детей микрофлора кишечника оставалась без изменений. В анамнезе данные за дисбактериоз были выявлены у $19,0 \pm 2,2\%$, причем изменение этого показателя как в группе детей в возрасте от 0 до 1 года, так и от 1 года до 3 лет колебалось незначительно: $19,6 \pm 3,3\%$

и $16,0 \pm 3,2\%$ соответственно. У детей с легким течением аллергического дерматита ($53,0 \pm 7,0\%$) изменения микрофлоры были слабо выражены. Более глубокие изменения кишечной микрофлоры наблюдались у детей, с выраженным аллергическим дерматитом, что составило $47,0 \pm 7,0\%$. При этом в возрастной группе от 0 до 1 года преобладали явления дисбактериоза II - III степени ($65,7 \pm 9,1\%$). У этих детей наряду со снижением содержания бифидобактерий до $10^6 - 10^7$ КОЕ/г, лактобактерий до 10^4 КОЕ/г отмечалось обнаружение ассоциаций условно патогенных микроорганизмов в концентрации $10^6 - 10^7$ КОЕ/г, в том числе грибы рода *Candida* были обнаружены у $42,3\%$ детей в количестве $10^5 - 10^6$ КОЕ/г. Эти явления преобладали над дисбактериозом I степени ($34,3 \pm 9,0\%$).

В группе от 1 года до 3 лет дисбактериоз I степени преобладал над выраженным микробиологическими изменениями. У $63,9 \pm 5,4\%$ детей в этой возрастной группе отмечалось снижение содержания бифидобактерий до 10^8 КОЕ/г, лактобактерий до $10^5 - 10^6$ КОЕ/г, типичных эшерихий до 10^6 КОЕ/г, у $12,9\%$ детей этой группы были обнаружены грибы рода *Candida* в концентрации $10^3 - 10^4$ КОЕ/г. В $36,1 \pm 5,4\%$ случаев выявлены выраженные изменения микрофлоры кишечника: снижение содержания бифидобактерий до $10^6 - 10^7$ КОЕ/г, лактобактерий до 10^4 КОЕ/г и обнаружены ассоциации условно патогенных микроорганизмов в высоких концентрации $10^6 - 10^7$ КОЕ/г, в том числе грибы рода *Candida* были выделены у 24% детей в количестве 10^5 КОЕ/г.

Таким образом у детей с аллергическим дерматитом одновременно выявлялось снижение числа анаэробных представителей облигатной микрофлоры, обладающих высокой антагонистической активностью, и увеличение числа грибов рода *Candida*, которые были обнаружены в различных концентрациях у $79,2\%$ всех обследованных детей.

Можно предположить, что при развитии дисбиотических изменений в толстой кишке создаются благоприятные условия для размножения условно патогенных микроорганизмов, в том числе грибов рода *Candida*, которые в свою очередь, способствуют сенсibilизация организма.

ДЕРМАТОФИТЫ: БИОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ И ЭВОЛЮЦИЯ ПАТОГЕННОСТИ

Евсенко М.С., Сергеев А.Ю.
Национальная академия микологии
Москва

Дерматофиты – одни из немногих облигатно патогенных грибов и практически единственных возбудителей контагиозных микозов, имеющие строго антропофильных представителей. Представления об эво-

люции данной группы грибов вызывают немалый интерес в настоящее время. Немногие виды дерматофитов поражают миллионы людей. Дерматофиты называют геофильными, зоофильными, или антропофильными в зависимости от их обычной среды обитания — почвы, организма животного или человека. Члены всех трех групп могут вызывать заболевания человека, но их различные природные резервуары определяют эпидемиологические особенности — источник возбудителя, распространенность и географию ареалов. Хотя многие геофильные дерматофиты могут вызывать инфекцию и у животных, и у людей, наиболее привычной, естественной средой обитания этих грибов является почва. Члены зоофильной и антропофильной групп, произошли, как считают, от этих и других населяющих почву сапрофитов, способных разрушать кератин. В ходе эволюции такие виды приспособились к новым специфическим хозяевам. Эти представления, как и существовавшая схема таксономии дерматофитов, были пересмотрены и осмыслены вновь в ходе недавних молекулярно-генетических исследований.

Было установлено, что некоторые виды дерматофитов, специфичные для определенных типов хозяев, оказались весьма близкими филогенетически к другим видам, довольно далеких от них фенотипически и имеющим других хозяев. Так, очень близкими оказались зоофильные виды с известной телеоморфой и заведомо бесполое антропофильные виды *Microsporium*.

Процесс эволюции дерматофитов сегодня представляется как формирование бесполой, слабо спорующей и обычно ауксотрофных линий с одинаковым типом конъюгации. Такие линии могли формироваться в процессе перехода от первичных хозяев — связанных с землей млекопитающих (грызуны, собачьи, кошачьи) к новым — не имеющим постоянной связи с почвой (человек, лошадь). Многие типичные для дерматофитов признаки: обильное конидиеобразование, аутоτροφизм, гетероталличная конъюгация, способность к перфорации волоса — могли сохраняться при сохранении одной экологической ниши — места обитания животного, где дерматофиты постоянно соприкасались с шерстью, чешуйками кожи и влажной почвой, подходящими условиями для полового размножения дерматофитов. По мере перехода к новым хозяевам, не имеющим постоянной связи с почвой, дерматофиты могли утрачивать способность к перфорации волоса и специфической кератинофилии, урезную активность, интенсивное конидиеобразование и продукцию разных ростовых факторов. Наглядным примером могут служить лабораторные тесты, дифференцирующие такие виды, как *T. rubrum* и *T. mentagrophytes*, по неспособности первого перфорировать волос и разлагать мочевины.

Филогенетические исследования разных видов дерматофитов позволили сделать предположения относительно их происхождения и родства, выделить возможные направления эволюции и выбора хозяев. По-видимому, смена хозяина у таких видов, как *T. mentagrophytes* и

близкородственные виды, произошла только один раз. Поэтому термины «антропофильный» и «зоофильный» следует применять к видам дерматофитов, а не отдельным штаммам.

Главный возбудитель дерматофитии человека, обуславливающий большую часть заболеваемости и колоссальные расходы на лечение в индустриально развитых странах, антропофильный вид *T. rubrum*, как оказалось, имеет строго клональный тип размножения. Признаков полиморфизма ДНК при изучении штаммов *T. rubrum*, выделенных на разных континентах от больных разными формами инфекции, не было выявлено. Использование тех же методов у *C. albicans* выявило 12 полиморфных локусов в 6 маркерах RAMD. Предполагается, что генотип *T. rubrum* не изменился со времени его распространения из эндемичного района в Юго-Восточной Азии. Отсутствие генетического полиморфизма было отмечено также у других антропофильных *Trichophyton* (*T. tonsurans*, *T. mentagrophytes* var. *interdigitale*). Уникальная генетическая однородность дерматофитов может отражать их высокую специализацию в отношении хозяина, оправдывая облигатную патогенность и контагиозность дерматофитии.

Необходимы новые данные по изучению геномов основных возбудителей дерматофитии, прежде всего — *T. rubrum*.

Глава 2.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОТРАВЛЕНИЙ ЯДОВИТЫМИ ГРИБАМИ

*Лаврентьев А.А., Полякова Ж.А.
Воронежская Государственная медицинская академия
имени Н.Н. Бурденко
Воронеж*

Актуальность. Острые отравления гепатонекротоксичными грибами остаются нестареющей проблемой современной токсикологии, особенно сложную задачу представляют собой массовые поступления больных с данной нозологией. Несмотря на внедрение новых подходов к диагностике и лечению больных с острым отравлением грибами, летальность остается довольно высокой и составляет при отравлении бледной поганкой – 50% и выше, что по мнению многих авторов связано с поздним поступлением больных в стационар, с неадекватной оценкой тяжести состояния пациентов.

Основной причиной наиболее тяжелых отравлений грибами является ошибочный прием в пищу бледной поганки. Так, например, у 17 больных, употреблявших в пищу «зеленушки», «сыроежки», «попы», неизвестные грибы, которые затем обратились с аманитоподобным синдромом в отделение токсикологии Воронежской областной клинической больницы в летне-осенний период 1999 года, выделен -аманитин в концентрации от 11,2 до 572,5 нг/мл и -аманитин – от 2,3 до 57,5 нг/мл, что позволило сделать вывод об отравлении грибами рода *Amanita*.

По данным статистики Воронежской областной клинической больницы с острым отравлением грибами находилось на лечении: в 1999 году – 419 больных, умерло – 34 (8,1%); в 2000 году – 354 больных, умерло – 39 (11,0%); в 2001 году – 425 больных, умерло – 40 (9,4%).

Наиболее часто массовые отравления грибами на территории России наблюдаются в Воронежской, Липецкой областях и Краснодарском крае. Всего на территории России в 1996 году зарегистрировано более 428, а в 2000 – более 2470 острых отравлений бледной поганкой.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с острым отравлением грибами при массовых поступлениях путем применения схем дифференцированной терапии с учетом статистически разработанных прогностических критериев.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 137 историй болезни пациентов с острым отравлением грибами, из них 101 история выживших и 36 историй умерших больных. Все пациенты поступили в отделение токсикологии Воронежской областной клинической больницы № 1 с клиникой аманитоподобного синдрома в период массовых отравлений грибами. При благоприятном исходе лица женского пола

составили 58,0%, мужского – 42,0%, при летальном исходе – 47,2% и 52,8%, соответственно. Средний возраст пациентов с благоприятным исходом – 44,1±17,1 лет, с летальным – 41,8±16,5 лет. 66,3% выживших и 58,3% умерших больных с острым отравлением грибами были моложе 50 лет. В 1 сутки острого отравления грибами гепатопатия 0–1 степени была диагностирована у 82% выживших и у 85,7% умерших больных, 2 степени – в 17,0 и 14,3% случаев, соответственно. Латентный период составил 12,0±6,0 часов при благоприятном прогнозе и 10,5±4,1 часов при летальном исходе. В 1 сутки острого отравления грибами оценка тяжести состояния больных по прогностической шкале Apache-II составила 25,4±9,6 баллов для пациентов с благоприятным исходом и 31,5±13,2 баллов – с летальным; по системе SAPS – 2,3±3,5 и 3,1±2,8 баллов; по MOD – 11,0±3,6 и 12,8±3,7 баллов, соответственно.

Для оценки тяжести состояния больных на 1-5 сутки острого отравления грибами нами были предложены прогностические критерии, статистически разработанные на основании биохимических показателей крови у 101 выжившего и 36 умерших пациентов. При этом легкая степень тяжести состояния больных соответствовала благоприятному прогнозу, средняя – сомнительному и тяжелая степень соответствовала неблагоприятному прогнозу.

На первые сутки острого отравления грибами прогностически значимыми оказались следующие показатели: общий белок, гемоглобин, сдвиг буферных оснований (таблица 1).

Таблица 1.

Показатели на 1-е сутки	Общий белок, г/л		Hb, г/л		BE, ммоль/л	
	Сомн.	Небл.	Сомн.	Небл.	Сомн.	Небл.
Значение	<80,1	<72,7	<158,9	<132,5	<-8,4	<-11,3
Оценка, баллы	3,4	5,8	2,6	7,6	7,6	12

При суммарной оценке до 7-х баллов – благоприятный прогноз; 7 - 10 баллов сомнительный; свыше 10 баллов – неблагоприятный прогноз.

На вторые сутки острого отравления грибами прогностически значимыми оказались трансаминазы и билирубин (таблица 2).

Таблица 2.

Показатели на 2-е сутки	АсАт, нМоль/сек.*л		АлАт, нМоль/сек.*л		Билирубин, мкмоль/л	
	Сомн.	Небл.	Сомн.	Небл.	Сомн.	Небл.
Значение признака	>169,89	>671,69	>432,84	>1540,71	>8,89	>34,18
Оценка, баллы	2,6	5	3,8	4,6	2	7,6

Если суммарная оценка составляла до 10 баллов – благоприятный прогноз; 10 – 12 баллов – сомнительный; свыше 12 баллов – неблагоприятный прогноз.

На третьи острого отравления грибами прогностически значимыми были АсАт, билирубин, креатинин и ВЕ (таблица 3).

Таблица 3.

Показатели на 3-и сутки	АсАт, нМоль/сек.*л		Билирубин, мкМоль/л		Креатинин, мМоль/л	ВЕ, мМоль/л	
	Сомн.	Небл.	Сомн.	Небл.	Небл.	Сомн.	Небл.
Значение	>339	>713	>26,7	>44,5	>0,18	<-4,3	<-7,6
Оценка, баллы	3	6,4	5,6	9,4	11,2	8	11,6

Суммарная оценка: до 7 баллов соответствовала благоприятному прогнозу; 7 – 11 баллов – сомнительному прогнозу; свыше 11 баллов – неблагоприятному.

На четвертые сутки острого отравления грибами прогностически значимыми оказались общий белок, трансаминазы, билирубин и ВЕ (таблица 4).

Таблица 4.

Показатели на 4-е сутки	Общий белок, г/л		АсАт, нМоль/сек.*л		АлАт, нМоль/сек.*л	Билирубин, мкМоль/л		ВЕ, мМоль/л	
	Сомн.	Небл.	Сомн.	Небл.	Сомн.	Сомн.	Небл.	Сомн.	Небл.
Значение	<66,4	<52,2	>368,0	>675,5	>1130	>32,8	>61,5	<-3,0	<-4,4
Оценка, баллы	2,2	5,6	2,8	6,0	3,4	5,8	7,0	10,0	20,0

Суммарная оценка: до 11 баллов – благоприятный; от 11 до 14 баллов – сомнительный; свыше 14 баллов – неблагоприятный прогноз.

На пятые острого отравления грибами прогностически значимыми были трансаминазы и билирубин.

Суммарная оценка: до 6 баллов – благоприятный; от 6 до 10 баллов – сомнительный; свыше 10 баллов – неблагоприятный прогноз.

Для каждой группы больных при массовых поступлениях были предложены стандартные схемы комплексной терапии, назначаемые как на основании степени гепатопатии, так и на основании предложенных прогностических критериев.

Схема лечения больных с легкой степенью тяжести включала промывание желудка, форсированный диурез, деконтаминацию кишечника,

Таблица 5.

Показатели на 5-е сутки	АсАт, нМоль/сек.*л		АлАт, нМоль/сек.*л		Билир., мкМоль/л
	Сомн.	Небл.	Сомн.	Небл.	Небл.
Значение	>498,2	>573,0	>871,0	>1540,4	>41,38
Оценка, баллы	3,6	4,4	0,6	4,2	6,6

энтеросорбенты, лопедиум, антибактериальную терапию, гемосорбцию, физиогемотерапию. Для средней степени тяжести назначалось промывание желудка, форсированный диурез, гепатопротекторы, антиоксиданты, биопрепараты, свежезамороженная плазма, плазмозамещающие растворы, препараты, улучшающие реологию крови, аминокислотные препараты, деконтаминация кишечника, энтеросорбенты, лопедиум, антибактериальная терапия, гемосорбция, плазмаферез, физиогемотерапия. Для тяжелой степени тяжести – промывание желудка, форсированный диурез, гепатопротекторы, антиоксиданты, биопрепараты, свежезамороженная плазма, аминокислотные препараты, кортекостероиды, ноотропные препараты, деконтаминация кишечника, энтеросорбенты, лопедиум, антибактериальная терапия, энтеральное питание, гемосорбция, плазмаферез, гемодиализация, физиогемотерапия.

Выводы

1. Имеются существенные различия в динамике биохимических показателей выживших и умерших больных с острым отравлением грибами: уровень общего белка, ВЕ, в группе умерших больных был ниже, чем у выживших больных; уровень билирубина, трансаминаз, мочевины, креатинина был значительно выше в группе умерших больных.
2. Для оценки тяжести состояния больных с острым отравлением грибами в условиях массовых поступлений наиболее информативны в качестве прогностических критериев следующие биохимические показатели: в первые сутки - общий белок, гемоглобин, ВЕ; на вторые сутки - АсАт, АлАт, билирубин; на третьи сутки – АсАт, билирубин, креатинин, ВЕ; на четвертые сутки - общий белок, АсАт, АлАт, билирубин, ВЕ; на пятые сутки - АсАт, АлАт, билирубин.
3. Особенностью диагностики при массовых отравлениях грибами является предварительная медицинская сортировка по 3 основным группам тяжести: легкой (клиника гастроэнтерита, гепатопатия 1 степени, по прогностическим критериям - благоприятный прогноз), средней (клиника гастроэнтерита, гепатопатия 2 степени, по прогностическим критериям – сомнительный прогноз) и тяжелой (клиника гастроэнтерита, гепатопатия 3 степени, полиорганная недостаточность, по прогностическим критериям - неблагоприятный прогноз).

Проведение комплексного лечения больных с острым отравлением грибами, на основании предложенных критериев оценки тяжести со-

стояния пациентов, позволяло быстрее нормализовать указанные выше основные показатели гомеостаза; купировать симптомы гастроэнтерита, гепатопатии, нефропатии, энцефалопатии, что позволило снизить общую летальность с 16% до 11,5% в Центре острых отравлений Волгоградской областной клинической больницы № 1.

ОЦЕНКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ *IN VIVO* АНТИГЕНОВ ВОЗБУДИТЕЛЯ КОКЦИДИОИДОМИКОЗА

*Лесовой В.С., Гришина М.А.,
Липницкий А.В., Становая О.В., Кулаков М.Я.*
*Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт
Волгоград*

Кокцидиоидомикоз – заболевание, вызываемое диморфным грибом *Coccidioides immitis*, эндемично для стран Северной и Южной Америки. Однако случаи болезни регистрируются и вне этих стран через разные сроки после пребывания в эндемичной зоне. Не исключено, что микоз может возникнуть в результате заражения спорowymi элементами гриба, находящимися в импортируемой из эндемичных стран сельскохозяйственной продукции.

Поскольку при естественном аэрогенном распространении гриба, обитающего в почве, одновременно инфицируется большое количество людей, возбудитель кокцидиоидомикоза отнесен к возможным агентам биотерроризма.

В связи с длительностью культивирования гриба важное значение в диагностике болезни имеет раннее выявление антигенов *C. immitis* в биологических жидкостях организма.

Целью нашего исследования явилось изучение возможностей применения реакции непрямой гемагглютинации (РНГА) и метода флуоресцирующих антител (МФА) для обнаружения антигенов гриба в организме экспериментальных животных, зараженных минимальными дозами вирулентного штамма *C. immitis*.

В качестве экспериментальной модели использовали беспородных белых мышей, которых заражали внутрибрюшинно взвесью артроспор (артроконидий) *C. immitis* 158 в дозах 100, 1000 и 10 000 клеток на мышь. Наличие антигена определяли в биосубстратах (кровь, экстракты из органов), а также в мазках-отпечатках из них через 3, 5, 7 и 11 суток после заражения.

Для постановки РНГА применяли эритроцитарные иммуноглобулиновые противоккоцидиоидные диагностикумы, для МФА — люминесцирующие (меченные флуоресцеинизотиоцианатом) противоккоцидиоидные антитела. Оба препарата разработаны в Волгоградском НИПЧИ.

Гомогенаты органов обеззараживали 0,01% раствором мертиолат натрия при 56°C в течение 30 мин и после центрифугирования проводили их адсорбцию 50% взвесью формализированных бараньих эритроцитов. После повторного центрифугирования препараты использовали для постановки РНГА по общепринятой методике.

Для выявления тканевой фазы (сферул) *S. immitis* в мазках-отпечатках из органов зараженных белых мышей использовали прямой МФА, смешивая специфические люминесцирующие антитела с альбумином, меченым родамином, для гашения фонового свечения. Интенсивность свечения оценивали по общепринятой методике.

Из перечисленных биосубстратов производили также высев на агар Сабуру для получения культуры гриба.

Результаты исследований в РНГА показали, что независимо от инфицирующей дозы и сроков исследования антигены *S. immitis* чаще всего выявляли в легких, что по-видимому следует объяснить тропностью возбудителя к легочной ткани. Реже антигены обнаруживали в селезенке, печени и крови. Для постановки в РНГА предпочтение следует отдать щадящим методам инактивации антигена (прогревание в течение 1ч при 80°C), в отличие от методов, вызывающих денатурацию серологически активных компонентов гриба (0,5% раствор формальдегида).

Результаты МФА свидетельствуют о тенденции к увеличению числа положительных результатов в зависимости от дозы и сроков с момента заражения.

Результаты культурального исследования показали, что в ранние сроки после заражения грибок чаще всего высевали из печени и селезенки. Положительные находки были обусловлены введенной культурой, еще не подвергшейся фагоцитозу и уничтожению макрофагами брюшной полости. Частота высеваемости из легких зависела от скорости диссеминации введенной дозы из брюшной полости в легкие.

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что иммунологические методы выявления антигенов *S. immitis* в биосубстратах после инфицирования грибом перспективны в целях получения быстрого предварительного ответа об этиологии инфекционного заболевания неизвестной природы.

ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СОЗДАНИЯ ЭРИТРОЦИТАРНОГО ДИАГНОСТИКУМА НА ОСНОВЕ ГРУППО- И ВИДОСПЕЦИФИЧЕСКИХ ГИСТОПЛАЗМОЗНЫХ АНТИТЕЛ

*Липницкий А.В., Новицкая И.В., Кулаков М.Я., Пушкарь В.Г.
Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт
Волгоград*

Серологическая диагностика особо опасных микозов с помощью геммагглютинационных методов является известным и хорошо зарекомендовавшим себя отвечающим требованиям специфичности методом. Эритроцитарные кокцидиоидозные диагностикумы были получены в Волгоградском НИПЧИ ранее (Липницкий А.В., Валькова Е.Р., Храпова Н.П., Жаркова С.Ф. и др.), прежде всего, в соответствии с индикационными задачами, стоящими перед институтом в определенный период.

В качестве носителя авторы использовали стабилизированные акролеином эритроциты барана. Иммуноглобулиновую фракцию получали путем гель-фильтрации на сефадексе G-200. Криопротектором при лиофилизации служила желатино-сахарозная среда.

В современных условиях с целью унификации технологического процесса и адаптации имеющейся технологии производства кокцидиоидозного диагностикума в соответствии с вновь утвержденной производственно-технической документацией (Регламент производства и Фармакопейная Статья) были разработаны условия получения экспериментальных серий гистоплазмозного эритроцитарного диагностикума. В качестве сенситина была использована глобулиновая фракция, полученная осаждением полиэтиленгликолем, что, с нашей точки зрения, упрощает и удешевляет данный этап технологического процесса. Роль носителя иммуноглобулинов в наших исследованиях выполняли не акролеинизированные, а обработанные формалином эритроциты барана, т.е. сырье, уже используемое в технологии производства бак-препаратов, выпускаемых Волгоградским НИПЧИ.

Желатино-сахарозная среда, по нашим данным, за счет недостаточной стандартизованности не всегда позволяет сохранять исходные свойства диагностикума по чувствительности, а также его стабильность (по характеристикам растворимости и специфической активности) в течение всего срока хранения препарата. Снижение растворимости при регидратации нередко ведет к снижению исходной активности диагностического средства. Среда высушивания с использованием кровезамениителя реополиглюкина позволила за счет замещения внутриклеточной воды криопротектором стабильно сохранять растворимость и серологическую активность сухого диагностического средства в течение всего срока наблюдения (5 лет).

С целью унификации технологического процесса нами предприняты шаги по изучению возможностей восстановления, а также видоизменения методики создания эритроцитарного диагностикума для выявления возбудителя гистоплазмоза.

Для получения пробных серий эритроцитарных препаратов в работу были взяты анти-*H. capsulatum* и анти-*H. duboisii* (к дрожжевой фазе возбудителей) кроличьи сыворотки и выделенные из них с помощью ПЭГ иммуноглобулины. Известно, что прогревание иммуноглобулинов повышает их сенсибилизирующую активность, что проявляется в облегчении связывания белковой молекулы с поверхностью танизированных эритроцитов. Каждый из препаратов был изучен как в результате его прогревания (65°C – 30 мин), так и без него.

Кроме того, высокая агглютинирующая активность козьей кокцидиоидной сыворотки позволила нам изучить ее в плане создания диагностикума, с помощью которого возможно выявление возбудителей как кокцидиоидоза, так и гистоплазмоза.

Оказалось, что сенсиитивно наиболее активной оказалась сыворотка, полученная в ходе иммунизации кроликов смесью штаммов *H. capsulatum* и *H. duboisii* в дрожжевой фазе, а также козья кокцидиоидозная иммунная сыворотка.

В соответствии с представленными результатами, активность кроличьих сывороток была ниже по сравнению с козьей, хотя специфичность их проявлялась более отчетливо. При этом козья сыворотка, обладая очень высокой серологической активностью (1:512 по результатам РИД), выявляла как антигены возбудителя кокцидиоидоза, так и клетки возбудителя гистоплазмоза.

Пробные серии диагностикума были получены на образцах обоих сывороток.

Сенсибилизацию эритроцитов проводили, варьируя разведения иммуноглобулинов, условия их прогревания (если этот этап присутствовал), а также серии и концентрации эритроцитов (от 2,5% до 10% и более).

Оценку приготовленных диагностикумов осуществляли с помощью РПГА, где в качестве антигенных препаратов были использованы взвеси культур *Histoplasma capsulatum*, *Histoplasma duboisii*, *Histoplasma farciminosum*, *Coccidioides immitis*, *Blastomyces dermatitidis*, а также *Candida albicans*, *Aspergillus fumigatus*, *Penicillium citreoviridae*.

Сравнительная характеристика эритроцитарного диагностикума на основе группоспецифических козьих иммуноглобулинов, и препарата, полученного на основе кроличьих гистоплазмозных антител, в отношении гомологичных, близкородственных и гетерологичных видов микроспоридиозов, показала, что диагностикум, приготовленный на основе более активного, хотя и обладающего групповой, а не видовой специфичностью сырья, может по показателям чувствительности и специфичности явиться средством выявления возбудителей особо опасных

микотических инфекций. С гетерологичными штаммами микромицетов взаимодействия не отмечено.

Таким образом, в целом в ходе проделанной работы подобраны условия получения экспериментальных серий эритроцитарных гистоплазмозных диагностикумов, позволяющих выявлять клетки *H. capsulatum*, *H. duboisii*, *H. farciminosum* в концентрации $10^6 - 10^7$ (6,25 млн-50млн) м.к./мл.

Эритроцитарный диагностикум, приготовленный на основе козьей кокцидиоидозной сыворотки, проявляя активность в отношении *C. immitis* 36S в концентрации 10^4 м.к./мл, также позволяет обнаружить клетки возбудителя гистоплазмоза, как и клетки некоторых других штаммов возбудителя кокцидиоидозной инфекции, в концентрации 10^7 м.к./мл и в определенных случаях может служить средством индикации возбудителей особо опасных глубоких микозов.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОНИХОМИКОЗОВ

Маликов В.Е.

*Центральная клиническая больница
Москва*

Считается установленным тот факт, что проблема онихомикозов в динамике приобретает все большую актуальность. В течение последних лет отечественными специалистами (А.Ю.,Сергеев, Ю.В. Сергеев и др.) в этой области опубликована серия монографий и статей, в которых всесторонне рассматриваются основные аспекты этой проблемы. Вместе с тем, многие положения, касающиеся лабораторной диагностики клинически значимых возбудителей и этиологических факторов, обуславливающих возникновение онихомикозов, продолжают обсуждаться.

В настоящей работе нами предпринята попытка оценить информативность различных методов лабораторной диагностики онихомикозов. Анализу были подвергнуты результаты обследования 625 соскобов ногтевых пластинок пальцев ног, покровов стопы ног, межпальцевых складок, взятых у 467 пациентов. Исследования выполнены на базе лаборатории клинической микробиологии Центральной клинической больницы в 2002-2004 г.г.

Лабораторно-диагностические исследования проводились с использованием методов световой микроскопии и бактериологических посевов биоматериала на специальные питательные среды.

С использованием микроскопии и посевов на питательные среды мицелий патогенных грибов и рост культуры определялся в 47,4 и 26,2 % случаев, соответственно. Из общего количества исследований положительные результаты регистрировались в 48,7 % случаев. Подтверждение основывалось на результатах микроскопического и/или бактериологического исследования.

Представляется важным отметить, что из общего количества выполненных исследований рост грибов при отрицательных результатах микроскопии был получен лишь в 4,21%. Вместе с тем, если рассматривать количество положительных результатов при использовании двух методов исследований, то удельный вес регистрации роста культуры грибов при отрицательных данных микроскопии составил 8,51%. В целом, микроскопия при данном виде лабораторной диагностики является более информативной, однако представленные данные свидетельствуют о необходимости использования и культурального метода. Кроме того, разработка методических подходов для определения чувствительности к лекарственным препаратам возможна лишь в случаях выделения грибов при положительных результатах посевов на питательные среды.

По данным лабораторно-диагностических исследований у пациентов с характерной симптоматикой поражения ногтевых пластинок, межпальцевых складок *Trichophyton rubrum* и *Trichophyton mentagrophytes var. Interdigitale* выделены в 78,6% и 1,43% случаев, соответственно. В динамике за последние 5-7 лет несколько возрос удельный вес *Candida spp.* — до 7,4%. Причем наибольший удельный вес среди возбудителей онихомикозов этиологически связана с *Tr. rubrum*. Среди представителей рода *Candida* преобладал вид *C. albicans*.

Посевы на дрожжеподобные грибы проводили на среду Сабуро с последующей идентификацией и определением чувствительности к лекарственным препаратам с использованием автоматического анализатора “АТВ-expression“ (bioMerieux, Франция), “Fungi-test” (Bio-Rad, США).

Следует отметить, что нами проводились скрининговые исследования пациентов, госпитализированных не только в специализированные отделения, но и в другие корпуса больницы с различными формами патологии.

Представленные данные свидетельствуют о значительной распространенности онихомикозов у пациентов в условиях их обследования в многопрофильной больнице.

АСПЕКТЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАНДИДОЗА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Маликов В.Е.¹, Колупаев В.Е.², Жарикова Н.Э.¹

¹ Центральная клиническая больница

² Био-Рад лаборатории
Москва

Основными возбудителями инвазивных микологических инфекций являются представители родов *Aspergillus*, *Cryptococcus*, *Candida*. Однако, кандидоз среди всех микозов занимает ведущее место по частоте

регистрируемых случаев, что обусловлено колонизацией кожи и слизистых грибами рода *Candida* у половины населения.

Значение диагностики оппортунистических инфекций, связанных с грибами, в настоящее время трудно переоценить. Эффективность лечения зависит от используемых диагностических методик и адекватно выбранной антифунгиальной терапии.

Проблема эффективной борьбы с системными микозами также связана с увеличением частоты выделения резистентных штаммов. Известно, что одним из основных факторов риска при инвазивных микозах является множественная колонизация макроорганизма грибами рода *Candida*. С другой стороны, согласно современным литературным данным чрезвычайно широкое распространение нашли поверхностные микозы слизистых. К сожалению, в большинстве случаев при микологических исследованиях не выполняется полная схема анализа, которая должна включать в себя этапы видовой идентификации дрожжеподобных грибов и определение чувствительности выделенных штаммов к антифунгиальным препаратам. Диагноз часто ставится на основе микроскопии, а назначение препаратов осуществляется эмпирически без учета природной резистентности некоторых видов *Candida*. Неконтролируемое применение антибиотиков, недостаточное развитие микробиологического мониторинга поверхностных микологических инфекций при первичном обследовании пациентов приводит к увеличению удельного веса резистентных штаммов и хронических форм течения заболевания, что, безусловно, отрицательно сказывается на результатах лечения и способствует росту заболеваемости. Это обосновывает необходимость создания системы микологического мониторинга, целью которой должна являться оценка клинической значимости выделенного штамма и разработка адекватной системы терапии в зависимости от факторов, влияющих на развитие микологической инфекции. Необходимо учитывать локализацию, из которой был взят биоматериал, количество выделенных культур, степень колонизации, вид грибов и их чувствительность. Создание базы данных для ретроспективного и оперативного анализа эффективности антибиотикотерапии требует достаточного уровня стандартизации выполняемых методик, что связано с необходимостью анализировать большое количество данных в условиях постоянно возрастающего числа анализов. К сожалению, широко применяемые ныне приемы видовой идентификации грибов рода *Candida* с использованием субкультивирования на обедненных питательных средах и визуальной оценки принадлежности изолята к тому или иному виду субъективны и существенно зависят от опыта исследователя. Внедрение в клиническую практику хромогенных сред, которые позволяют проводить культивирование с одновременной ориентировочной идентификацией наиболее часто встречающихся представителей *Candida* spp. — *C. albicans*, *C. glabrata*, *C. crusei*, *C. tropicalis* позволяет обеспечить сокращение протокола исследования как минимум вдвое и

оценить чувствительность к антифунгиальным препаратам у смешанных культур.

Использование коммерческих тест-систем различных производителей, результаты которых в большей степени совпадают с результатами референс-метода (тест-система ФУНГИТЕСТ производства Био-Рад), позволяют лаборатории выполнять большие объемы исследований с определением чувствительности грибов в скрининговом формате. Именно в этом направлении накоплен положительный опыт в лаборатории клинической микробиологии (ЛКМ) ЦКБ.

В настоящей работе применяли коммерческие тест-системы для скрининговых исследований пациентов ЛКМ ЦКБ с микологической инфекцией. Большинство обследованных пациентов страдали хронической формой поверхностного микоза. Развернутая схема микробиологического анализа представлена 4 стадиями: микроскопия, культивирование на питательных средах, идентификация, определение чувствительности к антимикробным препаратам. Культивирование осуществляли с параллельной идентификацией на хромогенных средах Кандиселект 4 (Био-Рад, США). Эта среда позволяет выращивать колонии грибов; а также проводить по специфическому окрашиванию колоний прямую идентификацию *C. albicans*, *C. glabrata*, *C. crusei*, *C. tropicalis*. Более редкие виды дрожжевых грибов идентифицировали с помощью галереи АУКСАКОЛОР 2, которая основана на принципе утилизации сахаров. Набор также включает 3 ферментных теста, включая пробу на обнаружение фенолоксидазной активности *Cryptococcus neoformans*. Подобная схема идентификации позволяет не только сократить время, затрачиваемое на идентификацию вида дрожжевых грибов, но и определять смешанные культуры, которые могут проявляться при хроническом течении микоза. При этом чувствительность каждого вида грибов к антифунгиальным препаратам регистрировалась отдельно.

Диагностические системы ФУНГИТЕСТ (Био-Рад, США) позволяют определять чувствительность к следующим антифунгиальным препаратам: 5 Флюороцитозин, Амфотерицин В, Миконазол, Кетоконазол, Итраконазол, Флюконазол. Все препараты представлены в двух концентрациях, что позволяет определять чувствительность штаммов в терминах: чувствительный, устойчивый, дозозависимый..

За период 2003 – 2004 год в ЛКМ ЦКБ было исследовано 20 675 пациентов с подозрением на микологическую инфекцию различной локализации. Положительные результаты выделения культуры грибов рода *Candida* были выявлены у 3056 человек (14,8 %).

Видовой состав грибов рода *Candida* представлен преимущественно 5 видами: *C. albicans* (52%), *C. crusei* (20%), *C. glabrata* (10%), *C. tropicalis* (7%). При этом *C. albicans* присутствовала в большинстве образцов. Однако, процентное содержание *C. albicans* оказалось значительно ниже по сравнению с данными, опубликованными в последние годы. Количество штаммов, обладающих множественной природной

устойчивостью к антифунгиальным препаратам, таких как *C. crusei*, свидетельствует о тенденции вытеснения в динамике чувствительных микологических штаммов другими изначально редкими, но мультирезистентными видами.

Известно, что многие штаммы *C. krusei* обладают устойчивостью к азольным препаратам, тогда как у штаммов *C. albicans* резистентность, например, к орунгалу (итраканозолу), встречается значительно реже. Нами отмечены статистически значимые показатели роста резистентности к амфотерицину В у штаммов всех исследованных видов *Candida spp.* Учитывая, что у значительного количества пациентов ЦКБ, исследованных в данной работе, диагностировалась хроническая форма микоза, можно предположить, что при проведении статистических расчетов для формирования тактики эмпирической терапии необходимо раздельно учитывать острую и хроническую форму микоза.

Таким образом, использование стандартных методов исследования позволило сопоставить данные по видовому составу и чувствительности к антифунгиальным препаратам грибов рода кандиды, выделенных в различных отделениях многопрофильной больницы. По результатам выполненных исследований отмечается выраженная тенденция к замещению чувствительных штаммов резистентными. Практически ни один из рекомендованных препаратов не гарантирует успех терапии. Такая ситуация заставляет по новому рассматривать проблему устойчивости грибов к антифунгиальным препаратам и организацию микологического мониторинга.

ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ АНАЛИЗ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОСОБО ОПАСНЫХ МИКОТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ

Новицкая И.В., Липницкий А.В., Антонов Ю.В., Дурихина Е.К.
Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт
Волгоград

Иммуноферментный анализ является полноценным и современным методом иммунодиагностики заболеваний, вызванных возбудителями I-II групп патогенности. При этом различные аранжировки ТИФМ позволяют определять как антигены возбудителей, так и антитела к ним.

Определение концентрации сывороточных антител против антигенов различных инфекционных заболеваний наиболее часто проводят путем измерения активности иммобилизованного на носителе фермента, пропорциональной содержанию специфических антител в сы-

воротке. Однако в отношении возбудителей микотических инфекций эти исследования осложнены высокой вероятностью неспецифических взаимодействий за счет общих компонентов клеточных структур различных видов микромицетов.

Для преодоления перекрестного реагирования целесообразно использование как можно более очищенных специфических антигенов.

С целью адаптации твердофазного иммуоэссея применительно к возбудителям гистоплазмозной и кокцидиоидозной инфекций нами апробированы антигены водной фазы клеточной взвеси, а также полученные по методу А.И. Дроздова белковый и полисахаридный комплексы *H. capsulatum* и *C. immitis*. Концентрация белка и полисахаридов в полученных препаратах составляла 26 мг/мл и 49 мг/мл, а также 7,5 мг/мл и 8,0 мг/мл соответственно.

В связи с отсутствием сывороток больных гистоплазмозом или кокцидиоидомикозом людей, которые могли бы служить положительным контролем, этапы реакции были отработаны на модели кроличьей гистоплазмозной иммунной сыворотки с использованием антивидового иммунопероксидазного конъюгата.

Постановку реакции осуществляли на полистироловых планшетах фирмы «Dinateck». Были изучены концентрации от 10^6 до 10^{10} м.к./мл при использовании в качестве подложки клеточной взвеси, а также сенсibiliзирующие дозы от 1 до 10 мкг/лунку по белку и от 20 до 100 мкг/лунку в пересчете на содержание полисахаридов.

Гистоплазмозные и кокцидиоидозные иммунные сыворотки кроликов изучали в двукратных разведениях от 1:20 до 1:40000. Отрицательным контролем служила нормальная кроличья сыворотка.

Антивидовой конъюгат производства института имени Н.Ф. Гамалеи наслаивали в рабочем разведении (1:400). Проявляющим субстратом являлась 5-аминосалициловая кислота, активированная перекисью водорода. Считывание результатов реакции осуществляли визуально и на аппарате «Minireader».

При анализе полученных результатов оказалось, что наиболее четко при отсутствии фона реакция проявлялась в случае сенсibiliзации планшет клеточной взвесью в концентрации 10^9 м.к./мл карбонат-бикарбонатного буфера, pH 9,5, а также наслаивании белковых антигенов в концентрации 5 мкг/лунку, полисахаридов – 40 мкг/лунку в растворе сенсibiliзирующего буфера. Экспозиция с сенситином составляла 18 час при 4° С или 1,5-2 часа при 37° С.

При этих условиях были изучены сыворотки больных с клиническими проявлениями оппортунистических инфекций или микоаллергозами. Выявление IgG-, IgE-, а в отдельных случаях и IgA-классов антител к водорастворимым антигенам или фильтратам культур *Candida albicans*, *Penicillium citreoviridae*, *Aspergillus flavus*, *A. niger*, *A. fumigatus*, *Mucor mucorales*, *Alternaria sp.*, полученными нами в соответствии с вышеописанной методикой.

Всего изучено 282 сыворотки больных, страдающих такими заболеваниями, как круглогодичный ринит, крапивница, бронхиальная астма, atopический дерматит, поллиноз, хроническая герпетическая инфекция, хронический бронхит, пищевая аллергия и т.д., в этиопатогенезе которых могли определенную роль играть грибные антигены.

Среди наблюдений IgE антитела выявлены у 112 больных (39,7 %), IgG – у 146 обследуемых (51,8%).

Ряд сывороток, иммуноглобулиновые фракции которых реагировали с эпитопами антигенов так называемых условно-патогенных микромицетов, были изучены в твердофазном иммуноанализе с подложками из различных антигенов возбудителей гистоплазмоза и кокцидиоидомикоза (водорастворимые экстракты клеточных взвесей и белково-полисахаридные комплексы).

Сыворотки, имеющие в своем составе антитела к грибам-оппортунистам, перекрестно в титрах до 1:200-1:800 и в отдельных случаях до 1:1600 реагировали с антигенами возбудителей гистоплазмоза и кокцидиоидомикоза. При этом титр перекрестных реакций оказывался стабильно ниже ($p < 0,05$) при использовании в качестве сенситина выделенных из клеток как *H. capsulatum*, так и *C. immitis* белково-полисахаридных фракций по сравнению с комплексом водорастворимых антигенов клеточных взвесей, в то время как интенсивность окрашивания лунок на подложке из белково-полисахаридного комплекса в убывающих концентрациях была несравненно более четкой.

По всей видимости, при использовании водно-солевых экстрактов возбудителей особо опасных микозов в водной фазе преобладают антигенные структуры, общие для клеточных стенок многих микромицетов. Отсутствие реакций с культурами грибов III-IV групп патогенности закономерно снижало и реактогенность изучаемых сывороток в отношении возбудителей особо опасных грибов.

Согласно полученным в наших исследованиях данным, титры до 1:2000 в реакции с антигенами возбудителей гистоплазмоза и кокцидиоидомикоза не могут быть расценены как специфические. По-видимому, при наличии гистоплазмозной или кокцидиоидозной инфекций результат твердофазного иммунологического метода соответствует титрам, значительно превышающим этот показатель. Косвенным подтверждением такого вывода могут служить данные исследования кроличьих иммунных гистоплазмозных сывороток. По результатам ТИФМ, у кроликов в результате гипериммунизации титр сывороточных антител составляет 1:50000-1:400000 и более в зависимости от стадии иммунного ответа.

По всей видимости, в случае подобных результатов ТИФМ у больных с соответствующими клиническими проявлениями с полным основанием можно подозревать гистоплазмозную инфекцию.

РОЛЬ ГРИБОВ РОДА *CANDIDA* ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОЖИ И НОГТЕВЫХ ПЛАСТИНОК. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

*Шебашова Н.В., Клеменова И.А.,
Мишина Ю.В., Воронова Н.Ю.,
Никифорова Е.В., Жукова Г.И., Шерстобитова О.В.*
Нижегородский научно-исследовательский
кожно-венерологический институт
Нижний Новгород

В настоящее время увеличилась заболеваемость кожи и ногтевых пластинок, вызываемая дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Появились данные о некотором снижении чувствительности дрожжей к современным системным антимикотикам, что существенно затрудняет терапию заболевания, так как удлиняются сроки и финансовые затраты на лечение.

Целью настоящего исследования явилось изучение видового состава и чувствительности грибов рода *Candida* к антифунгальным препаратам у больных с заболеваниями кожи и ногтей.

Под нашим наблюдением находились 33 пациента с клиническими признаками поражения кожи и ногтевых пластинок кистей и стоп кандидозной этиологии. У 8 больных наблюдались признаки изолированного онихомикоза кистей (у 2 – единичное поражение, у 6 – множественное), у 5 – стоп, у 6 больных – явления микотической экземы кожи рук, у 14 – в патологический процесс были вовлечены как ногтевые пластинки, так и кожа кистей (множественные кандидозные онихии и паронихии).

Среди пациентов преобладали женщины (27 женщин и 6 мужчин). Возможно, развитию болезни способствовали условия их трудовой деятельности – большинство женщин работало в сфере общественного питания, или специфика их работы была связана с уборкой помещений. Кроме того, часто развитию патологического процесса предшествовало частое посещение пациентами маникюрных кабинетов, длительный прием антибактериальных и/или контрацептивных лекарственных препаратов. У большинства женщин в анамнезе были случаи генитального кандидоза.

Всем пациентам проводились бактериологическое и бактериоскопическое исследования. Рост грибов рода *Candida* на среде Сабуро обнаружен у 24 пациентов (72,7% от общего количества наблюдавшихся больных). Для селективной изоляции дрожжей, прямой идентификации *Candida albicans* (*C. alb.*), и предварительной идентификации *Candida glabrata* (*C. gl.*), *Candida tropicalis* (*C. trop.*) использовалась среда Кардиселект-4 (BIO-RAD). Для идентификации грибковой инфекции был также применен колориметрический ферментный тест Ауксоколор-2

(BIO-RAD), основанный на утилизации сахаров различными видами грибов и позволяющий идентифицировать около 30 видов дрожжей. В результате проведенных исследований у 41,7% больных получен рост *C. alb.*, у 25% - *C. trop.* и у 33,3% - *C. parapsilosis*.

Проведено определение чувствительности полученных колоний грибов рода *Candida* к антифунгальным препаратам с помощью набора Фунгитест (BIO-RAD). Исследовалась чувствительность к 6 системным антимикотикам (5-флюороцитозину, амфотерицину В, миконазолу, кетоконазолу, итраконазолу, флуконазолу). Снижение чувствительности *C. alb.* к итраконазолу и флуконазолу выявлено у 20% больных, к кетоконазолу – у 50%, к миконазолу – у 60% пациентов. Снижение чувствительности *C. trop.* к кетоконазолу и итраконазолу выявлено у 32% больных, к миконазолу – у 66,7%. Умеренная чувствительность *C. parapsilosis* наблюдалась только к миконазолу. Следует отметить, что ряд пациентов уже использовали ранее системные антимикотики для лечения дрожжевых онихий и паронихий без эффекта (итраконазол, кетоконазол, флуконазол). Именно у этой группы больных и была выявлена сниженная чувствительность грибов к данным лекарственным препаратам. Среди обследованных пациентов у одной больной с онихомикозом кистей кандидозной этиологии полностью отсутствовала чувствительность идентифицированных грибов ко всем антимикотикам. Ранее ей трижды были проведены курсы терапии итраконазолом и флуконазолом дерматологом по месту жительства без эффекта.

Таким образом, чтобы повысить эффективность этиотропной терапии, до начала назначения системного антимикотика желательно провести видовую идентификацию грибов *Candida spp.* полученных от пациента и определить их чувствительность к антифунгальным препаратам.

Глава 3.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МИКОЗОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СОПРЕДЕЛЬНЫХ СТРАНАХ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УЗБЕКИСТАНЕ

Абидова З.М., Цой М.Р.

*НИИ дерматологии и венерологии МЗ РУз
Ташкент, Узбекистан*

Целевыми медицинскими осмотрами, проведенными в 8 областях, были охвачены все регионы Республики, что позволило определить истинный уровень заболеваемости дерматомикозами в Узбекистане. Было осмотрено 33715 человек. Выявлена распространенность кожных заболеваний у 14,9% осмотренных лиц, из них 15% составили больные микозами. Наиболее высокая пораженность населения грибковой инфекцией наблюдалось в Восточном и Северном регионе, удельный вес микозов в которых (2,69 и 3,59 соответственно) превышал аналогичный показатель в целом по республике (2,23).

Среди выявленных лиц с грибковой патологией больные микозом стоп составили 41%, с преобладанием сквамозно-гиперкератотической формы заболевания. Высокий уровень заболеваемости микоза стоп отмечался в Восточном (64%) и Южном (45%) регионах, причем у 48% и 32% обследованных лиц соответственно процесс сопровождался онихомикозом, преимущественно по гипертрофическому типу. В Северном и Центральном регионах распространенность микоза стоп была примерно одинаковой (24 – 25%).

Заболеваемость разноцветным лишаем, высока повсеместно, достигая 61,9% в Северном регионе. При этом в 35% случаев наблюдалось ограниченная форма заболевания, в 65% – распространенное поражение кожи.

В Южном и Центральном регионах наблюдался высокий уровень заболеваемости трихофитией (16,8% и 24,6% соответственно), среди которых нередко отмечалось поражение лобковой области взрослого контингента. Напротив, удельный вес больных микроспорией во всех регионах Узбекистана был незначительным, достигая максимумом 5% в Северном регионе, где выявлено 8 случаев заболевания.

Наиболее подвержены заражению микозами во всех регионах Узбекистана учащиеся, рабочие промышленных предприятий и лица, занятые в сельском хозяйстве.

На наш взгляд высокая распространенность дерматофитий среди населения Республики Узбекистан, преимущественно Восточного и Северного регионов, обусловлено ухудшением экологической обстановки, снижением социально-экономического уровня сельского населения, ростом иммунодефицитных состояний, неблагоприятными климато-географическими условиями, снижением эпидемиологического контроля.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ МИКОЗОВ В ПРАКТИКЕ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

Богущ П.Г., Наджарян К.Т.

*Кожно-венерологический клинический диспансер №1 Департамента здравоохранения города Москвы
Москва*

В окружном отделении обязательных медицинских осмотров ЦАО города Москвы на протяжении нескольких лет проводится анализ выявляемости ИППП (в частности урогенитального кандидоза), а также патологии кожи и ее придатков (в том числе дермато- и онихомикозов).

За 2004 год в ООМО КВКД №1 ДЗМ при бактериоскопическом исследовании отделяемого из уретры и цервикального канала урогенитальный кандидоз (с обнаружением мицелия *Candida albicans* и наличием клинических проявлений) был выявлен у 802 женщин из 30300 подлежащих осмотру лиц из числа декретированного контингента, что составляет 2,6% от числа обследованных (в 2003 году – 4%). Среди пациентов преобладают молодые женщины в возрасте от 18 до 30 лет (38,2% от числа выявленных больных), а женщины в возрасте от 31 до 40 лет составляют 23,1%, от 41 до 50 лет – 29,1%.

Наиболее высокая заболеваемость (на 1000 обследованных) – у работников детских дошкольных учреждений (ДДУ) – 40,5, у медработников – 31,4, у работников гостиниц и общежитий – 31,2, у работников системы общественного питания и торговли продовольственными товарами – 31,1, пищевой промышленности (кондитерских фабрик, комбинатов мучнистых изделий и т.д.) – 28,1, у работников школ – 11,2.

Контингент лиц, подлежащих осмотру кожи, ее придатков и слизистых оболочек составил в 2004 году 45340 человек.

Клинические признаки отрубевидного лишая обнаружены у 382 человек, что составляет 8,4 человека на 1000 обследованных. Женщины составляют 56%, мужчины – 44% от числа больных. При этом преобладают лица в возрасте от 18 до 30 лет – 150 человек, в возрасте от 31 до 40 лет – 99 человек, от 31 до 40 лет – 99 человек, от 41 до 50 лет – 90 человек, от 51 до 60 лет – 41 человек, от 61 до 70 лет – 2 человека. Наибольшее количество больных выявлено среди работников системы общепита и торговли продтоварами – 11,6 чел. на 1000 обследованных и работников пищевой промышленности – 10,5 чел. на 1000 обследованных.

Клиническая картина, характерная для дермато- и онихомикоза стоп, обнаружена у 1996 человек, что составляет 44 человека на 1000 обследованных. При этом у женщин заболеваемость составляет 36,9 человека на 1000 обследованных, а у мужчин – 21,3 человека на 1000 обследованных. Распределение по возрастным группам выглядит сле-

дующим образом: от 18 до 30 лет — 2,1 чел. на 1000 обследованных, от 31 до 40 лет — 5,1 чел. на 1000 обследованных, от 41 до 50 лет — 15,8 чел. на 1000 обследованных, от 51 до 60 лет — 16,7 чел. на 1000 обследованных. Анализ заболеваемости по контингентам осматривенных показал, что преобладают работники гостиниц и общежитий (92,4 на 1000 обследованных), далее — по нисходящей: работники пищевой промышленности (65,4 на 1000 обследованных), работники системы общепита и торговли продовольствиями (46,7), медработники (30,9 на 1000 обследованных), работники ДДУ (23,8 на 1000 обследованных), школ (4,7 на 1000 обследованных).

Все пациенты направлялись на лечение.

Полученные результаты свидетельствуют о значительной заболеваемости микозами у лиц, подлежащих обязательным медицинским осмотрам.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ МИКОБИОТЫ ПРИ ДЕРМАТОМИКОЗАХ

*Богущ П.Г., Лещенко В.М., Кириллова Н.Н.,
Лапшина Т.П., Курбатова И.В.,
Бондарев И.М., Стерлигова Н.Д.*

*Кожно-венерологический клинический диспансер №1 Департамента
здравоохранения Москвы
Москва*

Микроспория относится к числу распространенных инфекционных заболеваний человека во многих странах мира, в том числе и в Российской Федерации.

Произошедшие в последние десятилетия в нашей стране события социально-политического, экономического и географического характера не могли не сказаться на эпидемиологии этого микоза в мегаполисе г. Москвы.

Изучение отечественной и зарубежной литературы свидетельствуют о том, что в последние два десятилетия нигде не проводилось крупномасштабных мониторинговых исследований этиологии этого микоза для контроля состава ее возбудителей с применением бактериологического (микологического) методов. Это явилось основанием для проведения мониторинга с одобрения Департамента здравоохранения г. Москвы. В нем участвовали все кожно-венерологические диспансеры г. Москвы. Врачи-микологи присылали больных с клиническим диагнозом микроспории и трихофитии волосистой части головы и гладкой кожи. Забор материала проводился во всех районных КВД г. Москвы и в КВКД№1 ДЗМ.

В 2003 г. было зарегистрировано 2447 больных микроспорией (интенсивный показатель 29,26), что на 44,8% меньше числа заболевших ею в 1993 году и на 30,3% меньше самого низкого уровня заболеваемости микроспорией за истекшее десятилетие.

Из выделенных в 2003 году культур 83,7% был *M. canis*, 8,8% – *T. gypsum*, 4,6% – *T. tonsurans*, 17% – *T. violaceum*, 0,6% – *T. verrucosum*, 0,8% – *Trichophyton spp.* Т.е. вопреки отчетным данным, возбудителями *Tinea capitis* в 83,7% оказался *M. canis*, а в 16,3% это были трихофитоны. У 10 человек изменен диагноз микроспории на трихофитию.

За 12 месяцев 2004 г. микологической лабораторией по мониторингу было культурально обследовано 1512 пациентов, что составило 70% всех зарегистрированных больных микроспорией и трихофитией по Москве. Из 810 выделенных культур были идентифицированы *M. canis* – 748 (92,3%), *T. mentagrophytes v. gypsum* – 22 (2,8%), *T. m. v. interdigitale* – 2 (0,2%), *T. tonsurans* 5 (0,6%), *T. verrucosum* – 11 (1,3%), *T. violaceum* – 9 (1,2%), *M. gypsum* – 1 (0,1%), *T. rubrum* – 12 (1,5%). Показатель высеваемости дерматомицетов составил 53,5%. В 45 случаях диагноз микроспории был изменен на трихофитию. Остальные клинические диагнозы были подтверждены выделенными культурами *M. canis* и трихофитонов.

Таким образом, проведение мониторинга дает представление о составе микобиоты дерматомицетов в г. Москве, имеет большое эпидемиологическое значение, позволяет уточнить клинический диагноз.

УПРАВЛЕНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ ПРИ МИКРОСПОРИИ В г. МОСКВЕ

Бондарев И.М., Кулагин В.И., Лапшина Т.П.

*Организационно-методический отдел по дерматовенерологии
Департамента здравоохранения Москвы
Москва*

Целью управления эпидемическим процессом является оптимальное использование ресурсов, выделяемых для охраны здоровья москвичей при микроспории и достижение объективно рассчитанного прогноза заболеваемости микроспорией к заданному периоду времени.

Многолетний опыт показывает, что оптимальное использование ресурсов возможно только при условии системного анализа проблемы «микроспория», в том числе, на аналоговых моделях службы, выявления факторов эффективности деятельности микологической службы, определения и экспертной оценки количественных критериев факторов эффективности, проведения логического, графического и математического анализа деятельности отдельных учреждений и дерматовенероло-

гической службы в целом, при взаимодействии с заинтересованными службами г. Москвы, разработки прогнозов для уточнения задач службы на прогнозируемый период времени, разработки и издания целевых программ количественных управляющих рекомендаций для управления службой и своевременной информации коллективов КВД, МГПД, ПГСЭК и других о ходе реализации целевой программы Департамента здравоохранения г. Москвы.

Целевое управление охраной здоровья населения г. Москвы позволило предупредить заболевание микроспорией в период 1990-2004 гг. у 24846 человек, уменьшить заболеваемость микроспорией в 2004 г до 26,5 на 10^5 населения, что на 37% меньше наиболее низкого уровня заболеваемости микроспорией в г. Москве за последние 26 лет.

При среднем темпе уменьшения заболеваемости микроспорией в 1990-2004 гг. и его возможных изменениях через 5 лет можно ожидать снижения уровня интенсивных показателей заболеваемости микроспорией до 15,4 – 7,2 на 10^5 населения и перехода микроспории в разряд нераспространенных заболеваний.

Естественно, реализация указанных пределов прогнозов возможна, только при результативном управлении эпидемическим процессом в соответствии с управляющими рекомендациями целевой программы Департамента здравоохранения г. Москвы.

Таким образом, эффективность управления эпидемическим процессом при микроспории определяет качество охраны здоровья москвичей.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

*Егизбаев М.К., Султанбекова Г.Б., Чуприна О.Н.
Областной дерматовенерологический диспансер
Шымкента, Казахстан*

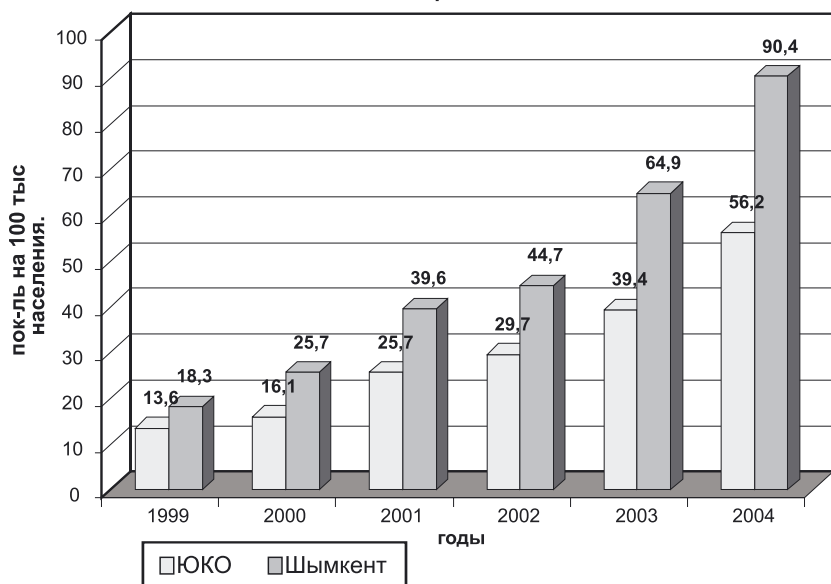
Трихофития – грибковое заболевание волосистой части головы, кожи, реде ногтей. Различают поверхностную трихофитию, вызываемую антропофильными грибами, паразитирующими на человеке, и инфильтративно – нагноительную, обусловленную зоофильными грибами, паразитирующими на животных.

При сравнительном анализе заболеваемости дерматомикозами в Республике Казахстан и приграничных государствах выявлены различия в структуре заболеваемости в различных регионах. Так, в южных

регионах, для которых характерно преобладание сельского населения с традиционным укладом жизни и развитым животноводством, регистрируется высокий уровень заболеваемости трихофитией, в то время как для областей северного и центрального Казахстана, с преобладанием городского населения и развитым промышленным комплексом характерен высокий уровень заболеваемости микроспорией.

В течение последних лет в Южном Казахстане отмечен рост заболеваемости трихофитией. (см. диаграмму).

Показатели заболеваемости дерматомикозами за 1999-2004 годы



Анализ заболеваемости среди больных, госпитализированных в микологическое отделение Южно-Казахстанского областного дерматовенерологического диспансера за 2004 год показал, что из 902 больных, 642 (71%) составляют больные с дерматомикозами. Из них 470 (71,7%) больных – пациенты с трихофитией, причем сельские и городские жители болеют одинаково часто.

При анализе эпидемиологического анамнеза выявлено, что заражение в 57% случаев происходит при контакте с животными; 11% – контакт с больными людьми, по 13% составили посещение бань и спортивных секций.

В связи с реформированием сельского хозяйства в Республике, ростом числа частных фермерских хозяйств, а также ослаблением контроля со стороны ветеринарной службы, уровень заболеваемости микозами, общими для людей и животных неуклонно повышается. Это

приводит к росту больных с инфильтративно-нагноительной формой трихофитии. Заражение городских жителей происходит при частом выезде в сельскую местность.

Возрастная характеристика больных трихофитией:

Возрастные категории	мужчин	женщин
До 1 года	-	-
До 6 лет	51	35
С 7 до 14 лет	139	50
15-17 лет	41	24
С 18 до 44 лет	46	60
С 45 лет и более	6	8

В то же время сохраняется высокий уровень заболеваемости поверхностной трихофитией, что обусловлено посещением спортивных секций, частных бань и саун.

Низкий уровень санитарной грамотности сельского населения, развитая практика отгонного животноводства приводят к поздней обращаемости, что обуславливает в структуре заболеваемости трихофитией преобладание инфильтративно-нагноительных форм над поверхностными.

Из вышесказанного можно сделать заключение; что отмечается тенденция непрерывного роста количества больных с дерматофитиями. Преобладание в структуре заболеваемости трихофитии над микроспорией и инфильтративно-нагноительных форм над поверхностными. В возрастной структуре преобладают пациенты в возрасте с 7 до 14 лет. Рост числа больных обусловлен плохой организацией ветеринарной службы, особенно в сельской местности, недостаточным уровнем санитарно-гигиенических условий в частных саунах. Необходимо усилить санитарно-просветительную работу среди населения по профилактике заразно-кожных заболеваний.

НИЗШИЕ МИКРОМИЦЕТЫ И ВЫЗЫВАЕМЫЕ ИМИ МИКОЗЫ – БЕСПОКОЙНАЯ ПРОБЛЕМА НЕДАЛЁКОГО БУДУЩЕГО

Елинов Н.П.

*Научно-исследовательский институт медицинской микологии имени
П.Н. Кашкина, СПб МАПО
Санкт-Петербург*

К низшим грибам относят свыше 1600 видов тех представителей, которые не имеют септ в мицелиальных нитях, или образуют не регулярные септы. Нити, или гифы таких грибов сравнительно крупные (в

среднем 7-10 мкм в поперечнике), многоядерные с неограниченным верхушечным ростом. Молодые нити несколько тоньше зрелых. Низшие микромицеты достаточно легко и быстро растут, а также размножаются половым и бесполом путями на простых питательных средах. Они — преобладающие термотолерантные космополиты, обитающие в почвах на разлагающихся растительных остатках.

В настоящее время низшие грибы относят к одному отделу *Zygomycota*, двум классам — *Trichomycetes* и *Zygomycetes*. У первых половые стадии неизвестны, для них также неизвестны филогенетические связи. Они обитают в кишечнике членистоногих или на их хитиновом покрове; среди них не обнаружены патогенные и условно-патогенные виды для человека. Напротив, зигомицеты включают патогенные виды, относящиеся к какому-либо одному из трёх семейств: *Mucoraceae*, *Cunninghamellaceae* и *Ancylistaceae* (Г+Ц= 35-49%). В качестве примера из семейства мукоров можно назвать *Absidia corymbifera*, *Rhizomucor pusillus*, *R. miehei*, *Rhizopus stolonifer* и др. ; из семейства *Cunninghamellaceae* — *Saksenaea vasiformis*, *Cockeroomyces recurvatus* и др.; из семейства *Ancylistaceae* — *Basidiobolus ranarum*, *Conidiobolus coronatus* и др.

В последнее десятилетие ощутимо возросло число случаев зигомикоза в разных странах (включая Россию) преимущественно у пациентов с иммунодефицитами. Описаны такие формы зигомикоза, как лёгочный, первичный кожный, абдоминальный (с вовлечением органов таза), желудка и, наиболее частый, риноцеребральный.

К пациентам наибольшего риска относят лиц, получающих кортикостероиды, или пациентов с нейтропенией. Зигомикоз теперь занял четвёртую позицию среди инвазивных грибковых инфекций. Однако, несмотря на повсеместное распространение зигомицетов, представители родов *Basidiobolus* и *Conidiobolus* вызывают микозы лишь в тропических и субтропических регионах, и, как правило, после открытых травм.

До последнего времени термины “Зигомикоз” и “Мукороз, или мукоромикоз” использовали равнозначно. Очевидно, что предпочтение следует отдать первому из них, поскольку собственно мукороз более редкий, чем зигомикоз, и, кроме того, порядок *Mucorales* входит в класс *Zygomycetes* и в отдел *Zygomycota*.

Зигомицеты *in vivo* имеют склонность к васкулоинвазии с последующим повреждением тканей, а без ранней диагностики и соответствующей активной терапии пациент оказывается обречённым. Результаты лабораторных исследований нередко являются неспецифическими, серодиагностика остаётся неразработанной, получение культур этиологического агента из крови крайне непостоянно. В этой связи необходима высокая степень уверенности в правильной постановке предварительного диагноза “зигомикоз”.

Из объективных данных могут быть такие позитивные показатели, как отнесение пациента к группе повышенного риска по возникнове-

нию данного микоза, очевидность выявления этиологического агента в патологическом материале в форме несептированных или нерегулярно септированных широких в “поперечнике” гиф с прямоугольными ответвлениями дочерних нитей.

Из биохимических показателей привлекает к себе внимание повышенный уровень сывороточного железа, являющегося, как полагают некоторые исследователи, важным фактором патогенности зигомицетов. Зигомицеты характеризуются также быстрым прилипанием к некротизирующимся тканям благодаря вазоинвазии и сопутствующего тромбоза.

Патогенез зигомикоза далеко не изучен, но подходы к этому реально вырисовываются. К тому же радикальным лечением данного микоза пока остаётся оперативное вмешательство с подключением возможных антимикотиков и, прежде всего, амфотерицина В.

СОСТОЯНИЕ И ОБЩИЕ ТЕНДЕНЦИИ ПРОБЛЕМЫ МИКОЗОВ СТОП В КАЗАХСТАНЕ

Кунакбаева Т.С.

*Научно-исследовательский кожно-венерологический институт
Министерства здравоохранения Республики Казахстан
Алматы, Казахстан*

В современной дерматологии одно из ведущих мест отводится проблеме микозов стоп. Микозы стоп и онихомикозы оказывают выраженное негативное воздействие на качество жизни и общее состояние здоровья больных, поражая наиболее трудоспособное население, ведут к длительной нетрудоспособности; высокая контагиозность, различные осложнения, трудности в диагностике и терапии делают данную проблему не только медицинской, но и социально-экономической (Сергеев Ю.В. с соавт., 1998, Суколин Г.И. с соавт., 1991, Рукавишникова В.М., 1997, Нанеке Е., 1985). Высокая распространенность, в то же время большая вариабельность данных по частоте, структуре отдельных видов возбудителей, микст-инфекций в разных странах и их роли в развитии микозов стоп диктует необходимость изучения специфических для каждой страны эпидемиологических, клинических особенностей с учетом климато-географических факторов, степени урбанизации, социальных условий, условий работы для повышения эффективности борьбы с микозами (Соловьев А.М. с соавт., 2001, Burri С. Hanu M., 1986). В Казахстане в 90-е годы по данным 14 облкожвендиспансеров микозы занимали 2 место по обращаемости в общей структуре дерматозов. В настоящее время отмечен рост заболеваемости микозами, в 2002 г. уровень заболеваемости на 19,2% был выше 1995 г. Однако по

Казахстану отсутствуют систематизированные клинико-эпидемиологические данные о распространенности микозов стоп среди различных групп населения, о взаимосвязи с возрастом, особенностями профессиональной деятельности, таксономической структуре возбудителей. Не идентифицированы факторы, способствующие развитию заболеваемости, не определена их прогностическая значимость, особенности клинического течения, что и является основой рациональной системы лечебно-профилактических мероприятий.

Клиника микозов стоп претерпевает в настоящее время определенные изменения, появилась тенденция к развитию генерализованных форм (у 20-94,9% больных) на фоне значительных иммунологических нарушений, тяжелой сопутствующей патологии (Рукавишников В.М. с соавт., 1993). Сведения о клиническом течении микозов стоп в Казахстане и об их изменениях, которые наблюдаются в современных условиях, отсутствуют, хотя специфика инфекционного процесса в регионе в силу своеобразия средовых факторов и распространенности иммунодефицитов представляет большой интерес.

Все вышеизложенное явилось предпосылкой для проведения данного исследования, результаты которого приведены ниже.

Для оценки общего состояния и тенденций заболеваемости микозами стоп в Казахстане нами проведен ретроспективный анализ 313 историй болезней стационарных больных дерматомикологического отдела НИКВИ МЗ РК (1974-1978 г.г.) и 265 больных (1996-2000 г.г.)

Сопоставление отдельных видов микозов стоп показало, что в 70-х годах в структуре преобладали микозы стоп, вызванные интердигитальным трихофитом по сравнению с красным трихофитом (59,7±2,8% и 38,3±2,3%), тяжелые формы микотической экземы встречались только в 6 (1,9±0,7%) случаях. В последние годы (1996 – 2000 гг.) намечилось изменение структуры в сторону преобладания микозов стоп, обусловленных *Tr. rubrum* по сравнению с *Tr. interdigitale* (47,9±3,1% против 36,2±3,0%), значительный рост микотической экземы с 6 случаев до 42 (15,8±2,2%).

За последние годы увеличилось в 1,2 раза число больных микозами стоп, вызванных *Tr. rubrum*: с 38,3±2,3% до 47,9±3,1% на фоне значительного уменьшения (в 1,6 раза) микозов, обусловленных *Tr. interdigitale* (с 59,7±2,8% до 36,2±3,0%).

Отмечается увеличение более чем в 2 раза генерализованных форм с 6,7%±2,3 до 14,2%±3,1, сочетании микозов стоп с поражением гладкой кожи (с 2,5%±1,4 до 7,1%±2,3) и осложнения микотической экземы вторичной пиококковой инфекцией (с 16,7%±16,7 до 35,7%±6,4).

Если в 1974 – 1978 гг по критерию χ^2 достоверного соответствия возраста больных и их распространенности микозов стоп выявить не удалось, то в 1996- 2000 гг такая связь обнаруживалась при *Tr. rubrum*.

В то же время соответствие аналогичное по силе и обратное по направлению отмечалось у лиц разных возрастов, страдающих микозами

стоп, обусловленные интердигитальным трихофитом, который стал чаще высеваться у более молодых лиц ($X^2 = 12,4$; $P < 0,05$; $r^2 = 0,1$). Изменился показатель соответствия возраста развитию микотической экземы. Если в 1974 – 1978 гг это заболевание было характерно для лиц среднего и старшего возраста при значении среднего квадрата сопряженности 0,4, то в 1996-2000 гг указанная возрастная грань стерлась: микотическая экзема заметно помолодела ($X^2 = 145,9$; $P < 0,002$; $r^2 = 0,4$).

Полученные сравнительные данные позволяют установить неблагоприятные тенденции заболеваемости микозов стоп в Казахстане: преобладание в структуре заболеваемости микозов стоп, обусловленных более патогенными возбудителями *Tr. rubrum*, что привело к утяжелению клинического течения с увеличением в 2 раза генерализованных форм, в 3,4 раза дисгидротических форм, осложнений вторичной пиококковой инфекцией.

В последнее десятилетие отмечены некоторые клинические особенности течения микозов стоп: резкое сокращение времени распространения микотического процесса на ногтевые пластинки. Если до 80-х годов течения было более благоприятным: время перехода процесса с кожи стоп на ногтевые пластинки составлял 10-40 лет или микоз протекал без поражения ногтевых пластин, то с 1990 годов наблюдается резкое сокращение сроков развития онихомикозов – до 6-12 месяцев от начала первых клинических проявлений на коже стоп. Цикл развития микотического процесса в ногтевых пластинках также резко сократился: у 20% больных, в течение одного года от начала клинических проявлений на коже стоп наблюдался весь цикл развития: появление пятен в толще ногтей, подногтевой гиперкератоз, разрушение ногтевых пластинок до основания; у 10% из них были вовлечены в процесс все 10 ногтевых пластинок на стопах с вовлечением единичных ногтевых пластинок на кистях.

Факторами, способствующими развитию микозов стоп с обширными поражениями является преобладание в этиологической структуре агрессивного возбудителя *Tr. rubrum*, смешанных микозов в различных ассоциациях, а также длительные нервно-психические расстройства, стрессы, ухудшение социально-экономического уровня жизни населения, снижение иммунитета, хронические сопутствующие заболевания.

Установленным фактом считается, что при эпидермофитии стоп онихомикоз наблюдался у 20,2%-60% больных, при этом обычно поражаются ногти I и V пальцев стоп и только у 3,3% больных были поражены ногти III пальца обеих стоп [394]. Рост микст-инфекций (сочетание дерматофитов с недерматофитами в различных ассоциациях) утяжеляет течение и изменяет клинику микозов стоп: сочетание *Tr.interdigitale* с *S. albicans* приводило к поражению всех ногтевых пластинок обеих стоп, что служило причиной постановки ошибочного диагноза дерматологами «рубромикоз ногтей».

Сочетание *Tr.rubrum* с *C. albicans* в 21-36% случаях приводит к острым дисгидротическим проявлениям рубромикоза. Хотя по литературным данным дисгидротические формы при рубромикозе наблюдаются редко (до 10%), в основном превалируют сквамозно-гиперкератотические формы.

Таким образом, в результате исследований нами достоверно установлены основные неблагоприятные тенденции заболеваемости микозами стоп в Казахстане, утяжеление клинического течения.

ИЗУЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Латыпов А.Б.

*Башкирский государственный медицинский университет
Уфа*

В настоящее время Республика Башкортостан занимает одно из первых мест в Российской Федерации по заболеваемости зооантропонозной трихофитией: в 2003 году показатель заболеваемости зооантропонозной трихофитией в Республике Башкортостан составил 11,7 на 100 000 населения, в Российской Федерации – 2,5 на 100 000 населения. Причем для зооантропонозной трихофитии характерно преобладание заболеваемости среди детей: в 2003 году заболеваемость среди детей в Республике Башкортостан составила 40,2 на 100 000 детского населения, в Российской Федерации – 9,1 на 100 000 детского населения. Высокий уровень заболеваемости зооантропонозной трихофитией ежегодно влечет за собой значительные экономические затраты на медицинскую помощь больным данной патологией. Зооантропонозная трихофития имеет также медико-социальное значение, так как ее частым последствием является стойкое облысение при локализации очага поражения на волосистой части головы. Учитывая высокий уровень заболеваемости зооантропонозной трихофитией в Республике Башкортостан, необходимо совершенствование микологической помощи больным трихофитией, что является актуальной задачей практического здравоохранения. Для успешной организации борьбы с зооантропонозной трихофитией необходимо изучение эпидемиологии данного заболевания. Целью данного исследования является выявление современных особенностей эпидемиологии зооантропонозной трихофитии в Республике Башкортостан.

Методом исследования являлся анализ статистических данных (регистрационные извещения – форма № 89/у-93) и годовых отчетов Республиканского кожно-венерологического диспансера за 2000 – 2004 годы.

Результаты исследований и их обсуждение.

Исследуемый период времени с 2000 по 2004 годы характеризовался снижением показателя заболеваемости зооантропонозной трихофитией в Республике Башкортостан: в 2000 году он составил 17,2, в 2001 году – 14,8, в 2002 году – 14,6, в 2003 году – 11,7, в 2004 году – 9,0 на 100 000 населения. Заболеваемость зооантропоножной трихофитией по сельским районам республики в 2001 году составила 32,1, в 2002 году – 32,9, в 2003 году – 27,7 на 100 000 населения. Показатель заболеваемости зооантропоножной трихофитией по городам республики в 2001 году составил 4,3, в 2002 году – 3,5, в 2003 году – 2,0 на 100 000 населения. Заражение зооантропоножной трихофитией происходит от прямого или косвенного контакта с больным домашним скотом или грызунами, это объясняет тот факт, что большинство случаев данного заболевания регистрируется среди сельских жителей, удельный вес сельских жителей в общей структуре заболеваемости зооантропоножной трихофитией в 2000 году составил 85,1%, в 2001 году – 82,1%, в 2002 году – 85,0%, в 2003 году – 89,9%. При снижении заболеваемости зооантропоножной трихофитией в целом по республике, ежегодно на территории 30-35 из 54 сельских районов регистрируется рост данного показателя. При этом в ряде районов на северо-востоке и юге республики каждый год регистрируется значительное превышение среднего республиканского показателя заболеваемости зооантропоножной трихофитией, наибольший показатель по отдельно взятому сельскому району в 2003 году составил 222,8 на 100 000 населения. Напротив, в ряде городов и районов случаи зооантропоножной трихофитии не регистрируются или носят единичный характер.

По данным клинико-диагностической лаборатории Республиканского кожно-венерологического диспансера в этиологической структуре зооантропоножной трихофитии в Республике Башкортостан основное значение имеют два вида возбудителей: *Trichophyton verrucosum* и *Trichophyton mentagrophytes var. gypseum*. Удельный вес *Trichophyton mentagrophytes var. gypseum* в 2000 году составил 5,8%, в 2001 году – 17,6%, в 2002 году – 4,4%, в 2003 году – 8,4%, в 2004 году – 17,2%. Удельный вес *Trichophyton verrucosum* в 2000 году составил 94,2%, в 2001 году – 78,0%, в 2002 году – 95,6%, в 2003 году – 91,6%, в 2004 году – 82,8%. В 2001 году было зарегистрировано 4 случая заболевания трихофитией, когда в качестве возбудителя был выделен *Trichophyton equinum*, заражение которым, как правило, происходит после контакта с больными лошадьми, в 2002 году было выявлено 3 случая *Trichophyton denticulatum*, но эти случаи имели эпизодический характер. У большинства больных трихофитией, обусловленной *Trichophyton verrucosum*, удается определить источник заражения, им, как правило, является крупный рогатый скот (чаще всего телята) содержащиеся в личном хозяйстве. Для трихофитии вызванной *Trichophyton verrucosum* характерна сезонность, 61,9% случаев заболевания от общего показателя за целый год

приходиться на зимние месяцы (максимум в феврале – 32,2% от общего числа), весенний период характеризуется снижением выделения возбудителя до 20,8%, на лето приходится всего 5,4% случаев, осенью вновь начинается рост количества выделенных культур (11,9%). Выраженная сезонность выделения возбудителя *Trichophyton verrucosum* у больных трихофитией приходится на период стойлового содержания животных в загонах, что создает хорошие условия для распространения заболевания. Источник трихофитии, обусловленной *Trichophyton mentagrophytes var. gypseum*, у большинства больных выявить не удалось, вероятно, потому что заражение произошло путем прямого или косвенного контакта с мышевидными грызунами, которые являются природным резервуаром данного вида гриба.

Таким образом, исходя из полученных данных, следует, что для успешной борьбы с зооантропонозной трихофитией необходим комплексный организационный подход, включающий в себя координированное взаимодействие лечебно-профилактических учреждений, санитарно-эпидемиологической и ветеринарной служб. Учитывая высокий уровень заболеваемости зооантропонозной трихофитией среди детского населения, необходимо также тесное сотрудничество органов здравоохранения с образовательными учреждениями, причем как со школами, так и с дошкольными учреждениями. Важная роль в снижении заболеваемости зооантропонозной трихофитией принадлежит санитарно-просветительной работе путем проведения лекций, бесед, выступлений, а также доведения до населения сведений о профилактических мерах через средства массовой информации. Перечисленные мероприятия наиболее актуальны среди лиц регулярно контактирующих с домашним скотом на работе или в быту, особенно, в тех районах, где показатель заболеваемости зооантропонозной трихофитией стабильно держится на высоком уровне.

СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ, НАХОДИВШИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ В МИКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Новицкая Н.Н., Якубович А.И., Черняева Л.Е., Беймуратова Э.Г.
Медицинский университет, ОКВД
Иркутск

Грибковые заболевания в настоящее время имеют широкую распространённость среди взрослого и детского населения. Встречаются как одиночные спорадические, так и высоко контагиозные формы ми-

козов, способные вызвать эпидемии. В качестве характерного примера последних свойственного для детей дошкольного и школьного возраста можно назвать микроспорию. Заболевание распространено как в России, так и во многих странах мира, в частности в Западной Европе, США, Японии, Странах Юго-восточной Азии, Средней Азии, Закавказье. В нашей стране наибольшее распространение имеют зоофильные грибы – *Microsporum canis* и *Microsporum felinum*, вызывающие инфильтративно-нагноительную форму.

Проведено исследование социально-эпидемиологических факторов, способствующих заболеванию микроспорией, среди больных, находившихся на стационарном лечении в микологическом отделении Иркутского областного кожно-венерологического диспансера.

Среди 1041 человек находившихся на стационарном лечении в течение года в микологическом отделении ОКВД, больных микроспорией было 314, что составило значительную часть (30, 2%) от всех больных с грибковыми заболеваниями.

Проанализирована динамика поступления больных микроспорией в стационар. Динамика госпитализации в определенной мере отражает динамику выявления больных. Наибольшее количество больных микроспорией было госпитализировано в сентябре – 17,8%, наименьшее в марте – 4,5%. Начиная с октября месяца, прослеживалась тенденция к постепенному уменьшению выявления больных в последующие месяцы: октябрь – 9,9%; ноябрь – 7,3%; декабрь – 6,4%. Последующие месяцы регистрация заболевания носила волнообразный характер (январь – 12,4%; февраль – 6%; апрель – 7,3%; май – 7,3%; июнь – 5,5; июль – 8,6%; август – 7%). Полученные данные подтверждают наличие определенной сезонности в заболеваемости микроспорией. Известно, что подъём заболеваемости микроспорией начинается в конце лета, пик приходится на сентябрь – октябрь, а затем наступает снижение до минимума в марте. Сезонность заболевания обусловлена рядом факторов, во-первых, началом учебного года (контакт между детьми); во-вторых, в конце лета и начале осени – время появления потомства у кошек, для которых в 2-3% случаев характерно носительство гриба без клинических проявлений.

Оценивая возрастной состав госпитализированных, отмечено, что подавляющая часть больных была в возрасте до 14 лет – 258 человек (82,2%) и только 56 больных (17,8%) были старше 14 лет. Установлено, что микроспория одинаково часто встречалась как среди лиц мужского, так и женского пола, соответственно: 161 – 51,3% и 153 – 48,7%.

Среди обследованных больных детей большинство были учащими – 185 человек (58,9%), 50 человек (15,9%) посещали дошкольные учреждения, на долю неорганизованных детей приходилось 23 человека (7,4%).

При выяснении условий проживания было установлено, что преобладали больные, проживающие в благоустроенном жилье – 180 человек

(57,3%) по сравнению с больными, проживающими в неблагоустроенном жилье – 134 человека (42,7%).

Установлено, что значительная часть больных (48,4%) источником заражения большинство считали животных (бродячие или домашние кошки), что подтверждает преобладание на территории России микроспории, вызываемой зоофильным грибом *Microsporium canis (felineum)*.

Анализируя клиническую картину микроспории, было констатировано то, что преобладали больные с микроспорией гладкой кожи – 123 человека (39,8%), а также микроспорией гладкой кожи и волосистой части головы – 114 человек (36,5%), несколько реже регистрировались больные с микроспорией волосистой части головы – 76 человек (24,4%).

Таким образом, проведенный анализ показал, что микроспория встречается довольно часто, преимущественно среди детского населения (прежде всего, учащихся школ). На заболеваемость микроспорией в значительной степени влияет сезонность, и практически не оказывают влияния бытовые условия больных. Основным источником заражения являются животные (бродячие и/или домашние кошки). Клинически микроспория проявляется преимущественно поражением гладкой кожи. Полученные данные необходимо учитывать при разработке комплекса мероприятий, направленных на снижение заболеваемости данным микозом.

УГРОЖАЕТ ЛИ НАМ ТРИХОФИТИЯ – ХОРОШО ЗАБЫТАЯ СТАРАЯ БОЛЕЗНЬ?

*Рукавишникова В.М., Ремнев В.К., Ильченко Л.С.
ГУЦНИКВИ, МЗ РФ
Москва*

Трихофития известна со времен глубокой древности. Плиний Младший (1 в.н.э.) описал эпидемию ментагры – трихофитии подбородка. По имени Цельсия абсцедирующую трихофитию называют керион Целсии. Эпидемиологические и клинико-патогенетические особенности антропонозной (АТ) и зооантропонозной (ЗАТ) трихофитий отражены в фундаментальных работах Н.А. Черногубова, О.Н. Подвысоцкой, В.Я. Некачалова, Л.Н. Машкиллейсона, А.М. Ариевича, З.Г. Степанищевой, Сабуро, Груби, Ванбрейзегема и др. (19 век, 1 половина 20 века). Тогда АТ и ЗАТ были преобладающими в России.

Совместная координированная работа медицинских, санитарно-эпидемиологических, ветеринарных и коммунальных служб, включающая выявление и лечение больных трихофитией, источников заражения

и контактирующих лиц, действенные дератизационные и санитарно – гигиенические мероприятия, поголовную вакцинацию крупного рогатого скота привели практически к ликвидации АТ и значительному снижению ЗАТ.

Преобладающей стала и остается до сих пор микроспория. Однако в последние годы наметилась тревожная тенденция к увеличению ЗАТ и АТ в РФ.

Если в 2001 г. заболеваемость микроспорией превышала таковую трихофитией в 20 раз, составляя 53,8 против 2,9 на 100 тыс. населения, то в 2003 г заболеваемость микроспорией стала самой низкой за последние 25 лет, составив 30,3 в РФ, а в г. Москве 16,2 против 4,5 на 100 тыс. населения трихофитией (Яцуха М.В., Иванова М.А., 2003; Богуш П.Г. и др., 2004). Если в микологическом отделении ГКБ № 14 г. Москвы за 20 лет наблюдалось 20 б-х АТ, включая семью из Ефиопии, то только за два года(2001-2002) в том же отделении ГКБ № 14 из 28 больных трихофитией 5 страдало АТ (Рукавишников В.М., 1996, Климова И.Я. и др., 2001).

О высокой контагиозности АТ говорит ее 10-кратное увеличение среди 130 борцов, обследованных в динамике (Сергеева И.Г., Катюхов А.А., 2004), а также описания семейных случаев АТ (Шапаренко М.В. и др., 2001. Степанова Ж.В. и др., 2003).

Среди причин роста АТ и ЗАТ можно назвать недостаточную осведомленность населения об источниках и путях заражения, современных особенностях клиники и течения, утрату бдительности врачей и, как следствие, неполное обследование больных и позднее диагностирование микоза. Имеет значение несвоевременное и некачественное проведение противоэпидемических мероприятий.

У всех 9 больных, наблюдаемых нами в течение года, трихофития не была диагностирована в сроки от 2 месяцев до 1 года. У 7 б-х был выделен *Tr. mentagrophytes var. mentagr.*, у 1-ой – *Tr. verrucosum*, у 1-го – *Tr. tonsurans*.

Источники заражения были установлены лишь у 5 б-х: от хомячков заразились двое детей 9 и 10 лет одной семьи и их сверстник, от кроликов породы Шиншилла – сестры 10 и 20 лет. Почти у половины – у 4 из 9 б-х источник заражения не выявлен, лишь предполагается.

Обычно позднее диагностирование приводит к нерациональному и неадекватному лечению, чревато дальнейшим распространением микоза у заболевшего и в окружающей среде, может привести к рубцовой атрофии и алопеции. Приводим четыре наших наблюдения:

1. У 44-летнего работника мясокомбината небольшой эритематозно-отечный очаг микоза на шее постепенно распространился на всю боковую часть шеи, плечо, прилежащие участки груди и спины. Неадекватная терапия элокомом, целестодермом и противогерпетической вакциной привели к нарастанию воспалительных явлений, усилению инфильтрации, формированию пузырьковых и пустулезных элементов.

Больного постоянно беспокоили зуд и жжение. В течение полугода по мере перехода поверхностной трихофитии в инфильтративно-нагноительную ошибочно диагностировали вначале аллергический дерматит, затем – центробежную эритему и, наконец, – пустулезный псориаз. Микологическое обследование позволило диагностировать гипсовидную трихофитию и в течение 3-4 недель излечить больного.

2. Гипсовидная трихофития не была диагностирована в течение 3 месяцев у 19-летней секретарши в офисе, который располагался над столовой, в которой из-за наличия крыс и мышей регулярно проводили дератизационные мероприятия. Розовое, четко очерченное, слегка зудящее пятно на щеке расценивалось как проявления аллергического дерматита. Смазывания кремом “тридерм” вначале привело к уменьшению красноты и отека, а примерно через 3-4 недели к возобновлению воспалительных явлений, формированию мелких фолликулярных папул, усилению зуда в очаге поражения. После идентификации гриба излечена в течение 4 недель.

3. У 38-летней 6-ой веррукозная ЗАТ не была диагностирована в течение 1 года. После пребывания в деревне и дойки невакцинированной коровы у нее на тыле правой кисти появилось слегка зудящее красное пятно, постепенно увеличившееся и занявшее нижнюю и среднюю треть правого предплечья. Несмотря на проводимое лечение воспалительные явления и инфильтрация нарастали, появились фолликулиты, перифолликулиты, а затем рубцовые изменения. В течение года диагностировали вначале аллергический дерматит, затем хроническую пиодермию и, наконец, липоидный некробиоз. Ввиду неэффективности лечения указанных дерматозов произведено микологическое обследование, позволившее диагностировать веррукозную ЗАТ. Больная была излечена в течение 7 недель.

4. У 19-летнего юноши очаги поражения вначале эритемато-сквамозные, затем инфильтративно-нагноительные появились на щеке, распространились на тыл правой кисти и правое предплечье. Заражение, по мнению больного, произошло в клубе восточных единоборств во время пребывания его на каникулах в Казахстане. При микроскопическом обследовании обнаружено поражение волос по типу *Trichophyton endotrix*, на питательных средах выделена культура гриба *Tr. tonsurans*. Адекватная противогрибковая терапия привела к разрешению очагов микоза в течение 4 недель.

Таким образом, своевременное обращение к микологам, идентификация грибов и адекватное лечение приводят к излечению ЗАТ и АТ кратчайшие сроки, позволяют избежать тяжелых последствий и дальнейшего распространения микоза.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МИКОЗАМИ КОЖИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ И КУРСАНТОВ МО РФ

*Соколова Т.В., Гладько В.В., Григорян С.А.,
Рязанцев И.В., Новосельцева И.С.*

*Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ
Москва*

Целью настоящего исследования явилось изучение заболеваемости микозами военнослужащих по призыву и курсантов МО РФ. Для ее выполнения за период с 2002 по 2004 было обследовано 1094 военнослужащих в двух воинских частях, учебном центре и ВУЗе. Военнослужащие по призыву первого года службы составили 73%, курсанты вуза – 27%. Клиника заболевания изучалась методом анкетирования.

Общее число выявленных больных с различной дерматовенерологической патологией составило 179 (16,4%). У них выявлено 449 нозологических форм кожных и венерических заболеваний, т.е. в среднем по 2,5 на каждого пациента. Первое место занимали микозы (28,7%), второе – пиодермии (25,5%), третье – угревая болезнь (17,3%), четвертое – вульгарные бородавки (5,5%), пятое – ИППП, диагностируемые клинически, (4,7%). Суммарная доля остальных заболеваний (истинная, микробная, паратравматическая экзема, болезнь Шамберга, юношеский базофилизм, пигментный невус) составила 18,3%.

Микозы кожи встречались чаще у курсантов (35,1%), чем у военнослужащих по призыву (25,8%). Изучена структура микозов. Преобладали онихомикозы (12%) и микозы стоп (11%), как правило, сочетающиеся. Обнаружено, что онихомикозы у солдат и курсантов встречались одинаково часто (12,1% и 12%), а микозы стоп в 1,8 раза чаще наблюдались у курсантов (15,4% против 8,8%). Такое положение закономерно и объясняется тем, что среди обследованных военнослужащих по призыву преобладали солдаты, прослужившие всего 1-3 месяца. Многие из них имели микозы кожи до призыва в армию, но были пролечены дерматовенерологической службой по месту жительства после выявления заболевания врачами медицинских комиссий военкоматов. Курсанты ВУЗа обучались на 4-5 курсах, т.е. имели условия (ношение сапог, несоблюдение индивидуальной гигиены) для обострения скрыто протекающего заболевания и перезаражения в банях, душевых, спортивных залах и т.п. Отрубевидный лишай (3,5%) и паховая эпидермофития (0,9%) встречались у единичных больных. Эритразма, как псевдомикоз, обнаружена в 1,3% случаев.

Проанализирована заболеваемость микозами на 1000 обследованных военнослужащих, выраженная в промилле (‰). При общей заболеваемости кожными и венерическими болезнями 163,6‰, заболеваемость микозами составила 119,3‰. Она была практически однозначной у военнослу-

жащих по призыву (116[~]) и курсантов (123[~]). Заболеваемость микозами стоп составляла 40[~] и 54[~] соответственно, онихомикозами 54[~] и 42[~], отрубевидным лишаем 12[~] и 20[~], паховой эпидермофитией 4[~] и 2[~].

Выше изложенный материал свидетельствует, что микозы является значимой проблемой для ВС РФ и разработка комплекса лечебно-профилактических мероприятий позволит существенно снизить уровень заболеваемости в армии и на флоте.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ КЫРГЫЗСТАН

Соколова Т.В., Минакова И.В., Альджамбаева И.Ш.

ГИУВ МО РФ

Москва

Медицинский центр НПО «Научмедлайт»

Бишкек, Кыргызстан

Грибковые заболевания, обусловленные грибами рода *Candida*, составляют одну из важнейших проблем медицины. По данным ВОЗ пятая часть населения Земли страдает различными формами кандидоза. Рост заболеваемости связан с ухудшающейся экологией окружающей среды, широким использованием химических средств в быту и на производстве, применением различных медикаментозных средств, особенно антибиотиков, кортикостероидов, гормональных контрацептивов, иммунодепрессантов, ростом сопутствующих заболеваний, ослабляющих иммунитет и т.п. (Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В., 2003).

Урогенитальный кандидоз является самой распространенной нозологической формой кандидоза и значительно преобладает у женщин. По данным официальной статистики он относится к группе ИППП. В настоящее время в структуре вагинальных инфекций кандидоз делит 1-2 места с бактериальным вагинозом (Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В., 2003). Из 100 млн. ежегодных визитов к врачам различных специальностей по поводу вагинита 20-25% обусловлено грибами рода *Candida*. Приблизительно 75% женщин переносят в течение своей жизни по крайней мере один эпизод кандидозного вульвовагинита, а у 40-45% из них развивается по крайней мере один рецидив (Bingham J. S., 1999). Кандидоз является значимой проблемой среди лиц социального и поведенческого риска (Смирнова Т.С. и соавт. 2004).

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности урогенитального кандидоза среди женской популяции республи-

ки Кыргызтан с учетом социально значимых групп риска. Обследовано 1517 женщин в возрасте от 20 до 30 лет. Среди них 755 (49,7%) составили женщины, обратившиеся в анонимный кабинет по поводу различных ИППП (1 группа), 724 (47,8%) – работницы коммерческого секса (РКС) (2 группа) и 38 (2,5%) РКС, потребляющие парентеральные наркотики (РКС+ПН) (3 группа). Обследование больных включало сбор анамнеза, тщательный клинический осмотр с учетом топического диагноза, бактериоскопию влагалищных мазков, окрашенных метилленовым синим и по Грамму. Параллельно делался посев влагалищных выделений на среду Сабуро с последующей идентификацией выделенных грибов рода *Candida*.

Среди женщин 1 группы урогенитальный кандидоз выявлен в 20% случаев, в том числе в 4,1% в сочетании с бактериальным вагинозом. Среди женщин 2 группы (РКС) – в 15,3% и 5,8% случаев соответственно. Существенно, что в 3 группе (РКС+ПН) урогенитальный кандидоз наблюдался в 100% случаев, сочетаясь с бактериальным вагинозом у 73,7%. При этом 2/3 больных имели хроническое течение заболевания с частыми рецидивами.

Предпринята попытка, проанализировать причины разного уровня заболеваемости урогенитальным кандидозом в выбранных трех группах. Отмечено, что представительницы 1 группы наиболее часто применяли оральные контрацептивы (62%), а во второй группе – презервативы (77%), наиболее часто с клиентами (67%), чем с постоянными половыми партнерами (10%). В то же время женщины 3 группы использовали презервативы в 2 раза реже, чем во 2 группе. Оральные контрацептивы женщины 2 и 3 групп практически не использовали. Установлено, что женщины 1 группы это преимущественно городские жители (82%). Более половины из них (56%) прекрасно осведомлены о современных антибактериальных препаратах и 1-2 раза в год употребляют их по поводу тех или иных заболеваний. 2 и 3 группу составили преимущественно молодые женщины, прибывшие в столицу из отдаленных районов республики на заработки (86%). Общеобразовательный и материальный уровень жизни их невысок. Антибиотики и оральные контрацептивы ими используются редко.

Вышеизложенное свидетельствует, что урогенитальный кандидоз имеет место у всех женщин коммерческого секса, употребляющих парентеральные наркотики. Он несколько чаще встречается в популяции женщин, обращающихся в анонимный кабинет по поводу ИППП, чем среди работниц коммерческого секса, не употребляющих наркотики. Анализируя полученные данные можно предположить, что одной из причин урогенитального кандидоза в 1 группе является использование оральных контрацептивов и антибиотиков, во 2 – незащищенные половые контакты с постоянными половыми партнерами и нередко с клиентами, в 3 – формирование приобретенного иммунодефицита, степень тяжести которого зависит от стажа употребления наркотиков. В последней группе незащищенный секс так же играет существенную роль.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Султанбаева А.Ю., Латыпов А.Б., Хисматуллина З.Р.
Башкирский государственный медицинский университет
Уфа

За последние 5 лет (2000-2004) зооантропонозная трихофития является наиболее часто встречающимся грибковым заболеванием в Республике Башкортостан (89% в общей структуре дерматофитий).

За этот период среди всех зарегистрированных больных трихофитией 27% являлись активно выявленными во время профилактических осмотров. Число обследованных контактов на одного зарегистрированного больного трихофитией составил в среднем 8,6.

Сельские жители составили – 83,9%; 16,1% – городские жители. 80, 8% сельских жителей держат домашнюю скотину. Источником заражения в основном является крупный рогатый скот (89%).

Среди наблюдаемых большинством больных составляли лица мужского пола (54,8%). Изучение возрастного состава больных трихофитией свидетельствует, что доля лиц в возрасте 1–10 лет составляет 32,3%; 11–20 лет – 45,2%; 21–30 лет – 3,2%; 31–40 лет – 6,5%; 41–50 лет – 9,7%.

В структуре возбудителей зооантропонозной трихофитии за этот период доминирует *Trichophyton verrucosum* – 94,1%, *Trichophyton mentagrophytes var. gypsum* составил 5,8%, *Trichophyton quinckeanum* – 0,1% полученных культур.

Для снижения заболеваемости трихофитией в республике необходимо усилить ветеринарный и санитарный надзор за домашними животными, наладить преемственную взаимосвязь в работе с санитарно-эпидемиологической, ветеринарной службами; шире проводить санитарно-просветительную работу среди населения.

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ, ПРИЕЗЖАЮЩИХ НА УЧЕБУ В РОССИЮ

Толчина Л.В., Кочергин Н.Г., Кошелева И.В.
ММА им И.М. Сеченова
Москва

Вопросы тропической дерматовенерологии всегда представляли отдельный интерес по ряду причин. С одной стороны, сам факт существования большой группы кожных и венерических болезней, рас-

пространенных и протекающих особым образом в условиях жаркого тропического, субтропического или сухого пустынного климата продолжает оставаться поводом для их детального изучения. С другой стороны, тропическая дерматовенерология, как дисциплина, необходима для специальной подготовки врачей, отправляющихся с профессиональной миссией из стран умеренного климата в тропические, что заставляет их стремиться быть в максимальной степени «осведомленными» в области местной кожной патологии. И, наконец, постоянное увеличение миграции населения и рост туризма способствуют завозу и распространению тропических кожных заболеваний, в том числе заразных, в другие регионы мира, что может стать предметом затруднений в их диагностике для врачей, впервые сталкивающихся с экзотической «завозной» патологией.

Последнее обстоятельство диктует необходимость осуществления специальных целенаправленных мероприятий по своевременной диагностике возможных завозных, в том числе микотических инфекций у лиц, планомерно прибывающих из тропических стран, например, для продолжения своего образования.

Целью нашего исследования явилось изучение состояния дерматологического здоровья студентов, прибывающих на учебу в Московскую медицинскую академию им И.М. Сеченова, непосредственно в ближайшее время после приезда из тропических зон. Исследование состояло из двух частей: анамнестическое анкетирование и скрининговый осмотр. Специально разработанная анкета включала в основном вопросы семейных и перенесенных кожных инфекционных, паразитарных и других заболеваний. Скрининговый осмотр позволял клинически диагностировать возможную кожную патологию и при необходимости проводить доступные лабораторные исследования и терапевтические мероприятия.

Всего на начальном этапе в исследовании вошло 102 студента: 68 мужчин и 34 женщины. Большинство из них прибыли из Китая, Сирии, Малайзии и Индии; единичные студенты были из Танзании, Ирана, Израиля, Иордании, Вьетнама, и Албании. Основная часть студентов была в возрасте до 20 лет (72,5%), в возрасте от 21 до 25 лет находились 21,5% и 8 студентам было больше 31 года. Три четверти проживали на родине в городских условиях, одна четверть была сельскими жителями. Более четверти студентов подверглись обследованию в первые два месяца пребывания в России, около 60% – в первые 2-4 месяца и остальные (16,3%) спустя полгода.

По данным анамнестической анкеты аллергические заболевания в семье имели место у 8% студентов, столько же отметили собственную предрасположенность к аллергии. При этом четверо страдали детской экземой в раннем возрасте. Из перенесенных заболеваний 15,7% переболели ветряной оспой, 3,9% – чесоткой, 3,9% – грибковыми заболеваниями и два студента болели венерическими болезнями. По поводу

различных заболеваний 31,3% анкетированных обращались на родине к терапевту, 15,7% – к хирургу, 9,8% – к инфекционисту, 3,9% – к гинекологу, 15,7% обращались по разным причинам к дерматологу и 5,9% к врачам других специальностей. На момент анкетирования у 13,7% имели место те или иные кожные проблемы. Кроме того, согласно данным анкеты 30 (29,4%) человек имели в своем ближайшем окружении ВИЧ-инфицированных лиц, а восемь человек контактировали с больными лепрой.

Анализируя в целом результаты анкетирования и при сопоставлении их с существующими официальными представлениями о распространенности тех или иных заболеваний, создается впечатление о несколько заниженных показателях анкеты. Это, по-видимому, может быть связано с малой осведомленностью анкетиртуемых о собственных болезнях и/или с необоснованным нежеланием давать правдивые ответы. В любом случае, результаты подобной анкеты не отражают истинной картины кожной патологии обследуемых. Эта точка зрения нашла подтверждение в результатах объективного клинического осмотра.

Как оказалось в результате скринингового обследования более трети студентов имели те или иные проявления кожных заболеваний, причем у части из них были сочетанные поражения. Так, вульгарными угрями 1-ой и 2-ой степени тяжести страдали 34,9% обследованных, проявления себорейного дерматита на коже лица и волосистой части головы наблюдались у 11,6%, разной степени проявления разноцветного лишая имели место быть у 23,2% студентов, а умеренные изменения кожи, характерные для аллергических реакций констатированы у 3,3% обследованных.

Клинические проявления разноцветного лишая варьировали от единичных гипопигментных по сравнению с нормальной для данного контингента лиц окраски кожных покровов едва шелушащихся пятен до умеренно распространенных очагов в типичных местах (верхняя часть груди и спины) и, реже, на коже лица. В сомнительных случаях диагноз подтверждался микроскопическим исследованием чешуек с подозрительных очагов, обнаруживающим наличие мицелия патогенного гриба. Предварительные результаты культурального исследования взятого материала показали рост грибов рода *Malassezia* с нетипичным для умеренного климата распределением видового состава.

Учитывая наличие выявленного у значительной части обследованных грибкового заболевания, возникла необходимость проведения противогрибковой терапии. В качестве доступного метода лечения были выбраны наружные средства в форме кремов и растворов, содержащие озониды ненасыщенных жирных кислот. Препараты наносили 2-3 раза в день путем легкого втирания на протяжении 10-14 дней. Контрольные микроскопические исследования по окончании терапии не обнаружили в обрабатываемых очагах мицелия патогенных грибов.

Таким образом, результаты начального этапа нашего исследования показывают, что (i) по данным анкетирования оценка собственного дерматологического здоровья прибывающего из тропических зон контингента лиц представляется завышенной, что, как следствие, не мотивирует их обращения за медицинской помощью к специалисту; (ii) этиология типичного разноцветного лишая у обследованного контингента с точки зрения видового состава *Malassezia* может быть отличной от такового для умеренного климата; (iii) наружные средства, содержащие озониды ненасыщенных жирных кислот могут быть использованы в качестве антимикотических препаратов при ограниченных формах разноцветного лишая.

В качестве дополнительного комментария необходимо отметить, что результаты проводимого исследования диктуют, на наш взгляд, необходимость более тщательного подхода к объективной оценке состояния дерматологического здоровья лиц, прибывающих на учебу в Россию из стран тропического пояса. С этой целью целесообразной может оказаться обязательность скрининговых карантинных обследований такого контингента для мониторинга и предупреждения, в том числе, возможного завоза нетипичных для умеренного климата инфекций.

Глава 4.

МИКОЗЫ В ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

АССОЦИИРОВАННЫЕ ИНФЕКЦИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У ЖЕНЩИН

*Акышбаева К.С., Калоуди И.А., Джусунгалиева М.Х.,
Аширова А., Уразбаева А., Мукажанов М.*

*Научно-исследовательский
кожно-венерологический институт МЗ РК
Алматы, Казахстан*

В Республике Казахстан инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), представляют довольно серьезную проблему. У каждого второго больного ИППП протекает как смешанное заболевание, где *T. vaginalis* является одним из компонентов микробной ассоциации (Акышбаева К.С. соавт., 2000). При этом наблюдается выраженная тенденция увеличения роста заболеваемости урогенитальным трихомонозом. Интенсивный показатель с 143,6 в 1996 г. возрос до 227,0 на 100.000 населения в 2003 г. (Шакиров М.Т., 2003). Особенности урогенитального трихомоноза у женщин, наблюдаемой в последние годы являются: преобладание латентных, асимптомных форм заболевания, сочетанный характер инфицирования с другими возбудителями, вовлечение в воспалительный процесс верхних отделов гениталий, развитие осложнений, влияющих на репродуктивную функцию. Все это свидетельствует об активном формировании резервуара трихомонадной инфекции, трудно поддающейся управлению.

В качестве объектов исследования нами были выбраны рандомизированные группы больных ИППП для изучения частотности среди них трихомонадной инфекции. Первая группа представлена 219 больными сифилисом, вторая – 102 больными хламидийной инфекцией женщин. Полученные данные анализа показывают, что у обследованных больных ИППП каждой из групп в высоком проценте выявляется трихомонадная инфекция. Частотность трихомонадной инфекции среди больных сифилисом составила $31,0 \pm 3,1\%$, хламидиозом – $40,2 \pm 4,8\%$. Вместе с тем у больных трихомонозом обеих групп в большом проценте случаев (соответственно $30,9 \pm 5,6\%$ и $46,3 \pm 7,9\%$) выявлялась ассоциированная инфекция, обусловленная 3-4 этиологическими агентами. Наиболее часто наблюдалась трихомонадно-гарднереллезная инфекция: $23,5 \pm 5,1\%$ и $36,6 \pm 7,5\%$ соответственно по группам.

Как известно, возбудители ИППП вступают в конкуренцию с нормальной микрофлорой. Этому способствуют длительное применение антибактериальной терапии. При снижении колонизационной резистентности, особенно выраженной на фоне возникающих вторичных иммунодефицитных состояний, что не исключается при трихомонозе, регистрируются микрoэкологические нарушения с преобладанием в микробиоценозе различных видов условно-патогенных возбудителей. Дисбиоз урогенитального тракта часто является причиной последую-

щих неспецифических бактериальных вагинозов у женщин, перенесших ИППП.

О существенном качественном и количественных изменениях вагинальной микрофлоры свидетельствуют полученные нами результаты бактериологического анализа. Это проявлялось прежде всего увеличением частоты выделения условно-патогенных грибов рода *Candida* до $25,3 \pm 5,0\%$, гарднереллезной инфекции – до $26,6 \pm 5,0\%$. Из очагов поражения были выделены также микроорганизмы рода *Staphylococcus* ($55,0 \pm 3,8\%$), наиболее часто представленные *S. aureus*. О развитии дисбактериоза урогенитального тракта свидетельствует, что более 70% штаммов *S. aureus* обладали адгезивной и гемолитической, около 1/3 – лизоцимогенной активностью. У 1/3 больных в микробном биоценозе были определены грибы рода *Candida*. Бактериологическое исследование микрофлоры урогенитального тракта с определением титра в исследуемом материале показало, что по концентрации вышеуказанные представители микробного биоценоза урогенитального тракта значительно превышали показатели нормы.

Полученные данные анализа представляются важными по двум причинам: во-первых, получено свидетельство того, что трихомонадная инфекция наиболее часто ассоциируется с хламидийной, во-вторых, активирует условно-патогенные агенты (микоплазмы, грибы рода *Candida*, *G. vaginalis*), которые выявлены у значительного числа больных.

Таким образом, эпидемиологическая ситуация по ИППП в республике характеризуется тенденцией к росту заболеваемости трихомониазом, которая наиболее часто встречается в ассоциированной форме. Одними из микробных компонентов являются хламидии, дрожжеподобные грибы рода *Candida*, *G. vaginalis*.

К ВОПРОСУ О РЕЗИСТЕНТНОСТИ КАНДИДЕМИИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ (ОРИТ)

Багдатьяев В.Е., Бурова С.А., Смирнов А.И.

РМАПО, кафедра неотложной медицины

ГКБ № 81

Москва

Отделения реанимации и интенсивной терапии, наряду с отделениями трансплантации костного мозга, онкологии, общей хирургии с преобладающей хирургией брюшной полости, входят в группу «отделения риска развития кандидемии». Это связано с тем, что в ОРИТ

большинству больных необходимо «протезирование органов»: искусственная вентиляция легких, гемофильтрация, гемодиализ, инотропная поддержка и т.п.

Проведение интенсивной терапии этой категории больных требует длительного лечения антибиотиками широкого спектра действия, продолжительной интубации трахеи/трахеостомии, катетеризации сосудов, мочевого пузыря; многократного введения парентерального питания и т.д. Известно, что все перечисленные методы лечения часто приводят к развитию кандидемии и поэтому необходимо проводить противогрибковую профилактику. Флуконазол — является практически единственным профилактическим средством. Однако, подобная практика в настоящее время не может считаться удовлетворительной, так как мы нередко наблюдаем возникает резистентность некоторых штаммов грибов *Candida* к дифлюкану и его аналогам. По данным литературы в течение последних 5-ти лет резистентность возросла до 34%.

Учитывая эти данные необходимо уменьшить сроки пребывания больных в отделении реанимации и интенсивной терапии за счет применения современных методов детоксикации, четкого выполнения требований по борьбе с кандидемией, а также санитарных правил.

Актуальным остается вопрос разработки и унификации схем профилактики оппортунистических грибковых инфекций в группах риска.

ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНОГО БИОЦЕНОЗА ПРИ ФАРИНГОМИКОЗАХ, ВЫЗВАННЫХ МИЦЕЛИАЛЬНЫМИ МИКРОМИЦЕТАМИ

Буркутбаева Т.Н., Костенко В.В.

*Казахский Национальный Медицинский Университет
Институт микробиологии и вирусологии*

Алматы, Казахстан

Как известно, в патогенезе микозов ротоглотки определенную роль играют дискинетические явления желудочно-кишечного тракта. У больных, получающих антибактериальную терапию, иногда развивается острая диарея, при лечении линкомицином, ампициллином и цефалоспоридами частота диареи колеблется в пределах: 2,6-26%.

Цель: исследование кишечного биоценоза при микозах ротоглотки, вызванного плесневыми грибами.

Материалы и методы.

Всего было исследовано 35 проб клинического материала, полученного от 35 больных, с подозрением на микоз ротоглотки, с сочетанием риномикоза с фарингомикозом и отомикозом — 11 больных (28 проб).

Материалом для исследования служили корочки, пленки, казеозное отделяемое из уха и носовых ходов, содержимое верхнечелюстных пазух, налет с поверхности миндалин, задней стенки глотки и корня языка.

Микологическое исследование патологического материала проводилось по общепринятой для выделения и идентификации плесневых грибов методике

Исследование на дисбиоз кишечника проводили по методике Калмаковой Л.И с соавторами.

Результаты: В ходе исследования кишечного биоценоза у пациентов с фарингомикозом во всех пробах выявлен дисбактериоз II степени, что выражалось в снижении содержания бифидо и лактобацилл до $lg 5 - 7$ КОЕ/мл. На этом фоне у 77% пациентов отмечали незначительное повышение содержания энтеробактерий. При этом кишечник половины обследованных пациентов был контаминирован более чем 70% слабо и не ферментирующих лактозу штаммов, представленных *E. coli*, *Enterobacter sp.*, *Citrobacter freundii*. (табл. № 1).

Таблица 1
Состояние микробиоценоза у пациентов с фарингомикозом

Группы микроорганизмов	% пациентов с измененными показателями	Кол-во микроорганизмов, КОЕ/г	% штаммов с измененными свойствами
ОМЧ аэробов	55,6	10,58±0,31	
Энтеробактерии	77,8	9,58±0,36	
слабоферментирующие	11,1		70%
лактозанегативные	33,3		9,30%
Стафилококки	88,9	1,51±0,88	
лецитиназные	11,1		17%
Энтерококки	22,2	1,20±0,98	
Дрожжеподобные грибы	33,3	3,23±0,07	
Клостридии	55,6	3,56±1,43	
Бифидобактерии	100	5,72±0,91	
Лактобациллы	88,9	5,63±0,74	

У 33% пациентов высевали дрожжеподобные грибы родов *Candida* и *Streptomyces*, а у 55% пациентов – сульфатредуцирующие клостридии в концентрации lg 3,23 – 3,56 КОЕ/мл.

Особенностью биоценоза пациентов с фарингомикозом является незначительное содержание грамположительных кокков. В частности, у 88,9% пациентов содержание стафилококка не превышало lg 1,51 КОЕ/мл, у 2% пациентов стафилококки в кишечнике отсутствовали, и лишь у оставшейся части находились на нижней границе нормы. Существенно заниженные показатели содержания энтерококков отмечали у 22,2% обследованных пациентов. Гемолизинпродуцирующие штаммы в популяции кокковых микроорганизмов не обнаружены, лецитиназные штаммы составляли до 17% популяции стафилококков у 11% пациентов.

В популяции микроорганизмов, составляющих кишечный биоценоз пациентов с фарингомикозом, отмечали значительный процент антибиотикоустойчивых штаммов. Энтеробактерии были устойчивы к 20 – 60% изученных антибиотиков, стафилококки – к 50, клостридии – к 55,5%, дрожжеподобные грибы – к 67%.

В результате исследования было выделено и идентифицировано 15 культур плесневых грибов. Частота высеваемости составила $42,85 \pm 8,3\%$. Спектр выделенных штаммов представляли грибы родов *Penicillium* и *Aspergillus*.

Рассмотрев частоту выделения плесневых грибов из разных точек отбора патологического материала, мы нашли, что процент высеваемости из корня языка составлял $8,5 \pm 4,7\%$, с поверхности миндалин – $17,1 \pm 4,1\%$, с задней стенки глотки – $17,1 \pm 4,1\%$ ($P < 0,05$).

Таким образом, результаты исследования показали, что частота выделения плесневых грибов при микозах ротоглотки составляла $42,85 \pm 8,3\%$. Было отмечено, что с поверхности миндалин и задней стенки глотки грибы высевались в одинаковом соотношении – по $17,1 \pm 4,1\%$.

Выводы: При микозах ротоглотки в 90% случаев выявлен дисбиоз 2-ой степени с изменением показателей симбиотической микрофлоры, у 80% больных дисбиоз сопровождался значительным снижением содержания популяции грамположительных кокков.

РЕДКИЕ МИКОЗЫ – ВОЗРАСТАЮЩАЯ ПРОБЛЕМА

Бурова С.А., Локшина И.М.
Центр глубоких микозов
Москва

В клинической практике у больных, обратившихся к дерматологам, хирургам и терапевтам по поводу «неясных» диагнозов все чаще вы-

являются редкие виды грибов, такие как *Fusarium*, *Trichosporon*, *Penicillium*, *Acremonium*, *Mucor* и др., причем, как правило, эти находки обнаруживают у иммуносупрессированных пациентов. У людей же с нормальным иммунитетом развитию «редких» микозов способствуют повреждения кожных покровов, ушибы, ранения, укусы насекомых, ожоги растениями и др.

При культуральном исследовании различного патологического материала (гной, чешуйки кожи, мокрота), микроскопировании гистологических срезов и цитологических препаратов у пациентов было установлено 3 случая подкожного псевдоаллешерииоза, 28 – пенициллиоза слуховых проходов, легких и ануса, 3 – кладоспориоза кожи, 4 – бронхо-легочного пециломикоза, 1 – цефалоспориоза бронхов и 9 – зигомикоза придаточных пазух носа.

Псевдоаллешерииоз, вызываемый *Pseudoallescheria boydii*, как правило, приводит к развитию изменений на коже, в подкожно – жировой клетчатке, мицетомы конечностей или поражении легких. Описаны также синуситы, кератиты, эндофтальмиты, септические артриты, эндокардиты и др. Исход при поражении внутренних органов при псевдоаллешерииозе часто смертельный.

Пенициллиоз – плесневый микоз кожи, слизистых оболочек и бронхо – легочной системы. Возбудителями пенициллиоза являются грибы рода *Penicillium*, которые представлены в культуре плесневыми колониями преимущественно разнообразных оттенков зеленого цвета. Мы наблюдали и излечили 28 пациентов пенициллиозом слуховых проходов, легких и анальной зоны.

Кладоспориоз – плесневый микоз кожи, слизистых оболочек и (редко) внутренних органов, вызываемый грибами рода *Cladosporium*.

Пециломикоз – плесневый микоз бронхо-легочной системы, вызываемый почвенными грибами рода *Paecilomyces*. При обследовании более 1000 больных с поражением легких и бронхов у 4 был диагностирован легочный пециломикоз.

Цефалоспориоз – редко диагностируемый плесневый микоз, при котором поражаются кожа, слизистые оболочки и иногда внутренние органы. У ребенка с нейтропенией, наблюдаемого у гематологов по поводу лейкоза и поражения респираторного тракта, из промывных вод бронхов выделен гриб *Cephalosporium acremonium*.

Зигомикоз – редкий плесневый микоз, обусловленный различными видами грибов из класса *Zygomycetes*, имеющими тропность к сосудистой стенке, поражающими кожу, подкожную клетчатку, риноцеребральные зоны, все отделы уха, глаза и бронхо-легочную систему. Наиболее часто заболевания вызывают представители семейства *Mucoraceae*: *Absidia*, *Mucor*, *Rhizopus* и др. Мы диагностировали зигомикоз придаточных пазух у 9 больных по гистологическим препаратам.

Лечение проводили антимикотиками, общеукрепляющими средствами, затем оперировали в разном объеме – от вскрытий абсцедирующих очагов до радикального иссечения.

В качестве антимикотиков при этих «редких» микозах показаны амфотерицин В, особенно его липидный комплекс – Амфолип, орунгал. Особого внимания заслуживает новый моноазол – вориконазол.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГРИБКОВЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ РАКОМ ЛЕГКОГО

*Галил-Оглы Г.А., Алипченко Л.А., Берщанская А.М.,
Чазова Н.Л., Яровая Н.Ю., Мельникова Н.В.*
РНЦРР МЗ РФ
Москва

В настоящее время изучается влияние инфекционных поражений трахеобронхиального дерева как фактора прогноза предстоящей жизни больного раком легкого. Лучевая терапия, цитостатики, прием кортикостероидов вызывают нарушение иммунитета у онкологических пациентов. На фоне иммуносупрессии грибковые инфекции являются одними из главных осложнений, часто протекая субклинически, что затрудняет их своевременную диагностику.

Нами выполнена ретроспективная оценка микотических поражений морфологическим методом у 72 пациентов раком легкого. Оппортунистические грибковые инфекции обнаружены в 8 из 72 (11,1%) биоптатов. В 2 случаях мелкоклеточного рака легкого установлено наличие *Aspergillus* на фоне лучевой, химиотерапии (Т3-Т4 стадии по классификации TNM), что по-видимому объясняется ухудшением механизмов иммунной защиты вследствие фармакологической иммуносупрессии. В 6 случаях немелкоклеточного рака легкого присутствовали неинвазивные формы кандидоза (Т2-Т4 стадии).

Однако оценить точность морфологической диагностики микотических поражений довольно затруднительно. Трудности идентификации возбудителя обусловлены тем, что при плановом морфологическом исследовании псевдогифы *Candida*, гифы *Aspergillus* слабо окрашены. Чувствительность метода повышает окрашивание с уротропином серебра, PAS-реакция. Диагностическая эффективность морфологической идентификации микотических поражений у онкологических больных также может быть повышена применением иммуноморфологических методик.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РОЛИ ГРИБОВ РОДА CANDIDA В РАЗВИТИИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У РОЖЕНИЦ И НОВОРОЖДЕННЫХ

*Карапетян Т.А., Амбардзумян А.Дз., Арутюнян К.Э.,
Тер-Степанян М.М., Бегларян Г.А., Абрамян Р.С.*

Кафедра эпидемиологии

*Ереванского государственного университета имени М. Гераци
Ереван, Армения*

Внутрибольничные инфекции (ВБИ) считаются одной из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения. Они являются основной причиной послеоперационных и послеродовых осложнений. Большое значение в развитии ВБИ имеют такие микроорганизмы, как *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Clostridium perfringens*, грибы рода *Candida* и тд.

Принимая во внимание высокий уровень распространенности ВБИ, а также учитывая большую роль в их генезе грибов рода *Candida* (особенно учитывая их роль в развитии вульвовагинитов у рожениц), нами были проведены исследования в одном из родильных домов города Еревана. Целью данной работы явилось определение роли грибов рода *Candida* в развитии внутриутробных и внутрибольничных инфекций у рожениц и новорожденных.

Материалом для исследования служили влагалищный мазок, околоплодные воды, кровь из пуповины, плацента. Забор материала проводили в стерильных условиях во время родов. Влагалищный мазок брали стерильным ватным тампоном до родов. Посев производили на Желточносололевой агар, Кровяной агар, среды Эндо и Сабуро. Чашки Петри инкубировали в термостате в течении 24 часов при температуре 37° С. Затем производили микроскопирование и идентификацию выделенных микроорганизмов.

Было определено, что наиболее высокий уровень высеваемости грибов рода *Candida* наблюдался из влагалищных мазков, где он составил 30,8%, из околоплодных вод 8,1% и из плаценты 8,3%. В 45,5% случаев грибы рода *Candida* высеивались ассоциированно со стафилококками и в 27,4% случаев в монокультуре. Наиболее высокий процент выделения стафилококков наблюдался из влагалищных мазков 35,3%, из околоплодных вод стафилококки выделялись в 20,1% случаев, из крови в 24,2%, а из плаценты в 16%. Было установлено, что у 40,2% рожениц имела место инфекционная фетопатия.

Установлено, что на момент взятия материала общая обсемененность влагалища рожениц условно-патогенными микроорганизмами составила 47,4%, из которых в 42,7% случаев были выделены грибы

рода *Candida*. Такая высокая степень обсемененности влагалища может привести к гнойно-воспалительным осложнениям как у рожениц так и у новорожденных.

Наблюдается корреляция между носительством условно-патогенных микроорганизмов во влагалище и наличием инфекционной фетопатии у рожениц.

МИКОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ДЛИТЕЛЬНО ПОЛУЧАЮЩИХ СИСТЕМНЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ

*Котрехова Л.П., Гудкова Ю.И.,
Мирзабалаева А.К., Долго-Сабурова Ю.В.,
Шевяков М.А., Разнатовский К.И., Климко Н.Н.
НИИ медицинской микологии
имени П.Н. Кашкина ГОУ ДПО СПб МАПО
Санкт-Петербург*

Известно, что при длительном использовании глюкокортикостероидов (ГКС) развивается вторичный иммунодефицит, что является фактором риска развития микотической инфекции кожи и слизистых. Микозы у пациентов, длительно получающих ГКС, изучены недостаточно.

Обследовано 25 больных, получающих системные ГКС в течение 6 месяцев и более, в возрасте от 37 до 79 лет (средний возраст 54.6 ± 1.2 лет), 19 женщин и 6 мужчин. Показаниями для назначения ГКС были: бронхиальная астма – 9 пациентов, ревматоидный артрит – 10, системная красная волчанка – 1, лимфопролиферативные заболевания крови – 1, полимиозит – 1, идиопатический фиброзирующий альвеолит – 1 (преднизолон получали – 19 больных, триамцинолон – 6). Суточная доза ГКС в перерасчете на преднизолон варьировала от 7.5 до 25 мг и в среднем составляла 12.5 мг в сутки.

При обращении в клинику у всех 25 больных наблюдалось распространенное микотическое поражение кожи и ее придатков: поражение гладкой кожи, кожи кистей и стоп с онихомикозом – у 50% пациентов; микоз крупных складок кожи в сочетании с онихомикозом кистей и стоп – у 26%; микоз и онихомикоз кистей и стоп – у 23%; паразитарный сикоз – у 1%. При всех вариантах онихомикоза было поражено от 4 до 20 ногтевых пластинок. У большинства больных (62%) возбудителями микотического процесса на коже были дерматомицеты, наиболее часто при культуральном исследовании кожных чешуек, ногтевых пластинок, волос выделяли *T. rubrum* (71%); *T. mentagrophytes* выявили

у 19%, *E. floccosum* – у 9%, *T. violaceum* – у 1% пациентов. Грибы рода *Candida* (*C. albicans*) были обнаружены у 18% больных. У 20% больных выявлено сочетание дерматомицетов, дрожжевых и плесневых грибов.

Во время первичного осмотра 40% пациентов предъявляли жалобы на жжение и зуд в области тела и корня языка, а также слизистой оболочки полости рта, явления дисфагии и ретростернального дискомфорта. В результате проведенного обследования у 12% пациентов был диагностирован орофарингеальный кандидоз, а у 32% – сочетание орофарингеального кандидоза и кандидозного эзофагита. Диагноз орофарингеального кандидоза и кандидоза пищевода был подтвержден обнаружением псевдомицелия *Candida spp.* при морфологическом исследовании соскобов слизистой оболочки. Культуральное исследование показало, что в 100% случаев возбудителем был *Candida albicans*.

Нами было установлено, что у 32% обследованных женщин были жалобы на зуд и жжение в области наружных половых органов и творожистые выделения из половых путей. Также отмечалось нарушение менструального цикла в виде гипоменструального синдрома (26% женщин) вплоть до развития вторичной аменореи (5% женщин). В результате клинического обследования (осмотр гинеколога, микроскопическое и культуральное исследование патологического материала с пораженных участков слизистых оболочек) нами была подтверждена кандидозная этиология вульвовагинита, цервицита, уретрита. Во всех случаях возбудителем был *C. albicans*.

Всем больным было проведено комплексное лечение, включающее назначение системного антимикотика, аппаратную подчистку ногтевых пластинок, местную антифунгальную терапию пораженных участков кожного покрова и слизистых оболочек. Наиболее часто назначали флуконазол, как препарат, обладающий широким спектром действия и редко вызывающий нежелательные явления. Больным с микотическим поражением кожи и кандидозным эзофагитом флуконазол назначали в дозе 150 – 200 мг/сут. в течение 2 – 4 недель, далее в дозе 150 мг/нед. в течение 6 – 10 месяцев. Больным дерматомикозами и орофарингеальным кандидозом препарат назначался 100 мг/сут. на 10 – 14 дней далее в дозе 150 мг/нед. в течение 6 – 10 месяцев. Больным дерматомикозами и кандидозными вульвовагинитом, цервицитом, уретритом флуконазол назначался по стандартным схемам для лечения микозов кожи и ее придатков (150 мг/нед. в течение 6 – 12 месяцев).

У 60% пациентов курс антифунгальной терапии был завершен. 40% пациентов продолжают прием флуконазола. Все больные препарат переносили хорошо. Развития нежелательных явлений не было. Проявления кандидозного поражения слизистых оболочек и микотического поражения кожи перестали определяться у всех пациентов. Проявления онихомикоза в разной степени выраженности сохраняются у 40% больных, продолжающих принимать флуконазол. Рецидив орофарингеального кандидоза и кандидозного эзофагита был отмечен у 12% паци-

ентов. Рецидив кандидозного вульвовагинита развился у 4% больных. Рецидивов дерматомикоза не отмечалось.

Выводы:

1. У больных, длительно получающих системные ГКС, отмечается высокий риск развития сочетанного поражения кожи, вызванного дерматомицетами, и слизистых оболочек, вызванного *Candida spp.*
2. Микотическое поражение кожи и слизистых оболочек носит распространенный характер, при этом воспалительный процесс выражен незначительно.

Терапия у больных с микотическим поражением кожи и придатков, длительно получающих системные ГКС, должна быть продолжительной, непрерывной и назначаться с учетом вида возбудителей.

ИТРАКОНАЗОЛ В СУСПЕНЗИИ В ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ВЫЗВАННЫХ ГРИБАМИ РОДА *CANDIDA*, У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Кулько А.Б., Корниенко И.И., Ловачева О.В.

Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Комитета здравоохранения Москвы

Цель исследования – оценка эффективности применения итраконазола в суспензии при терапии инфекций дыхательных путей, вызванных грибами р. *Candida*, у больных, получающих лечение по поводу туберкулеза легких.

В исследование было взято 52 больных туберкулезом органов дыхания, у которых при проведении лабораторного обследования была выявлена массивная колонизация слизистых оболочек нижних дыхательных путей грибами рода *Candida*/ признаки бронхолегочного кандидоза.

Все больные получали противотуберкулезную химиотерапию в течение от двух месяцев и более. Схема противотуберкулезной терапии включала от 4 до 7 химиопрепаратов, в том числе 1-2 антибиотика.

Результаты лабораторного обследования: У больных, взятых в исследование, грибы р. *Candida* выделялись в количестве на порядок и выше значения диагностического критерия (1×10^3 КОЕ/мл) в двух и более образцах мокроты. У всех больных результаты культуральных исследований подтверждались прямой микроскопией. Кроме того, у 6 больных грибы р. *Candida* в количестве, превышающем диагностический критерий, также высевались из образцов бронхиальных смывов. У 2 больных была выявлена антигенемия (обнаружение в сыворотке крови антигена

Candida проводилось методом латекс-агглютинации, тест-система Pastorex *Candida*, Bio-Rad).

Эффективность итраконазола оценивалась у 50 больных, так как 2 больных из-за нежелательных побочных реакций были выведены из исследования до окончания курса противогрибковой терапии. Положительный микробиологический эффект наблюдался у 98% больных. В 44% наблюдений удалось добиться эрадикации грибов, а в 54% – уменьшения их содержания до нормы, подкрепленного отрицательным результатом микроскопии. Лечение оказалось неэффективным только у 1 (2%) больного, что связано с прогрессирующим течением распространенного туберкулеза легких и наличием дозозависимого штамма гриба *C. glabrata*.

Длительная массивная колонизация слизистых оболочек нижних дыхательных путей грибами р. *Candida* на фоне противотуберкулезной терапии относится к основным факторам риска развития эндогенного бронхолегочного кандидоза у больных туберкулезом. Проведенное исследование показало высокую эффективность итраконазола в суспензии при применении у больных туберкулезом органов дыхания с высоким риском развития легочного кандидоза.

БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННЫЕ ГРИБАМИ РОДА CANDIDA, ВО ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Кулько А.Б., Митрохин С.Д., Кузьмин Д.Е., Лавренова В.Н.
Московский городской научно-практический центр борьбы с
туберкулезом Комитета здравоохранения Москвы*

Диагностика бронхолегочного кандидоза во фтизиатрической практике является одной из сложных клинических задач, поскольку клинико-рентгенологические признаки инфекции неспецифичны и не всегда выражены, а кандидоз может протекать под маской туберкулеза, абсцесса и других заболеваний легких. Большое значение в диагностике и дифференциальной диагностике бронхолегочного кандидоза имеют лабораторные методы исследования.

Схема лабораторной диагностики микозов органов дыхания, используемая в МНПЦБТ, включает культуральные и микроскопические исследования образцов мокроты, бронхиальных смывов и посев материала со слизистых оболочек зева. При подозрении на инвазивный кандидоз легких диагностика дополняется иммуносерологическим исследованием на обнаружение в сыворотке крови антигена *Candida* (тест латекс-агглютинации Pastorex *Candida*, Bio-Rad). На микологическое исследование также поступают образцы легочной ткани, материалы из полостных образований легких и плевральных полостей (биоптаты, ре-

зекционный материал, аспираты). Выделенные штаммы грибов р. *Candida* идентифицируются до вида (хромагар «Кандиселект», тест-система «Ауксоколор», Bio-Rad) и исследуются на чувствительность к антифунгальным препаратам (тест-система «Фунгитест», Bio-Rad).

В представленном сообщении обобщены результаты лабораторных обследований больных туберкулезом органов дыхания, проведенные в МНПЦБТ в течение 2002-2004 г. Всего было обследовано 502 пациента МНПЦ БТ с разными формами туберкулеза органов дыхания. По результатам лабораторных исследований была определена группа больных с вероятным кандидозом нижних дыхательных путей/ высоким риском его развития, которым было показано дальнейшее клинико-лабораторное обследование (151 человек, 30,1% от числа обследованных). Критерии диагностики: обнаружение возбудителя в биопате легочной ткани или материале, полученном из полостного образования легких (каверна, туберкулема); выделение культуры гриба из образца БАЛ (в количестве $> 1 \times 10^3$ КОЕ/мл) и закрытой плевральной полости; повторное выделение гриба р. *Candida* одного вида при посевах мокроты ($> 1 \times 10^3$ КОЕ/мл).

У 6 больных грибы р. *Candida* были выделены из содержимого деструктивных легочных полостей. Из 104 больных, которым была проведена диагностическая бронхоскопия, грибы р. *Candida* высевались у 18 (17,3%).

У 130 больных грибы р. *Candida* в количестве большем диагностического критерия выделялись из повторных посевов мокроты. Следует отметить, что 119 из 130 данных больных (91,5%) получали противотуберкулезную химиотерапию в течение двух месяцев и более. У 17 больных из данной группы грибы р. *Candida* одного вида высевались из образцов различных клинических материалов, а у 9 больных была выявлена антигенемия.

Всего было выделено 8 видов грибов *Candida*. Частота обнаружения штаммов *C. albicans* составляла 74%, *C. glabrata* – 11%, *C. krusei* – 9%, *C. tropicalis* – 8%, *C. parapsilosis* – 4%, *C. kefyr* – 2%, *C. guilliermondii* – 1%, *C. lusitaniae* – 1%. Чувствительность к антимикотикам тестировалась у 328 штаммов *Candida* spp. Устойчивость к итраконазолу определялась у 7% штаммов (у 6% штаммов *C. albicans*, 17% – *C. glabrata* и 15% – *C. tropicalis*). Устойчивость к флуконазолу – у 5% от всех исследованных штаммов (у 2% штаммов *C. albicans*, 15% – *C. glabrata*, 21% – *C. krusei* и 4% – *C. tropicalis*). Обнаруживались штаммы, устойчивые к миконазолу (1% штаммов), кетоконазолу (3% штаммов) и 5-фторцитозину (2% штаммов). У штамма *C. lusitaniae* обнаружена устойчивость к амфотерицину В.

Приведем клинический случай легочного кандидоза у больной туберкулезом легких. Больная 45 лет, в течение более 1,5 лет страдающая фиброзно-кавернозным туберкулезом с бактериовыделением, поступила в клинику с обострением туберкулезного процесса на фоне

массивной противотуберкулёзной терапии. Проведенные микологические исследования выявили признаки кандидоза дыхательных путей, в крови обнаруживался антиген грибов *Candida*. С учетом данных тестирования чувствительности выделенного штамма *Candida glabrata in vitro* и клинической картины была назначена терапия амфотерицином В внутривенно в течение 7 дней, в результате которой отмечен значительный положительный клинико-микробиологический эффект. Рентгенологически спустя 2 месяца прослеживалось уменьшение полости распада в верхней доле левого лёгкого на фоне рассасывания очагово-инфильтративных изменений, а через 6 месяцев отмечено закрытие полости распада.

Очевидна необходимость проведения микологического мониторинга развития бронхолегочного кандидоза у больных туберкулезом легких с длительным курсом противотуберкулёзной терапии. Учитывая полученные экспериментальные данные по уровню резистентности клинических штаммов грибов р. *Candida*, перед назначением специфической терапии кандидоза органов дыхания следует определять видовую принадлежность выделенного штамма и его чувствительность к антимикотикам.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПНЕВМОМИКОЗОВ

Лепихина Д.Н.

ОБП МЦ УД Президента России

За четверть века применения компьютерной томографии (КТ) в России доказана высокая чувствительность и специфичность метода в распознавании большинства заболеваний бронхолегочной системы. Несмотря на увеличение заболеваемости пневмомикозами, процент выявлений их на КТ неоправданно низкий. Это объясняется неспецифичностью визуальной картины, частым сочетанием с банальными воспалениями. Затрудняет диагностику микозов отсутствие унитарной классификации КТ-симптоматики данной патологии и недостаток доказательств причастности выделяемых возбудителей к заболеванию.

Для определения значения КТ в диагностике пневмомикозов, проведен ретроспективный анализ архивных данных МЦ УД Президента России за последние 12 лет. Выявлено 26 больных с подтвержденной микотической и смешанной грибково-бактериальной патологией бронхолегочной системы. Из них, 9 наблюдений составили транзиторные аллергические поражения — экзогенный аллергический альвеолит, эозинофильные инфильтраты и гиперчувствительный пневмонит. У 7 пациентов обнаружена колонизация остаточных полостей легких, плев-

ры и бронхов (в группу включены острые и хронические мицетомы). Полуинвазивные формы микозов – бронхообструктивный синдром, деструктивные пневмонии – у 6 больных. Еще в 4 наблюдениях установлен инвазивный микоз. Установление диагноза базировалось на комплексе анамнестических, клинико-лабораторных данных, цитогистологических исследованиях материалов, полученных при бронхоскопии, оперативном лечении, секционных находках. Кандидозная этиология поражений подтверждена у 5 пациентов: 2 наблюдения некротических бронхитов, осложненных бронхостенозом, 2 деструктивные бактериально-грибковые пневмонии, 1 пациент с кандидозно-аспергиллезным инфильтратом. Микотические изменения в легких установлены на основании КТ у 10 из 26 больных и еще у 4 – заподозрены с последующим подтверждением. Пневмомикозы нуждаются в дифференциации с экзогенными альвеолитами другой этиологии, идиопатическим эозинофильным синдромом, гельминтозами, муковисцидозом, бронхоэктатической болезнью, деструктивными бактериальными пневмониями, саркоидозом, милиарным, инфильтративным, кавернозным и фиброзно-кавернозным туберкулезом, туберкулемой, центральными и периферическими опухолями, бронхиолоальвеолярным раком, метастазами, гранулематозом Вегенера, саркомой Капоши и др.

Большая часть микозов легких в России определяется двумя родами грибов – *Aspergillus* и *Candida*, вызывающих широкий спектр проявлений от транзиторных аллергических состояний, не улавливаемых клинически и рентгенологически, до тяжелейших, нередко летальных заболеваний. Течение пневмомикозов пропорционально степени изменения иммунного статуса больного. Различают острые, подострые и хронические процессы. Острые состояния возникают в результате гиперэргического ответа иммунной системы на кратковременную ингаляцию спор и метаболитов грибов. Клинически эти состояния проявляются бронхиальной астмой или бронхитом. На КТ находят ограниченный или диффузный альвеолит, мигрирующие эозинофильные инфильтраты, центрилобулярную мелкоочаговую диссеминацию. Длительная аллергизация вызывает торпидно текущий гиперсекреторный бронхит, ретенционные кисты, проксимальные бронхоэктазы. Факторы, понижающие иммунитет, способствуют переходу заболевания в полуинвазивную форму – хронический некротизирующий аспергиллез. В КТ-изображении это заболевание проявляется длительно неразрешающимися прикорневыми, мультифокальными инфильтратами, часто с деструкцией, утолщением плевры без наличия выпота. В других случаях возможно развитие бронхообструктивного синдрома, обусловленного быстрым ростом грибковых тел в просветах бронхов или отеком и некрозами слизистой. Нераспознанные и неадекватно леченные пневмомикозы трансформируются в хронические мицетомы, пневмоцирроз. Инвазивный микоз развивается у больных с выраженным иммунодефицитом, сопровождающимся нейтропенией. В группу

риска входят больные с гемобластозами, ВИЧ-инфицированные, пациенты подвергшиеся трансплантации органов. Ангиоинвазивный процесс обусловлен проникновением гифов в сосуды легких, развитием тромбозов и инфарктов. Рентгенологически, эта форма проявляется округлыми, клиновидными инфильтратами с перифокальным «свечением» (гало-симптом), серповидными деструкциями, постепенно охватывающими центр поражения, секвестрацией. Другими словами, формируется первичная мицетома, не имеющая визуальных отличий от вторичной аспергиллемы при колонизации остаточных полостей. Сапрофитная аспергиллема легко диагностируется в силу широко известных рентгенологических симптомов, но не имеет существенного клинического значения. Ангиоинвазивный аспергиллез осложняется профузными кровотечениями, гематогенным распространением по другим органам. Кроме ангиоинвазивной, выделяют бронхоинвазивную форму аспергиллеза, проявляющуюся ограниченным бронхиолитом, бронхопневмонией. Выраженный иммунодефицит и дистальная локализация патологии отличают их от проявлений полуинвазивного аспергиллеза (хронического некротического).

При всех сложностях диагностики, следует обратить внимание на моменты, способствующие распознаванию пневмомикозов. Прежде всего, это отсутствие адекватной рентгенологической динамики в ответ на проводимую антибактериальную терапию. Отмечено, что кандидозные пневмонии склонны к субплевральной локализации, без реакции плевры. Деструктивные пневмонии имеют бухтообразные внутренние очертания полостей, содержат губчатые включения без жидкости. Для инвазивного аспергиллеза типичны гало-симптом, серповидная деструкция, секвестрация. Перифокальное утолщение плевры характерно для многих форм аспергиллеза. Бронхообструктивный синдром при микозах протекает с меньшей степенью объемного уменьшения, чем при злокачественных поражениях. КТ способствует оценке распространенности пневмомикозов по другим органам. Вторичные гематогенные поражения скелета сопровождаются обширными мягкоткаными компонентами. Специфическое поражение мозга протекает по типу «холодного» абсцесса. Решающее значение в диагностике имеют цитогистологические исследования.

ГРИБКОВАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ (ИМП)

*Перепанова Т.С.
НИИ урологии МЗ РФ*

Грибковая инфекция составляет 12% в структуре внутрибольничных инфекций и 40% в структуре инфекционной летальности. Гриб-

ковая инфекция мочевых путей (ИМП) встречается достаточно редко. Однако, широкое внедрение различных медицинских приспособлений (катетеры, дренажи, стенты, протезы, искусственные нити) в урологическую практику чревато ростом грибковой инфекции.

Развитию ИМП грибковой этиологии в первую очередь способствуют:

- иммуносупрессивные состояния, которые в урологической практике наиболее часто встречаются при системном гемодиализе, у онкологических больных и у пациентов после трансплантации почки
- группой риска по развитию ИМП грибковой этиологии являются пациенты с постоянными дренажами в мочевых путях (уретральный катетер, цистостома, нефростома, внутренний стент), на внутренней поверхности которых формируются бактериально-грибковые ассоциации, развитие «биофильма».
- у женщин страдающих кандидозным вульвовагинитом, велик риск развития восходящей грибковой ИМП в виде грибкового уретрита, цистита, пиелонефрита
- длительно проводимая нерациональная антибактериальная терапия хронической ИМП, также способствует развитию дисбактериоза кишечника, влагалища и грибковой ИМП.

Наличие кандидурии может свидетельствовать либо о колонизации нижних отделов мочевых путей, либо о кандидозном цистите, либо о диссеминированном кандидозе с поражением почек. Разнообразие клинической картины грибковой инфекции (локальная, системная, поверхностная) требует проведения тщательной диагностики и лечения. Диагностика грибковой ИМП включает: микроскопию осадка мочи; культивирование грибов и полимеразо-цепную реакцию (ПЦР).

Лечение включает как устранение или снижение факторов риска (удаление катетера, коррекция диабета, оптимизация антибиотиков, снижение гормонов и иммуносупрессии) так и применение антимиотиков, ирригации мочевого пузыря раствором амфотеррицина В.

Из современных противогрибковых препаратов с доказанной эффективностью и безопасностью является флуконазол. Лечение флуконазолом имеет следующие преимущества: наличие 2- лекарственных форм: инъекционной и пероральной (возможность проведения ступенчатой терапии, что имеет фармакоэкономические преимущества), экскреция флуконазола в неизменном виде почками, широкий антигрибковый спектр, низкий токсический профиль.

ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ, АССОЦИИРОВАННОЙ С КИШЕЧНЫМ ДИСБИОЗОМ

Соболев А.В., Шевяков М.А., Богданов А.В., Кирьянова В.В.
СПб МАПО
Санкт-Петербург

Обследована группа больных, страдающих хронической крапивницей (ХК). Больные обращались за помощью к аллергологу микологической клиники СПб МАПО Минздрава России в острый период.

В процессе обследования с целью рандомизации из исследования были исключены пациенты с IgE-опосредованной крапивницей и ХК, ассоциированной с аутоиммунным тиреоидитом. Для купирования обострения ХК применяли комбинирование антагонистов H1 и H2 гистаминовых рецепторов (лоратадин 10 мг/сут или дезлоратадин 5 мг/сут в комбинации с фамотидином 40 мг/сут в два приема) в течение 10 дней. Для исследования были отобраны пациенты, у которых терапия обострения привела к полному исчезновению клинических симптомов ХК. Таким образом, была обследована группа из 44 больных, страдающих ХК, из них 25 женщин и 19 мужчин в возрасте от 17 до 62 лет.

В период ремиссии ХК 29 пациентов основной группы получили не менее трех процедур мониторинговых очисток кишечника (МОК) аппаратом АМОК-2, и 6-недельный курс Эубикора (пробиотика, содержащего дрожжи *Saccharomyces cerevisiae*) по 2 порошка 3 раза в день во время еды. Контрольная группа, состоящая из 15 пациентов, не получала физиотерапевтического лечения и пробиотиков. Пациенты обеих групп не получали для профилактики ХК препараты антагонистов гистаминовых рецепторов. Контрольный осмотр осуществляли через 3 и 6 недель после окончания курса лечения обострения ХК.

До применения МОК и лечения Эубикором частота выявления избыточного интестинального роста *Candida spp.* (более чем 1000 КОЕ/г при посеве кала) в обеих группах пациентов была приблизительно одинаковой – 45% в основной и 40% в контрольной. Однако этот показатель через 6 недель в группе получавших профилактику снизился до 21%, а в контрольной группе даже вырос до 53%. При анализе клинических признаков выявили, что частота рецидивов в основной группе была существенно ниже, чем в контрольной (28% против 47%).

Данные исследования показывают целесообразность включения в перечень методик профилактики ХК метода МОК с назначением пробиотика Эубикора, что может существенно уменьшить частоту рецидивов заболевания.

ПРОФИЛАКТИКА ПИМАФУЦИНОМ КАНДИДОЗА КИШЕЧНИКА У ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЮ

*Шевяков М.А., Колб З.К.
НИИ медицинской микологии имени П.Н. Кашкина СПбМАПО
Санкт-Петербург*

У больных, получающих антибактериальные средства, отмечают побочные явления в виде диареи и абдоминального дискомфорта. Определенная часть этих расстройств обусловлена развитием дисбиоза кишечника. Нами были оценены результаты профилактики дисбиоза кишечника с избыточным ростом *Candida spp.* в группе больных, получающих антибактериальные средства.

Обследованы 27 больных в возрасте от 19 до 54 лет (из них 16 мужчин и 13 женщин). Причиной назначения профилактического курса антимикотического препарата натамицина (Пимафуцин) послужил анамнестический прецедент (эпизод дисбиоза кишечника с избыточным ростом *Candida spp.* на фоне ранее назначавшихся курсов антибиотикотерапии). У обследуемых больных был исключен диагноз СПИДа, сахарного диабета и цитопенический синдром. Антибиотикотерапия применялась с целью лечения урогенитальной инфекции или для хеликобактер-эрадикации при язвенной болезни или эрозивном гастрите. В частности, назначали ежедневно доксициклин 200 мг в сутки – 10 дней или комбинацию омепразола 40 мг в сутки, кларитромицина 1 г в сутки и амоксициллина 1 г в сутки в течение 7 дней. Одновременно с антибактериальными средствами после информированного согласия пациентов были назначены кишечнорастворимые таблетки Пимафуцин 400 мг в сутки курсом 7-10 дней. У обследуемых просили отмечать возможное возникновение на фоне лечения симптомов абдоминального дискомфорта, нарушения стула и раздражения слизистых оболочек. После курса лечения у всех пациентов были взяты пробы кала для культурального микологического исследования.

Результаты. Ни у одного из больных, получивших профилактику Пимафуцином, не отмечали нарушений стула, флатуленции, абдоминального дискомфорта и симптомов раздражения слизистых оболочек. При лабораторном контроле избыточного роста *Candida spp.* (свыше 1000 КОЕ/г) в кале исследуемых пациентов выявлено не было.

Закключение. Таблетки Пимафуцина целесообразно применять для профилактики дисбиоза кишечника с избыточным ростом *Candida spp.* у больных из групп риска, получающих терапию антибиотиками.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ СО СМЕШАННЫМИ УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

*Якубович А.И., Баранчук Н.И.,
Кондратьева Е.С., Другова М.А.
Медицинский университет, ОКВД
Иркутск*

Кандидоз – заболевание слизистых оболочек, кожи и внутренних органов, вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Поражение мочеполового тракта является одним из наиболее часто встречающихся проявлений кандидоза, в связи, с чем урогенитальный кандидоз является актуальной междисциплинарной проблемой. За последние годы количество больных урогенитальным кандидозом увеличилось. Появились стертые и атипичные формы заболевания, а также хронические процессы, резистентные ко многим лекарственным препаратам. Причем независимо от течения: от незначительных стертых форм до проявлений, лишаящих больных трудоспособности, практически во всех случаях урогенитальный кандидоз отражается на качестве жизни больных.

Удельный вес кандидозных поражений различных отделов урогенитального тракта подвержен значительным колебаниям. По статистике вагинальный кандидоз встречается у 75% женщин, 40-45% женщин сталкивались с ним дважды, а 25% – более двух раз в год. У мужчин урогенитальный кандидоз проявляется в виде баланита или баланопостита (у 96,6%) или уретрита (3,4%). Причем на долю кандидозного поражения приходится 33% от всех больных инфекционным баланопоститом.

Урогенитальный кандидоз вызывается дрожжеподобными грибами рода *Candida*, в 90% случаев – *Candida albicans*. Грибы рода *Candida* являются условно-патогенными, вирулентность их для человека колеблется в широких пределах, а реализация их болезнетворных свойств в значительной степени зависит от состояния макроорганизма.

Возбудители урогенитального кандидоза могут распространяться половым путем. Немаловажное значение в возникновении заболевания имеют такие факторы, как применение гормональных препаратов, антибиотиков, иммунодепрессантов, лучевой терапии. Развитию урогенитального кандидоза способствуют эндогенные факторы (эндокринопатии, снижение иммунологической реактивности организма, авитаминозы, неоплазии, хронические инфекции, в том числе ВИЧ-инфекция и др.). Грибы рода *Candida* попадающие на слизистую мочеполовых путей при сексуальных контактах нередко находятся в ассоциации с другими возбудителями половых инфекций, в частности с хламидиями, микоплазмами, трихомонадами, вирусами.

В случае смешанной инфекции наблюдаются более выраженные симптомы основного заболевания, а также признаки, обусловленные размножением и действием самих грибов на макроорганизм. Смешанные инфекции зачастую протекают более тяжело и длительно. Но не всегда типичные для моноинфекции симптомы заболевания усиливаются, нередко характерная клиническая картина заменяется стертой, завуалированной, несмотря на более упорное течение болезни. Это объясняется действием патогенных факторов каждого возбудителя друг на друга, что нивелирует симптомы поражения, вызванные отдельными возбудителями, создается «суммарное» впечатление о клинической картине болезни. Одной из причин объясняющих синергидное влияние грибов при инфекционных заболеваниях, следует считать нарушение целостности эпителиального покрова слизистых оболочек, происходящее в результате проникновения элементов грибов в ткани. Это создает условия для внедрения возбудителя в организм, минуя защитный барьер, который, для большинства микробов представляет собой неповрежденная кожа и слизистые оболочки.

Проведен анализ частоты выявления урогенитального кандидоза, а также структуры сопутствующих инфекций, передаваемых половым путем, среди больных, обратившихся в центр урогенитальных инфекций факультетских клиник ИГМУ за 2004 год.

Среди наблюдаемых нами 530 больных (287 мужчин и 243 женщины) урогенитальный кандидоз диагностирован у 79, что составило 14,9%. Мужчин было 32 (11,1%), женщин – 47 (19,3%). По возрасту, больные распределились следующим образом: до 20 лет было 5 больных (6,3%), от 21 до 30 лет – 44 (55,7%), от 31 до 40 лет – 19 (24,1%), от 41 до 50 лет – 11 (13,9%). Обращало внимание, что в возрастной группе до 20 лет преобладали женщины, соответственно 8,5% и 3,1%, а в группе 41-50 лет – мужчины, соответственно 15,7% и 10,6%.

Только у 23 больных (29,1%) урогенитальный кандидоз диагностирован в виде моноинфекции. У 66 больных (60,9%) урогенитальный кандидоз диагностирован в виде микст-инфекции. Частота выявления моно (28,1% и 29,8%) и микст-инфекций (71,9% и 70,2%) среди мужчин и женщин была практически одинаковой.

У 35 (53,0%) отмечалось сочетание двух, у 12 (18,2%) – трех, у 3 (4,5%) – четырех, у 6 (9,1%) – пяти возбудителей ИППП. В целом среди женщин одновременно выявлялось большее количество возбудителей ИППП.

У мужчин одновременно с урогенитальным кандидозом у 18 (78,3%) выявлен урогенитальный трихомониаз, у 4 (17,4%) – гарднереллез, у 9 (39,1%) – урогенитальный хламидиоз, у 2 (8,7%) – папилломавирусная инфекция и у 4 (17,4%) – мико- или уреоплазмоз.

У женщин одновременно с урогенитальным кандидозом у 19 (57,6%) выявлен урогенитальный трихомониаз, у 17 (51,5%) – бактериальный

вагиноз, у 13 (39,4%) – урогенитальный хламидиоз, у 2 (8,7%) – папилломавирусная инфекция и у 6 (18,2%) – мико- или уреоплазмоз.

Обращает внимание то, что у мужчин (78,3% против 57,6%) по сравнению с женщинами значительно чаще выявлялся урогенитальный трихомониаз. У 51,5% женщин был диагностирован бактериальный вагиноз, в то время как только у 17,4% мужчин были выявлены «ключевые клетки».

У мужчин клиническая картина была представлена явлениями баланита или баланопостита. Кроме того, у (9,4%) в мазках или посевах из уретры обнаруживались дрожжевые клетки или мицелий. Течение заболевания осложнялось: простатитом у 7 (21,9%), везикулитом 1 (3,1%), эпидидимитом 1 (3,1%). У 4 (12,5%) отмечалось сочетание двух осложнений со стороны добавочных половых желез. У 4 (12,5%) пациентов как сопутствующая патология выявлена паховая эпидермофития.

У женщин клиническая картина была представлена проявлениями вульвовагинита.

Проведенный анализ показал, что урогенитальный кандидоз чаще встречается у женщин и в более молодом возрасте, чем у мужчин, преимущественно в виде микст-инфекции независимо от пола больных. В структуре микст-инфекций ведущее место занимает урогенитальный трихомониаз особенно у мужчин. Более чем у половины женщин выявляется бактериальный вагиноз. Практически у 40% как мужчин, так и женщин урогенитальному кандидозу сопутствовал урогенитальный хламидиоз.

Глава 5.

ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ И ИНВАЗИВНЫЕ МИКОЗЫ В ОНКОЛОГИИ, ГЕМАТОЛОГИИ, ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ И ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО КОМПЛЕКСА АМФОТЕРИЦИНА В У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

*Балашов Д.Н., Трахтман П.Е., Новичкова Г.А.,
Скоробогатова Е.В., Масчан М.А., Литвинов Д.В.,
Шипицына И.П., Дышлева З.М., Скворцова Ю.В., Масчан А.А.
НИИ детской гематологии Министерства здравоохранения РФ
Российская детская клиническая больница Министерства РФ
здравоохранения РФ
Москва*

Липидный комплекс амфотерицина В относится к генерации современных противогрибковых препаратов. Его основу составляет комплекс амфотерицина В с двумя фосфолипидами. Именно с этим связано снижение токсического эффекта на клеточные мембраны человека, поскольку под воздействием липаз, вырабатываемых грибами, высвобождение свободного амфотерицина В происходит в основном в очаге инфекции, что позволяет использовать препарат в более высоких дозах (до 5 мг/кг). Редуцированная токсичность, а так же высокая селективность к клеточным мембранам грибов явились веским аргументом для использования препарата в педиатрической практике у онкологических и онкогематологических пациентов.

Мы использовали липидный комплекс амфотерицина В (Амфолип) у четырех пациентов в возрасте от 6 до 15 лет (медиана – 9 лет), страдающих различными вариантами гемобластозов: ОМЛ – 1 пациент, ОЛЛ – 3 пациента. В трех случаях Амфолип использовался между курсами стандартной высокодозной полихимиотерапии, в одном случае – в раннем посттрансплантационном периоде после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК).

Пациенты 1 и 2: У обоих пациентов липидный комплекс амфотерицина В (Амфолип) был назначен эмпирически в период фебрильной нейтропении после очередного блока химиотерапии в дозах 3 мг/кг/сут и 4 мг/кг/сут соответственно. Длительность применения составила 3 дня в обоих случаях. Значимых изменений в клиническом состоянии пациентов не отмечалось. Оценить эффективность и безопасность липидного комплекса амфотерицина В не представилось возможным в связи с чрезвычайно коротким курсом его использования.

Пациент 3: Необходимость назначения Амфолипа была обусловлена стойким фебрилитетом на фоне аплазии кроветворения в ранний посттрансплантационный период после аллогенной ТГСК. Помимо комбинированной антибактериальной терапии перед назначением липидного комплекса амфотерицина В пациент однократно получил стандартный амфотерицин В, который был заменен на Амфолип в связи с нарастанием уровня сывороточного креатинина с 81 мкмоль/л до 156 мкмоль/л

л. Начиная с +10 дня (на третий день использования препарата) отмечалось заметное улучшение состояния пациента в виде стойкого афебрилитета. На + 14 день Амфолип отменен. В процессе использования липидного комплекса амфотерицина В креатинин сыворотки прогрессивно уменьшился до уровня 98 мкмоль/л.

Пациент 4: Клиническим контекстом к проведению и модификации противогрибковой терапии в данном случае являлся стойкий фебрилитет на фоне нейтропении после очередного блока высокодозной полихимиотерапии. Инициально пациенту была назначена комбинированная антибактериальная терапия и амфотерицин В (1 мг/кг). Состояние ребёнка ухудшалось, появился кашель. При КТ-исследовании органов грудной клетки обнаружен округлый очаг в верхней доле левого легкого с характерными рентгенологическими признаками инвазивного аспергиллеза. К терапии был добавлен итраконазол (9 мг/кг), а амфотерицин В заменен на Амфолип (3,3 мг/кг). В процессе проведения терапии уменьшилась интенсивность и частота лихорадки, исчез кашель. Учитывая стойкую положительную динамику и выход из агранулоцитоза, терапия липидным комплексом амфотерицина В прекращена через 10 дней. При контрольном КТ-исследовании через 1 месяц обнаружены рубцовые изменения на месте выявлявшегося ранее патологического очага. Признаков нефротоксичности во время терапии липидным комплексом амфотерицина В не отмечалось.

К сожалению, пока имеется небольшой опыт использования липидного комплекса амфотерицина В. Тем не менее эффективность препарата была продемонстрирована как в случае эмпирической терапии персистирующего фебрилитета на фоне аплазии кроветворения, так и в случае лечения пациента с клиническими признаками инвазивного легочного микоза. Кроме того, нельзя недооценить безопасный профиль препарата, что в одном случае позволило с успехом использовать Амфолип на фоне развития у пациента признаков токсической нефропатии, обусловленной использованием стандартного амфотерицина В.

КАНДИДОЗ СЛИЗИСТЫХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ

*Баранцевич Е.П., Баранцевич Н.Е., Лебедева Т.Н.
Медицинская академия последипломного образования
Государственный медицинский университет
имени акад. И.П. Павлова
Санкт-Петербург*

Кандидоз слизистых пищеварительного тракта является частым осложнением основного заболевания у больных различными вариантами

гемобластозов. Особое клиническое значение инфекции подобной локализации состоит в возможности диссеминации процесса в период проведения активной полихимиотерапии. Кандидоз слизистых желудочно-кишечного тракта, таким образом, требует своевременной диагностики и проведения адекватной терапии.

Мы наблюдали 109 пациентов (52 мужчин, 57 женщин в возрасте 17-82 лет), страдавших различными вариантами гемобластозов и имевших проявления кандидоза желудочно-кишечного тракта. Орофарингеальный кандидоз диагностировали у 61 больного. Во всех выявленных случаях орофарингеального кандидоза наблюдали проявления глоссита, стоматит был у 52(85,2%) больных. Субъективные симптомы орофарингеального кандидоза включали в себя различной выраженности сухость во рту, которая беспокоила всех больных, ощущения жжения в полости рта – у 32 (52,5%), неприятный вкус во рту – у 25(40,9%) человек. Макроскопически у пациентов с глосситом различали 2 формы кандидоза языка: псевдомембранозную – у 48(78,6%) и атрофическую – у 13(21,3%) больных. Лечение орофарингеального кандидоза проводили как неабсорбируемыми микостатиками (нистатин, леворин), так и препаратами системного действия (производные азолов, амфотерицин В). Во всех случаях достигли положительного эффекта.

Кандидоз пищевода диагностировали у 36 человек. Клинические проявления кандидоза пищевода включали в себя симптомы одино- и дисфагии, которые отмечали 33(91,7%) пациента и симптомы общей интоксикации, которые были у 30(83,3%) больных. Жалоб не предъявляли 3(8,3%) пациента. Наиболее информативным методом исследования была фиброгастроскопия с последующим цитологическим исследованием brush-биоптатов. Терапия кандидоза пищевода неабсорбируемыми микостатиками была неэффективна. При проведении лечения производными азолов или амфотерицином В во всех случаях достигли положительного клинического эффекта.

Кандидоз толстой кишки диагностировали у 12 больных. Клинические проявления кандидоза толстой кишки включали в себя симптомы общей интоксикации и местные проявления инфекции. Симптомы общей интоксикации наблюдали у всех больных. В 5 случаях кандидоз толстой кишки предшествовал развитию диссеминированного кандидоза. Терапию кандидоза толстой кишки проводили антимикотиками системного действия (производные азолов, амфотерицин В). В большинстве случаев терапия была успешной, у 2 пациентов положительного эффекта добиться не удалось.

Таким образом, среди наблюдавшихся нами пациентов с различными клиническими формами кандидоза слизистых пищеварительного тракта наибольшей тяжестью течения отличался кандидоз толстой кишки. Этот вариант кандидоинфекции у части больных привел к диссеминации процесса и хуже поддавался терапии системными антимикотиками.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ЗИГОМИКОЗ У РЕБЕНКА С ЛЕЙКОЗОМ

*Колбин А.С., Бойченко Э.Г.¹, Попов С.Д.¹,
Ильина Н.А.¹, Аравийский Р.А.², Клишко Н.Н.²*
*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая
медицинская академия*
¹ Детская городская больница № 1
*² Медицинская академия последипломного образования
Санкт-Петербург*

В последние годы, у детей с острым лейкозом, диагностируют ранее редкие грибковые инфекции, такие как инвазивный зигомикоз (ИЗ). Согласно обзору литературы, всего с 1980 по 2004 гг в доступной литературе было опубликовано 120 описаний ИЗ у онкогематологических и онкологических больных. У данной категории больных, наиболее часто ИЗ поражает нижние дыхательные пути – от 64 до 81%. Затем по частоте – риноцеребральная инфекция (16 – 24%), которая так же характеризуется быстрым прогрессирующим течением. При этом, более чем в половине случаев ИЗ принимает диссеминированный характер за счет гематогенного распространения. Сообщений по ИЗ в России нами не обнаружено, что и явилось целью настоящего исследования.

Методы. Работа была проведена в отделении химиотерапии лейкозов Детской городской больницы № 1 Санкт-Петербурга. Для постановки диагноза ИЗ использовали клинические и лабораторные критерии, предложенные научно-исследовательским институтом медицинской микологии имени П.Н. Кашкина медицинской академии последипломного образования. Клиническим критерием ИЗ являлась персистирующая более 96 часов лихорадка, рефракторная к назначению антибиотиков широкого спектра действия. Клиническими критериями ИЗ нижних дыхательных путей считали обнаружение инфильтратов при компьютерно-томографическом исследовании (КТ) и признаки инфекции нижних дыхательных путей, такие как кашель, хрипы в легких. Клиническими критериями ИЗ центральной нервной системы (ЦНС) были радиологические признаки вовлечения ЦНС при КТ. ИЗ считали доказанным, если была инфекция глубоких тканей при прямой микроскопии и гистопатология. Образцы тканей были окрашены гематоксилином и эозином и PAS-реакцией. Так же были подвергнуты систематическому анализу исследования по ИЗ у пациентов с гемобластозами. При исследовании мы в основном опирались на базу данных “MEDLINE“, (с 1980 по декабрь 2004 гг). При поиске информации использовали следующие ключевые слова – *zygomycosis; acute leukemia*.

Результаты. Мы наблюдали девочку 9 лет, которая получала лечение по поводу острого лейкоза с сентября по октябрь 2004 года. Постцитостатическая гипоплазия кроветворения была осложнена развитием генерализованной бактериальной инфекцией, орофарингиальным канди-

дозом и энтеропатией. Больная получала антибиотики широкого спектра действия, флуконазол парентерально, колониестимулирующий фактор-стимуляция лейкопоэза, повторные переливания гемокомпонентов крови. Тем не менее, состояние прогрессивно ухудшалось – гипертермия, проявления афтозно-язвенного стоматита и энтеропатии сохранялись. Через неделю присоединилось токсическое поражение печени с нарастающей гипербилирубинемией, усилился геморрагический синдром, появилась одышка, в лёгких – влажные мелкопузырчатые хрипы справа. На рентгенограмме органов грудной клетки: нижнедолевая инфильтрация правого легкого, снижение пневматизации обоих легких. Учитывая не эффективную стартовую антимикотическую терапию, была проведена модификация лечения – амфотерицин В в дозе 1,0 мг/кг/сутки. Все многочисленные повторные посевы крови на бактериальные возбудители и грибы были отрицательные. В ходе ультразвукового исследования органов брюшной полости на границе правой и левой доли печени выявлен очаг пониженной эхогенности, размерами 4x4.3 см, с неровными контурами, неоднородной структуры. Больной было проведено КТ легких, брюшной полости, головного мозга. Были выявлены признаки полисерозита, жидкость в полости перикарда, плевры справа, в брюшной полости с обеих сторон, гепатоспленомегалия. Очаги в печени и селезенке. Признаки острой деструкции в нижней доле правого легкого в стадии некроза и гнойного расплавления. Образование в подкорковых ядрах левого полушария головного мозга (1 см в диаметре). Учитывая изменения при КТ исследования, не эффективную проводимую антибактериальную и антимикотическую терапию, ребенку был назначен каспифунгин. В связи с пребыванием на ИВЛ, регулярно проводилась коррекция инфузионной терапии и парентерального питания. Несмотря на проводимую комплексную терапию, состояние больной оставалось тяжёлым. Рентгенологически в легких отрицательная динамика – укрупнение полостей распада в нижней доле правого лёгкого, формирование одной многокамерной полости, занимающей всю нижнюю долю. Все это потребовало перевода на жесткие параметры ИВЛ, высоких доз инотропов и адреналина. Однако, несмотря на это – тенденция к гипотонии, сохранялась анурия, брадикардия с переходом в асистолию; реанимационные мероприятия без эффекта.

По данным патологоанатомического вскрытия у ребенка имел место диссеминированный зигомикоз легких, печени, селезенки, головного мозга. Были обнаружены некрозы, гранулемы и абсцессы в легких, печени, селезенке. Фибринозно-продуктивные правосторонний плеврит и перикардит. Фибринозно-эритроцитарные тромбы в сосудах легких, печени, селезенки. Ишемический очаг некроза в левой лобной доли головного мозга. Очаговые кровоизлияния в легкие. Очаговый перипортальный фиброз печени. При микроскопическом исследовании легочной ткани, печени и селезенке было обнаружено, что ткани густо инфильтрированы нейтрофилами, сосредотачивающимися вокруг крупных очагов некроза. Некротические массы пронизаны толстым 8

– 12 мкм несептированным мицелием, ветвящимся под углом 90 градусов. Стенки гифов мицелия извитые, непараллельные. Грибы слабо базофильны, плохо воспринимают PAS-окраску. Грибы выявляются в печеночных капиллярах.

Особенностью течения заболевания у данного пациента явилось развитие ИЗ на фоне постцитостатической гипоплазии кроветворения. В дальнейшем, несмотря на полное восстановление нормального гемопоэза, микотическая инфекция была рефрактерна к проводимой терапии. Скорее всего, первичным очагом инфекции были легкие. В течение недели произошла диссеминация ИЗ в головной мозг, печень и селезенку.

Согласно данным литературы, лечение ИЗ у пациентов с гемобластомами крайне редко бывает удачным, только лишь в 25–30%. Азолы и каспофунгин при ИЗ не эффективны. Препаратами выбора являются системный полиеновый антимикотик – амфотерицин В или его липид-ассоциированные формы. Был проведен анализ факторов, от которых может зависеть эффективность терапии у данной категории пациентов. При вариационном анализе благоприятно прогностическими факторами были: мужской пол, использование высокодозного амфотерицина В и быстрая нормализация показателей белой крови (выход из агранулоцитоза). Однако, при проведении многофакторного анализа, достоверным благоприятным прогностическим фактором было использование липосомального амфотерицина В.

Выводы и рекомендации. У пациентов с гемобластомами и реципиентов костного мозга помимо инвазивного кандидоза и аспергиллеза, так же может быть инвазивный зигомикоз. У онкогематологических пациентов зигомикоз чаще поражает нижние дыхательные пути, при этом зачастую принимает диссеминированную форму. Зигомикоз агрессивная, быстро прогрессирующая фатальная инфекция, в течение 2–3 недель. Эффективность лечения зависит от ряда факторов, доминирующими из которых являются раннее назначение липосомального амфотерицина В в дозе не менее 5 мг/кг/сутки.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ КАНДИДОЗОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ЛЕЙКЕМИЕЙ

*Рыбальская А.П., Немировская Л.Н., Скачкова Н.К., Мельник
Е.А., Нагорная С.С., Горяинова Н.В., Федоровская Е.А.*

*Институт гематологии и трансфузиологии АМНУ
Институт микробиологии и вирусологии имени Д.К. Заболотного
НАНУ
Киев, Украина*

Дрожжи как возбудители микозов приобретают в последние годы все большее значение. Кандидемия признана самостоятельной но-

зоологической формой инфекции (Елинов Н.П., 2000). Особую роль дрожжеподобные грибы играют как возбудители инфекционных заболеваний у онкогематологических больных. Инфекционно-воспалительные осложнения (ИВО) у больных различными вариантами лейкозов возникают чаще всего в связи с поражением звеньев гемопоэза, которые отвечают за иммунный ответ. Наиболее частой причиной развития ИВО является нейтропения, которая возникает как следствие вытеснения миелоидных предшественников костного мозга лейкоэмическим клоном и проведения цитостатической терапии. Если раньше у таких пациентов системные микозы возникали лишь в терминальной стадии болезни, то в настоящее время они диагностируются как на этапах индукционной терапии, так и в периоды консолидации или ремиссии (Бышук В.А. с соавт., 1998). Установлено, что у здоровых лиц контаминация грибами наблюдается в 20 – 40% случаев, в то же время у онкологических больных она достигает 80%. Осложнения, вызываемые дрожжеподобными грибами и/или ассоциациями условно-патогенной микрофлоры, являются одной из причин гибели пациентов. Показано, что назальное носительство представляет собой значительный фактор риска развития ИВО. В 75% случаев инфицированию грибами рода *Candida* подвергается бронхолегочная система (Бурова С.А., Курбатова И.В., 2000).

Целью настоящей работы было прогнозирование, своевременная диагностика и коррекция лечебного процесса при инфекционных осложнениях микозной этиологии.

Под наблюдением находилось 70 больных острой лейкемией (ОЛ), проходивших курс лечения в отделении заболеваний системы крови Института гематологии и трансфузиологии АМН Украины (зав. отделением проф. Третьяк Н.Н.) с 2001 по 2004 год. Все больные получали курсы химиотерапии, состоящие из следующих цитостатических препаратов: при острой миелобластной лейкемии (55 пациентов) — цитарабин, доксорубин по схеме >7+3”, при острой лимфобластной лейкемии (15 пациентов) винкристин, доксорубин, цитарабин, циклофосфан, тиогуанин, преднизолон по >протоколу Хельцера”. Кроме того, при возникновении ИВО, больные получали курсы антибактериальной терапии антибиотиками широкого спектра действия.

Результаты микробиологического мониторинга биотопов больных ОЛ свидетельствуют о том, что из носовой полости и зева у 77,2% пациентов было изолировано 62 штамма дрожжеподобных грибов рода *Candida*, 1 штамм *Hanseniасpora guilliermondii*, 1 штамм *Trychosporon sp.* в ассоциациях с факультативными и условно-патогенными представителями фирмакутов и грациликутов (693 штамма). У ряда пациентов грибковая инфекция имела проявления в виде кандидозного поражения слизистой оболочки ротовой полости, острого фарингита.

Следует отметить, что дрожжеподобные грибы рода *Candida* встречались в биотопах носовой полости реже, чем в зеве. Так, из носовой

полости больных ОЛ изолировано 14 штаммов *sp* в количестве 10^1 – 10^2 КОЕ/мл, в тоже время из зева было выделено 40 штаммов дрожжеподобных грибов в количестве 10^1 – 10^4 КОЕ/мл.

При исследовании колонизации кишечника дрожжеподобными грибами рода *Candida*, установлено, что они выделялись у 50% пациентов в количестве 10^4 – 10^6 КОЕ/г.

На основании морфолого-культуральных и физиолого-биохимических свойств нами проведено определение видового состава 89 штаммов дрожжеподобных грибов согласно определителю Kurtzman and Fell (1998г). Результаты исследований свидетельствовали, что оптимальный температурный режим культивирования грибов составил 25°C. Период культивирования на твёрдых средах варьировал от 7 суток до 1-го месяца, на жидких питательных средах — 2-3 суток. Морфологические характеристики колоний и клеток большинства выделенных культур соответствовали типичным признакам рода *Candida*. Наличие или отсутствие мицелия служило дополнительным признаком для межвидовой дифференциации дрожжей. Признаки брожения и ассимиляции углеводов были характерными для представителей рода *Candida*. Определение видового состава дрожжеподобных грибов, выделенных из различных биотопов больных ОЛ показало, что 47,8% изолированных штаммов идентифицированы как *C. albicans*; 8,7% — как *C. rugosa*; в единичных случаях выделялись *C. glabrata*, *C. famata*, *C. inconspicua*, *C. parapsilosis*, *C. tropicalis*.

В тоже время не удалось провести видовую идентификацию 5 штаммов, что очевидно было связано со сменой классических признаков дрожжей под влиянием напряжённой цитостатической терапии.

Результаты изучения чувствительности дрожжеподобных грибов к 6 антимикотическим препаратам показали, что наиболее активными по отношению к выделенным штаммам были: клотримазол — 68,7% чувствительных штаммов, нистатин — 65,8% чувствительных штаммов, амфотерицин В — 53,7% чувствительных штаммов. Значительно меньшей эффективностью обладал кетаконазол — 23,3% чувствительных штаммов. Выраженной устойчивостью отличались культуры к итраконазолу и дифлюкану (по 6,7% чувствительных штаммов).

Таким образом, в результате проведенного микробиологического мониторинга установлено, что одним из ассоциантов микрофлоры биотопов носовой полости, зева и кишечника больных ОЛ являются дрожжеподобные грибы. Определение количественного состава дрожжеподобных грибов основных биотопов больных позволяет проводить раннюю диагностику нарушений нормоценоза, с последующей деконтаминацией с помощью антимикотических препаратов, и избежать развития тяжёлых инфекционно-воспалительных осложнений.

ИНВАЗИВНЫЙ АСПЕРГИЛЛЕЗ ЛЕГКИХ В ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Клясова Г.А., Петрова Н.А., Готман Л.Н.,
Паровичникова Е.Н., Михайлова Е.А., Хорошко Н.Д.,
Кременецкая А.М., Кравченко С.К., Птицин С.А.,
Любимова Л.С., Митиш Н.Е., Галстян Г.М., Савченко В.Г.
Гематологический научный центр РАМН,
Москва*

В течение последних 15-20 лет регистрируется существенное увеличение частоты заболеваемости и летальности от инфекций, вызванных грибами. Наиболее высокая частота летальных исходов отмечается при инвазивном аспергиллезе. Именно микозы, вызванные аспергиллами, преобладают сейчас у больных с заболеваниями системы крови.

Цель исследования: изучить результаты терапии инвазивного аспергиллеза легких за период с 2000 по 2005 г. в рамках одного центра.

Материалы и методы. Диагностика инвазивного аспергиллеза легких проводилась в соответствии с Международными критериями. В категорию доказанного инвазивного аспергиллеза легких включены случаи обнаружения мицелия при гистологическом (цитологическом) исследовании или культуры грибов при микробиологическом исследовании из биоптата, взятого из очага, который связан с инфекцией по результатам клинического и радиологического исследований. Критериями вероятного инвазивного аспергиллеза легких явилось сочетание следующих признаков: 1 – наличие факторов риска, индуцирующих инфекцию со стороны макроорганизма (нейтропения, или лихорадка, или лечение глюкокортикоидами, или болезнь “трансплантат против хозяина”), 2 – выделение культуры *Aspergillus* из мокроты или бронхоальвеолярной жидкости (или мицелия грибов из этих биосубстратов при микроскопии) или положительного антигена *Aspergillus*, 3 – выявление очагов (инфильтратов) в легких при радиологическом исследовании. В группу больных с возможным инвазивным аспергиллезом легких вошли пациенты, у которых присутствовали факторы, индуцирующие возникновение инфекции, а при радиологическом исследовании определялись очаги в легких, характерные для инвазивного аспергиллеза.

Лечение инвазивного аспергиллеза легких проводили амфотерицином В (“фунгизон”, внутривенное введение в суточной дозе 0,6-1,25 мг/кг), каспифунгином (“кансидас”, внутривенное введение, в 1й день 70 мг в сутки, далее 50 мг), вориконазолом (“вифенд”, внутривенное введение, в 1й день по 6 мг/кг 2 раза в сутки, далее по 4 мг/кг 2 раза в сутки; пероральное применение (таблетки) по 200 мг 2 раза в день).

Частота доказанного инвазивного аспергиллеза легких составила 2%, вероятного – 84%, возможного – 14%

Результаты. Инвазивный аспергиллез легких был диагностирован в 50 случаях у 49 пациентов в возрасте от 16 до 78 лет, медиана 35. У 1 больной было зарегистрировано повторное поражение аспергиллами легких через 4 года в период рецидива острого лейкоза. В структуре инвазивного аспергиллеза легких основную долю составили больные острыми лейкозами (54%). Интенсивная цитостатическая терапия у них была в 41% случаев. В 54% случаев аспергиллез легких развился при критической нейтропении (нейтрофилов менее 500 в 1 мм³), медиана длительности которой составила 29 дней (от 3 до 144 дней). 29 больным назначались глюкокортикоидные препараты. При диагностике инвазивного аспергиллеза легких культура *Aspergillus spp* была выделена в 46% случаях. Видовое разнообразие было следующим: *A.fumigatus* (59%), *A.flavus* (29%), *A.niger* (4%), *A.versicolor* (4%), в 1 (4%) случае идентификации не проводилось. Положительный антиген *Aspergillus* выявлен в 27 случаях (методом “латекс-агглютинации” в 12, иммуноферментного анализа – в 15). У 8 из 15 больных оба значения индекса антигена *Aspergillus* в крови составили менее 1,5 ед. У всех больных отмечалось поражение легких, выявленное при рентгенологическом исследовании или компьютерной томографии. Совпадение изменений в легких, определяемое как на рентгенограммах, так и компьютерных томограммах, было лишь у 30% больных. Излечение было достигнуто в 44% случаев, летальность составила 56%.

Общая выживаемость при инвазивном аспергиллезе легких в течение 90 дней была 47%. Эффективность терапии амфотерицином составила 29%. Назначение вориконазола было эффективным у 3 из 5 больных, каспофунгина – у 3 из 7. Оперативное лечение было проведено 4 больным.

Заключение. Летальность при инвазивном аспергиллезе легких за пятилетний период, когда основным препаратом в лечении был амфотерицин В, составила 56%. Снижение летальности может быть достигнуто за счет ранней диагностики инфекционного процесса и назначения эффективных антимикотиков. Определенный оптимизм в терапию инвазивного аспергиллеза вносит появление нового эффективного антимикотика – вориконазола. Однако снизить летальность удастся лишь в том случае, если вориконазол будет использоваться как препарат первого ряда в лечении аспергиллеза, а не за 24 часа до смерти больного. Необходимо проведение многоцентровых исследований с целью определения показаний для сочетанной антифунгальной терапии.

ИНВАЗИВНЫЙ АСПЕРГИЛЛЁЗ В ПРАКТИКЕ ОТДЕЛЕНИЙ ДЕТСКОЙ ГЕМАТОЛОГИИ И НЕОНАТОЛОГИИ

*Тулупова Е.В., Бронин Г.О., Харазова Л.В.,
Высоцкая Т.А., Тимаков А.М., Кондратчик К.Л.,
Першина Г.Д., Буслаева Г.Н.*

*РГМУ, НИИ детской гематологии МЗ РФ, Морозовская больница
Москва*

Последние 20 лет отмечается увеличение частоты инвазивной грибковой инфекции у детей из гематологических стационаров. Расширился спектр грибов – возбудителей микозов. Всё большую актуальность приобретают мицелиальные грибы, в первую очередь из рода *Aspergillus*, которые вызывают микозы, протекающие наиболее тяжело и, по данным литературы, в 40-100% случаев оканчивающиеся летально. Тенденцией последнего времени является распространение инвазивной грибковой инфекции, вызванной плесневыми грибами, в отделениях для новорождённых, где также находятся иммунокомпрометированные пациенты. Целью данной работы явилось изучение роли инвазивного аспергиллёза в ряду инфекционных осложнений у детей из отделений гематологии и неонатологии Морозовской детской клинической больницы города Москвы.

За истекшие 10 лет (1994-2004) диагноз инвазивного аспергиллёза был поставлен 13 больным. 12 детей наблюдались в гематологическом отделении, 1 – в отделении для новорождённых. В соответствии с критериями группы по изучению инвазивной грибковой инфекции EORTC-NIAID (Ascioglu et al, 2002) у 2 больных диагноз был доказан морфологически, у 4 – был вероятным (клинические + микробиологические критерии), у 7 – возможным (только данные клинико-рентгенологического обследования у больных из группы риска).

У 2 детей из последней группы после оперативного удаления очагов из лёгких диагноз аспергиллёза не был подтверждён. При морфологическом исследовании был выявлен у одного – диссеминированный туберкулёз, у другого – инвазивный кандидоз лёгких. Однако обоим больным по формальным критериям (клинико-рентгенологическая картина) был поставлен диагноз инвазивного аспергиллёза, и до операции им проводилась системная антифунгальная терапия. В данной работе эти 2 случая рассматриваются с позиций дифференциального диагноза.

3 больных получали лечение по поводу острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ), 3 – рецидива ОЛЛ, 2 – острого нелимфобластного лейкоза (ОНЛЛ), 2 – приобретённой апластической анемии, 1 – острого бифенотипического лейкоза. 1 ребёнок наблюдался по поводу синдрома Цинссера-Коула, 1 – по поводу ретикулярной дисгенезии. У 7 из 9

больных, получавших полихимиотерапию по поводу острого лейкоза, очаги в лёгком были выявлены на этапе индукции, а у 4 из них – при первичном поступлении в стационар.

Поражение лёгких отмечалось у 12 из 13 больных. У 11 детей очаги выявлены при рентгенографии грудной клетки, у 3 – на компьютерной томограмме. При этом у 1 ребёнка поражение лёгких сочеталось с очагом в почках, у 1 – с поражением околоносовых пазух и очагом в селезёнке, у 1 – с синуситом, у 1 новорожденного ребёнка отмечалась генерализованная инфекция с поражением грибами *Aspergillus spp.* всех внутренних органов и головного мозга. У 1 больного отмечался изолированный аспергиллёзный синусит. Поражения лёгких у 6 больных были единичными, у 6 – множественными. У 4 из них очаг локализовался в области корня.

У всех больных было выявлено снижение уровня гранулоцитов крови менее $1 \times 10^9/\text{л}$ длительностью от 4 до 230 дней. У 12 из 13 детей (исключая новорождённого ребёнка с ретикулярной дисгенезией) отмечалась фебрильная лихорадка, продолжавшаяся от 4 до 82 дней. У всех 8 больных, у которых проводились исследования уровней провоспалительных белков в крови, было выявлено их повышение. У 5 больных с поражением лёгких отмечалось лёгочное кровотечение, у 2 из них оно явилось причиной смерти.

Погибло 9 из 11 больных с инвазивным аспергиллёзом. 5 из них проводилась терапия дезоксихолатом амфотерицина В (АмВ) в дозе 0,5-1,5 мг/кг/сут (в зависимости от переносимости). 1 ребёнок получил липосомальный АмВ в дозе 3 мг/кг/сут. 2 больных – дезоксихолат АмВ в дозе 1 мг/кг/сут + итраконазол. 1 – липосомальный АмВ в дозе 1 мг/кг/сут + итраконазол.

Оперативное удаление очагов из лёгких проведено 3 детям. 2 из них живы в ремиссии по основному заболеванию (ОЛЛ). 1 ребёнок, у которого после операции был поставлен диагноз диссеминированного туберкулёза, погиб через 1,5 года от рецидива основного заболевания (ОНЛЛ) без признаков активности грибковой или микобактериальной инфекции. Всем 3 больным перед операцией был проведён курс терапии дезоксихолатом АмВ в дозе 1-1,5 мг/кг, после операции – курс итраконазола в течение 6 месяцев.

У одного ребёнка с изолированным аспергиллёзным синуситом положительный эффект был достигнут в результате консервативного лечения. После безуспешно проведённых курсов терапии липосомальным АмВ в дозе 4 мг/кг/сут и каспофунгином была назначена комбинация препаратов: вориконазол в дозе 4 мг/кг/12 часов + дезоксихолат АмВ в дозе 0,5-1 мг/кг/сут. В настоящее время ребёнок получает терапию по поводу основного заболевания, без признаков аспергиллёзного поражения.

Таким образом, наше исследование показало, что инвазивный аспергиллёз является тяжёлым жизнеугрожающим инфекционным ос-

ложением у иммунокомпрометированных пациентов, которые могут находиться в отделениях различного профиля. Смертность при этом заболевании достигает 82%. Терапия стандартным дезоксихолатом АМВ и итраконазолом неэффективна. Раннее оперативное удаление очагов и комбинированная терапия с использованием современных антимикотиков в адекватных дозах может явиться методом выбора в лечении таких больных и предотвратить опасность фатального лёгочного кровотечения и гибели ребёнка.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «МИКОСИСТ» ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТЦИТОСТАТИЧЕСКИХ ГРИБКОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Фёдоров А.Б., Рукавицын О.А.

*Главный военный клинический госпиталь
имени академика Н.Н. Бурденко
Москва*

Эскалация цитостатического воздействия при лечении злокачественных лимфом и множественной миеломы позволила улучшить результаты лечения этих заболеваний, однако, такая тактика сопряжена со значительной иммуносупрессией и как следствие с тяжелыми инфекционными осложнениями. Грибковые поражения у онкогематологических больных представляют значительную трудность в диагностике и лечении. На долю кандидоза приходится большая часть всех микозов в гематологическом стационаре. Важнейшие факторы риска – гранулоцитопения, а также длительное применение глюкокортикоидов и антибиотиков. В гематологическом центре Главного военного клинического госпиталя имени Н.Н. Бурденко диссеминированные и инвазивные формы микозов, в том числе и кандидоза, в основном наблюдаются в отделении высокодозной химиотерапии миелотрансплантации. В коечном отделении, где проводится, в основном, стандартная химиотерапия первой линии инвазивные микозы диагностируются редко и чаще всего представлены они поверхностными формами кандидоза.

В последнее время активно обсуждается вопрос о целесообразности профилактического применения флюконазола у больных получающих ХТ. Цель профилактики – уменьшить общую смертность у больных получающих высокодозную и миелоаблативную химиотерапию, сопряженную с длительным периодом нейтропении. Однако следует отметить, что в течение последних 10-15 лет изменилось распределение

внутри рода *Candida* spp. в сторону увеличения доли возбудителей не относящихся к *C. albicans* и резистентных к флюконазолу.

Цель исследования

Выяснить является ли профилактическое применение препарата «Микосист» (флюконазол производства компании «Гедеон Рихтер») при проведении стандартной химиотерапии первой линии у больных лимфопролиферативными заболеваниями клинически полезным.

Клиническая база

Отделение химиотерапии лимфопролиферативных заболеваний гематологического центра Главного военного клинического госпиталя имени акад. Н.Н. Бурденко.

Материалы и методы

В исследование были включены 28 больных неходжкинскими лимфомами (в т.ч. хроническим лимфолейкозом), лимфогранулематозом и множественной миеломой на различных этапах лечения – первично-диагностированные, резистентные и прогрессирующие, которым проведено от 1 до 3-х курсов ПХТ. Все больные условно были поделены на две группы. В первой (15 пациентов) больные получали «Микосист» начиная с первого дня начала химиотерапии и на весь период возможной постцитостатической цитопении (в среднем 15 дней). Во второй (13 пациентов) профилактика «Микосистом» не проводилась. В обеих группах были больные, у которых в постцитостатическом периоде развивалась нейтропения 3-4 степени. С профилактической целью препарат «Микосист» назначался внутрь по 200 мг в сутки. В случае развития кандидозного поражения независимо от группы в которую входил пациент, лечение проводилось препаратом «Микосист» во флаконах для парентерального применения в дозе 200 мг в сутки внутривенно.

Результаты исследования

В первой группе не было зафиксировано ни одного случая кандидозного или другого микотического поражения. Во второй группе у 4 больных был диагностирован орофарингеальный кандидоз: у пациента с прогрессирующим лимфогранулематозом после курса ПХТ ДехаВЕАМ, после курса ПХТ СНОР-усиленный, два других пациента страдали множественной миеломой, лечение проводилось с применением высоких доз дексаметазона. Выявлено статистически достоверное различие между группами по частоте развития кандидозных осложнений.

Заключение

Назначение «Микосиста» с профилактической целью не является рутинной практикой, кроме случаев когда используется высокодозная химиотерапия с поддержкой стволовыми периферическими клетками. Широкое назначение препарата «Микосист» (флюконазол) всем больным лимфопролиферативными заболеваниями при проведении химиотерапии позволяет значительно снизить частоту развития кандидозных осложнений. Таким образом, препарат «Микосист» (флюконазол) является эффективным средством профилактики грибковых осложнений

у онкологических больных. Тем не менее, системное применение препарата с профилактической целью у больных лимфопролиферативными заболеваниями, получающих стандартную химиотерапию, может быть оправдано, особенно для пациентов, в лечении которых используются большие дозы глюкокортикоидов.

КАНДИДОЗ ПОЛОСТИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СПИД

Бессараб Т.П.¹, Егерева Е.В.

*¹ Московский городской центр профилактики
и борьбы со СПИД*

ВИЧ-инфекция/СПИД в настоящее время входят в десятку главных причин смертности в мире, что, безусловно, является актуальной проблемой современной медицины.

Среди выделенных и описанных СПИД-индикаторных заболеваний кандидоз — одна из оппортунистических инфекций — является наиболее распространённым признаком и регистрируется у ВИЧ-инфицированных в стадии лимфаденопатии в ≈45% случаев, а при СПИД — в 85–95%. Более чем у 60% больных в течение 3 месяцев после лечения возникает рецидив.

Кандидоз верхних дыхательных путей — острое или хроническое поражение слизистых оболочек полости носа, придаточных пазух носа, нередко встречающаяся патология ЛОР-органов при ВИЧ-инфекции на стадии первичных проявлений (острая лихорадочная фаза — ПА, персистирующая генерализованная лимфоаденопатия — ПВ); вторичных заболеваний (ПА-В), вызванное диморфными грибами рода *Candida*. Из множества видов рода *Candida* всего около 20 являются патогенными для человека. Наибольшее значение в патологии человека имеют кандидозы, обусловленные *C. albicans var. albicans*, *C. albicans var. stellatoidea*, *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. parapsilosis*, *C. krusei*, *C. lusitaniae*. В последнее время возрастает число штаммов *C. albicans*, устойчивых к флюконазолу. У ВИЧ-инфицированных более 90% всех кандидозов вызывает *C. albicans* серотипа В. При умеренных нарушениях иммунитета, как правило, поражается ротоглотка, носоглотка, при тяжелом иммунодефиците возможно развитие кандидоза с поражением полости носа и придаточных пазух носа. Через альтерированную слизистую грибы могут проникать в кровь, вызывая фунгемию и сепсис.

Задача настоящего исследования заключалась в оценке распространённости кандидоза полости носа и придаточных пазух носа у пациентов с ВИЧ-инфекцией/СПИД.

Обследовано 137 пациентов (разные стадии ВИЧ-инфекции) с ранее установленной патологией полости носа (27,3%) и придаточных пазух носа (72,7%). Среди них – 93 мужчины и 44 женщин в возрасте от 17 до 59 лет. В основу работы легли данные клинических, лучевых (R-графия, КТ) и лабораторных (микробиологических, иммунологических, серологических) методов исследования.

Анализ жалоб обследованных лиц показал, что чаще всего (86,1%) они жаловались на постоянную заложенность носа в течение длительного времени при отсутствии результатов проводимой антибактериальной терапии; обильные слизисто-гнойные выделения (67,9%); головную боль (63,5%); ощущение давления, тяжести, инородного тела в пораженных пазухах (54,7%); сухость, жжение, зуд в носу (39,4%). Клинически был выявлен кандидоз полости носа: эритематозный; псевдомембранозный; гиперпластический; атрофический. По данным лучевой диагностики чаще поражались верхнечелюстные пазухи (84,7%). Кандидоз полости носа и придаточных пазух носа был верифицирован наличием гиф, псевдогиф, дрожжевой флоры в посеве. При исследовании патологического содержимого носовых ходов, материала, полученного при диагностических пункциях, выделяли различные виды рода кандиды: *C. albicans* (106), *C. tropicalis* (14), *C. krusei* (11), *C. parapsilosis* (6). Более чем у половины больных имела место кандидо-бактериальная ассоциация (*S. aureus*, *S. haemolyticus*, *S. anginosus*, *S. agalacticae* и др.). Яркие клинические проявления кандидоза полости носа и придаточных пазух носа, как правило, имели место на фоне выраженной иммуносупрессии, при снижении абсолютного содержания CD4⁺-лимфоцитов <100/μL и высоком уровне вирусной нагрузки. Всем больным была проведена фунгицидная терапия по разным схемам ингибитором 14-диметилазы флюконазолом, в подавляющем большинстве случаев лечение было высокоэффективным.

В развитии кандидоза полости носа и придаточных пазух носа обращает на себя внимание неблагоприятный преморбидный фон: язвенно-некротическая форма герпетической инфекции, туберкулёз, цитомегаловирусная инфекция, саркома Капоши, анемия, ВИЧ-энцефалопатия, wasting-синдром. Установить продолжительность ВИЧ-инфицирования нередко не представляется возможным. Кандидоз полости носа и придаточных пазух носа часто развивается последовательно за орофарингеальным и кандидозом пищевода.

Своевременная диагностика и рациональная фунгицидная терапия позволяют избежать хирургического лечения и улучшают качество и продолжительность жизни больных ВИЧ-инфекцией.

ТЯЖЕЛЫЕ КАНДИДОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ СПИДОМ

Ермак Т.Н.

*Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе
со СПИДом
Москва*

С ростом числа ВИЧ инфицированных в нашей стране неуклонно увеличивается и число больных, доживших до поздних стадий болезни (СПИД), когда проявляются различные оппортунистические болезни. Среди них тяжелые кандидозные поражения занимают далеко не последнее место, причем в последние 2-3 года наблюдается рост их доли среди регистрируемых при жизни вторичных поражений. Так, в 2003 г. из 115 госпитализированных в отделение ВИЧ-инфекцией КИБ №2 больных с диагнозом СПИДа у 19 (16,5%) зарегистрированы тяжелые проявления кандидозной инфекции (эзофагит, висцеральные поражения, генерализованный процесс) при жизни. Все они прошли эффективное лечение. По данным аутопсии (умерли 25 больных-21,7%) ни у одного умершего не было проявлений грибковых инфекций. В прошлом году из 165 больных с диагнозом СПИДа тяжелые кандидозные поражения при жизни установлены у 20(30,3%), посмертные находки составили 11,5% (таблица). Следует подчеркнуть, что с каждым годом

Регистрация вторичных заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией в 2004 году

Заболевания	Госпитализировано (всего 165) Абс/%	Аутопсия (26/17,5%) Абс/%
Туберкулез	105/64	5/19,2
Цитомегаловирусная инфекция	15/9,1	5/19,2
Церебральный токсоплазмоз	11/7	5/19,2
Кандидозный эзофагит и/или висцеральный кандидоз	20/30,3	3/11,5
Саркома Капоши	6/2	2/7,7
Пневмоцистная пневмония	9/5,5	1/3,8
Лимфосаркома	5/3	1/3,8
Прогрессирующая многоочаго- вая лейкоэнцефалопатия	3/1,8	0
Волосатая лейкоплакия	1/0,6	0
Тяжелые бак.пневмонии	0	1/3,8

все больше выявляется больных с тяжелыми оппортунистическими инфекциями, которые дожили до последних стадий ВИЧ-инфекции, не зная о своем ВИЧ-статусе, или не обращались за медицинской помощью. Соответственно они не получали противоретровирусной терапии, которая препятствует прогрессии ВИЧ-инфекции и развитию оппортунистических заболеваний. Многие из них госпитализируются, имея значительное снижение параметров иммунного статуса, которые даже при назначении противоретровирусной терапии и специфических средств, направленных на лечение оппортунистического поражения, восстанавливаются крайне медленно, поэтому у таких больных лечение может быть неэффективным, возможен рецидив заболевания или присоединение других вторичных поражений.

Таким образом, в последние годы наряду с ростом числа больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции с наличием оппортунистических заболеваний наблюдается рост числа больных с тяжелыми кандидозными поражениями, которые в структуре оппортунистических инфекций (по данным аутопсии) в 2004 году заняли 4 место.

МИКОЗЫ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА В УЛЬЯНОВСКОМ РЕГИОНЕ

*Ибрагимова Л.Э., Гладько В.В., Соколова Т.В.
Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ
Москва
Ульяновский Областной центр по профилактике и борьбе со
СПИДом и инфекционными заболеваниями
Ульяновск*

Стремительность нарастания масштабов пандемии ВИЧ-инфекции в мире, отсутствие надежных средств лечения и профилактики дают право отнести эту проблему к самым актуальным вопросам современности. В мире по оценке экспертов Всемирной организации здравоохранения по состоянию на 1 января 2001 года инфицировано ВИЧ более 43 млн. человек, в России на 1 сентября 2002 года — около 230 тыс. По подсчетам эпидемиологов реальное число ВИЧ инфицированных в России превышает официальные показатели в 10 раз. В Вооруженных силах РФ с 1989 и по состоянию на 1 сентября 2002 зарегистрировано около 1600 военнослужащих, инфицированных ВИЧ или 0,7% от

общего уровня заболеваемости в стране. Нельзя не отметить тревожный для Российской армии факт значительного прироста числа ВИЧ-инфицированных. Если в 1995 году случай ВИЧ-инфекции выявлялся ежеквартально, то в 2000 г. — ежедневно, а в 2002 г. — по два случая в день. Эпидемиологический анализ показал, что основную массу случаев ВИЧ инфицированных составляют военнослужащие по призыву и солдаты первого года службы.

Целью настоящего исследования явилось изучение встречаемости микозов кожи и слизистых оболочек у ВИЧ инфицированных лиц призывного возраста. Первым этапом выявления ВИЧ инфицированных было консультирование подростков специалистами призывных медицинских комиссий военкоматов в связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой в регионе. Затем проводилось добровольное обследование на ВИЧ инфекцию. Выявленных ВИЧ позитивных пациентов осматривал дерматовенеролог. Диагноз микоза кожи или слизистых оболочек ставился клинически и подтверждался бактериоскопически. Под наблюдение было 805 ВИЧ инфицированных юношей призывного возраста, взятых на учет в 1999-2003 годах.

Треть (35%) ВИЧ инфицированных лиц призывного возраста имела отрубевидный лишай. Отличительной особенностью заболевания был распространенный процесс с вовлечением кожи волосистой части головы, плечевого пояса, верхних конечностей до середины предплечья, спины и груди. Типичными были крупные очаги поражения за счет быстрого периферического роста. Заболевание отличалось торпидностью к проводимой терапии.

Микоз стоп наблюдался у 26,6% больных. Клинически преобладал микоз, обусловленный красным трихофитом. Клиническая картина была представлена, в основном, гиперкератозом подошв, выраженным муковидным шелушением с усилением кожного рисунка. Процесс, как правило, был симметричным. У трети больных процесс распространялся на тыл стоп, у четверти были поражения кисти.

Себорейный дерматит имел место у 15% больных. Для данного заболевания была характерна эритема с отрубевидным шелушением. Процесс локализовался на лице, волосистой части головы, груди и спине.

Кандидоз слизистой оболочки полости рта наблюдался у 13,4% ВИЧ позитивных юношей призывного возраста и всегда сочетался с хейлитом и симметричными заедами. Чаще поражался язык (псевдомембранозная и атрофическая формы) и миндалины, реже — слизистая щек и задней стенки глотки.

Онихомикоз выявлен у 8,3% больных. Преобладало поражение I и V ногтевых пластинок по гипертрофическому типу, чаще обеих стоп. Треть данных пациентов имела множественные поражения ногтевых пластинок.

Выше изложенное свидетельствует, что микозы кожи и ее придатков являются значимыми дерматологическими маркера ВИЧ инфекции.

Существенно, что ВИЧ инфекция является фактором, способствующим инфицированию грибами лиц молодого возраста.

КАНДИДОЗ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК У БОЛЬНЫХ СПИДОМ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Ибрагимова Л.Э.

*Ульяновский Областной центр по профилактике и борьбе со
СПИДом и инфекционными заболеваниями
Ульяновск*

Общеизвестна стремительность нарастания инфицированности вирусом иммунодефицита (ВИЧ) населения мира в целом, России, в частности, и военнослужащих ВС РФ, как определенного, стратегически значимого контингента. В ВС РФ наибольшее число ВИЧ инфицированных военнослужащих по призыву поставили 12 регионов РФ. Это Самарская, Московская, Калининградская, Оренбургская, Свердловская, Челябинская, Тверская, Тюменская, Саратовская, Иркутская, Ульяновская области и город Москва. Отсюда в ВС страны направлено от 63% (1998) до 88% (1996) ВИЧ инфицированных военнослужащих по призыву. В связи с этим в регионе была активизирована работа по консультированию лиц призывного возраста медицинскими комиссиями военкоматов, что явилось причиной изначально активного выявления ВИЧ инфицированных, а позднее – снижению уровня заболеваемости. Пик заболеваемости пришелся на 2000 год (в РФ на 2001). Интенсивный показатель составил 158. Рост инфицированности по сравнению с 1998 и 1999 годами произошел в 395 и 83 раза соответственно. Начиная с 2001 года, ВИЧ инфицированность населения области стала медленно снижаться. Интенсивный показатель при этом продолжал оставаться на высоком уровне, составляя 123 в 2001 году и 54 в 2002.

Целью настоящего исследования явилось изучение встречаемости кандидоза кожи и слизистых оболочек у больных СПИДом со стадиями 3А, 3Б и 3В. Таких больных было 114 человек в возрасте от 16 до 30 лет, мужчин 82, женщин 32. Грибковые поражения были на третьем месте, после туберкулеза и вирусных инфекций. Кандидо выявлен у 95 человек. Это составляет 2,6% от общего количества лиц, состоящих на диспансерном учете, и 83,3% от числа больных со стадией 3 (А-В). В последней группе преобладал кандидоз кожи (КК) и слизистых оболочек (КСО), составляя 77,2%. Системный кандидоз выявлен 7 (6,1%) человек, преобладая у мужчин (5 больных). Кандидоз бронхов, трахеи

и легких был у 5 больных, пищевода – у 2. Важно отметить, что кандидоз любой локализации у больных зарегистрирован впервые в 2004 году. Развитие грибковой инфекции проходило на фоне выраженного иммунодефицита. Средний уровень CD4 составлял $107,5 \pm 21,4$.

Следует отметить, развитие кандидоза кишечника, как сопутствующего заболевания в ответ на прием антибиотиков по поводу бактериальной инфекции. Так у 80% больных кандидоз кишечника развился как результат приема туберкулостатических препаратов.

Выше изложенное свидетельствует, что КК и КСО являются важными дерматологическими маркерами ВИЧ инфекции. Кандидоз, как осложнение, бактериальной терапии встречается достаточно часто.

Глава 6.

МИКОЗЫ В ДЕРМАТОЛОГИИ – ОТ ИЗУЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ К НОВЫМ КОНЦЕПЦИЯМ ПАТОГЕНЕЗА

ПУЗЫРНЫЙ ДЕРМАТОЗ ПЕЦИЛОМИКОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Ахунов В.М.

КБ № 85 Поликлиника №1

Москва

Под наблюдением находились две больные с клинически выраженным пециломикозом в форме бронхиальной астмы и буллезного поражения кожи в области верхних и нижних конечностей, живота.

Пециломикоз установлен на основании микологических и аллерго-иммунологических исследований. Из крови больных и содержимого пузырей был выделен грибок рода *Paecilomyces* вида *Paecilomyces variotii* Bainier (1907). Поражение кожи характеризовалось появлением на эритематозном фоне сгруппированных множественных пузырных высыпаний с жесткой, напряженной покрывкой. Пузыри располагались в виде гирлянды, сопровождалась сильным зудом и жжением.

Изменения в иммунном статусе в периоде острой фазы пециломикозной инфекции в крови характеризовались снижением уровня Т цитотоксических лимфоцитов, на фоне повышенного уровня общего IgE и секреторного IgA. В фазе иммунного ответа выявлено повышение содержания Th2, высокий уровень общего IgE с наличием специфических IgE-антител к аллергену гриба *Paecilomyces* и эозинофилия. В мазках-отпечатках с содержимого булл обнаружено множество сферул гриба и эозинофилов, участвующих в фагоцитозе грибных клеток.

Включение тербинафина (тербифин) в комплекс лечебных мероприятий способствовало обратному развитию респираторных и кожных симптомов.

РОЛЬ МИКОТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ

Дымо В.Н.

Днепропетровская государственная медицинская академия

Днепропетровск, Украина

Красный плоский лишай (КПЛ) — хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых, проявляющееся плоскими полигональными узелками на коже и высыпаниями серовато-белого (опалового) цвета на слизистых оболочках. Красный плоский лишай относится к хроническим рецидивирующим дерматозам; частота КПЛ, по данным разных авторов, составляет 1-2,4% среди всех дерматологических больных. В структуре заболеваемости в последнее десятилетие отмечается увеличение удельного веса КПЛ от 1,5% до 2,4%. Чаще болеют лица в возрасте от 30 до 60 лет. Несмотря на многочисленные исследования,

остаются невыясненными этиология и патогенез этого заболевания, отличающегося многообразием клинических форм, торпидностью течения, устойчивостью к проводимой терапии.

Согласно данным последних публикаций отечественных и зарубежных авторов, КПЛ рассматривают как полиэтиологическое заболевание. Наше представление о первопричине дерматоза ограничивается скорее гипотезами, чем факторами.

Отдельные сообщения в отечественной и зарубежной литературе касаются вопроса сочетания КПЛ с микозами.

Нами было исследовано 125 больных КПЛ из которых у 105 обнаружены проявления различных клинических форм микозов. У 25 человек из 105 группы обследованных возбудителем сопутствующей патологии являются грибы рода *Malassezia*. У данных больных на пораженных участках кожи отмечены невоспалительные желтовато-коричневого цвета, шелушащиеся пятна, постепенно увеличивающиеся в размерах. Сливаясь между собой они занимали значительные участки кожи, также у них были явления себореи. Течение заболевания длительное, после клинического излечения нередко наступают рецидивы. У больных данной группы мы отметили уменьшение количества Т-клеток при нормальном количестве В-лимфоцитов, уменьшение числа Т-хелперов и увеличение Т-супрессоров, умеренное угнетение неспецифических факторов защиты.

У 55 из 105 больных были выявлены микозы стоп, из них у 35 – онихомикозы. В этой группе возбудителем микозов в 80-85% случаев является *Trichophyton rubrum*, и в 15-20% *Trichophyton mentagrophytes interdigitale*. У больных данной группы отмечено угнетение функции Т-лимфоцитов, гиперпродукция IgM, дисбаланс Т-хелперов и Т-супрессоров, снижение иммунорегуляторного индекса.

У 20 из 105 пациентов больных КПЛ возбудителем грибковой инфекции является дрожжеподобные грибы рода *Candida*, преимущественно *Candida albicans*. Клинически эта форма проявлялась поверхностным кандидозом кожи и слизистых, который включал интертригинозный кандидоз, дерматит ладоней и подошв, онихию и паранихию, а также урогенитальный кандидоз. По нашим данным при этом отмечалось нарушение выработки IgA и IgM, происходило снижение общего числа Т-клеток, особенно за счет Т-хелперов, снижение иммунорегуляторного индекса Т-хелперы/Т-супрессоры, угнетение бластной трансформации лимфоцитов. Нередко формируется гиперчувствительность замедленного типа к антигену гриба, что осложняет течение заболевания.

Мы также изучили иммунный статус у 25 больных КПЛ без сопутствующего микоза. У больных данной группы отмечалось незначительное снижение иммунологической реактивности без выраженных локальных изменений, с незначительным уменьшением иммунорегуляторного индекса Т-хелперы/Т-супрессоры, за счет увеличения Т-супрессоров, содержания иммуноглобулинов, и показателей НСТ-теста, преимущественно в крови взятой из пораженной кожи.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что сопутствующая патология при КПЛ, частым представителем которой является микотическая инфекция, влияет на обмен веществ, защитные силы организма, способствуя развитию вторичного иммунодефицита, обуславливая значительное хроническое течение основного заболевания, частые рецидивы. Это необходимо учитывать при проведении комплексной терапии КПЛ.

МИКОЗЫ СТОП И РОЖА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Карнов В.В., Луполь Ю.В., Исламов В.Г.

*Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД РФ
Реутово-3, Московская область*

Микозы в армии занимают второе место после гнойничковых болезней кожи. Сам характер несения военной службы и среда проживания способствуют формированию у военнослужащих грибково – бактериальных ассоциаций. наших пациентов мы условно делим на 2 группы: 1-я – солдаты (служат 2 года), 2-я – офицеры и пенсионеры. Течение микоза стоп (МС) у больных из 1-й группы, как правило, протекает по «мокрому» типу: мацерация, трещины, воспалительные реакции в межпальцевых складках и восходящий лимфангоит. Во 2-й группе мы чаще наблюдаем монотонную «сухую» клинику МС (сквамозно-гиперкератотическую). В этой группе преобладают ониомикозы в той или иной степени выраженности. МС являются одним из фоновых заболеваний, способствующих развитию рожи.

Рожа – воспалительное поражение кожи и подкожной клетчатки по типу целлюлита, имеющее тенденцию к рецидивирующему течению – составляет в нашем отделении ежегодно до 3% от всех госпитализируемых с кожной патологией. Причем локализация рожистого воспаления в 98% случаях – средняя или нижняя треть голени. Возбудители рожи (обычно стрептококк группы А) проникает через поврежденную (микротравмы, небольшие трещины, расчесы) кожу, чаще всего нижних конечностей. Источником заражения являются больные различными стрептококковыми инфекциями (ангина, стрептодермия), а также бактерионосители. Известно, что до 40% лиц юношеского возраста являются носителями стрептококка группы А, а носители назофарингеальных стафилококков часто не могут от них избавиться в связи с выраженной резистентностью этих носоглоточных пиококков к антибиотикам.

У больных рожей и МС диагноз подтверждался клинической картиной и микроскопическими исследованиями. В 1-й группе грибы обнаружены в 67%, а клинические проявления МС (различные формы эпидермофитии стоп) практически в 100% случаях. Во второй группе соответственно: 54% и 79%.

Лечение основного заболевания – рожи проводилось по общепринятым методикам с применением антибактериальных средств. По поводу сопутствующего заболевания – МС проводилась различная антимикотическая терапия наружными средствами. В 1-й группе больных достигалось клиническое выздоровление по основному и сопутствующему заболеванию; с рецидивами рожи мы не встречались (по крайней мере за 2 года службы солдата). У части больных 2-й группы рецидивы рожи возникали практически ежегодно. Причину мы видим в хронической форме МС (онихомикозы) и недостаточной терапии наружными антимикотиками. Эти больные вновь поступали с выраженными явлениями МС: гиперкератоз, трещины на коже стоп. Литературные данные свидетельствуют о том, что у ряда больных при роже в коже и регионарных лимфатических узлах формируется очаг хронической стрептококковой инфекции, это обуславливает рецидивирующее заболевание. В то же время грибы оказывают на организм человека инфекционное, токсическое и сенсибилизирующее действие, что тоже требует лечения.

Культуральная диагностика в наших условиях затруднена, поэтому для лечения онихомикозов у больных с рецидивирующей рожей нижних конечностей мы рекомендуем системные антимикотики. Последние 3 года больным рожей и онихомикозом мы сразу в стационаре назначаем системные антимикотики. Однако средний койко-день при роже 15 дней, что недостаточно для полного лечения онихомикоза. Больные заканчивают курс лечения амбулаторно, под контролем дерматолога. У 11 больных с онихомикозом и рецидивирующей рожей прошедших полное лечение по поводу онихомикоза: 7 – получали «Ламизил» (Новартис) и 5 – «Тербизил» (Гедеон Рихтер А.О.) рецидивов рожи не отмечалось последние 2 года и явления онихомикоза полностью исчезли.

Развитие рецидива рожи вслед за обострением микоза свидетельствует о необходимости полного и эффективного лечения грибковой инфекции у данной категории больных. Это может быть достигнуто только системными антимикотиками.

ОНИХОМИКОЗЫ У ДЕТЕЙ

*Корсунская И.М., Климова И.Я.,
Шаповалова Ф.С., Тамразова О.Б.*

*Центр теоретических проблем
физико-химической фармакологии РАН
ГКБ №14 имени В.Г. Короленко
Москва*

Грибковое поражение ногтевых пластинок является довольно распространенным явлением и встречается преимущественно у взрослых. Однако в последнее время наблюдается рост обращаемости по поводу этой патологии пациентов детского возраста. Как правило, обращают-

ся родители не сразу при первых изменениях ногтевой пластинки, так как онихомикозы в детском возрасте являлись до не давнего времени большой редкостью, а спустя какое-то время, когда появляются изменения либо всей ногтевой пластинки, либо поражение других ногтевых пластинок.

Онихомикозы вызываются всеми видами грибов, но наиболее частыми возбудителями этой патологии являются *T. rubrum*, *T. Mentagrophytes*, на втором месте находятся дрожжеподобные грибы и наиболее редко встречаются онихомикозы, вызванные плесневыми грибами.

По данным микологического отделения больницы №14 в среднем в год получают лечение по поводу онихомикозов 10 детей. В основном с рубромикозом. Возраст пациентов колеблется от 1 до 15 лет. Амбулаторно же обращается гораздо большее количество пациентов, причем выявляется как рубромикоз, так и сочетанная инфекция. В отличие от взрослых подбор терапии более сложен, т.к. не все системные антимикотики можно использовать в педиатрии. В основном системная терапия проводится с использованием тербинафина и флуконазола.

По нашим наблюдениям находилось 26 детей с онихомикозом стоп и кистей в возрасте от 6 до 16 лет, из них 11 девочек и 15 мальчиков. Давность заболевания колебалась от 3 месяцев до 2 лет. Диагноз онихомикоза подтвержден лабораторно. Посев патологического материала сделан у всех пациентов. Причем у большинства детей процесс вызывался *T. rubrum* (21 пациент) и только у 5 выделена микст-инфекция *T. rubrum* + *Candida alb.*

У 11 детей было дистальное поражение, но в процесс было вовлечено более 5 ногтевых пластинок. У остальных тотальное поражение ногтевых пластинок.

Все детям назначался Тербизил (terbinafine) внутрь 1 раз в сутки. Доза зависела от веса и локализации процесса. Местно применяли лак Лоцерил 1 раз в неделю.

У всех пациентов в процессе лечения неоднократно проводилось исследование крови (общий и биохимический анализ) и мочи (общий анализ), в которых каких-либо изменений в процессе терапии и после ее окончания выявлено не было.

Микологическое излечение наступило у всех пациентов через 6-8 недель проводимой терапии, отрастание здоровых ногтевых пластинок отмечено в конце 3-го месяца от начала терапии на кистях и через 3-4 месяца на стопах.

Следовательно, можно сделать вывод, что данная схема терапии онихомикозов у детей является эффективной и может широко использоваться врачами в практике терапии этого заболевания в детском возрасте в стационарных и амбулаторных условиях.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОНИХОМИКОЗА

*Новоселов А.Ю., Степанова Ж.В., Спицын В.А.
ГУ ЦНИКВИ МЗ РФ
ГУ МГНЦ РАМН
Москва*

Онихомикоз является одним из наиболее частых грибковых заболеваний человека. Представляет интерес изучение генетической предрасположенности к онихомикозу. В отделении микологии ГУ ЦНИКВИ МЗ РФ и лаборатории экологической генетики ГУ МГНЦ РАМН проведена оценка генетического вклада в подверженность развитию заболевания при обследовании 100 больных онихомикозом стоп. Для генетического исследования использовались сыворотка крови и эритроцитарный ступок.

Исследован полиморфизм следующих генетических систем: групп крови АВО, РТС (диморфизм в ощущении горечи фенилтиокарбамида), Сегумен (генетический диморфизм в консистенции ушной серы), сывороточных белков (НР, С'З, PI), эритроцитарных ферментов (АСР1, PGM1, ESD, GLO1) среди больных онихомикозом стоп.

Были получены следующие результаты:

- частоты аллелей АВО*0, АВО*А и АВО*В составили 0.557, 0.228 и 0.215 соответственно.
- пропорции аллелей, контролирующих сухой и влажный типы ушной серы представлены как Сегумен*d = 0.548 и W=0.452.
- аллели, ответственные за вкус РТС составили РТС*Т = 0.461 (ощущ.) и РТС*t = 0.539 (неощущ.).
- частоты аллелей гаптоглобина: НР*1 = 0.375 и НР*2 = 0.625
- частоты аллели третьего компонента комплемента: С'3*S = 0.849, С'3*F = 0.151.
- пропорции аллелей ингибитора протеиназ (альфа-1-антитрипсина): PI*M1 = 0.880, PI*M2 = 0.060, PI M3 = 0.060.
- аллели кислой эритроцитарной фосфатазы: АСР1*А = 0.310, АСР1*В = 0.680 и АСР1*С = 0.010.
- аллели фосфоглюкомутазы-1 = PGM1*1+ = 0.580, PGM1*1- = 0.115, PGM1*2+ = 0.235 и PGM1*2- = 0.070.
- аллели глиоксалазы-1: GL01*1 = 0.335, GL01*2 = 0.665.
- аллели эстеразы Д: ESD*1 = 0.895, ESD*2 = 0.095 и ESD*5 = 0.010.

Достоверные различия больных онихомикозом от контроля были получены по следующим генетическим факторам:

1. Система Сегумен: Сег*d = 0.548 (больные) № = 100, Сег*d = 0.374 (контроль) № = 205, $\chi^2 = 16.50$.
2. Система третьего компонента комплемента С'З: С'3*F = 0.151, № = 93 (больные), С'3*F = 0.071, № = 329 (контроль). $\chi^2 = 11.21$.

3. Кислая эритроцитарная фосфатаза – АСР1: Частота аллеля АСР1 *С = 0.010 (больные), № = 100, частота АСР1*С = 0.041 (контроль), № = 328. $\chi^2 = 4.52$.
4. Частота аллеля Р1*М2 ингибитора протеиназ (альфа-1-анти-трипсина): Р1*М2 = 0.060 (больные) № = 100; Р1*М2 = 0.1372 (контроль), $\chi^2 = 8.70$.

Таким образом, получены достоверные различия у больных онихомикозом по сравнению с контрольной группой по 4-м генетическим факторам: системе Segumen, третьего компонента комплемента С'3, кислой эритроцитарной фосфатазе – АСР1, аллелю Р1*М2 ингибитора протеиназ (альфа – 1- антитрипсина). Установлено, что больные онихомикозом имеют специфическую генетическую структуру, отличающуюся от контрольной группы.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИКОЗОВ СТОП У ЛИЦ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кунакбаева Т.С.

*Научно-исследовательский кожно-венерологический институт
Министерства здравоохранения Республики Казахстан
Алматы, Казахстан*

Как свидетельствуют данные литературы сосудистая патология нижних конечностей играет в патогенезе микозов стоп существенную роль. (Старченко М.Е. с соавт., 1987, Лещенко В.М., 1990, Скурихина М.Е., 2002). Сосудистая патология характеризуется функциональными нарушениями в виде дистоний, спастических состояний, ведущих к снижению кровотока, венозной недостаточности, а также нарушению трофики тканей, снижению местной кожной температуры, уменьшению сало – и потоотделения, сухости кожи.

При облитерирующем эндартериите микоз стоп встречается с частотой до 98%, а при варикозной болезни голеней до 80% (Гребенщиков В.А. с соавт., 1993 г.). Сосудистая патология, в особенности хроническая венозная и лимфовенозная недостаточность, способствуют генерализации грибковой инфекции (Скурихина М.Е. с соавт., 2001). Бахтилин В.Я. (1973), Елецкая Л.В. (1974).указывают, что продукты жизнедеятельности грибов способны повреждать эластин и коллаген сосудистой стенки артерий и вен путем расщепления полинасыщенных жирных кислот, входящих в структуру биомембран клеток, тем самым увеличивать уровень лизосомальных ферментов и вызвать из-

менение проницаемости сосудистой стенки и необратимое расширение вен. Клиническими особенностями течения микозов стоп у больных с сосудистыми заболеваниями являются резкое превалирование *Tr. rubrum* (96%), сквамозно-гиперкератотической формы по сравнению с микозами стоп без сосудистой патологии (22%). Выявлена прямая зависимость заболеваемости микозами стоп от возрастного фактора и сосудистой патологии нижних конечностей.

По данным Комитета экспертов ВОЗ поражение сосудов нижних конечностей происходит в 20 раз чаще у больных сахарным диабетом, чем у лиц без эндокринной патологии. Сахарный диабет, приводя к ухудшению кровообращения в конечностях, по существу, является фактором риска развития микозов стоп и онихомикозов (Балтеева Ш.Р., 2002). У больных сахарным диабетом и микозами стоп наблюдается нарушение углеводного обмена, снижение Т-клеточного звена иммунитета, повышается восприимчивость кожи к повреждению тканей, что обусловлено хронической диабетической полиневропатией, атеросклеротической обструкцией артерий и микробным инфицированием (Соколова Г.А. с соавт., 1997, Edmons M. E., 1982), которые ведут к диабетической стопе (Ефимов А.С., 1973), гангрене, язвам (Дудченко Н.А., 1993).

Нами выявлено, что среди факторов повышенного риска у лиц пожилого и старческого возраста сосудистые заболевания нижних конечностей (варикозный симптомокомплекс, тромбофлебит, облитерирующий эндартериит) занимают второе место, составляя 57,5%. Выше изложенное послужило основанием для изучения частоты сосудистой патологии при микозах стоп, особенностей клинического течения и усовершенствования методов терапии у данной категории больных.

Нами проведено клиничко-лабораторное обследование 66 стационарных больных отделения сосудистой хирургии Центра хирургии имени А.Н. Сызганова и 12 городской клинической больницы г. Алматы.

При лабораторном исследовании у 66 человек обнаружены возбудители микозов стоп у 46 (69,7%). *Tr. rubrum* выявлен у 34 человек (73,9%), из них в сочетании с *C. albicans* у 19 (41,3%), с плесневыми микозами у 4 (8,7%), в монокультуре у 11 (26,1%), *Tr. interdigitale* у 2 (4,3%), из них с *C. albicans* у 1 (2,2%).

C. albicans выделен у 30 человек (65,2%). Из них в монокультуре у 9 (19,6%), в сочетании с *Tr. rubrum* у 19 (41,3%), с плесневыми у 1 (2,2%), с *Tr. interdigitale* у 1 (2,2%). Всего плесневые микозы выявлены у 5 (10,9%) больных.

Таким образом, возбудители микозов стоп в монокультуре встречались у 21 (45,7%) больных, а в различных ассоциациях у 25 (54,3%). У 97,8% больных микозом стоп в процесс были вовлечены ногтевые пластины.

Микозы стоп среди больных с сосудистой патологией встречаются в 1,5 раза чаще у женщин по сравнению с мужчинами. Большая часть (93,0%) больных микозами стоп с сосудистой патологией приходится на возраст от 41 до 80 лет.

Чаще всего микозы стоп и онихомикозы встречались у больных с тромбозом (12 человек; 26,1%), варикозной болезнью (10 человек; 21,7%), облитерирующим атеросклерозом (5 человек; 10,9%), с диабетической ангиопатией (11; 21,7%).

Наименьшее число микозов стоп регистрировалось у больных с синдромом Лериша, синдромом Рейно, с потэмболической ишемией поверхностной бедренной артерии (по 3 больных). Этим больным требовалось хирургическое вмешательство.

Наибольшее количество ногтей (7-8) было вовлечено в патологический процесс при варикозной болезни, тромбозе, синдроме Лериша, облитерирующем атеросклерозе, диабетической ангиопатии. Наименьшее (по 1 ногтевой пластине) были вовлечены в процесс при синдроме Рейно и постэмболической ишемии поверхностной бедренной артерии. При варикозной болезни у 2 больных были вовлечены 2 ногтевые пластины кисти.

Выраженный онихогрифоз 1 и 5 ногтевых пластинок стоп зарегистрирован у 3 больных с облитерирующим атеросклерозом и у 1 – с синдромом Рейно. У 2 больных с облитерирующим атеросклерозом наблюдалась гангрена V пальца правой стопы. У 2 больных с варикозной болезнью была трофическая язва ноги.

У всех стационарных больных диагноз сосудистой патологии подтвержден доплерографией сосудов нижних конечностей в условиях Центра хирургии имени А.Н. Сызганова.

Клинически микозы стоп у всех больных проявлялись в виде сквамозно-гиперкератотической формы, у 81% больных с поражением всех межпальцевых промежутков в виде трещин, шелушения. Подошвенный гиперкератоз был у всех больных.

Таким образом, проведенные исследования выявили определенные клинические особенности микозов стоп у больных с тяжелой различной сосудистой патологией нижних конечностей: высокая пораженность у 69,6%. Чаще микозы стоп развивались при тромбозе (26,1%), варикозной болезни (21,7%), диабетической ангиопатии (21,7%), облитерирующем атеросклерозе (10,9%), в 1,5 раза преобладание микозов стоп среди женщин, 93,0% составили больные в возрасте 41-80 лет. В основном регистрировались в виде сквамозно-гиперкератотических форм, в 80% случаев с поражением всех межпальцевых промежутков стоп. Наиболее часто встречался *Tr. rubrum* (73,9%), *C. albicans* (65,2%), смешанные ассоциации возбудителей в 54,3% случаев. У 97,8% больных были множественные (7-8) поражения ногтевых пластин.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МИКОЗОВ СТОП С ОНИХОМИКОЗАМИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кунакбаева Т.С., Толыбекова А.А., Балтеева Ш.Р.

*Научно-исследовательский кожно-венерологический институт
Министерства здравоохранения Республики Казахстан
Алматы, Казахстан*

В процессе динамического наблюдения больных эндокринологических отделений 7 и 12 городских клинических больниц г. Алматы нами изучены особенности клиники микозов стоп у больных сахарным диабетом с сосудистыми нарушениями нижних конечностей.

Среди 86 обследованных больных микозами стоп с сахарным диабетом и диабетической ангиопатией нижних конечностей мужчин было 29 (33,7%), женщин 57 (66,2%). Основная масса больных приходится на пожилую возраст от 51 до 70 лет ($36,0 \pm 5,1$)%.

По характеру течения сахарного диабета больные подразделялись следующим образом – сахарный диабет I типа инсулинозависимый наблюдался у 33 больных (38,3%) и II типа инсулинонезависимый у 53 (61,7%).

Среди этиологических факторов развития микозов стоп чаще регистрировался *Tr. rubrum* у 57 (66,2%), из них в сочетании с *Candida albicans* у 26 (45,6%), в ассоциации с плесневыми грибами у 8 (14%); как моноинфекция у 23 (40,3%).

Candida albicans выявлена у 49 (56,9%) больных, из них как моноинфекция у 8 (16,3%), и в сочетании с *Tr. rubrum* у 26 (53,1%), с *Tr. interdigitale* у 10 (20,4%) и с плесневыми микозами у 5 (10,5%). *Tr. interdigitale* – у 18 (20,9%), из них как моноинфекция у 8 (44,4%) и в сочетании с *Candida albicans* у 10 (55,6%).

Проведенные нами исследования этиологической роли различных возбудителей микозов стоп показали преобладание смешанных микозов в различных ассоциациях – у 47 ($54,7 \pm 5,4$)% больных по сравнению с моноинфекцией – 39 ($45,3 \pm 5,4$)%.

У лиц, страдающих рубромикозом, преобладает сквамозно-гиперкератотическая форма заболевания – у 44 ($77,1 \pm 5,6$)% ($p < 0,05$). Среди больных эпидермофитией чаще развивается дисгидротическая форма у 10 ($55,6 \pm 11,7$)%, ($p < 0,05$). У больных кандидомикозом практически одинаково часто встречались сквамозно-гиперкератотические явления и дисгидротическая форма ($53,0 \pm 7,1$ и $46,9 \pm 7,1$, соответственно)%.

Острая дисгидротическая форма встречалась у 46 ($53,4 \pm 5,4$)% больных, из них при рубромикозе – у 13 ($28,2 \pm 6,0$)%, при эпидермофитии – 10 ($21,7 \pm 9,8$)% и при кандидозе у 23 ($50 \pm 7,1$)%.

Тщательный опрос и изучение *anamnesis vitae* и *anamnesis morbi* всех наблюдаемых нами больных позволил установить, что давность микозов стоп у больных сахарным диабетом свыше 20 лет – у 6 (12%), до пяти лет – 16 (18,6%), до 20 лет 28 (56%) больных. 36 человек (41,8%) не могли указать на время возникновения заболевания. Изменения ногтевых пластинок и кожи стоп в виде шелушения кожи, утолщения и изменения цвета ногтевых пластинок заметили 50 больных. Из них к врачу обратились 13 (26%) больных, лечение получали 9 (69,2%), однако, они отмечали лишь незначительное временное улучшение. 36 больных (41,8%) больных не замечали изменений.

Среди причин заболевания наиболее часто больные отметили пользование чужой обувью – 19 (22%), после службы в армии – 18 (20,9%), после посещения бань, саун, бассейнов – 19 (22%), после педикюра и маникюра – 14 (16,2%), причину не могли указать 16 больных (18,6%).

У всех больных были поражены ногтевые пластины с множественным поражением ногтевых пластинок: от 4 до 10 ногтей у 69 (80,2±%), из них у 2 – поражены были 10 ногтей на стопах и 1 ноготь на кисти и у 3 также 1- ногтей на стопах и 2 – на кисти.

У большинства 52 (60,4%) больных сахарным диабетом с сосудистой патологией развивались осложненные формы микозов стоп, из них у 18 (20,9±5,6)% – были вторичные аллергические везикулезные высыпания на кистях, у 9 (10,4±4,2)% в области паховых складок, у 6 (6,9±3,5)% были поражены гладкая кожа живота, ягодиц, голеней. Все эти осложнения характеризовались преобладанием везикуляций, мокнутием, мацерацией, выраженным воспалительным явлением.

Для микозов стоп у больных сахарным диабетом и диабетической ангиопатией характерны выраженные симптомы поражения ногтевых пластинок: подногтевой гиперкератоз отмечен у 86 (100%) больных, онихолизис у 84 (97,7±1,6)%, лейконихия у 76 (88,4±3,6)%, пахионихия у 26 (30,2±5,5)% и поражения кожи в виде трещин, шелушения у 64 (74,4±9,1)%, подошвенный гиперкератоз у 61 (70,9±4,9)%. Из них у 24 (37,5±6,0)% больных определены глубокие трещины и обильное шелушение; из 17 (27,9±5,7)% больных массивный подошвенный гиперкератоз. У 18 (21,4±4,5)% больных ногтевых пластинок были разрушены до основания, у 13 (15,1±6,0)% наблюдался онихогрифоз.

У (51,5±5,4)% больных наблюдались тяжелые распространенные клинические формы с аллергиями.

Таким образом, для больных микозом стоп с сахарным диабетом и диабетической ангиопатией характерны следующие клинические особенности: среди больных преобладают женщины по сравнению с мужчинами (66,2±5,1% и 33,7±5,1%, соответственно), в возрасте от 51 до 70 лет, в 2 раза чаще микоз стоп отмечается среди больных сахарный диабет II типа инсулинонезависимого (61,7±5,2% и 38,3±5,2%, соответственно, $p < 0,05$), множественностью поражения ногтевых пластинок (80,2±4,3)% с давностью заболевания до 10 лет (57,5±5,3)%.

В этиологии микоза стоп ведущая роль принадлежит *Tr. rubrum* (66,3±5,0%, $p < 0,05$), *Candida albicans* выявлен у (56,9±5,3)% больных, *Tr. mentagrophytes var. interdigitale* у (20,9±4,4)% больных. Отмечена частая встречаемость смешанных микозов (60,4±5,3)%. По характеру течения преобладают сквамозно-гиперкератотические формы (69,7±5,0%, $p < 0,05$), тяжелые симптомы поражения ногтевых пластинок и кожи стоп (подногтевой гиперкератоз у 100%, онихолизис у (97,7±1,6)%, пахионихия у (30,2±5,0)%, онихогрифоз у (15,1±3,9)%, трещины кожи подошв у (74,4±4,7)%, подошвенный гиперкератоз у (70,9±4,9)% больных в основном в выраженной и резко выраженной степени.

ГРИБКОВЫЕ ИНФЕКЦИИ ПРИ ИХТИОЗАХ

Максимова Ю.В.

*Новосибирская государственная медицинская академия, кафедра
медицинской генетики
Новосибирск*

Ихтиозиформные генодерматозы относятся к группе наиболее часто встречающихся моногенных дерматозов, протекающих с нарушением процессов кератинизации. Ихтиозиформные изменения кожи встречаются при широком спектре генетически и клинически гетерогенных наследственных синдромов, которых насчитывается около 100. На одном краю спектра находятся нозологические единицы, где ихтиозиформные изменения – суть заболевания (вульгарный ихтиоз, X-сцепленный ихтиоз), далее следуют синдромы, при которых ихтиозиформные изменения входят в минимум симптомов необходимых для постановки диагноза (ихтиозиформные эритродермии), на другом краю спектра находятся синдромы, при которых ихтиозиформные изменения встречаются как один из симптомов. Такое разнообразие, само по себе, не может не вызывать трудностей при изучении, диагностике и лечении этих заболеваний. В основе патогенеза всех ихтиозиформных генодерматозов лежат нарушения кератинизации являющиеся тем фоном, который повышает восприимчивость к грибковым заболеваниям. При вульгарном ихтиозе (МММ 146700) имеет место ретенционный гиперкератоз, пролиферация кератиноцитов не нарушена, атрофия эпидермиса, при X-сцепленном рецессивном ихтиозе (МММ 308100) – замедление процесса десквамации и гипертрофия эпидермиса, при пластинчатом ихтиозе (МММ 604777) – пролиферативный гиперкератоз: гиперплазия базального слоя эпидермиса, ускоренное продвижение кератиноцитов от базального слоя к поверхности кожи. Поэтому при разных видах ихтиозов встречаются разные возбудители, так при вульгарном ихтиозе чаще встречается *Trichophyton spp.* и *Microsporum spp.*, при X-сцепленном

рецессивном ихтиозе и ихтиозиформных эритродермиях – *Candida albicans*, *glabrata* и др. Онихомикозы при всех ихтиозах развиваются к 30–35 годам в 75% случаев. Под нашим наблюдением находятся 230 больных с ихтиозиформными генодерматозами. У 182 пациентов была проведено исследование на наличие грибкового поражения кожи и слизистых. Материал с кожи брался путём соскоба, после обработки поражённого участка 70% раствором этилового спирта. Со слизистых оболочек носа материал собрали стерильными влажными тампонами. У женщин старше 18 лет материал брали с латеральной стенки влагалища.

Вульгарный ихтиоз это самое распространенное заболевание из группы генодерматозов, которое встречается в разных странах и этнических группах. Заболевание наследуется аутосомно-доминантно, с полной пенетрантностью и очень вариабельной экспрессивностью. Его доля составляет 80–95% от всех ихтиозов. Он занимает первое место среди генодерматозов выявленных в г. Новосибирске (167 пациентов). Было выявлено, что у 83% пациентов были обнаружены различные виды условно-патогенных грибов в соскобе с кистей и стоп. В материале со слизистых носа в 72% случаев были обнаружены грибы из рода *Candida*.

В целом в проведённом исследовании соотношение лиц мужского и женского пола 2:1. При анализе особенностей течения заболевания у лиц разного пола оказалось, что стёртые формы чаще выявлялись у пробандов-женщин. Среди тяжёлых форм преобладают мужчины. Это может быть связано с тем, что мужчины чаще подвергаются вредным бытовым (алкоголь, курение) и производственным экзогенным воздействиям. Но у 77% мужчин заболевание выявлено к 18 годам, когда большинство из них ещё не имело контакта с профессиональными вредностями. А у женщин к 18 годам выявляется в 2 раза меньше больных. Это заставляет думать об истинных различиях в течении ихтиоза у лиц разного пола. Условно-патогенные грибы одинаково часто обнаруживались у лиц обоего пола. Но клинические проявления той или иной грибковой инфекции у мужчин встречались чаще, в то время как у женщин клиника была минимальной либо отсутствовала.

Отмечено сочетание вульгарного ихтиоза с конъюнктивитом, ринитом, субатрофическим фарингитом, отитом, риносинуситом; обструктивный бронхит. Обычно обструктивный бронхит начинается в начале третьего десятилетия, течение его доброкачественное, обострения совпадают с обострением кожного процесса. В бронхиальном секрете у 16 пациентов была обнаружена *Candida*. Возможно, мы имеем дело с локальным аллергическим процессом в слизистой оболочке бронхов или механическим их раздражением в ответ на отшелушенные клетки, постоянно вдыхаемые в момент обострения кожного процесса и присоединении условно патогенных грибов. Наши климатические условия неблагоприятны для больных с вульгарным ихтиозом: В осенне-зимне-весеннее время постоянное ношение многослойной одежды изолирует

ет от внешней среды почти 100% поверхности кожи на протяжении большей части суток. Это предъявляет серьёзные требования к функциональным возможностям кожи, а они при ихтиозе снижены, что и приводит к обострению основного заболевания так и выраженности клинических проявлений микозов. Логично предположить возникновение порочного круга.

У наблюдаемых больных отмечалось улучшение состояния кожи после комплексного лечения, включающего основное лечение ихтиоза и противогрибковой терапии. У большинства пациентов с различными воспалительными проявлениями на слизистых, такие как: конъюнктивит, ринит, фарингит, отит, риносинусит состояние значительно улучшалось. Учитывая высокий процент обнаружения условно – патогенных грибов в различных биологических материалах пациентам назначались системные антимикотики. После рекомендуемых производителем схем лечения были достигнуты хорошие результаты. В 90% произошло клиническое выздоровление (при микроскопическом исследовании грибы не обнаруживались). Но у 12 пациентов через 4 – 5 лет клиническая картина грибковой инфекции развилась за короткий промежуток времени и после повторного курса лечения у всех пациентах не был достигнут желаемый результат рекомендуемыми схемами. В течении последних 5 лет в комплексное лечение ихтиозов рекомендовано наряду с профилактическими противогрибковыми мероприятиями проходить профилактический курс системными антимикотиками в минимальной рекомендуемой производителем дозировке 2 раза в год либо при обострении основного заболевания.

ОЦЕНКА МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ (ОНИХОМИКОЗОВ)

Разнатовский К.И., Ляшко А.К.

*Кафедра дерматовенерологии Санкт-Петербургской медицинской
академии последипломного образования
Санкт-Петербург*

Целью настоящей работы явилось выяснение роли микроциркуляторных нарушений в генезе различных клинических форм дерматомикозов (онихомикозов) кистей и стоп.

Материалы и методы: Обследованы 83 больных с различными формами ОМ на клинической базе кафедры дерматовенерологии СПб МАПО и НИИ микологии имени П.Н. Кашкина. Структура заболеваемости

обследованных нами 83 больных ОМ была следующей: наибольший процент составили женщины – 58 больных (69,8%), число мужчин составило – 25 (30,2%). Возраст больных колебался от 25 до 65 лет. Длительность заболеваний составила от 1 года до 10 лет. Все больные ОМ были разделены на 3 группы: 1-ю группу составили 17 больных нормотрофической формой, 39 – гипертрофической и 27 – атрофической. Лица контрольной группы – 15 человек (средний возраст $38,5 \pm 0,7$) были представлены преимущественно жителями г. Санкт-Петербурга, которые при обследовании определены как здоровые. Для оценки нейротрофических расстройств в пораженных конечностях проводилось определение нарушений периферической микроциркуляции пальцев кистей и стоп. Для исследования объемной скорости кровотока в области ногтевых валиков больших пальцев кистей и стоп использовался прибор «МИНИМАКС-Доплер-К» с датчиком 20 мГц.

Результаты: При исследовании объемной скорости кровотока в области ногтевых валиков в зависимости от формы ОМ были выделены 3 характерных типа нарушений микроциркуляции (табл.1).

Таблица 1. Показатели тканевой перфузии у пациентов с различными формами дерматомикозов (онихомикозов)

Показатели	Нормотрофическая форма (n=17)	Атрофическая форма (n=39)	Гипертрофическая форма (n=27)	Контрольная группа (n=15)
Qas	1,74+ 0,03	1,36+ 0,06 *	1,01+ 0,02*	1,67+ 0,04
Qam	0,69 + 0,03	0,38+ 0,05*	0,17+ 0,04*	0,63+ 0,02

* – $p < 0,001$

Как видно из таблицы 1, при 1 типе (нормотрофическая форма ОМ) достоверно отмечено, что показатели объемной скорости кровотока (Qas, Qam) в тканях ногтевых валиков верхних и нижних конечностей находились в пределах нормы ($p > 0,005$). 2 тип (атрофическая форма ОМ) характеризовался достоверным снижением в тканях показателей объемного кровотока ($p < 0,001$) (на 20+5% ниже, чем у лиц контрольной группы). 3 тип наблюдался при гипертрофической форме ОМ и характеризовался значительным снижением показателей объемного кровотока ($p < 0,001$) (до 40+4% ниже, чем у лиц контрольной группы).

На основании полученных данных нами было сделано заключение, что в патогенезе ОМ кистей и стоп, наряду с фактом заражения грибом существенное значение имеют нарушение периферической микроциркуляции кистей и стоп, особенно при гипертрофической и атрофи-

ческой форме. Все перечисленные нарушения приводят к снижению поступления кислорода за счет плохого кровотока и ухудшению питания биологически активными веществами периферических отделов конечностей (в нашем случае – ногтевых пластинок кистей и стоп), что в свою очередь снижает сопротивляемость организма к грибковой инфекции. Кроме этого, нарушение магистрального кровообращения и микроциркуляции не позволяют создать необходимую концентрацию противогрибкового препарата в ногтевой пластинке.

Таким образом, метод ультразвуковой доплерографии является эффективным методом оценки микроциркуляторного русла у больных с различными формами ОМ.

Для повышения эффективности лечения ОМ перед проведением антимикотической терапии необходимо проводить исследование периферической микроциркуляции в области ногтевых валиков кистей и стоп, и исходя из полученных данных, назначать препараты или немедикаментозные методы лечения направленных на коррекцию нейротрофических нарушений в дистальных отделах конечностей.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОНИХОДИСТРОФИЙ

*Рахматов А.Б., Рахматов Т.П., Рахматов А.А.
НИИ дерматологии и венерологии Минздрава Республики
Узбекистан
Ташкент, Узбекистан*

Значительный рост различных заболеваний, связанных с развитием вторичного иммунодефицита, включая и кожных, неблагоприятные экологические факторы, использование медикаментов (кортикостероидные и цитостатические препараты), особые профессиональные вредности, усиление ионизирующего фона способны приводить к учащению патологии ногтей.

За период 2002-04 гг. в консультативную поликлинику НИИДиВ МЗ РУз обратилось 326 больных с жалобой со стороны ногтевых пластинок, причём у 96 (29,4%) пациентов они были изменены только на руках, у 124 (38,1%) только на ногах, у 106 (32,5%) – на руках и ногах. Возраст больных варьировал от 14 до 69 лет и давность заболевания составляла от 2 месяцев до 20 лет.

Клинические проявления патологии ногтевых пластинок были весьма вариабельны и выражались в виде: атрофии ногтей у 12 (3,7%) больных, образовании борозды Бо – у 9 (2,8%), онихолизиса – у 215 (65,9%), онихомадезиса – у 14 (4,3%), койлонихии – у 57 (17,5%), наперстковидной истыканности – 54 (19,6%), онихорексиса – 15 (4,6%),

анонихии – у 9 (2,8%), онихогрифоза – у 209 (64,1%), пахионихии – у 14 (4,3%), субунгвального гиперкератоза – у 189 (57,9%), лейконихии – у 57 (17,5%), «чёрных» ногтей – у 22 (6,7%), «жёлтых» ногтей – 212 (65,1%), «красных» ногтей – у 14 (4,3%), причём явления паронихий отмечались у 47 (14,4%) пациентов.

Проведение микологического обследования позволило выявить этиологические факторы (дерматофиты, плесневые и дрожжевые грибы) у 202 из 326 (61,9%) больных. Следовательно, у каждого второго пациента, обращающего к дерматологу по поводу каких-либо изменений со стороны ногтевых пластинок устанавливается диагноз онихомикоза.

Проведенный анализ указывает, что клинические проявления онихомикозов и ониходистрофий весьма схожи и даже окраска в виде «чёрных» или «белых» ногтей может быть обусловлена определёнными видами плесневых и дрожжевых грибов, за исключением возможно таких признаков как субунгвальный гиперкератоз, особая ломкость и разрыхление ногтевых пластинок характерных для онихомикоза.

В любом случае дистрофически измененные ногтевые пластинки в большей степени подвержены грибковой инфекции и, следовательно, нуждаются в проведении специфической, противогрибковой профилактики, наряду с лечебными мероприятиями основного заболевания, приведшего к развитию ониходистрофии.

РУБРОФИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

*Рукавишниковая В.М.
ГУ ЦНИКВИ МЗ РФ
Москва*

Руброфития необычайно редко наблюдается у новорожденных. Так, в отечественной литературе за почти полувековой период с 1954 по 1996гг сообщено о 8 младенцах, 6-х руброфитией. И.И. Умнова (1954) из 300 6-х наблюдала экземопоподобный очаг руброфитии на коже живота у 9-месячного мальчика. Л.Т. Шецирули (1970) выявила диссеминированные очаги руброфитии на коже туловища и конечностей у 4 детей до 1 года из 2000 наблюдаемых ею 6-х этим микозом в Грузии. Р.М. Немкаева (1973) из 4513 обследованных ею детей, диагностировала руброфитийный онихомикоз 1,2,3 ногтей левой кисти у 7-месячной девочки. Ногти представлялись несколько утолщенными, тусклыми, расщепляющимися со свободного края. С этих ногтей, а также пораженных кожи и ногтей стоп у ее тетки автор получила идентичную культуру Красного трихофитона. Обычно очаги микоза у новорожденных локализуются на гладкой коже туловища и конечностей, разрешаются быстро, ногти, как правило, не поражаются. Лишь при длительном течении и неа-

декватном лечении может развиваться онихомикоз. Так, Ж.В. Степанова и И.Я. Климова(1980) наблюдали онихомикоз у 5-мес. девочки после 2-мес. существования сильно зудящих очагов руброфитии на коже ягодиц, паховых складок и спины. Очаги рассматривали как аллергические и лечили кортикостероидными кремами. Позднее изменилась кожа и единичные ногти кистей, которыми она расчесывала очаги поражения. Они стали тусклыми, ребристыми с продольными бороздами и западениями. В толще ногтей у их проксимального края появились беловато-желтоватые пятна. Со всех очагов поражения у девочки, а также с кожи и ногтей стоп у матери, отца и бабушки была получена идентичная культура Красного трихофитона.

В.М. Рукавишникова(1996) наблюдала 9-месячного мальчика с округло-овальным очагом на спине, напоминающем себореиды или экзематиды. Родители мальчика были здоровы, а его бабушка страдала руброфитией стоп и правой кисти. Сквामозно-кератотические изменения ладони она относила за счет возраста и авитаминоза. Внука, она инфицировала, массируя его. Идентичная культура красного трихофитона была выделена у внука и бабушки.

В 2004г мы наблюдали девочку с руброфитией кожи. В 9 мес. ее стал беспокоить зуд межпальцевых складок стоп, где началось шелушение и появились трещины. Спустя 3 недели сформировались ярко красные высыпания на половых губах и в паховых складках. Диагностирован пеленочный дерматит. Терапия кремом «адвантан, 2% борно-нафталановой пастой, мазью «бепантен» была безрезультатной. Воспалительные явления в прежних очагах нарастали, появился свежий ирисподобный очаг на внутренней поверхности левого бедра. При микологическом обследовании со всех очагов у девочки, а также с кожи стоп и паховых складок у ее отца выделен идентичный грибок – красный трихофитон. В течение 2 недель под влиянием ламизил-спрея разрешились очаги на половых губах, бедре и паховых складках. Очаги микоза в межпальцевых складках стоп были излечены кремом «фунготербин» в течение 10 дней. Девочка заразилась, забираясь в постель к родителям, от отца, страдавшего руброфитией кожи и ногтей стоп и паховых складок. Постоянное ношение памперсов и нерациональное лечение микоза привело к его длительному (3 мес.) течению и дальнейшему распространению.

Руброфития у новорожденных встречается очень редко, как правило, не диагностируется сразу. Крупные кожные складки поражаются гораздо реже, чем у взрослых, микоз протекает острее, напоминая пеленочный дерматит. Чаще всего очаги руброфитии локализуются на коже спины, живота, плеч, предплечий, и рассматриваются как проявления аллергического или себорейного дерматита, экземы, псориаза. Очаги поражения реже могут быть приурочены к коже лица.

В зарубежной литературе описано 7 детей с подобной лоллизацией. У двух – очаги микоза были глубокими, керионподобными, у пяти

— выглядели как насыщенно красные отечные пятна с просветлением в центре и широким ярким ободком по периферии, шелушащиеся, либо с небольшим шелушением (Hiruma N., Kukita A., 1988, Kanwar A. et.al., 1990).

Ногти у новорожденных не поражаются совсем или поражаются очень редко, обычно по дистрофическому типу. Инфицирование новорожденных обычно происходит в семье от ухаживающих за ними лиц — родителей, бабушек, дедушек, нянь, страдающих руброфитией, чаще кистей.

Возможно, видимо, и внутриутробное заражение. Так, А.Ю. Фардос (1964) наблюдала проксимальный изолированный онихомироз одного ногтя у новорожденного, мать которого страдала руброфитией кожи и ногтей стоп. Характер поражения исключал инфицирование после родов, так как в этом случае ноготь был бы изменен с дистального или боковых краев и имелись бы поражения кожи пальцев. Убедительным свидетельством лимфо-гематогенного распространения красного трихофитона представляется описание руброфитии щеки у девочки двух дней жизни. Экспериментально такой очаг можно получить лишь после 3-5 дней инкубации культуры гриба под окклюзионной повязкой. Инфицирование девочки скорее всего произошло до родов от больной руброфитией матери (Kanwar A., et.al., 1990).

Таким образом, изучение материалов по руброфитии, как у только что родившихся младенцев, так и у детей первого года жизни, с одной стороны, подтверждает возможность лимфо-гематогенного распространения красного трихофитона, с другой, — важно ввиду необычности клинических проявлений и, как правило, семейного заражения.

МИКОЗЫ ПРИ ИНВОЛЮТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ В КОЖЕ, АЛГОРИТМЫ РАЦИОНАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

*Сергеева И.Г., Криницына Ю.М., Котюков А.А.
Новосибирский Государственный Университет
Фонд социальной защищенности спортсменов «Алия»
Новосибирск*

Пациенты пожилого и старческого возраста составляют особую группу на приеме врача-дерматолога. Проведена оценка 5942 амбулаторных карт, из которых выявлена частота обращений пациентов пожилого возраста к дерматологу (18 — 20%), причины обращений (53% с поверхностными микозами кожи и 40% с аллергодерматозами), про-

анализирована структура поверхностных микозов, их сочетание с соматической патологией. Представлены результаты 71 случая терапии микозов препаратом экзифин (Dr.Reddy's, Laboratories LTD, Индия).

У пациентов старше 60 лет с хроническими дерматозами (экзема, псориаз) 71,5% человек имели поверхностные микозы кожи. С данными распространенности микозов коррелировали только данные распространенности стигм геронтогенеза, которые обнаружены в 79% наблюдений: в 24,8% – папилломы, в 25,7% – себорейные кератомы, в 26,7% – сенильные лентиго и в 28,6% – сенильные ангиомы Дюбрея.

Среди пациентов старше 60 лет структура микологической патологии при обращении к дерматологу представлена: микозами стоп (32,6%), кандидозом кожи (8,6%), микозом кистей (5,6%), руброфитией гладкой кожи (2%), отрубевидным лишаям (1,9%), паховой эпидермофитией (1,1%), микроспорией (0,6%). При поражении руброфитией гладкой кожи в 37,2% очаги локализовались на нижних конечностях, 28,6% – на лице, 22,8% – на туловище, 11,4% – на верхних конечностях.

Микозы сочетались с патологией кожи, у 23% пациентов микозы сочетались с аллергодерматозами, 6% – бородавками, 5% – псориазом, 4% – зудом кожи. В структуре сопутствующей соматической патологии наличие гипертонической болезни отмечали 13% человек, варикозной болезни – 10%, сахарного диабета – 10%, ишемической болезни сердца – 10%, патологии щитовидной железы – 8%, почек – 7%. Патология желудочно-кишечного тракта выявлена в анамнезе у 19% пациентов.

При необходимости системного применения антимикотиков у 71 пациента в возрасте от 60 до 78 лет (средний возраст $52,5 \pm 11,7$ лет) был выбран препарат «Экзифин» («Dr.Reddy's Laboratories LTD», Индия). Препарат содержит в таблетке 250 мг тербинафина гидрохлорида, который зарекомендовал себя как эффективное и безопасное средство для лечения грибковых болезней кожи и ее придатков. В условиях российского фармацевтического рынка препарат характеризуется существенно низким показателем стоимости при сохраняющейся на высоком уровне эффективности.

Все пациенты обратились к дерматологу с жалобами на высыпания на коже и сильный зуд в области высыпаний. Давность заболевания составляла от 2 нед до 5 лет. До обращения к дерматологу 14 человек самостоятельно использовали мази, содержащие кортикостероиды на очаги поражения, длительность применения мазей была от 2 нед до 2 мес.

У 21 пациента процесс локализовался на коже лица, у 16 носил распространенный характер, с преимущественным поражением кожи туловища, у 10 высыпания располагались в паховых складках, у 8 – на коже тыла кистей, у 6 – на коже ягодиц, у 6 – на коже тыла стоп и у 4 человек на коже верхней трети бедер и лобке. Очаги поражения были крупными, бурой окраски, окруженные периферическим красновато-синюшным валиком, состоящим из мелких узелков и корочек,

при большом распространении процесса очаги имели фестончатые очертания. На поверхности очагов наблюдали шелушение различной степени выраженности.

Пациентам проводили соскобы с очагов поражения с последующей световой микроскопией полученного материала, во всех случаях были обнаружены нити мицелия патогенных грибов.

Микотическая инфекция на гладкой коже сочеталась с поражением стоп (кожи подошвы и ногтей) у 38 человек, из них у 8 – наблюдали грибковое поражение кожи и ногтей пластинок кистей.

Препарат «Экзифин» назначали по 250 мг 1 раз в сутки ежедневно, курс лечения при поражении только гладкой кожи составлял 16 дней, при сочетании процесса с онихомикозом кистей и стоп курс лечения продлевали до 2 – 3 мес. Оценку эффективности препарата «Экзифин» при лечении микозов гладкой кожи проводили на 8-й и 17-й дни от начала терапии.

В течение 1-й недели лечения 67 пациентов отмечали значительное уменьшение зуда. У всех пациентов процесс стабилизировался, уменьшалось шелушение в очагах поражения, цвет очагов становился менее интенсивным.

После 16 дней лечения у 52 человек высыпания на коже отсутствовали, у 19 сохранялись пятна коричневатого цвета без шелушения. В контрольных соскобах нити патогенных грибов не выявлялись.

Интересным является наблюдение сочетанного поражения кожи. У пациентки 66 лет при обращении наблюдали классическую клиническую картину генерализованного микотического процесса, сочетающегося с онихомикозом. На протяжении 6 мес пациентку беспокоил сильный зуд. Процесс начался с кожи стоп, затем распространился на все туловище. При обращении в соскобе обнаружены ветвистые нити мицелия сплошь в поле зрения. Через 1 нед лечения состояние кожи значительно улучшилось, сохранялись гиперпигментированные пятна на месте предшествующих периферических валиков, но зуд не уменьшился. При проведении повторного соскоба на грибок обнаружены единичные нити мицелия и 3 чесоточных клеща в поле зрения. На фоне продолжения приема Экзифина, было проведено лечение чесотки, скабиозный процесс отличался торпидностью, полное исчезновение зуда и отсутствие чесоточных клещей в соскобах наблюдали после 3-х полных курсов лечения противоскабиозными препаратами (бензилбензоат 20%, медифокс, серная мазь). Таким образом, микотический процесс замаскировал чесотку, которая за счет выраженного зуда в свою очередь способствовала генерализации микоза, первоначально локализующегося только на стопах.

Переносимость Экзифина была хорошей, побочные явления в виде появления тяжести в области печени, отмечались у 3 пациентов, через 2 нед после отмены препарата состояние полностью нормализовалось. У 2 пациентов прием препаратов в течение 2 мес вызвал

изменение ощущения вкуса, которое также восстановилось после завершения терапии.

Выводы. Поверхностные микозы кожи и ее придатков являются самой частой причиной обращения пациентов пожилого и старческого возраста к дерматологу. Развитие микотического процесса на коже коррелирует с процессами инволютивного развития кожи и может являться маркером дистрофических изменений кожных покровов. Сопутствующая кожная и соматическая патология накладывает отпечаток на выбор оптимальных методов терапии, которые с одной стороны, должны не спровоцировать аллергического процесса на коже, вследствие склонности кожи пожилого человека к развитию алергодерматозов, а с другой стороны, сочетаться со средствами системной терапии, применяемой для лечения соматических заболеваний. Короткие курсы противогрибковых препаратов, обладающих способностью накапливаться в коже и ее придатках, концентрация которых в плазме быстро снижается после завершения курса лечения, являются препаратами выбора по сравнению со средствами, применяемым длительно до полного клинико-микологического излечения.

СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И ВИТИЛИГО

*Суворов А.П., Шабогина А.А.
Саратов*

Нередко инфекционные заболевания кожи и ногтей сочетаются с неинфекционными дерматозами, особенно в основе, которых лежат нарушения иммунного статуса. В этой связи определённый интерес представляют наблюдения об эффективности новых методов иммунокорригирующей терапии. Как известно, у больных витилиго наблюдаются существенные нарушения иммунитета, проявляющиеся в уменьшении числа Т-лимфоцитов, дисбалансе регуляторных субпопуляций Т-клеток, повышении В-лимфоцитов, снижении продукции антител, а также снижении неспецифической реактивности организма (Арифов С.С. и соавт., 1994).

Под нашим наблюдением находился больной с грибковым поражением гладкой кожи, ногтевых пластинок и витилиго.

Приводим выписку из истории болезни.

Больной П., 35 лет, история болезни № 1200/350. Обратился в клинику кожных и венерических болезней Саратовского Государственного Медицинского Университета в мае 2004 года, с жалобами на зудящие высыпания в области конечностей и туловища, а так же изменение ногтевых пластинок и появление депигментированных пятен.

Anamnesis morbi:

Болен в течение 10 лет. В паховой области стали возникать депигментированные пятна, которые постепенно увеличивались в размерах. Шесть лет назад на гипертрофированных рубцах после аппендэктомии появились новые очаги депигментации.

Вскоре обратил внимание на изменение ногтевых пластинок стоп. Не лечился.

Около 2 лет назад стали появляться очаги поражения розового цвета с шелушением на поверхности кожи, склонные к периферическому росту на голенях и животе. Одновременно отметил изменения ногтевых пластинок кистей.

В мае 2004 года обратился к дерматологу по месту жительства, где при обследовании с очагов поражения были обнаружены мицелии гриба.

Anamnesis vitae. В 1998 г проведена аппендэктомия.

Status localis:

На коже голеней, живота имеются обширные множественные очаги поражения беловато-розового цвета, с чёткими контурами, неправильной формы, с умеренным мелкопластинчатым шелушением на поверхности, с более ярким венчиком из папулёзных элементов ярко-розового цвета по периферии.

На коже подошв определяется эритема с чёткими контурами, умеренно инфильтрирована. В пяточной области имеются очаги гиперкератоза, множественные поверхностные трещины.

Ногтевые пластинки стоп и кистей, грязно-серого цвета, утолщены со стороны проксимального края. Со стороны свободного края отмечаются изменения по типу онихолизиса.

На коже лица, живота, в пределах рубцовой ткани (рис. 3), и конечностей имеются множественные депигментированные пятна, размерами от 0,5 до 20 см, с узкой полоской гиперпигментации по периферии.

При лабораторном исследовании чешуек с очагов на гладкой коже живота, голеней, подошв и ногтевых пластинок верифицирован мицелий гриба.

Диагноз. Руброфития гладкой кожи. Микоз стоп (сквамозно-гиперкератотическая форма). Тотальный онихомикоз кистей, стоп по гипертрофическому типу. Витилиго.

В результате лабораторных исследований констатировано снижение содержания CD3 29%, CD4 26%, CD8 30%, (CD4/CD8 1,86), повышение CD19 32%, Ig A 3,4 мг/мл, Ig M 1,9 мг/мл, ОНО 57,3 пкг/мл, G-CSF 1,0 пкг/мл, гексозы 5,6 г*10⁻²/л, кислот уруновых 0,89 г*10⁻²/л, сиаловых 270 ед. НСТ-тест составил 25%.

С целью санации очагов грибковой инфекции больному был назначен Румикоз в дозе 200 мг 2 раза в день в течение недели. Через 3 недели курс повторялся. Лечение продолжалось 4 месяца. Дополни-

тельно с приёмом Румикоза, с целью иммунокоррекции, использовали электромагнитное излучение миллиметрового диапазона (ЭМИ ММД). Облучали нижнюю часть грудины, на курс — 10 процедур.

В результате проводимой терапии очаги микотической инфекции на коже разрешились на 5 день лечения. Рост здоровых ногтевых пластинок кистей констатирован через 1 месяц, стоп — через 1,5 месяца. Структура ногтевых пластинок кистей восстановилась полностью через 4 месяца, стоп — через 6 месяцев.

При повторном лабораторном исследовании грибы не найдены.

После окончания курса терапии нормализовалось содержание исследуемых показателей: соответственно CD3 составил 45%, CD4 — 36%, CD8 — 20%, CD4/CD8 — 1,5, CD 19 — 13%, Ig A — 1,9 мг/мл, Ig M — 1,6 мг/мл, ФНО — 50 пкг/мл, G-CSF — 1,6 пкг/мл, гексоз — $3,6 \text{ г} \cdot 10^2 / \text{л}$, кислот уроновых — $0,6 \text{ г} \cdot 10^2 / \text{л}$ и сиаловых — 180 ед., НСТ-тест снизился до 15%.

Одновременно в пределах мелких очагов витилиго, в пределах стоп и кистей, отмечено полное восстановление пигмента. Рост крупных депигментированных пятен по периферии прекратился, в их центральной части появились пигментные включения

Таким образом, сочетанное назначение противогрибкового препарата и иммунокорректирующей терапии сопровождается не только санацией микотической инфекции, восстановлением показателей иммунного статуса, но и частичной активацией синтеза пигмента меланина.

АРИЕВИЧ АБРАМ МИХАЙЛОВИЧ — ВЫДАЮЩИЙСЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ МИКОЛОГ

*Суколин Г.И., Яковлев А.Б.
ЦНИКВИ, РМАПО МЗ РФ
Москва*

Абрам Михайлович Ариевич родился в Москве в 1896 году. В 1920 г. окончил медицинский факультет Московского университета. Работал земским врачом в Клинском уезде, ординатором инфекционного отделения Московской городской Сушевской больницы, отделения детской гонореи больницы имени С.П. Боткина, главным врачом изолятора для детей — больных кожными и вен. болезнями, заведующим изолятором Московского микологического диспансера. Заведующим микологическим отделом Центрального кожно-венерологического института, научным руководителем отдела глубоких микозов Института медицинской паразитологии и тропической медицины.

В 1936 г. А.М. Ариевич защитил кандидатскую диссертацию на тему «Хроническая трихофития волосистой части головы у взрослых», а через 10 лет, в 1947 году, — докторскую; последняя была посвящена поверхностным дрожжевым поражениям кожи и слизистых оболочек.

А.М. Ариевич — крупнейший ученый, выдающийся миколог. Первые в отечественной литературе им описана микроспория, вызванная ржавым и гипсовым микроспорумами, трихофития, вызванная куриным трихофитомом, микоз стоп и кистей, вызванный красным трихофитомом, пьедра, генерализованный цефалоспориоз, хромомикоз, гистоплазмоз, кокцидиоидоз. Им разработаны методы лечения микозов волосистой части головы с использованием эпилинового пластыря для эпиляции волос вместо рентгеновского излучения, микозов кожи стоп и кистей, онихомикозов с применением оригинальных кератолитических средств.

Им предложена клиническая классификация кожи с учетом глубины поражения кожи и этиологического фактора. По данной классификации все микозы делятся на кератомикозы (отрубевидный лишай, узловатая трихоспория — пьедра), эпидермомикозы (эпидермофития паховая, эпидермофития стоп, рубромикоз, поверхностные кандидомикозы кожи и слизистых оболочек, черепитчатый микоз, поверхностные плесневые микозы кожи, ее придатков и слизистых оболочек), трихомикозы (трихофития, микроспория, фавус), глубокие микозы (бластомикоз Джилкрайста, бластомикоз Лютц-Спендер-Альмейда, паракокцидиоидоз, бластомикоз Буссе-Бушке (криптококкоз), торулез, кокцидиомикоз, гистоплазмоз, риноспоридиоз, споротрихоз, хромомикоз, геотрихозы висцеральные, глубокие плесневые микозы). Группа псевдомикозов была выделена позднее (эритразма-подмышечный трихонокардиоз, актиномикоз, глубокий нокардиоз); с этими изменениями классификация микозов, предложенная в 1950 г, остается руководством для клиницистов вот уже более полувека.

По сей день является чрезвычайно популярный среди дерматологов и микологов книга А.М. Ариевича и Л.Т. Шецирули «Патология ногтей» (1976).

Под руководством А.М. Ариевича выполнена 60 диссертационных работ, из них 10 докторских и 50 кандидатских. Опубликовано более 400 печатных работ.

Стараниями А.М. Ариевича восстановлены приоритеты ряда отечественных ученых в области медицинской микологии (Н.П. Титушкина, П.И. Матчерского, Г.Н. Горецкого).

Вклад, внесенный А.М. Ариевичем в отечественную и мировую микологию, позволяет считать его одним из выдающихся отечественных микологов XX столетия.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА И ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И НЕРВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Терханова И.В., Федотов В.П.

*Днепропетровская государственная медицинская академия
Днепропетровск, Украина*

Мы наблюдали 136 больных микозом стоп и онихомикозом в возрасте 60 лет и старше, отягощенных сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, психоневрологической сферы, с длительностью заболевания 20-30 лет. Особенности клинических проявлений микоза у них заключались в сочетанном поражении кожи и ногтей стоп, эритематозно-сквамозный и сквамозно-гиперкератотический типы поражений кожи с выраженной сухостью, очаговым и диффузным гиперкератозом, обильным пластинчатым и муковидным шелушением, распространением процесса на боковые поверхности и тыл стоп, тотальным поражением ногтей по гипертрофическому типу с наличием онихогрифоза, вращением ногтей в окружающие мягкие ткани и подногтевым гиперкератозом. Причиной онихомикоза у 84,5% больных был *T. rubrum*, у 13,9% — *T. mentagrophytes interdigitale*, и у 6 больных были высеяны *C. albicans*. У 45% больных были высеяны плесневые грибы 8 видов, однако путем специального посева на двух питательных средах с антибиотиком и без него позволило нам считать эти грибы сопутствующей флорой.

Патогистологические исследования с использованием ШИК-реакции у 8 погибших от сопутствующих заболеваний больных выявлено наличие патогенных грибов на всем протяжении ногтей, но без распространения в ростковую зону и костно-мозговой канал.

При проведении иммунологических исследований у наблюдаемых больных выявлены выраженные изменения как неспецифических факторов защиты, так и Т- и В-звеньев иммунитета, обусловленных как возрастными изменениями в организме и наличием сопутствующих заболеваний, так и иммуносупрессивным действием длительно паразитирующих патогенных грибов, преимущественно на Т-звено иммунитета.

При изучении у этих больных реоэнцефалографии, РВГ нижних конечностей и электроэнцефалографии установлено изменение кровоснабжения, свойств сосудистой стенки сходных как для мозгового, так и периферического при существенных сдвигах активности мозга. Это мы расцениваем как развитие порочного круга патологического взаимодействия нервной и сосудистой систем, что способствует развитию микоза.

Также мы обнаружили существенные сдвиги биохимических показателей крови и функции печени. Мы впервые обнаружили снижение уровня мелатонин-сульфата, особенно у лиц старше 65 лет.

Комплексная терапия, разработанная нами, включала назначение системных антимикотиков из которых мы отдавали предпочтение Экзефину, поскольку он достаточно эффективный, хорошо переносится лицами старшего возраста, не дает побочных эффектов и имеет доступную стоимость.

Патогенетическая терапия включала назначение циклоферона, метилурацила, пентоксила, компламина, аевита, аскорутина, цинктерала, актовегина, эссенциале-форте, фестала. Нами впервые использован с терапевтической целью вита-мелатонин.

В комплексную терапию мы включали применение предложенного нами лака с кератолитинами и антимикотиками.

В отдельных случаях при наличии противопоказаний к применению системных антимикотиков мы ограничивались только наружной терапией с применением онихолитиков и предложенного нами лака.

Сразу же после лечения у 69% зарегистрировано клинико-лабораторное излечение. Через 6 месяцев у 6 пациентов зарегистрирован рецидив микоза.

После лечения, наряду с клинико-этиологическим излечением мы наблюдали определенные благоприятные сдвиги в иммунном статусе, электрофизиологических и биохимических показателей. Предложены эффективные методы диспансеризации и профилактики рецидивов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИКОЗОВ СТОП И КИСТЕЙ

Умбетьярова Л.Б.

*Научно-исследовательский
кожно-венерологический институт МЗ РК
Алматы, Казахстан*

Проведен анализ клинико-лабораторных данных 68 больных микозами стоп и кистей с поражением ногтевых пластин. Из них 44 мужчин и 24 женщин, средний возраст – $44,2 \pm 1,3$ лет. Давность заболевания от года до пяти лет отмечена у более половины ($60,2 \pm 5,9\%$) пациентов.

Клинический анализ показал, что у 60,2 больных выявлены различные сопутствующие заболевания пищеварительной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной и других систем. Так, у 23 ($33,8 \pm 5,7\%$) отмечены заболевания желудочно-кишечного тракта (холецистит, гастрит). Заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ревматоидный артрит) у 4 ($5,9 \pm 2,8\%$); сосудистой системы (хроническая венозная недостаточность) – у 6 ($12,0 \pm 4,5\%$); эндокринной системы (сахарный диабет) – у 3 ($4,4 \pm 2,5\%$); почек (пиелонефрит) – у 4 ($5,9 \pm 2,8\%$); заболевания кожи (псориаз) у 1 ($1,5 \pm 1,5\%$) больных.

Проведено обследование и лечение 68 больных. В исследуемой группе значительную часть составили больные микозом стоп – 50 (73,-

5±5,3%), с сочетанным поражением стоп и кистей было 15 (22,0±5,0%) и только кистей — 3 (4,4±2,5%) больных. При культуральной диагностике доминирующую группу возбудителей представляли дерматофиты рода *Trichophyton* (*Tr.rubrum*, *Tr.interdigitale*) в 77,9±5,0%, в основном *Tr.rubrum* — 67,6±5,6%. Кандидомикотическая инфекция установлена у 25 (36,7±5,8%), в 7 случаях (10,2±3,6%) микоз стоп и кистей был обусловлен плесневыми грибами. Число больных с поражением ногтевых пластин 6-10 и более (6-10 ногтевых пластин — 60,2±5,9%; более 10 ногтевых пластин — 11,7±3,8%) составило значительную часть (71,9±5,4%). Среди них превалировало больше поражение ногтевых пластин по гипертрофическому типу — 58,8±7,7%. Значительно чаще (48,5±6,1%) было отмечено наличие дистального онихомикоза.

Таким образом, проведенное клинико-лабораторное исследование позволило установить, что у значительной части больных микоз стоп протекает как смешанная инфекция, в основном в сочетании с кандидозной инфекцией; множественностью поражения ногтевых пластин, в основном по гипертрофическому типу — 58,8±7,7%. Большую часть составили пациенты с дистальным онихомикозом — 60,6±8,5%. Все это определяет высокую частоту осложненных форм заболевания с вовлечением значительного числа ногтевых пластин, характеризующихся выраженным онихолизисом.

СЛУЧАЙ МИЦЕТОМЫ СТОПЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Цыренова С.А., Якубович А.И., Кузнецова Н.П., Илюхина Е.Ю.

*Медицинский университет
Иркутск*

Проблема глубоких микозов кожи и подкожной клетчатки на сегодняшний день приобретает особую актуальность. Среди широко распространенных и достаточно хорошо изученных микозов средней полосы России все чаще и чаще выявляются заболевания, характерные для стран с тропическим климатом. Данное обстоятельство обусловлено с одной стороны открытием границ и частым посещением российскими туристами стран с жарким климатом (Таиланд, Индия, Китай, Сингапур и др.), так и, возможно, климатическими изменениями в нашей стране с другой стороны.

Одним из таких заболеваний является мицетомы или мадуromикоз, мадуруская стопа, болезнь Мадур. Под мицетомы понимают те опухолевидные, распространяющиеся вглубь, и сопровождающиеся образованием свищей заболевания, вызванные различными видами грибов, при которых в пораженных тканях образуются абсцессы и полости (Ш.Сатмари). Возбудителем заболевания являются различные виды патогенных грибов — *Actinomyces*, *Nocardia*, *Indiella* и др.

В последние годы в России зарегистрировано около 200 случаев мицетомы. Кроме того, прослеживается заметная тенденция к увеличению количества больных с данной патологией. Отмечено появление случаев мицетомы стопы и в Иркутской области. Под нашим наблюдением находился больной с диагнозом мицетома стопы проживающий в одном из сельских районов Иркутской области.

Приводим наше наблюдение.

Больной Л., 1954 года рождения, поступил в ГОУ факультетскую клинику кожных болезней ИГМУ в начале июня 2004 года с жалобами на опухолевидное образование в области правой стопы со свищами и нагноением, сопровождаемое умеренной болезненностью.

Из анамнеза удалось выяснить, что болеет с 1980 года (с 26 лет). Начало заболевания связывает с травмой стопы (прокол гвоздем).

На месте раны произошло нагноение, и образовался абсцесс. Больной обращался к хирургу по месту жительства. В амбулаторных условиях было произведено вскрытие абсцесса и установлен дренаж. После вскрытия островоспалительные явления в очаге довольно быстро регрессировали, но в области рубца сформировалась малоболезненное уплотнение по типу мозоли у основания V пальца правой стопы, с медленным ростом (в течение 20 лет) до конца 2001 года. Сформировались свищевые ходы. Через образовавшиеся свищевые отверстия выделялся густой желтый гной.

В связи с опухолевидным разрастанием очага на стопе, уплотнением, нагноением, образованием свищей, больной в январе 2002 года самостоятельно обратился за хирургической помощью в Областную клиническую больницу г. Иркутска.

Повторное проведение аналогичных хирургических манипуляций улучшения не принесло. Процесс продолжал прогрессировать, и на стопе сформировалось плотное опухолевидное образование с множеством малоболезненных трещин.

По поводу сформировавшегося образования больной обследован у онколога. Проведена биопсия, на основании которой онкологический процесс был исключен.

В связи с распространением кожного процесса больной в мае 2004 года госпитализирован в микологическое отделение ОКВД г. Иркутска с диагнозом: Мицетома стопы, где было проведено 2 курса противомикотической терапии (Орунгал 200 мг по 7 дн.) и антибактериального лечения (эритромицин, пенициллин, трихопол), направленного на подавление сопутствующей микрофлоры, выявленной при посеве гнойного отделяемого из свищевых ходов. За период лечения больной был проконсультирован заведующей кафедрой дерматовенерологии ИГМУ, проф. Кузнецовой Н.П., диагноз мицетома был подтвержден. Позже, в начале июня 2004 года больной с незначительным улучшением был переведен в клинику кожных болезней для продолжения лечения.

При поступлении в клинику патологический кожный процесс имел локализованный характер, охватывал подошвенную поверхность правой стопы от основания IV – V пальцев с переходом на наружную поверхность и тыл стопы, с четкими фестончатыми границами, размерами 9 x 12 см., синюшно-малиновой окраски. Очаг был представлен опухолевидным образованием в виде конгломерата сливных узлов, с размером отдельных узлов от 1 до 3 см., плотноэластической консистенции. На поверхности образования открывалось множество свищевых отверстий, из которых при надавливании выделяется зловонный желтого цвета гной густой крошковидной консистенции. Поверхность очага разделена «мозговыми извилинами» – глубокими эрозивными трещинами с гнойно-геморрагическим экссудатом. Субъективно в области очага больной отмечал умеренную болезненность.

В общем клиническом анализе крови отмечен лейкоцитоз $11,9 \times 10^9/\text{л}$ и увеличенная СОЭ до 25мм/ч.

В мазке из отделяемого свищевых ходов обнаруживались единичные лейкоциты, значительное количество клеток плоского эпителия, обильная, преимущественно кокковая микрофлора, споры грибов. В посевах отделяемого свищей идентифицированы *St.aureus* и *Kl.ozanae*.

Проведенная рентгенограмма правой стопы в двух проекциях выявила остеопороз костей, сужение суставной щели пястно-фалангового сустава I пальца. Головка I плюсневой кости имела кистовидную перестройку. Соотношение костей в суставе нарушено. В мягких тканях между плюсневой костью III и IV пальцев имелось инородное тело металлической плотности размером 0,3 x 0,2 см.

В клинике кожных болезней ИГМУ проведено следующее лечение – цефазолин 1,0 в/м № 10; диазолин 0,05 – 2 раза в день, в течение 10 дней; проспидин по 100 мг в/м 1 раз в день в течение 10 дней; ФИБС по 1,0 п/к № 20; пентоксифиллин по 0,2 – 3 раза в день, после еды. Наружное лечение: примочки с гипертоническим раствором, в последующем орошения свищевых ходов раствором фурацилина (1:5000) и 3% перекисью водорода с добавлением химопсина.

В результате проведенной терапии опухолевидное образование в два раза уменьшилось в размерах, островоспалительная эритема стала значительно бледнее, узловые образования существенно сгладились.

Для дальнейшего решения о возможности последующего, в том числе хирургического лечения больной был переведен в микологическое отделение ОКВД.

Приведенный случай из нашей клинической практики свидетельствует о повышении вероятности встречи врачей различных специальностей с глубокими микозами, в том числе с мицетомой стопы. Отсутствие настороженности и опыта ведения подобных больных приводит к тому, что они в течение длительного времени наблюдаются у врачей различных специальностей проходят курсы разнообразной, часто не соответствующей диагнозу терапии. В то время как своевременная диа-

гностика и адекватная тактика ведения таких больных может оказать существенное влияние за течение и исход заболевания, а также трудоспособность и качество жизни больных.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ОНИХОДИСТРОФИИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗА ТЕРБИНАФИНОМ

Яковлев А.Б.¹, Суколин Г.И.²

¹ Курс детской дерматовенерологии РМАПО

² Центральный научно-исследовательский
кожно-венерологический институт
Москва

В настоящее время микологами накоплен большой опыт терапии онихомикозов (ОМ) тербинафином. Многие практические врачи отмечают появление ониходистрофии (ОД) после успешного лечения микоза ногтей и элиминации возбудителя.

Под нашим наблюдением находилось 86 больных ОМ стоп и кистей, 48 мужчин и 38 женщин. Возраст больных составлял от 14 до 89 лет; больных с поражением ногтей стоп и кистей – 20, только с поражением ногтей стоп – 66.

Всем больным диагноз был подтвержден обнаружением дерматофитного гриба с помощью 10% КОН-теста.

Всем больным проводилось лечение по стандартной комплексной методике: чистка ногтевых пластинок в начале лечения, последующее наружное лечение ногтевых лож в комбинации с пероральным приемом тербинафина в курсовой дозе 70-98 таблеток. После завершения лечения клинико-лабораторный контроль излеченности осуществлялся в течение 1 года, 1 раз в квартал.

Клиническое излечение наступило у 83,72% больных (72), микологическое излечение – у 79,06% (68).

Из 68 излеченных больных явления ОД после лечения возникли у 44,11% (30). Наблюдались следующие типы ОД: гапалонихия – 3, платонихия – 2, койлонихия – 2, лейконихия – 4, тип «реек крыши» (гребневидная) – 12, онихолизис – 2, онихомадезис – 1, онихауксис – 7, онихорексис – 2, онихошизис – 4, склеронихия – 8, трахионихия – 3.

Среди больных с ОД преобладали мужчины 61,76% (42). Большинство больных с ОД было в возрасте 55-59 лет.

В большинстве случаев ОД характеризовалась моносимптомностью: у больных наблюдались либо только онихорексис, только онихолизис и т.п., то есть симптомы ОД, возникшей после лечения тербинафином, не комбинировались между собой.

ОД типа гапалонихии, платонихии, лейконихии, онихорексиса, онихошизиса преобладали на ногтевых пластинках кистей, типа склерони-

хии, онихауксиса — на ногтевых пластинках стоп, типа «реек крыши», онихолизиса, онихомадезиса, трахионихии — приблизительно поровну на кистях и стопах.

Гребневидная ОД, склеронихия и онихауксис наиболее часто встречаются после лечения тербинафином у лиц пожилого возраста, лейконихия и онихошизис — у лиц среднего возраста.

Один случай онихомадезиса с полным отторжением ногтевой пластинки первых пальцев стоп наблюдался у больного 24 лет с сопутствующим тяжелым сахарным диабетом, и имел, по-видимому, травматическое происхождение, т.к. в дальнейшем наблюдалось отрастание ногтевых пластинок с не резко выраженной гребневидной ОД.

По нашему мнению, причины ОД после лечения онихомикоза препаратами тербинафина можно разделить на следующие группы:

- 1) большая давность заболевания онихомикозом, при которой в процесс вовлекается матрикс с возникновением в нем необратимых изменений; при этом после успешного лечения онихомикоза чаще возникают гребневидная ОД, онихауксис, склеронихия;
- 2) пожилой возраст большинства больных, для которого характерно появление гребневидной ОД и без предшествующего микоза ногтей; часто наблюдаются гребневидная ОД, склеронихия, трахионихия;
- 3) наличие заболеваний сосудов конечностей (преимущественно нижних); чаще имеют место онихорексис, онихошизис, трахионихия, редко онихолизис;
- 4) наличие сопутствующих заболеваний метаболического характера: сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, заболевания печени и поджелудочной железы, диспротеинемии и т.п.; характерны гапалонихия, платонихия, лейконихия, тип «реек крыши» (гребневидная), иногда онихауксис;
- 5) наличие у больного генетических заболеваний ороговения: вульгарный ихтиоз, кератодермии и другие (более редкие формы), часто наблюдаются гребневидная ОД, онихауксис, онихорексис, онихошизис, трахионихия;
- 6) наличие сопутствующей кожной патологии; чаще это псориаз, экзема, красный плоский лишай; при этом наблюдаются платонихия, гапалонихия, деформация ногтя, наперстковидная истыканность (чаще на кистях), онихолизис, койлонихия и др.

Для последней категории причин характерна полисимптомность ОД, т.е. у одного больного могут наблюдаться и трахионихия, и гапалонихия, и деформации ногтевой пластинки, и наперстковидная истыканность и т.д.

Для прочих причин (первые 5 групп) в целом характерна моносимптомность ОД: у одного больного наблюдаются либо онихорексис, либо гребневидная дистрофия, либо онихауксис и т.д.

Как уже отмечалось выше, моносимптомность характерна, по-видимому, и для ОД, возникших на фоне лечения тербинафином. Однако

заключение о тербинафине, как причине ОД, можно сделать лишь после всестороннего обследования больного, исключения выше перечисленной сопутствующей патологии, а также на основании клинической динамики тербинафин-индуцированной ОД: она имеет тенденцию к разрешению в течение 6-9 месяцев и не рецидивирует. Мы наблюдали 4 больных с ОД в возрасте 14, 35, 38 и 52 лет, получивших стандартный курс тербинафина по поводу онихомикоза стоп. Соматически больные были здоровы. После завершения лечения у 14-летнего больного имела место выраженная лейконихия стоп и кистей, у больной 35 лет – гапалонихия и платонихия стоп, у больного 38 лет – онихауксис стоп, у больного 52 лет – гребневидная ОД стоп и кистей.

Все больные получали лечение: Ксантинол никотинат, по табл. Зраза в день, 2 месяца; Веторон-Е, по 10 капель 1 раз в день, 1 месяц; массаж биологически активных точек вокруг пораженных ногтей с метилурациловой мазью 2 раза в день по 3 мин., 2 месяца. К началу третьего месяца после завершения лечения микоза тербинафином явления ОД у этих больных значительно уменьшились. Без динамики была только платонихия у 35-летней больной, которую в данном случае можно было расценить как вариант нормы.

У больных с ОД и сопутствующей соматической или кожной патологией наблюдалась более медленная тенденция к исчезновению ОД. Кроме того, многие больные пожилого возраста отмечали значительное замедление роста ногтей, особенно стоп. У одного больного с тяжелой почечной патологией, находящегося на гемодиализе ОД после лечения онихомикоза тербинафином сохранялась в течение 2,5 лет при общей тенденции к исправлению ногтей.

Приведенные наблюдения свидетельствуют о большом разнообразии проявлений ОД после лечения онихомикоза системными антимикотиками, а также о не меньшем разнообразии сопутствующих факторов, способствующих возникновению ОД.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ХАРАКТЕРИСТИКИ РОСТА НОГТЕЙ ПРИ ОНИХОМИКОЗЕ НА ФОНЕ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ И В ХОДЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ «ДЕТРАЛЕКСА»

Сундукова И.О.

*Национальная академия микологии
Москва*

Скорость роста ногтей один из интегральных показателей, определяющих не только перспективы терапии, ее исход, но и состояние об-

щей тяжести течения по КИОТОС. Снижение скорости роста может обуславливать неудачу лечения (при ангиопатии) и являться основанием для более интенсивной, или комплексной терапии.

Скорость роста ногтя при онихомикозе оценивалась нами у 10 больных онихомикозом без сосудистой патологии, и у 14 больных онихомикозом с варикозным расширением вен и хронической венозной недостаточностью, не принимавших венотонизирующий препарат «Детралекс».

Расчетная ростовая составляющая КИОТОС в группе наблюдения без ангиопатии была определена как $12,07+2,9$, в группе с ангиопатией без лечения – $15,4+1,8$.

Была установлена достоверность различий по ростовой составляющей КИОТОС в ранговом тесте Крускалла-Валлиса при $p < 0,0001$ (средние ранги 473,5 в группе без сосудистой патологии, 678,5 – в группе с варикозным расширением вен).

Динамика клинических изменений, определяемая по отрастанию неизменной ногтевой пластины от границы ростковой зоны ногтя, в ходе лечения онихомикоза, рассчитывалась сравнительно для больных онихомикозом ($n=14$) и для больных онихомикозом с варикозным расширением вен и хронической венозной недостаточностью ($n = 10$) для периодов в 4, 6, 9, 12, 15 и 18 мес. от начала наблюдения.

При этом было установлено, что на 4 мес. показатели зоны (дальности) отрастания ногтевой пластины составили для больных онихомикозом с сосудистой патологией $0,0-2$ ($0,76\pm 0,59$) мм, а для группы без ангиопатии они приняли постоянное значение (4 мм).

Достоверность различий между группами в тесте Манна-Уитни наблюдалась при $p < 0,001$, средние ранги при отрастании на 4 мес. составили у больных онихомикозом и у больных с сочетанной патологией соответственно 7,0 и 18,5.

На 6 мес. показатели зоны отрастания ногтевой пластины для больных онихомикозом с варикозным расширением вен и хронической венозной недостаточностью $0,0-2$ ($0,1214+0,58$) мм, в группе больных онихомикозом значение так же было постоянное – 2 мм.

На 6 мес. достоверность различий между группами в тесте Манна-Уитни наблюдалась при $p < 0,002$, средние ранги при отрастании составили 17,5 и 8,93.

На 9 и 12 месяцах наблюдения показатели зоны отрастания ногтевой пластины для больных с сочетанной патологией составили $0,0-2$ ($0,1286+0,073$ и $0,1357+0,063$) мм, а в группе без ангиопатии – $2-3$ ($0,24+0,0516$ и $0,23+0,0483$) мм.

На 9 мес. достоверность различий между группами в тесте Манна-Уитни наблюдалась при $p < 0,001$, средние ранги при отрастании составили соответственно 17,7 и 8,79. Достоверность различий между группами в тесте Манна-Уитни на 12 мес. наблюдалась при $p < 0,003$, средние ранги – 17,4 и 9,0.

На 15 мес. наблюдения показатели зоны отрастания ногтевой пластины в группе больных ониомикозом не рассматривались вследствие полного микологического и клинического излечения. Интересующие нас показатели отмечались только в группе больных ониомикозом с варикозным расширением вен и хронической венозной недостаточностью, и они составили 0,0-2 (0,1214+0,069) мм. На 18 мес. — показатели зоны отрастания так же отмечались только в группе больных с сочетанной патологией, и составили 0,0-2 (0,1429+0,06462) мм.

Общие показатели скорости роста ногтевых пластин у больных без ангиопатии (0,8917+0,05625) были выше, чем в группе больных с сочетанной патологией (0,3782+0,15068).

Достоверность различий общих показателей скорости роста была установлена нами в тесте Крускалла-Валлиса при $p < 0,0001$ (средние ранги в группе больных ониомикозом с варикозным расширением вен и хронической венозной недостаточностью — 7,00, в группе больных ониомикозом — 18,50).

Средние значения скорости роста в группе с ангиопатией были значительно ниже, чем в группе больных без сосудистой патологии.

Показатели общего отрастания ногтей в группе больных ониомикозом (1,07+0,06749)см выше показателей отрастания ногтей в группе больных с сочетанной патологией (0,4538+0,18081)см.

Достоверность различий показателей общего отрастания была установлена нами в тесте Крускалла-Валлиса при $p < 0,0001$ (средние ранги в группе больных с сочетанной патологией — 7,00, в группе без ангиопатии — 18,50).

В ходе данного исследования нами установлена взаимосвязь скорости роста ногтей с клиническими различиями ониомикоза и эффективностью лечения больных с ангиопатией. Это указывает на ростовые характеристики как на перспективную «мишень» для воздействия препаратов, улучшающих микроциркуляцию, и как следствие, общую эффективность лечения ониомикоза.

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ОНИОМИКОЗОМ СТОП П РИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ И В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ «ДЕТРАЛЕКСОМ»

Сундукова И.О.

*Национальная академия микологии
Москва*

Учитывая современные данные, определяющие нарушение микроциркуляции при варикозной болезни с хронической венозной недо-

статочностью, как фактор, способствующий развитию предрасположенности к грибковому заболеванию, нами проведено исследование микроциркуляции у больных с онихомикозом.

Для исследования микроциркуляции в процессе лечения «Детралексом», были обследованы 3 группы пациентов. В группу «Д+» вошли 15 больных с сочетанной патологией (онихомикоз и варикозное расширение вен с хронической венозной недостаточностью 2 степени), принимавших «Детралекс»; группу «Д-» составили 20 больной с сочетанной патологией, не применявшие «Детралекс». Третья группа «К» была контрольной, и включала 23 здоровых человека, которым проводилось профилактическое обследование.

Кожный кровоток оценивали на внутренней поверхности нижней трети голени (зона наибольших трофических расстройств), на том же уровне, но наружно (контроль зоны наибольших трофических расстройств), подошвенная поверхность 1 пальца стопы (преимущественно шунтирующий кровоток), тыльная поверхность стопы (преимущественно нутритивный кровоток). Записывался исходный кровоток в течение трех минут.

По результатам проводимого обследования в группе «Д+», показатели микроциркуляции составили от 1,41 П.Е. до 1,78 П.Е., средние показатели – $1,642 \pm 0,102$ П.Е. В группе «Д-», показатели микроциркуляции были от 1,28 П.Е. до 1,34 П.Е., средние показатели – $1,318 \pm 0,015$ П.Е. В группе «К» показатели микроциркуляции от 2,21 П.Е. до 2,68 П.Е., средние показатели – $2,581 \pm 0,133$ П.Е.

Средние значения показателей микроциркуляции на внутренней поверхности голени значительно выше в группе К. Показатели микроциркуляции в группе «Д+», выше, чем в группе «Д-». Разброс средних значений показателей микроциркуляции в группе «К» и в группе «Д-» незначительный, несколько более выраженный разброс показателей в группе «Д+».

Достоверность различий показателей микроциркуляции на внутренней поверхности голени была установлена нами в тесте Крускала-Валиса при $p < 0,0001$ (средние ранги в группе «К» – 38,0, в группе «Д-» – 10,5, в группе «Д+» – 25,5).

Показатели микроциркуляции на наружной поверхности голени у больных в группе «Д+», были от 2,63 П.Е. до 2,7 П.Е., и средние показатели – $2,663 \pm 0,021$ П.Е. В группе «Д-», показатели находились в пределах от 2,62 П.Е. до 2,65 П.Е., средние показатели – $2,639 \pm 0,008$ П.Е. В группе «К» – от 2,31 П.Е. до 2,78 П.Е., средние показатели – $2,649 \pm 0,152$ П.Е.

Показатели микроциркуляции в группе «К» были несколько выше. В группе «Д+», показатели микроциркуляции очень незначительно превышали показатели в группе «Д-». Разброс значений показателей микроциркуляции более значительный в группе «К». Минимальный разброс значений в группе «Д-».

Достоверность различий показателей микроциркуляции была оценена нами в тесте Крускалла-Валлиса при $p < 0,004$ (средние ранги в группе «К» 30,0, в группе «Д-» – 15,98, в группе «Д+» – 26,55).

Показатели микроциркуляции на тыле стопы в группе «Д+», составили от 1,65 П.Е. до 3,75 П.Е. и средние показатели микроциркуляции – $3,52 \pm 0,657$ П.Е. В группе «Д-», колебались между 1,64 П.Е. и 1,66 П.Е., и средние показатели – $1,65 \pm 0,007$ П.Е. В группе «К» показатели микроциркуляции от 4,5 П.Е. до 4,82 П.Е., средние показатели – $4,657 \pm 0,065$ П.Е.

Средние значения показателей микроциркуляции в группе «К» были самыми высокими. В группе «Д+», показатели микроциркуляции значительно превосходили показатели группы «Д-». Разброс во всех трех группах был сопоставимым.

Нами была установлена достоверность различий показателей микроциркуляции на тыле стопы в ранговом тесте Крускалла-Валлиса при $p < 0,0001$ (средние ранги в группе «К» – 38,0, в группе «Д-» 11,03, в группе «Д+» – 24,45).

Показатели микроциркуляции на большом пальце в группе «Д+» были от 5,30 П.Е. до 7,89 П.Е., средние показатели – $7,035 \pm 0,765$ П.Е. В группе «Д-» показатели находились в пределах от 3,12 П.Е. до 7,70 П.Е., средние показатели – $5,954 \pm 1,099$ П.Е., в группе «К» – от 6,80 П.Е. до 9,10 П.Е., средние показатели – $8,126 \pm 0,709$ П.Е.

Показатели микроциркуляции в группе «К» были несколько выше. В группе «Д+», показатели микроциркуляции превышали показатели в группе «Д-». Разброс значений показателей микроциркуляции более значительный в группе «Д+». Разброс значений в группах «Д-» и «К» был сопоставимым.

Нами была установлена достоверность различий показателей микроциркуляции на первом пальце в ранговом тесте Крускалла-Валлиса при $p < 0,0001$ (средние ранги в группе «К» – 36,23, в группе «Д-» – 12,35, в группе «Д+» – 24,45).

Тем самым различие показателей микроциркуляции, с одной стороны, еще раз подтверждает важность ростовых и общих трофических характеристик ногтей зависимых от периферического кровообращения, с другой – целесообразность ангиотропной терапии в комплексном лечении онихомикоза.

РОЛЬ ПАТОЛОГИИ СОСУДОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОНИХОМИКОЗОВ И ИХ ТЕРАПИЯ

Васенова В.Ю., Бутов Ю.С.

Кафедра кожных и венерических болезней с курсом дерматокосметологии ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Москва

Актуальность проблемы онихомикозов не снижается в связи со стабильным ростом числа больных. За последние 10 лет в России оно возросло в 2,5 раза, и каждый год эта цифра увеличивается на 5%.

Нами были обследованы 750 пациентов. Из них 57,9% составили женщины. Анализируя зависимость заболевания от пола и возраста, мы установили, что наибольшее количество больных онихомикозом среди женщин приходится на возраст 50-59 лет, среди мужчин – 40-49 лет. Некоторое уменьшение количества больных в возрастной группе старше 60 лет связано с низкой обращаемостью этих пациентов к врачу. Нами установлено, что эти пациенты являются источником инфекции, и в первую очередь в семье. Так, до 55% больных инфицируются в семье. Их них 44% инфицируются от старших родственников, 31,3% – от супруга или супруги.

По данным литературы, в развитии грибковой инфекции значительную роль играет сосудистая патология. Мы предположили, что кроме явных, видимых изменений артерий и вен может иметь место скрытая патология. В настоящее время, основное место в исследовании сосудистой системы занимают ультразвуковая доплерография и дуплексное сканирование. Нами было обследовано 39 больных онихомикозом. Из них 18 мужчин и 21 женщина в возрасте от 22 до 66 лет. Средний возраст пациентов составил 44,5 лет.

Оценивались систолическая и диастолическая скорость, индекс периферического сопротивления. Ни у кого из пациентов не выявлено патологии магистральных артерий нижних конечностей.

При исследовании дистального отдела артериального русла первого пальца стопы у 47,4% пациентов были получены результаты, позволяющие сделать вывод об отсутствии проходимости сосудов. Данный вывод подтверждался незначительным изменением систолического компонента доплеровского спектра, который либо возрастал, либо снижался, увеличением до положительных величин диастолического компонента и соответственно понижением количественных показателей периферического сопротивления.

У 52,6% пациентов выявлены изменения доплеровского спектра до и после физической нагрузки в межфаланговой артерии большого пальца стопы, свидетельствующие о нарушении капиллярного кровотока и целесообразности включения в комплексную терапию ангиопротекторов.

Средний возраст пациентов без патологии сосудов составил 42,1 года, с патологией — 46,8 лет. Пациенты первой группы страдали онихомикозом в среднем в течение 6,5 лет, второй — в среднем 11,5 лет. Это позволяет сделать вывод, что более продолжительное воздействие грибов на ткани вызывает структурные изменения стенки сосуда, повышение его тонуса, сопровождающееся нарушением гемодинамики в дистальных отделах.

Для лечения мы назначали орунгал по схеме пульс-терапии 351 пациенту. Онихомикоз стоп был диагностирован у 327 больных, кистей и стоп — у 24. По количеству пораженных ногтевых пластинок стоп пациенты распределились следующим образом: от 1 до 3 — у 139 пациентов, от 4 до 6 — у 115, от 7 до 10 — у 97. Ногтевые пластинки кистей: у 20 пациентов были поражены от 1 до 3 ногтевых пластинок, у 3 — от 4 до 6, у 1 — 9.

Мы применяли комбинированное лечение, которое включало удаление пораженных ногтевых пластинок с последующими чистками либо только чистки с последующим назначением местных антимикотиков, а также назначение системного препарата. Удаление ногтей проводилось 106 пациентам, чистки — 245. Для коррекции сосудистой патологии пациентам назначали доксиум или доксилек. Эффективность лечения составила 92%. Частота выявления побочных эффектов составила 0,5%.

Глава 7.

ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ – ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

ФАКТОРЫ РИСКА ВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Адилова Л.М.

*Научно-исследовательский институт кожных
и венерических болезней
Алматы, Казахстан*

Выяснение роли различных факторов, предрасполагающих к развитию вагинального кандидоза (ВК) у женщин с сахарным диабетом (СД), имеет важное значение для разработки метода терапии и профилактики данного заболевания.

Нами обследовано 179 больных СД, в том числе с СД 1 типа-66 и с СД 2 типа-113 пациентки для наличия связи между наличием ВК с типом, продолжительностью, тяжестью сахарного диабета и другими факторами. Диагностику ВК у обследованных проводили клиническими и микологическими методами.

Частота ВК у женщин с сахарным диабетом 1 типа составила 36,4%, при диабете 2 типа – 28,3%. Кандидоносительство без клинических проявлений кандидоза имело место в 34,8% и 55,7% случаев соответственно.

Женщин, страдающих ВК с повышенным уровнем гликозилированного гемоглобина (HbA_{1C}) было почти в 3 раза больше, чем с нормальным HbA_{1C} (4,5-7,0%) и эта взаимосвязь была статистически значимой ($p < 0,01$).

Выявлена прямая зависимость увеличения риска заболевания кандидозом от тяжести СД ($p < 0,01$). Обращает на себя внимание преобладание среднетяжелых и тяжелых форм СД при наличии ВК.

Использование антибиотиков в последние 2 недели женщинами с СД способствовало развитию ВК в 2,5 раза чаще, чем у пациенток с диабетом не применяющие антибактериальные препараты ($p < 0,001$).

Не определена статистическая взаимосвязь между наличием ВК и продолжительностью диабета, возрастом пациенток и степенью гипергликемии (натощак).

Таким образом, нами установлено, что к группам риска по возникновению кандидозного вульвовагинита у женщин с СД относятся больные со средним и тяжелым течением СД, повышенным уровнем сахара крови и HbA_{1C} , а также использующие антибиотикотерапию.

ЧАСТОТА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ВАГИНАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ

Адилова Л.М.

*Научно-исследовательский институт кожных
и венерических болезней
Алматы, Казахстан*

Нами обследовано 102 женщин, страдающих вагинальным кандидозом в возрасте от 20 до 77 лет. Состояние углеводного обмена оценивали путём проведения перорального теста толерантности к глюкозе (ТТГ). Интерпретация результатов ТТГ проводилась по обобщенному критерию.

Из 102 женщин, страдающих вагинальным кандидозом, было обнаружено 13 (12,7%) больных с явным диабетом, 13 (12,7%) больных с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ) и 24 (23,6%) больных были отнесены к группе повышенного риска развития сахарного диабета, а все формы патологических сахарных кривых составили 49,0%.

При анализе изменений показателей углеводного обмена в зависимости от возраста обнаружено, что у женщин возраст которых на момент обследования составлял до 40 лет нарушения значения обобщенного критерия наблюдаются в 29% случаев. У женщин в возрасте более 40 лет, нарушения значений обобщенного критерия наблюдались в 71,9% случаев (т.е. в 2,5 раза больше, чем в возрастной группе до 40 лет).

С увеличением массы тела резко уменьшается число лиц с нормальной толерантностью к углеводам. Так, у лиц с нормальной массой тела нормальный тип ТТГ оказался у 37(67,3%) лиц, а у лиц с избыточной массой тела у 15 (31,9%) ($p < 0,01$).

Все типы патологических сахарных кривых у женщин, страдающих ВК с нормальной массой тела, выявили у 18 (32,7%), а с избыточной массой тела в 2 раза больше – у 32 (68,1%).

Следовательно, женщины с хроническим ВК, избыточной массой тела, в возрасте старше 40 лет могут являться тем контингентом, которым необходимо проведение обследования на выявление у них нарушений углеводного обмена с помощью ТТГ, которое обнаруживает начальные, скрытые проявления диабета, что дает возможность своевременно назначить диету, дозированную физическую нагрузку и тем самым приостановить развитие болезни.

ТРИХОМОНАДНО-КАНДИДОЗНО-МИКОПЛАЗМЕННЫЕ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН, ОБРАТИВШИХСЯ В СЕМЕЙНЫЕ ВРАЧЕБНЫЕ АМБУЛАТОРИИ

*Акышбаева К.С., Джусунгалиева М.Х.,
Уразбаева А.С., Аширова А.,
Искандерова М.И.*

*Научно-исследовательский
кожно-венерологический институт МЗ РК
Алматы, Казахстан*

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование у 50 женщин с выделениями из влагалища, обратившихся в гинекологические кабинеты СВА (СВА №5 пос. «Дружба»). Больные были обследованы на гонорею, трихомоноз, хламидиоз, гарднереллез, кандидоз, микоплазменные инфекции (*U. urealyticum*, *M. hominis*).

Средний возраст обследованных женщин составил – 27,7±0,9 лет.

Выявлен достаточно высокий уровень ИППП (гонорея, трихомоноз, хламидиоз), включенных в регистр контролируемых ИППП в Республике Казахстан – 48,0±7,0%. Наиболее часто регистрировалась трихомонадная инфекция – 44,0±7,0%, в 6,0±3,3% случаев – хламидийная инфекция, ни в одном случае не была выявлена гонококковая инфекция.

Изучение характера инфицирования позволило отметить превалирование микст-инфекции (79,2±5,7% против 20,8±5,7%), представленной в основном трихомонадно-микоплазменно-кандидозной инфекцией.

Частота других инфекций, передающихся половым путем (кроме контролируемых) составила 24,0±6,0%, у более половины (58,3±6,9%) выявлена кандида-микоплазменная инфекция, в 41,7±6,9% случаев – кандидозная инфекция.

Клиническое обследование, проведенное совместно с гинекологами СВА №5 пос. «Дружба» показало, что у ¼ из обследованных женщин наблюдается хронический сальпингит, хронический сальпингоофорит.

Таким образом, у женщин, обратившихся в гинекологические кабинеты СВА с выделениями из влагалища, выявлен достаточно высокий удельный вес ИППП, с преобладанием смешанного инфицирования (в основном трихомонадно-кандида-микоплазменные).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРИЕМЛЕМОСТЬ ПРЕПАРАТА «ОРУНГАЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

*Байрамова Г.Р., Муравьева В.В.,
Прилепская В.Н., Анкирская А.С.
ГУ Научный Центр Акушерства,
гинекологии и перинатологии РАМН
Москва*

Среди микозов – заболеваний современной цивилизации, вульвовагинальный кандидоз (ВК) занимает ведущее место и составляет 24 – 36% в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища. В последние годы данной проблеме уделяется большое внимание не только в связи с широким распространением и частыми рецидивированиями ВК, но и из-за значительных трудностей в лечении. Одним из перспективных препаратов-антимикотиков является итраконазол, входящий в состав препарата «Орунгал», который относится к препаратом триазолового ряда.

Цель исследования: оценить клиническую и микробиологическую эффективность препарата «Орунгал» при лечении эпизодов острого ВК.

Материал и методы:

Обследовано 59 женщин репродуктивного возраста с жалобами, характерными для вагинита. У 33 (55,9%) пациенток в возрасте от 18 до 39 лет (средний возраст составил 24,2 + 2,1) выявлен ВК. Клинико-лабораторное исследование включало: клинический осмотр, расширенную кольпоскопию, комплексную микробиологическую диагностику (микроскопию вагинальных мазков, окрашенных по Граму, и культуральное исследование влагалищного содержимого). Для идентификации дрожжеподобных грибов использовали тест-систему «Mycotube» (BBL), а также дополнительные тесты. Чувствительность грибов к антимикотическим препаратам оценивали с помощью тест-системы «Fungitest» (BioRad), являющейся модификацией стандарта М-27 и воспроизводящей стандарты NCCLS. Препарат Орунгал назначали по 200 мг. в день после еды в течение 3 дней. Контрольное клинико-лабораторное обследование проводили через 7-10 дней после окончания курса терапии.

Результаты.

При анализе возможных факторов риска развития ВК было установлено, что 4 пациентки связывали развитие ВК с приемом антибактериальных препаратов незадолго до появления симптомов ВК по поводу обострения хронического сальпингоофорита и острой респираторной инфекции, у 6 пациенток ВК выявлен на фоне приема оральных контрацептивов, у 5 женщин – на фоне использования внутриматочной

спирали, 6 пациенток имели 2 и более половых партнеров, 4 пациентки связывали развитие ВК с использованием спермицидов с целью контрацепции. У 8 пациенток факторы, приводящие к развитию ВК, выявить не удалось. Данные опроса показали, что большинство пациенток (84,8%) отмечали зуд в области влагалища и вульвы; 69,7% предъявляли жалобы на выделения из половых путей различного характера (чаще белого цвета, сметанообразные или творожистые); дизурические расстройства были у 36,4% женщин; зуд в перианальной области – у 21,2% пациенток. Данные расширенной кольпоскопии показали, что у всех пациенток с ВК были выявлены признаки воспалительного процесса, которые характеризовались гиперемией, отеком, рыхлостью слизистой влагалища и шейки матки. На фоне гиперемированной слизистой выявлялись участки с признаками очагового и диффузного экзо- и эндоцервицита. После проведения пробы Шиллера поверхность слизистой окрашивалась неравномерно, с характерной крапчатостью йоднегативных и йодпозитивных участков. При этом у 24,2% пациенток на эктоцервиксе выявлена эктопия шейки матки с признаками воспалительного процесса, у 9,1% – эктопия в сочетании с атипической зоной трансформации, у 18,2% пациенток выявлена лейкоплакия шейки матки, множественные *ovuli. nabothi* – у 9,1% пациенток. Всем пациенткам с патологией шейки матки была произведена прицельная биопсия шейки матки с последующей деструкцией патологического участка.

Результаты комплексного микробиологического исследования показали, что в большинстве случаев (72,7%) диагностирован классический вариант ВК, при котором дрожжеподобные грибы были представлены *S.albicans* и *Geotrichum candidum*. В 24,2% случаев диагностировали сочетанную форму ВК с бактериальным вагинозом. Видовой спектр дрожжеподобных грибов в этом случае был ограничен видом *S.albicans*. В одном случае (3,1%) выделение дрожжеподобного гриба (*S. glabrata*) сочеталось со снижением титра лактобацилл и высоким титром золотистого стафилококка. У 96,9% пациенток в вагинальных образцах выделено по одному штамму гриба. В одном случае (3,1%) обнаружена ассоциация из двух видов: *S.albicans* и *Geotrichum candidum*. Всего было выделено 34 штамма дрожжеподобных грибов четырех видов: *S.albicans* (88,24%), *S. glabrata* (5,88%), *S. kefyр* (2,94%), *G. candidum* (2,94%). Для всех видов *S. ne-albicans* было проведено тестирование чувствительности к антимикотикам. Так, штамм *S. kefyр* был чувствителен ко всем исследуемым препаратам. Два штамма *S. glabrata* имели промежуточный тип устойчивости к итраконазолу, а к остальным антимикотикам были чувствительны. *Geotrichum candidum* имел 4 маркера устойчивости промежуточного типа (к 5-флуцитозину, миконазолу, итраконазолу и флюконазолу).

Клиническую и микробиологическую оценку эффективности терапии орунгалом проводили через неделю после завершения приема препарата. Данные опроса показали, что большинство пациенток (72,7%)

отметили улучшение состояния на 2-3 сутки после начала терапии: уменьшилось количество выделений, уменьшились или исчезли зуд и жжение в области вульвы и влагалища. Контрольное клинико-микробиологическое исследование показало, что общая эффективность лечения Орунгалом составила 93,9%. Неэффективность лечения отмечена в двух случаях (6,1%), когда возбудителем *candida*-инфекции был вид *C. glabrata* (с промежуточным типом устойчивости к итраконазолу *in vitro*). В то же время, отмечена эффективность лечения пациентки, у которой были выделены 2 вида гриба — *C. albicans* и *G. candidum* (с промежуточным типом устойчивости к итраконазолу). Среди побочных реакций у 2 пациенток отмечена тошнота, у 1 — аллергическая реакция в виде кожной сыпи. Отмены препарата не потребовалось.

Проведенное исследование показало, что ВК может развиваться как на фоне нормальной микрофлоры, так и при дисбиотических состояниях различной степени выраженности. Ведущим возбудителем *candida*-инфекции у обследованных женщин был вид *C. albicans* (90,9%), на втором месте — *C. glabrata* (6,06%). При лечении ВК орунгалом клиническая и микробиологическая эффективность составила 93,9%. Случаи неэффективного лечения отмечены при вульвовагинитах, вызванных *C. glabrata*, обладающих промежуточным типом устойчивости к итраконазолу.

Таким образом, препарат «Орунгал» является высокоэффективным и высокоприемлемым средством лечения ВК: быстро купирует симптомы заболевания и удобен в применении. Процент побочных реакций минимален.

ПРИМЕНЕНИЕ СУППОЗИТОРИЕВ «НЕО-ПЕНОТРАН» В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА

*Богуш П.Г., Важбин Л.Б., Чистякова Т.В.,
Сизова И.Д., Сизов И.Е.*
*КВКД №1 Департамента здравоохранения Москвы
Москва*

Высокий удельный вес кандидозного вульвовагинита (КВ) в структуре урогенитальной заболеваемости, а также сложности в выборе патогенетической терапии повышают значимость этой проблемы, как в дерматовенерологии, так и смежных специальностях.

В своей работе для монотерапии КВ мы использовали влагалищные суппозитории «Нео-Пенотран» (Schering AG., Германия), содержащие два действующих начала — метронидазол и миконазол. Контингент исследования составили 37 женщин в возрасте 19-47 лет. Клиническая

картина патологического процесса у них не отличалась от его классического варианта. Диагноз КВ у всех больных подтверждался соответствующими лабораторными тестами (микроскопическое выявление грибов рода *Candida*, культуральное исследование). Длительность болезни составляла от 4-х недель до 1 года. У 15 пациенток течение заболевания носило упорный характер вне ощутимого положительного эффекта от применяемых интравагинально обычных антимикотических средств (нистатин, леворин, клотримазол, препаратов йода и др.).

Суппозитории «Нео-Пенотран» вводили во влагалище 2 раза в день в течение 7 суток. Все пациентки переносили лечение хорошо. Клиническое и этиологическое излечение наступило у 30 (81.1%) больных, что позволяет рекомендовать суппозитории «Нео-Пенотран» в практике лечения КВ.

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА И МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ЕГО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПИМАФУЦИНА

Гарбузов Д.А., Федотов В.П.

*Днепропетровская государственная медицинская академия
Днепропетровск, Украина*

Мы наблюдали 286 больных урогенитальным кандидозом, в основном женщин в возрасте наибольшей половой активности. Из перенесенных заболеваний преобладали простудные болезни, детские инфекции, гнойно-воспалительные и неврологические заболевания, из сопутствующих – гинекологические, гастроэнтерологические и эндокринологические заболевания.

К способствующим факторам возникновения кандидоза мы относили возрастные факторы «истощающие» заболевания, хирургические вмешательства, травмы, нарушение обменных процессов, инфекции, злокачественные новообразования, эндокринопатии, беременность, СПИД, применение иммуносупрессоров, глюкокортикоидов, антибиотиков, оральной контрацепции, генетические факторы.

Особую роль отводили иммунным сдвигам, которые, по нашим данным, заключались в нарушении выработки иммуноглобулинов класса А и М, снижении ФАЛ, активности микро- и макрофагов, системы комплемента, угнетение неспецифических факторов защиты, уменьшении числа Т-клеток, особенно за счет Т-хелперов, снижении индекса Th/Ts, угнетении бластной трансформации лимфоцитов. Нередко формируется гиперчувствительность замедленного типа к антигену гриба, что осложняет течение заболевания.

По данным литературы и результатам наших исследований установлено, что источником системного кандидоза является *C. albicans*, лока-

лизованная в кишечном биотопе. Диагноз урогенитального кандидоза устанавливали на основании клинических данных, данных микроскопии отделяемого с обнаружением большого количества псевдомицелия и почкующихся форм гриба, получением культуры на среде Сабуро, подсчетом КОЕ (более 10^3 /мл, определения вида гриба по характеру колоний, типа роста и ферментативной активности на сахарах. Также для диагноза большое значение имело обнаружение гриба в моче, стерильно взятой катетером, положительные иммунологические реакции с кандиды-антигеном. Возможно более убедительное подтверждение диагноза с помощью биопсии или заражения животных с получением ретрокультуры.

Для уточнения возбудителя мы проводили контрольное исследование на диагностикумах *Candidaselect*.

У 82% больных в качестве возбудителя установлен *C. albicans* и у 18% – *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. parapsilosis*.

Хронический кандидоз был диагностирован у 13,8% больных, острый – у 16,2%.

Лечение кандидоза проводили комплексно. Острый кандидоз мы устраняли только местным применением свечей и крема Пимафуцина. При лечении хронического кандидоза проводили тщательное обследование пациента, консультации смежных специалистов для выявления причин, способствующих развитию кандидоза. Чрезвычайно важно устранение и лечение сопутствующей патологии. Применение общепринятых препаратов (препараты крови, кальция, фосфора, биостимуляторы, адаптогены и др.) позволяет довольно успешно бороться с заболеванием.

Важное место в комплексном лечении занимают иммуностимуляторы, которые назначаются по опыту нашей кафедры дифференцированно (Циклоферон, Бемитил, Протефлазид, Тиотриазолин, Нуклеинат натрия, Рибоксин, Спленин, Амиксин и др.).

Мы рекомендовали назначение системного антимикотика Пимафуцина (натамицин), который оказывает фунгицидное действие на большинство грибов. Он не вызывает резистентности грибов к препарату, не дает побочных эффектов, не имеет противопоказаний, в отличие от азоловых препаратов, что чрезвычайно важно, в отличие от азолов, которые всасываются в тонком кишечнике, Пимафуцин достигает толстого кишечника, поскольку он является невсасывающимся антибиотиком (т.е. проникает в подвздошную кишку, являющуюся резервуаром *Candida*). Пимафуцин связывается необратимо с эргостероном клеточной мембраны дрожжеподобных клеток, нарушая при этом проницаемость клеток. Происходит дегенерация клеток, коагуляция цитоплазмы, цитоллиз и полное разрушение грибов, поэтому никогда не развивается, в отличие от азолов резистентность к пимафуцину.

В результате проведенного лечения удалось добиться клинико-лабораторного излечения у 92% больных, однако у 23% возник рецидив

заболевания при наблюдении в течении 1-3 лет. Причиной рецидивов мы считаем сохранение предрасполагающих факторов, т.е. не устранены сопутствующие заболевания и не ликвидирован источник инфекции (резервуар в желудочно-кишечном тракте), а также несоблюдение схемы лечения, отсутствие местного лечения.

Мы разработали методы предупреждения рецидивов и рациональной терапии с применением как этиотропных, так и патогенетических препаратов и, особенно разработанных нами лекарственных форм в виде суппозиториев и палочек для местного воздействия, содержащих предложенный нами новый антимикотик мебетизол (2-меркаптобенз-тиазол), производные дитиокарбаминовой кислоты и 8-оксихинолина.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «НЕО-ПЕНОТРАН» В ТЕРАПИИ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Кальменсон В.В.

*ГОУ ВПО Российский Государственный
Медицинский Университет МЗ РФ
Москва*

Рост заболеваемости вульвовагинальным кандидозом (ВВК), тенденция к увеличению числа хронически протекающих случаев данного заболевания, а также всё возрастающее снижение чувствительности грибов рода *Candida* к антимикотическим препаратам обуславливают актуальность исследований по данной проблеме. В настоящее время кандидоз стоит на втором после бактериального вагиноза месте среди всех инфекций влагалища. По данным различных авторов, 75-80% женщин переносят в течение жизни хотя бы один эпизод ВВК, 50% — имеют повторные эпизоды, до 20% — приобретают хроническую форму, а также у 40% беременных отмечены эпизоды урогенитального кандидоза.

Нами были проведены клинико-лабораторное и инструментальное обследования 30 пациенток репродуктивного возраста. Из них 5 с острым ВВК и 25 с хроническим ВВК, клинически и микологически подтверждённым.

Применялись следующие методы диагностики: гинекологический осмотр; микроскопическое исследование влагалищного отделяемого в нативных и окрашенных препаратах (по Граму); ПЦР-диагностика (неколичественная модификация); рН-метрия вагинального отделяемого.

Диагноз основывался на оценке данных анамнеза, субъективных и объективных клинических признаках, результатах инструментального и лабораторного исследований.

У всех пациенток микроскопическое исследование влагалищного отделяемого выявило значительное количество нитей дрожжеподобных грибов рода *Candida*, большое количество эпителиальных клеток (лейкоцитоз от 20 до 100 в поле зрения), что свидетельствовало об интенсивности воспалительного процесса. Наряду с кандидами в мазках были обнаружены: *Gardnerella vaginalis* у 53,3% обследуемых, *Mycoplasma hominis* у 6,6%, *Mycoplasma genitalium* у 6,6%, *Ureaplasma urealyticum* у 56,6% и у 36,6% обследуемых – кокковые формы бактерий.

Метод ПЦР-диагностики также подтвердил наличие вышеуказанных возбудителей

В связи с тем, что у большинства обследованных наряду с грибами рода *Candida* была выявлена сопутствующая патологическая флора, в качестве этиотропной локальной терапии нами был выбран препарат «Нео-пенотран», выпускаемый фирмой SCHERING.

«Нео-пенотран» представляет собой вагинальные суппозитории содержащие 500 мг метронидазола и 100 мг миконазола нитрата. Метронидазол является антимикробным препаратом широкого спектра действия с высокой активностью в отношении простейших (трихомонад, лямблий, дизентерийной амёбы) и практически всех облигатных анаэробных бактерий (споро – и неспорообразующих). Миконазола нитрат обуславливает активность препарата по отношению к дерматомицетам, дрожжам и другим патогенным грибам, оказывает также бактерицидное действие на некоторые грамположительные бактерии.

Нами проводилась следующая терапия: 1) пациенткам с острым ВВК назначались вагинальные свечи «Нео-пенотран» по одной утром и вечером в течение 7 дней; 2) пациенткам с хроническим ВВК назначался флюконазол по 150 мг/сут. в течение 3 дней; местное лечение заключалось в применении «Нео-пенотрана» по одной свече утром и вечером в течение 14 дней.

В качестве профилактики рецидивов хронического урогенитального кандидоза было рекомендовано: 1) флюконазол по 150 мг в первый день менструаций в течение 6 месяцев; 2) локальная терапия (1 раз в неделю в течение 6 месяцев).

Контроль проводимой терапии осуществлялся через 7 дней по окончании лечения, а у пациенток с хроническим урогенитальным кандидозом также через 3 месяца.

Через неделю после проводимой терапии все женщины отметили улучшение самочувствия, отсутствие субъективных и объективных клинических признаков воспалительных изменений слизистой оболочки влагалища. Методом микроскопии грибы не обнаружены ни у одной из обследованных, методом ПЦР-диагностики кандиды обнаружены у 2 пациенток с хроническим ВВК.

Через 3 месяца на обследование удалось вызвать 22 из 30 пролеченных женщин. Никто из них не предъявлял жалоб по поводу перенесённого заболевания. Микроскопия влагалищного отделяемого выявила

1-2 степень частоты влагалища и отсутствие грибов рода *Candida*. Методом ПЦР-диагностики грибы также не были обнаружены.

Исчезновение грибов рода *Candida* в результате лечения препаратом «Нео-пенотран» (особенно у больных с острым ВВК) сопровождалось значительным улучшением микробиоциноза влагалища. Количество бактериальных клеток (кокков и палочек) существенно уменьшилось и соответствовало допустимым значениям, снизилось до нормальных значений содержание лейкоцитов.

Всеми пациентками переносимость препарата была оценена как отличная.

Высокая эффективность препарата «Нео-пенотран», его хорошая переносимость, широкий спектр действия, в т.ч. антимикотическая активность, удобство в применении позволяют считать этот препарат перспективным в лечении урогенитального кандидоза.

НЕОБХОДИМОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МИКОФЛЮКАНА ПОСЛЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Кошкин С.В., Зонов О.А.

*Кировская государственная медицинская академия
Киров*

Лечение урогенитальных инфекций часто ассоциируется с последующим развитием кандидоза вследствие угнетения нормальной бактериальной флоры. Частота появления кандидозного вульвовагинита зависит от длительности антимикробной терапии, вида используемых антибиотиков и наличия других факторов риска (прием оральных контрацептивов с высоким содержанием эстрогенов, использование спермицидов, беременность, сахарный диабет, иммунодефицит).

Под нашим наблюдением находилось 115 женщин с неспецифическими цервицитами и воспалительными заболеваниями органов малого таза. Терапия, согласно российским и международным стандартам, проводилась в течение 14 и более дней и включала применение метронидазола, бета-лактамов, антибиотиков, фторхинолонов, макролидов, тетрациклинов, в зависимости от выявленного микробного патогена. После окончания лечения у 25 пациенток сохранились признаки воспаления (повышенное количество лейкоцитов в отделяемом цервикального канала), при микроскопическом исследовании у 12 из них выявлены дрожжеподобные грибы рода *Candida*.

Всем больным с сохраняющимися признаками воспаления был назначен микофлюкан (препарат флюконазола, сохраняющий терапевти-

ческую концентрацию в крови в течение 72 часов) в дозе 150 мг трижды с перерывом 2 дня. Контрольные результаты микроскопии оценили через 10-14 дней после окончания лечения, у 12 пациенток с кандидозом достигнуто клинико-микробиологическое излечение. Кроме того, исчезновение признаков воспаления произошло ещё у 8 пациенток.

Таким образом, сохраняющиеся признаки воспаления после антибактериальной терапии ВЗОМТ, могут быть обусловлены дрожжеподобными грибами рода *Candida*, поэтому необходимо использование микофлюкана в комплексной терапии ВЗОМТ.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО КАНДИДОЗА ГЕНИТАЛИЙ, ОБУСЛОВЛЕННОГО ШТАММАМИ ГРИБОВ *CANDIDA*, РЕЗИСТЕНТНЫМИ К АЗОЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ

*Мирзабалаева А.К., Долго-Сабурова Ю.В., Колб З.К.,
Шурницкая О.А., Выборнова И.В., Васильева Н.В.,
Богомолова Т.С., Климко Н.Н.*

*НИИ медицинской микологии имени П.Н. Кашкина
Кафедра клинической микологии, иммунологии, аллергологии с курсом
лабораторной микологии СПб МАПО
Санкт-Петербург*

Актуальность. Во всем мире отмечена тенденция к возрастанию частоты хронического рецидивирующего кандидоза гениталий (ХРКГ) у женщин. Основными факторами риска рецидивирующего течения микотического процесса являются неконтролируемое и нерациональное использование антибактериальных препаратов, наличие инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), эндокринная патология, вторичные иммунодефицитные состояния, включая местные нарушения на уровне вагинального эпителия. Несмотря на то, что вопросы диагностики и терапии ХРКГ у женщин подробно изучены, результаты лечения не всегда являются удовлетворительными.

Ряд исследователей связывают неудачи в лечении ХРКГ с увеличением случаев заболевания, обусловленных грибами *Candida spp.*, не относящимися к виду *Candida albicans* и возрастанием частоты выявления возбудителей, резистентных к антифунгальным препаратам. При анализе литературных источников за период 2002-2004 гг. частота выделения *Candida spp.*, не относящихся к *Candida albicans*, составила от 9% до 69%.

Цель исследования – определить видовой состав возбудителей хронического рецидивирующего кандидоза гениталий у женщин, оценить чувствительность выделенных возбудителей к азольным препаратам (флуконазол), выявить особенности клинического течения хронического рецидивирующего кандидоза гениталий, обусловленного грибами *Candida* spp., не относящимися к *Candida albicans*.

Материалы и методы. В результате проспективного клинического исследования, проведенного на базе НИИ медицинской микологии имени П.Н. Кашкина СПб МАПО, было обследовано 65 женщин в возрасте от 17 до 68 лет (средний возраст – 29,6 лет), страдающих ХРКГ. Длительность заболевания составила от 6 месяцев до 10 лет. Критериями для включения в исследование явилось хроническое рецидивирующее течение кандидоза гениталий (количество рецидивов кандидоза гениталий – от 4 до 12 эпизодов обострения в год).

Установлено, что наиболее значимыми факторами, способствующими манифестации клинических проявлений кандидоза гениталий, были: применение антибактериальных препаратов для лечения ИППП, воспалительных заболеваний половых органов (69%), заболевания щитовидной железы, сопровождающиеся гипопункцией (21%), беременность (17%), применение глюкокортикостероидов (7%).

Кандидоз гениталий был подтвержден во всех случаях: наличие почкующихся дрожжевых клеток, псевдомицелия и/или мицелия при микроскопии окрашенных мазков из слизистой вульвы, влагалища, цервикального канала, уретры, выделение грибов *Candida* spp. при микологическом исследовании с количественным подсчетом колоний. Идентификацию *Candida albicans* проводили с использованием экспресс-теста на образование ростковых трубок *in vitro* в сыворотке крови или хромогенной среды “Candi Select”. Определение видов *Candida* spp., не относящихся к *Candida albicans* выполняли с применением тест-систем Auxacolor-2, Fongiscreen-4h, Api 20 C AUX (BIO RAD, BIO MERIEUX). Чувствительность всех выделенных штаммов грибов *Candida* spp. к флуконазолу *in vitro* определяли диско-диффузионным методом (согласно протоколу NCCLS M44-P).

Результаты исследования. Установлено, что основными возбудителями ХРКГ (в 88% случаев) были грибы *C. albicans*. В 12% случаев выявлены следующие возбудители кандидоза гениталий: *C. parapsilosis* (3%), *C. krusei* (3%), *C. glabrata* (1,5%), *C. famata* (1,5%), *C. tropicalis* (1,5%), *C. zeylanoides* (1,5%).

При оценке чувствительности выделенных штаммов грибов *Candida* spp. частота резистентных к флуконазолу составила 11%. Однако, из числа изолятов *C. albicans* – 93% расценены как чувствительные (диаметр зоны отсутствия роста грибов (ЗОР) – не менее 19 мм), в 2% случаев выявлена дозозависимая чувствительность (ЗОР – 15-18 мм), в 5% случаев выделенные штаммы *C. albicans* были резистентны к флуконазолу (ЗОР – не более 14 мм). Вместе с тем, среди штаммов *Candida*

spp., не относящихся к *Candida albicans*, 50% были резистентны к флуконазолу (*C. krusei*, *C. glabrata*, *C. famata*).

Сравнительный анализ анамнестических, клинических и лабораторных данных, выполненный в зависимости от вида грибов и их чувствительности к флуконазолу, позволил установить, что достоверные различия в возрасте, частоте рецидивов, фоновых и сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний отсутствуют. Также отмечено, что клинические проявления хронического рецидивирующего кандидоза гениталий, обусловленные резистентными к флуконазолу штаммами *Candida albicans* не имеют существенных особенностей. Обращает на себя внимание то, что при выявлении *Candida* spp., не относящихся к виду *Candida albicans*, характерная для кандидоза гениталий клиника отсутствует. Вместе с тем установлено, что продолжительность ХРКГ более 28 месяцев свидетельствует о высокой вероятности выявления грибов “non-*albicans*” или видов *Candida* со сниженной чувствительностью к флуконазолу.

Таким образом, данные анамнеза, факторы риска, клинические проявления заболевания не позволяют с высокой степенью достоверности предположить этиологию хронического рецидивирующего кандидоза гениталий. Определение вида возбудителей рецидивирующего кандидоза гениталий обязательно в связи со значительной частотой выявления грибов *Candida* spp., не относящихся к *Candida albicans*. Во всех случаях обнаружения “неальбиканских видов” *Candida* spp., а также при неэффективности стандартной терапии рецидивирующего кандидоза гениталий, вызванного *Candida albicans*, необходимо определение чувствительности возбудителей к флуконазолу с помощью стандартизованных методов.

КАНДИДА И ДРУГИЕ МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ГРИБЫ В КОЛИЧЕСТВЕННОМ СООТНОШЕНИИ С БАКТЕРИЯМИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВАГИНИТАХ

Осипов Г.А., Столярова О.Н., Бойко Н.Б.
Научный центр сердечно-сосудистой хирургии РАМН
Москва

Результаты статистического анализа распределения концентраций жирных кислот (ЖК) микробного происхождения в вагинальном содержимом (метод ГХ-МС) свидетельствует о гомеостазе маркеров микроорганизмов в норме, следовательно, и соответствующего микробиоценоза локуса. Статистическая обработка данных позволила выявить

два множества (кластера) значений концентраций микробных ЖК. Один из них с меньшим значением средних величин можно отнести к норме, а другой — с высоким средним уровнем — к патологии, т.е. воспалению. Гомеостаз — понятие физиологическое и должно предполагать постоянство, как самого микробного сообщества локуса, так и состава и свойств его местообитания. Действительно, в формировании этих свойств естественным образом должны участвовать и микроорганизмы, которые, так же как и в кишечнике, производят многочисленные биологически активные продукты: ферменты, антибиотики (актиномицеты, стрептомицеты, грибы), регуляторные факторы, витамины но также и токсины, факторы патогенности и пр. Они участвуют в поддержании рН среды и баланса микроэлементов. Полученные методом ГХ-МС данные подтверждают современное представление о полимикробности вагинитов. Более того, данные показывают, что ни один из контролируемых таксонов микроорганизмов не сохраняет свою концентрацию в пределах нормы при воспалениях. Не лишено смысла рассматривать микробное сообщество любых слизистых оболочек в определенной мере подобной кишечнику организованной биопленке. Можно полагать, что и при вагинитах мы также имеем дело с биопленкой, включающей в подавляющем большинстве компоненты автохтонной микробиоты, присущей человеку. Она специфически переходит в патогенное состояние, включающее набор постоянных агентов (*Pseudonocardia*, *Fusobacterium*, *Klebsiella*, *Streptococcus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Clostridium perfringens*) и прочих членов сообщества, активных периодически. При таком представлении о микробиоценозе становятся понятными трудности, возникающие при лечении кандидоза и хронических вагинитов. Первой причиной неудач является упорная диагностика «модных» инфекций, вызываемых грибами кандиды (а также хламидии, микоплазмы, уреоплазмы, гарднерелла, мобилункус, герпес-вирус) при игнорировании патогенного потенциала автохтонной микрофлоры. Второй причиной являются известные трудности в доставке антибиотика к очагу воспаления. Третья, пока мало известная клиницистам причина — коллективная сопротивляемость антибиотикам и другим воздействиям (*quorum sensing*) организованной в биопленку микробиоты локусов. Приведенные выше соображения показывают, что микробиота слизистых оболочек половых органов женщин не может не являться физиологическим партнером организма-хозяина. Она гомеостатична и играет положительную роль в обменных процессах на слизистой оболочке и защите от внешних патогенов. В то же время она проявляет и враждебные по отношению к хозяину функции, если состав микробиоты нарушен и токсинообразование, характерное для большинства представителей нормофлоры, становится клинически значимым и может угрожать здоровью женщины. Более того, оно может угрожать и главной физиологической функции женских половых органов — репродуктивной. У женщин с проблемами беременности

или неудачами ЭКО методом ГХ-МС выявляется существенное превышение нормы «скрытыми» (от рутинных методов) компонентами нормофлоры: *Clostridium perfringens*, *Helicobacter pylori*, *Streptomyces*, *Eubacterium*. Обследоване 94 пациенток с хроническими воспалительными процессами (хронический сальпингоофорит, хронический эндометрит, кольпиты – с признаками воспаления) выявило маркеры 45 ведущих микроорганизмов, среди которых присутствуют гептадеценовая кислота (маркер *Candida albicans*), а также стеролы кампестерол и ситостерол, продуцируемые другими микроскопическими грибами. Эргостерол, ассоциируемый обычно с *Aspergillus* spp, найден лишь у двух пациенток. Кроме того, оказалось, что в воспалительном процессе участвуют актинобактерии родов *Pseudonocardia*, *Streptomyces*, *Rhodococcus*, которые до сих пор практики рассматривают как «лучистые грибки». Судя по литературным данным мы впервые провели систематические наблюдения за содержанием 10-оксистеариновой кислоты (10h18), маркера *Clostridium perfringens*, в жидкостях УГТ. В вагинальном содержимом обращают внимание случаи существенного превышения их концентрации над нормой. Причем отмечается “подмена” *Candida albicans* на *C. perfringens* при клинических признаках молочницы и многолетней неудачи противогрибковой терапии. При этом, кроме *C. perfringens*, превышают норму маркеры анаэробных бактерий *Propionibacterium* и *Eubacterium*. Завышено содержание маркера *Staphylococcus epidermidis*. Другим аномальным случаем является доминирование аэробных актиномицетов со стрептококками, бифидобактериями и руминококками. То есть сильно развиты кокковые формы, среди них – *Rhodococcus equi*, который рассматривают как внутриклеточный условный патоген (аналог гонококка, но менее вирулентный). Одним из типичных вариантов ассоциации грибов и бактерий является микоз без участия кандиды, когда существенно превышают норму маркеры микроскопических грибов, продуцирующих кампестерол и ситостерол, а также *Staphylococcus aureus* и клостридии *C. propionicum* и *C. perfringens*, при дефиците многих других бактерий, в том числе бифидобактерий и лактобацилл (дисбактериоз). Наконец, в другом типичном варианте ведущая микрофлора может быть представлена бактериями *Clostridium perfringens* и одновременно микроскопическими грибами *Candida albicans* при наличии оральных стрептококков и сфингомонад, а также анаэробов *Eubacterium*. Практическая реализация маркерного метода масс-спектрометрии в повышении эффективности лечения кандидозов, микозов и актиномикозов (при распознавании их псевдо-форм) показывает полезность количественных оценок концентрации микроскопических грибов и актиномицетов, с учетом их ассоциации с бактериальной микрофлорой, и при соотнесении с уровнем колонизации этими микроорганизмами слизистых оболочек в норме.

СОПУТСТВУЮЩИЕ МИКРООРГАНИЗМЫ ПРИ ВАГИНАЛЬНОМ КАНДИДОЗЕ

Осипян Л.Л.¹, Абрамян Р.А.²
Абрамян Л.Р.², Саркисян Э.Ю.¹

¹ Ереванский государственный университет

² Центр перинатологии, акушерства и гинекологии Армении
Ереван, Армения

За последнее десятилетие реальную клиническую значимость приобрела проблема вагинального кандидоза (ВК), частота которого в последние годы возросла и составляет, по данным разных авторов, от 26 до 40-45% в структуре инфекционной патологии половой системы. Кандидозный вульвовагинит занимает второе место среди всех влагалищных инфекций в США и первое в Европе. Наблюдается увеличение частоты инфекций, протекающих с участием комплекса микроорганизмов, входящих в состав нормальной микрофлоры влагалища. Подавление нормальной микрофлоры влагалища ведет к разнообразной патологии, в частности, развитию кандидоза.

Повышенный интерес к данной проблеме обусловлен не только широким распространением кандидозов, но и тем, что в ряде случаев они являются частой причиной развития воспалительных осложнений во время беременности, при родах и в послеродовом периоде (Rivasi F., 1998).

В связи с выше изложенным, в задачи нашего исследования входило изучение полуколичественных параметров *Candida sp.* и сопутствующих условно-патогенных микроорганизмов (УПМ) в вагинальном материале различных групп женщин (беременных, больных). Основная роль в возникновении вагинального кандидоза принадлежит виду *Candida albicans*, выделяемым в 95% случаев этого заболевания. В настоящее время известно 196 видов грибов рода *Candida*, из них со слизистых оболочек человека выделено около 30 видов. По данным литературы, 75% женщин репродуктивного возраста имели в анамнезе по крайней мере один эпизод вагинального кандидоза. У беременных данное заболевание встречается в 30-40% случаев, перед родами этот показатель может достигать 45-50%.

Нами было обследовано 873 женщины в возрасте 20-45 лет за 2004 года. Материалом для исследования служили мазки из влагалища. Применяли микроскопические и бактериологические методы исследования мазков окрашенных по методу Грама. Для определения бактериальной заспоренности половых путей использовали разные питательные среды. Для выделения дрожжеподобных грибов рода *Candida* применяли среду Сабуро. Идентификация грибов проводилась на основании культуральных, морфологических свойств, спорообразования, а также наличия почкующихся дрожжевых клеток.

Далее производили полуколичественную оценку роста кандид, для чего использовали четыре уровня (градации) роста заспоренности. Результаты исследований приведены в таблице 1.

Таблица 1

Уровень роста <i>Candida</i> spp.	Число обнаруж.	(%)
Единичные колонии	32	21,48
Скудный рост	52	34,90
Умеренный рост	34	22,82
Обильный рост ($> 10^4$)	31	20,80

Виды рода *Candida* были обнаружены у 149 больных, что составляет 17,07% от общего числа обследованных. При этом, у 31 (20,80%) пациентов наблюдался обильный рост ($> 10^4$).

Видовой состав условно-патогенных микроорганизмов (УПМ) приводится в таблице 2.

Таблица 2

Виды обнаруженных микроорганизмов	Число микроорганизмов	%
<i>Candida</i> sp.	149	100
<i>Escherichia coli</i>	38	25,50
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	31	20,81
<i>Streptococcus</i> spp.	16	10,74
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	5	3,36
<i>Staphylococcus aureus</i>	6	4,03
<i>Enterococcus faecalis</i>	4	2,68
<i>Klebsiella</i> spp.	4	2,68

Сопутствующие кандиде УПМ были выделены у 38,93% больных в титре 10^3 - 10^5 КОЕ/мл, а в ассоциациях из 2 и более видов – у 14,77%. Как видно из таблицы 2, чаще всего выявлены кишечная палочка, стафилококки, стрептококки. *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella* spp. являются патогенными микроорганизмами и могут быть причиной местной воспалительной реакции слизистой оболочки влагалища.

Таким образом, вагинальный кандидоз характеризуется выраженными нарушениями состава нормальной микробиоты и увеличением содержания условно-патогенных микроорганизмов, которые могут оказывать влияние на течение патологического процесса, усугубляя течение основного заболевания.

МИКОМАКС В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СМЕШАННЫХ ИНФЕКЦИЙ

Перламутров Ю.Н., Чернова Н.И.

*Московский Государственный Медико-стоматологический
Университет*

В последние годы регистрируется увеличение случаев воспалительных заболеваний органов малого таза, обусловленных смешанной урогенитальной инфекцией, в частности урогенитальным хламидиозом в сочетании с мико-уреаплазмозом, бактериальным вагинозом и кандидозом. Состояния, при котором пациентам требуется длительная антибактериальная терапия, способствующая активации грибкового процесса.

Для предупреждения прогрессирования урогенитального кандидоза применялся Микомакс.

Под наблюдением находилось 35 женщин репродуктивного, сексуально активного возраста с жалобами на боли внизу живота, обильные выделения, зуд и жжение в вагине и уретре. При ПЦР диагностике соскобов урогенитального тракта обнаружены: хламидии, мико и уреоплазмы. При исследовании мазков на микрофлору – ключевые клетки и мицелий грибов.

Всем пациенткам в первый день комбинированной терапии был назначен Микомакс 150мг, далее по 50 мг 14 дней на фоне антибактериальной терапии

При контрольном исследовании мазков на микрофлору через 7-10 дней после окончания комбинированного лечения у 29 женщин грибы не обнаружены, у 6 единичный мицелий.

Таким образом, применение Микомакса в период лечения антибиотиками привело к супрессии роста кандид у 83% больных. Препарат хорошо переносится больными, удобен в применении, может быть рекомендован в комплексной терапии пациентам получающим интенсивную антибактериальную терапию.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ У ЖЕНЩИН, ОБРАЩАЮЩИХСЯ В ЖЕНСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

Уразбаева А.С.

*Научно-исследовательский кожно-венерологический институт
Министерства здравоохранения Республики Казахстан
Алматы, Казахстан*

Клинико-лабораторное обследование на урогенитальный кандидоз проведено у 68 женщин, обратившихся в женские консультации с жалобами на выделения из половых путей. Средний возраст обследованных составил $23,5 \pm 0,8$ лет.

Клиническое обследование женщин проводилось по разработанной карте, предусматривающей тщательный сбор анамнестических данных, изучение соматического и акушерско-гинекологического статуса.

Лабораторное обследование включало бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого уретры, влагалища и цервикального канала на кандидоз. Параллельно проведено обследование на гонорею, трихомоноз, гарднереллез и микоплазмоз (уреаплазмоз, *M. hominis*-инфекция). Использованы методы, общепринятые в лабораторной сети РК.

У 42,6±5,9% женщин определены дрожжеподобные грибы рода *Candida*, что составило почти половину обследованных.

В 65,5% случаев дрожжеподобные грибы были выделены в ассоциации, в моно-инфекции – в 34,5%. Наиболее чаще дрожжеподобные грибы вступали в ассоциации с трихомонадами – 42,1±9,2%, в 26,3±8,2% случаев наблюдалось сочетание дрожжеподобных грибов с трихомонадами и уреаплазмами, в 21,0±7,6% – с микоплазмами (в 3-х случаях с *U. urealyticum*, в 1 – с *M. hominis*). Лишь по 1 случаю отмечено сочетание дрожжеподобных грибов с гарднереллами (5,3±4,2%), гарднереллами и трихомонадами (5,3±4,2%).

У подавляющего (65,5±8,8%) числа женщин с кандидозом на момент обследования были зарегистрированы явления кольпита, у 34,5±8,8% – явления аднексита.

Анализ акушерско-гинекологического анамнеза позволил констатировать у 82,7±7,0% обследованных женщин патологию со стороны придатков матки, в частности, эрозию шейки матки – в 75,9±7,9%, по 3,4±3,3% – миома матки и неблагоприятные исходы беременности в анамнезе. Из экстрагенитальных заболеваний наиболее чаще отмечены заболевания мочевыделительной системы – в 62,1±9,0% случаев, заболевания желудочно-кишечного тракта – в 44,8±9,2%, заболевания органов дыхания зарегистрированы в 27,6±8,3% случаев.

На основании проведенного исследования можно констатировать высокую частоту выделения дрожжеподобных грибов рода *Candida*, наиболее чаще находящихся в ассоциации с трихомонадами и микоплазмами и в большинстве случаев протекающих на фоне сопутствующей патологии.

«ОРУНГАЛ» В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗНЫХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ

Шахмарданова Ж.К., Айткулова В.Р.

*Областной кожновенерологический диспансер
Павлодар*

Кандидозный вульвовагинит в соответствии с представлениями сегодняшнего дня, наряду с урогенитальным трихомонозом и бактери-

альным вагинозом рассматривается в группе инфекций, характеризующихся вагинальными выделениями.

Чаще всего при обследовании наряду с другими возбудителями определяется грибковая инфекция, даже если грибы не явились непосредственной причиной воспаления, их присутствие будет обязательным вследствие нарушения местных защитных факторов, либо в результате провоцирующих факторов, которые будут перечислены ниже.

Основным методом диагностики вагинального кандидоза является микроскопическое исследование, эффективность которого составляет 95%.

Клиническое проявление кандидозного вульвовагинита по меньшей мере 1 раз в жизни имелись у 3-х из 4-х женщин.

Провоцирующими факторами являются, как Вы знаете, применение antimicrobных препаратов, беременность, особенно в III триместре, ношение обтягивающей одежды или белья из синтетических тканей, пребывание в теплом, влажном климате, длительное использование оральных контрацептивов.

У 5% женщин с первичным эпизодом кандидозного вульвовагинита в последующем будут наблюдаться рецидивы заболевания, сопровождающиеся значительными психосексуальными нарушениями и дискомфортом.

При наличии 4-х рецидивов кандидозной инфекции и более правильно говорить о рецидивирующем кандидозном вульвовагините. Факторами риска, предрасполагающими к развитию рецидивирующего кандидозного вульвовагинита относятся наличие: сахарного диабета, кандидозной инфекции у полового партнера, наличие ВМС и др. Для лечения данной патологии мы в своей работе используем препарат «Орунгал».

«Орунгал» — международное непатентованное название — итраконазол.

Итраконазол нарушает синтез эргостерола, являющегося важным компонентом клеточной мембраны грибов, что обуславливает противогрибковый эффект препарата.

Терапевтические концентрации в тканях влагалища сохраняются еще в течение 2-х дней после окончания 3-х дневного курса лечения в дозе 200 мг. в сутки и 3-х дней после окончания однодневного курса лечения в дозе 200 мг. дважды в сутки.

По данным работы Кисиной В.И. наилучший эффект наблюдается при назначении его в дозе 200 мг. в сутки 3 дня, затем по 200 мг. в 1-ый день менструального цикла в течение 6 месяцев. При этом из 21 наблюдаемых пациенток, рецидив заболевания зарегистрирован у 1. Данная схема лечения практически подтверждена в работах других авторов.

Так как в стационаре у нас, как правило, наблюдаются женщины с микст-инфекциями, следовательно, получающие большое количество противомикробных препаратов, клиника вульвовагинального кандидоза усиливается. В связи с этим мы назначаем «Орунгал» сразу после еды

по 200 мг. в сутки в течение 3-х дней и после 2-х дневного перерыва курс повторяем. Соответственно, если у пациентки есть возможность то рекомендуем прием «Орунгала» в дальнейшем по 200 мг. 2 раза в день в 1-ый или 2-ой день менструального цикла в течение 6 месяцев. Данная схема позволяет наряду с положительной динамикой клинических симптомов кандидозного вульвовагинита достигнуть полного или значительного разрешения проявлений микотического процесса на коже пахово-бедренных складок, в перианальной области и полости рта.

За период работы с «Орунгалом» нами не зарегистрировано случаев аллергической реакции на препарат и каких-либо выраженных побочных действий. В некоторых случаях возникали незначительные побочные эффекты, однако их трудно отиффиринцировать от побочных эффектов, вызванных приемом антибиотиков или других препаратов комплексного лечения. Ни в одном случае не возникли показания к отмене назначения «Орунгала».

По данным Республиканского научно-исследовательского центра охраны здоровья матери и ребенка, где была обследована 261 женщина с вагинальным кандидозом возбудителями вульвовагинальных микозов являлись: *Candida albicans* у 20%, *Candida tropicalis* у 54%, *Candida krusei* у 6%, *Candida pseudotropicalis* у 3%, плесени у 13%.

Учитывая это, мы назначали препарат широкого действия, воздействующего не только на дрожжевой, но и на плесневой состав микобиоты. Адекватным решением данной проблемы является итраконазол (Орунгал) – новый антимикотик широкого спектра действия, который влияет на дрожжи, плесени и дерматомицеты. «Орунгал» хорошо переносится больными, обладает выраженным противорецидивным действием, высокой эффективностью (в 98-100% случаев).

ПРИМИНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Шелепин Ю.В., Томсинский А.А., Томсинская С.В.
Медицинский центр «МеДиаКом»
Одесса

В нашей клинике в течение двух лет, при лечении урогенитальной патологии наряду с традиционными методами применяется озонотерапия.

Ранее проводимыми работами по озонотерапии в этой области была доказана эффективность и целесообразность применения озона в лечении хронических воспалительных заболеваний мочеполовой

сферы, вызванных различной патогенной и условно патогенной микрофлорой.

Зачастую, при обследовании до начала лечения в ассоциации влагалищной микрофлоры выявляются дрожжевые грибы рода *Candida albicans* (19, 0%). Кроме того, кандиды часто являются следствием антибиотикотерапии.

Традиционные методы лечения зачастую бывают недостаточно эффективными, не всегда позволяют достичь полной реабилитации больных и предупредить рецидивирование.

Озонотерапия позволяет решить несколько задач – обеспечить бактерицидный, фунгицидный и вируцидный эффект, повысить местный и общий иммунитет, улучшить микроциркуляцию и газообмен на тканевом уровне. Поэтому наши пациенты кроме общепринятых схем лечения (противовоспалительной, антибактериальной, противогрибковой, рассасывающей и биостимулирующей и т. д.) получают озонотерапию по следующей схеме: большая аутогемотерапия (БАГТ) с озоном 2 раза в неделю в количестве 7-10 процедур, ректальные инфузии озонкислородной смеси. Параллельно проводилась санация влагалища и цервикального канала озонированной дистиллированной водой и тампоны с озонированным маслом ежедневно или через день №10, что приводило к полному исчезновению субъективных жалоб у пациентов и отсутствию грибов рода *Candida* в мазках, бактериальных посевах и ПЦР анализах пациентов уже после 4-5 таких гинекологических процедур. Кроме этого применение озона позволяет уменьшить медикаментозную нагрузку и традиционную полипрогмазию, что особенно актуально у больных с отягощенным аллергическим анамнезом, хроническими заболеваниями печени и ЖКТ. Это позволяет рекомендовать более широкое использование озонотерапии для лечения вагинальных кандидозов.

Глава 8.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПОВЕРХНОСТНЫХ МИКОЗОВ

ТЕРБИЗИЛ В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗА СТОП

Абидова З.М., Исмаилова Г.А., Цой М.Р.
НИИ дерматологии и венерологии МЗ РУз
Ташкент, Узбекистан

Под наблюдением находились 48 больных онихомикозом стоп в возрасте от 30 до 68 лет. Из них мужчин – 16, женщин – 32. Давность заболевания составила от 3 до 25 лет. Изолированный онихомикоз наблюдался у 12 больных, сочетанное поражение кожи и ногтей стоп – у 36. Поражение ногтевых пластинок по гипертрофическому типу было отмечено у 25 больных, по атрофическому – у 19, по нормотрофическому – у 4. Дистальная форма онихомикоза была выявлена у 25 пациентов, дистально-латеральная форма – у 10, тотальное поражение ногтевых пластинок наблюдалось у 13 больных. Диагноз был подтвержден микроскопическим обнаружением гриба в пораженных ногтях. При посеве на среду Сабуро в 57% случаев был получен рост гриба *Trichophyton rubrum*.

Тербизил (Гедеон Рихтер) 250 мг назначался по 1 таблетке в день ежедневно в течение 12- 20 недель. Одновременно с этим больные получали лечение ангиопротекторами, иммунокорректирующими средствами, десенсибилизирующими и антигистаминными препаратами, наружно – 3% раствором йода, фунгицидными кремами и лаками. Лечение тербизилом считали завершенным после отрастания здоровых ногтевых пластинок на 3/4 длины и отсутствием элементов гриба в ногтях при 2- кратном микроскопическом исследовании.

Клинико-микологическое излечение наступило у 90,4% больных онихомикозом стоп через 3 месяца терапии тербизилом. У оставшихся 9,6% лиц (преимущественно больные с тотальным поражением ногтей) терапевтический эффект был получен к концу 5 месяца лечения. Индивидуальной непереносимости, побочных эффектов и осложнений терапии тербизилом не наблюдались. Диспансерное наблюдение, осуществляемое в течении 6 месяцев после окончания лечения, рецидива заболевания не выявило.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МИКОЗОВ СТОП И ОНИХОМИКОЗОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Абидова З.М., Абдурахманова Н.А.
НИИ дерматологии и венерологии МЗ РУз
Ташкент, Узбекистан

Высокая частота развития микозов стоп и онихомикозов в популяции больных сахарным диабетом (СД) (до 26%), а также характер

развивающейся при этом иммунологической недостаточности обуславливают необходимость разработки новых комплексных подходов к выбору рациональной, высокоэффективной и безопасной терапии.

Под наблюдением находились 48 больных микозом стоп и онихомикозом, страдающих сопутствующим СД. Из них мужчин – 16, женщин – 32 в возрасте от 30 до 68 лет. Давность заболевания от 1 до 25 лет. Сочетанное поражение кожи и ногтей наблюдалось у 36 больных, изолированный онихомикоз – у 12. Сквамозная форма микоза стоп была выявлена у 30 пациентов, интертригинозная – у 6. Поражение ногтевых пластинок по гипертрофическому типу было отмечено у 25 больных, по атрофическому – у 19, по нормотрофическому – у 4. Инсулинзависимым СД страдало 16 человек, инсулиннезависимым – 32. Компенсированная стадия СД наблюдалась у 8 больных, субкомпенсированная – у 19, декомпенсированная – у 21 пациента. Результаты иммунологических исследований показали, что 96% больных имели достоверные отклонения к клеточным и гуморальным звеньям иммунитета. Относительное количество Т-лимфоцитов составило 57,8% от уровня контрольных значений. Причем, наиболее значимые изменения отмечены в относительном содержании Т-хелперов ($19,5 \pm 0,83\%$, при норме $36,2 \pm 1,75\%$), В-лимфоцитов ($22,6 \pm 1,94\%$, при норме $13,4 \pm 1,46\%$), ЦИК ($36,9 \pm 4,53\%$, при норме $14,5 \pm 1,19\%$).

Характер выявленных иммунологических нарушений у больных микозом стоп и онихомикозом, страдающих СД, послужили основой для назначения комплексной патогенетической терапии: системного антимикотика тербизила (Геден Рихтер) по 250 мг один раз в сутки, иммунокорректора иммун-5 по 2 капсулы один раз в день, а также необходимых сахароснижающих препаратов. Длительность назначения препаратов зависела от характера клинических проявлений, глубины иммунной и эндокринной недостаточности. Результаты комплексной терапии показали, что при микозе стоп после 2 недель назначения тербизила и иммун-5 клинико-микологическое излечение наступило у 92,6% больных, а через 4 недели эффективность лечения повысилась до 98,8%. У 90% больных онихомикозом излечение наступило через 3 месяца терапии тербизилом, а к концу 6 месяца – количество излечившихся пациентов достигло 94%. Наряду с наступлением клинико-микологического выздоровления наблюдалось восстановление нарушенных функций иммунной системы путем повышения активности иммунорегуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов, уменьшения количества В-лимфоцитов и снижения уровня ЦИК.

УМЕНЬШЕНИЕ ПОТЛИВОСТИ НОГ – ВАЖНЫЙ ШАГ НА ПУТИ К ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ МИКОЗОВ

Альбанова В.И.

ФНПП «Ретиноиды»

Москва

Важным патогенетическим механизмом в развитии микозов стоп является гипергидроз. Теплая влажная среда, мацерация кожи способствуют росту грибов. Кроме того, гипергидроз сопровождается изменением рН кожи в щелочную среду, что повышает протеазную активность возбудителей микозов. Лечение больных с сильной потливостью – важнейший путь профилактики развития микозов стоп. Избыточная потливость стоп – наиболее часто встречающееся локализованное нарушение потоотделения, широко распространенное среди населения. Борьба с повышенной потливостью проводится преимущественно гигиеническими средствами. Современный лекарственный препарат Формгель представляет собой бесцветный прозрачный вязкий гель, содержащий 3,7% формальдегида. Фармакологический эффект препарата связан с его способностью подавлять функцию потовых желез, а также дезинфицирующими свойствами. Основа препарата (гель), высыхая, образует на коже пленку, увеличивающую продолжительность действия формальдегида на кожу.

Во время проведенного исследования решались следующие задачи: определение длительности снижения потоотделения после однократного и повторного применения препарата; сравнение эффективности у больных разного пола и возраста, с различной степенью тяжести и продолжительностью заболевания; оценка возможных побочных явлений и осложнений в процессе лечения.

В исследование включались лица с локализованным и универсальным гипергидрозом обоего пола разной тяжести. Под наблюдением находилось 117 человек, среди них – 69 мужчин и 48 женщин в возрасте от 15 до 63 лет.

У 105 пациентов отмечался локализованный гипергидроз ладоней, подошв и подмышечных впадин, у 12 – универсальный. Перед началом лечения и после него больные подвергались лабораторному обследованию, включавшему клинический и биохимический анализы крови и анализ мочи.

Методика лечения. После приема теплого душа, мытья кожи с мылом и последующего вытирания полотенцем на сильно потеющие участки (кожа подошв, ладоней, межпальцевые промежутки, подмышечные впадины) тонким слоем наносили Формгель на 30 минут. Затем препарат смывали теплой водой, кожу вытирали полотенцем. Повторная

обработка проводилась при признаках прекращения действия геля. Длительность наблюдения составляла 4 недели.

Об эффективности лечения судили по динамике изменений, оцениваемой больным самостоятельно ежедневно, а врачом — еженедельно в течение месяца. Данные оценки регистрировались больными в анкете, а врачом — в индивидуальной карте больного. Эффективность лечения оценивалась в баллах: 1 балл — продолжительность снижения потоотделения менее 7 дней, 2 балла — 7-14 дней, 3 балла — 15-21 день и 4 балла — более 21 дня. В конце лечения больным предлагалось оценить, удобна ли в применении лекарственная форма препарата (гель), возникали ли во время лечения трудности с дозированием геля и выразить свое отношение к комфортности применения препарата (запах, цвет, пачкает ли одежду, белье, легко ли удаляется).

В результате проведенного исследования установлено, что снижение потоотделения после однократного применения Формагеля отмечалось у всех пациентов. Формагель сразу после применения существенно снижал потливость и поддерживал её на низком уровне в срок от 6 до 20 и более дней. Часть больных проводила повторную обработку кожи, после которой эффективность терапии не изменялась. Более выраженным был эффект при локализованном гипергидрозе. У больных с универсальным гипергидрозом исходное состояние кожи восстанавливалось скорее. Двое больных из троих, страдавших вульгарными бородавками на стопах отметили их исчезновение. В то же время бородавки на кистях остались без изменений.

Индивидуальные карты 30 больных с локализованным гипергидрозом, которые сумели аккуратно вести записи в анкете и регулярно посещали врача, отобраны для статистического анализа результатов. Статистический анализ проводили с использованием критерия знаков (таблица 1). При этом за отрицательный результат принимали число больных с продолжительностью снижения потоотделения менее 7 дней, за положительный — более 7 дней. Доверительный уровень P оценивали по таблице граничных значений критерия знаков Z . Установлено, что с вероятностью не менее 95% лечение во всех группах больных было эффективным.

Установлено, что средняя продолжительность терапевтического эффекта препарата Формагель не зависит от длительности и тяжести заболевания, а также от пола больных (таблицы 2, 3 и 4).

В то же время установлено, что средняя продолжительность эффекта терапии препаратом Формагель отличается у больных разного возраста (таблица 5). Более кратковременным эффект был у больных старше 40 лет. Различия с группой больных моложе 30 лет достоверны с вероятностью 95% ($P < 0,05$).

Побочных эффектов при правильном применении Формагеля не наблюдалось. После проведения лечения отклонений в клиническом и биохимическом анализах крови и анализах мочи не отмечалось.

Таблица 1. Эффективность применения препарата Формгель при гипергидрозе в различных группах больных

Группы больных	Количество больных					
	всево в группе	с продолжительность эффекта				P<
		<7 дней		>7 дней		
		абс.	%	абс.	%	
Гипергидроз: умеренно выраженный	22	0	0	22	100	0,01
резко выраженный	8	1	12,5	7	87,5	0,01
Возраст: <30 лет	13	0	0	13	100	0,01
31-40 лет	9	1	11,1	8	89,9	0,05
>41 года	8	1	12,5	7	87,5	0,05
Пол: мужской	16	2	12,5	14	87,5	0,01
женский	14	0	0	14	100	0,01

Таблица 2. Распределение больных (в.) по продолжительности полученного эффекта и средняя продолжительность терапевтического действия препарата (в баллах) в зависимости от длительности заболевания

Продолжительность эффекта	Длительность заболевания		P
	< 3 лет	> 3 лет	
< 7 дней	0%	5%	> 0,05
7-14 дней	50%	15%	
15-21 дней	10%	45%	
> 21 дня	40%	35%	
средняя продолжительность эффекта	2,9 ± 0,3	3,1 ± 0,2	

Таблица 3. Распределение больных (в.) по продолжительности полученного эффекта и средняя продолжительность терапевтического действия препарата (в баллах) в зависимости от тяжести заболевания.

Продолжительность эффекта	Тяжесть заболевания		P
	умеренная	выраженная	
< 7 дней	0%	12,5%	> 0,05
7-14 дней	36,4%	0%	
15-21 дней	22,7%	62,5%	
> 21 дня	40,9%	25,0%	
средняя продолжительность эффекта	3,0 ± 0,2	3,0 ± 0,3	

Таблица 4. Распределение больных (в.) по продолжительности полученного эффекта и средняя продолжительность терапевтического действия препарата (в баллах) в зависимости от пола.

Продолжительность эффекта	Пол больных		P
	мужской	женский	
< 7 дней	12,5%	0%	
7-14 дней	25,0%	28,6%	
15-21 дней	43,8%	14,3%	
> 21 дня	18,7%	57,1%	
средняя продолжительность эффекта	$2,7 \pm 0,2$	$3,3 \pm 0,2$	

Таблица 5. Распределение больных (в.) по продолжительности полученного эффекта и средняя продолжительность терапевтического действия препарата (в баллах) в зависимости от возраста.

Продолжительность эффекта	Возраст больных		
	< 30 лет	31 – 40 лет	> 40 лет
< 7 дней	0%	11,1%	12,5%
7-14 дней	23,1%	22,2%	37,5%
15-21 дней	15,4%	44,5%	37,5%
> 21 дня	61,5%	22,2%	12,5%
средняя продолжительность эффекта	$3,4 \pm 0,2$	$2,8 \pm 0,3$	$2,5 \pm 0,3^*$

Больными отмечались, как положительные качества, удобство и простота применения препарата (нет необходимости в ежедневном нанесении), выраженное уменьшение потливости и неприятного запаха, быстрота наступления эффекта и его стойкость, отсутствие резкого запаха препарата. Большинство пациентов выразили желание продолжить пользование препаратом.

Исследование показало, что применение Формагеля оказалось эффективным у всех больных, находившихся под наблюдением. Эффект заключался в стойком (1-3 недели) снижении потоотделения, не сопровождавшемся какими-либо побочными явлениями и осложнениями. Эффективность препарата не зависит от пола больных, длительности и тяжести заболевания. У больных в возрасте более 40 лет продолжительность терапевтического эффекта ниже, чем у более молодых.

Лекарственная форма удобна для применения. Формагель легко наносится на кожу, быстро засыхает в тонкую бесцветную пленку, не

вызывает реакций аллергии и раздражения. Препарат не обладает сильным запахом, не оставляет пятен на постельном белье и одежде. Не рекомендуется применять препарат сразу после бритья или удаления волос другим способом в подмышечной области.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МИРАМИСТИНА IN VITRO НА КУЛЬТУРАХ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ДРОЖЖЕВЫХ ГРИБОВ

Арзуманян В.Г., Кириченко И.М.

НИИ Вакцин и сывороток имени И.И. Мечникова РАМН
Московская Медицинская Академия имени И.М. Сеченова
Москва

За последние десятилетия вследствие активной антибиотикотерапии постоянно растет удельный вес заболеваний, ассоциированных с грибковой микрофлорой. Среди прочих грибов значительная часть клинических изолятов представлена дрожжами – аско- и базидиомицетами, которые в вегетативной стадии размножаются почкованием или делением, что приводит к одноклеточному росту [Kurtsman С. Р., Fell J. W., 1998]. На сегодняшний день наиболее клинически значимыми считаются такие рода дрожжей, как *Candida*, *Rhodotorula*, *Cryptococcus*, *Trichosporon*, *Geotrichum* и *Malassezia*, а также их телеоморфы. Важнейшим направлением клинической микологии является разработка, оценка и внедрение эффективных противогрибковых препаратов. В ГУ НИИВС имени И.И. Мечникова РАМН с 1999 года проводятся исследования по сравнительному анализу действия различных антимикотиков на культуры клинических изолятов дрожжевых грибов. В этот список препаратов вошел и мирамистин. Целью настоящей работы явилась оценка действия мирамистина на культуры различных родов клинически значимых дрожжей в сравнении с прочими антимикотиками.

В работе использованы культуры аско- и базидиомицетных дрожжей, ранее выделенные нами от пациентов с атопическим дерматитом и аллергическими бронхолегочными заболеваниями и хранящиеся в коллекции института [Арзуманян В.Г., Семенов Б.Ф., 2001]. Изоляты нелипофильных дрожжей были идентифицированы классическим физиолого-биохимическим методом [Yarow D., 1998] с использованием компьютерной программы Барнетта [Barnett J., 1996]. Дрожжи рода *Malassezia* получены и идентифицированы согласно методике Гийо и Гэо [Guillot J., Gueho E., 1996]. Для исследования отобраны 7 изолятов *Candida albicans*, 7 изолятов дрожжей *Malassezia*, 6 из которых являются *M. sympodialis*, 1 – *M. furfur*. Дрожжи рода *Rhodotorula* представлены видами *R. glutinis* (8 культур), *R. aurantiaca* (7), *R. mucilaginosa* (3) и

R. minuta (1). Все 5 изолятов *Cryptococcus spp.* идентифицированы как *C. albidus*, а дрожжи рода *Trichosporon* включали 5 изолятов: *Tr.inkin* –1, *Tr.cutaneum* –1, *Tr.ovoides* –1, *Tr.asahii* – 2.

В качестве исследуемого материала использовали 2-суточные культуры, выращенные на плотной среде ГПД при 25°C (нелипофильных дрожжи) или среде Диксона при 32°C (*Malassezia spp.*). Стартовое содержание жизнеспособных клеток составляло $1 \cdot 10^3$ – $1 \cdot 10^4$ КОЕ/мл. Диапазон исследованных концентраций мирамистина составлял от 2 до 256 мкг/мл, в случае *Malassezia* – до 512 мкг/мл. Изучение минимальных подавляющих рост концентраций (МПК) проводили в стерильных круглодонных пластиковых планшетах на 96 лунок при температуре 25° С. Вначале в один ряд по вертикали вносили аликвоты препаратов, затем в остальные ячейки – стерильную дистиллированную воду и делали двукратные разведения препаратов с помощью многоканального дозатора. После этого ячейки заполняли заранее приготовленной суспензией клеток в жидкой синтетической среде, оптимальной для роста всех известных нелипофильных дрожжей [Yarrow D., 1998]. О росте культур судили по изменению цвета введенного в эту среду *pH-индикатора* (неизменный цвет означал торможение роста).

Проверку чувствительности культур *Malassezia spp.* проводили модифицированным методом разведений в агаре [Hammer K. A. et al, 2000]. Модификация заключалась в использовании 96-луночных плоскодонных планшетов, в которые вносили аликвоты концентрированных препаратов и делали серийные двукратные разведения таковых. Затем в ячейки вносили теплый агар Диксона, содержащий суспензию клеток, и инкубировали при 32°C в течение 5-6 суток до появления в контрольном (не содержащем антимикотиков) агаре микроколоний. За минимальную ингибирующую рост концентрацию препарата принимали ту минимальную его концентрацию, при которой образования микроколоний не было отмечено.

Наиболее чувствительными к мирамистину оказались дрожжи *Cr. albidus*, МПК для которых составили менее 16 мкг/мл. Проверка 7 изолятов *C. albicans* с мирамистином показала, что начало ингибирования роста (небольшое изменение цвета индикатора) на 4 сутки соответствовало концентрации 16-64 мкг/мл, а минимальная концентрация, при которой рост совсем отсутствовал была равна 128 мкг/мл. Все изоляты *Trichosporon spp.* не росли уже при 64 мкг/мл, а рост большинства культур *Rhodotorula spp.* был подавлен 32 мкг/мл. Из этого списка родов резко выделялись *Malassezia*, для которых характерны значения МПК 512 мкг/мл и выше. Проверка мирамистина в отношении самой быстро растущей культуры *Malassezia furfur* N 607 показала, что наличие в среде даже 6000 мкг/мл препарата не могло полностью подавить рост микроорганизмов. Однако, число микроколоний в агаре в опытном варианте по сравнению с контролем без мирамистина было значительно ниже. Ранее нами показано, что необычная по сравнению с прочими дрож-

жами устойчивость дрожжей *Malassezia* к экстремальным осмотическим условиям (насыщенный раствор NaCl) обусловлена наличием у них внешней липидной оболочки [Гейдебрехт О.В. с соавт., 2003], которой лишены другие дрожжи. Есть основание полагать, что резистентность к поверхностно активному мирамистину также связана с липидным слоем, покрывающим клетки *Malassezia*. Концентрация мирамистина в коммерческих препаратах составляет, как правило, 0.01% (100 мкг/мл). Таким образом, вероятнее всего, использование мирамистина для устранения дрожжей родов *Candida*, *Rhodotorula*, *Cryptococcus* и *Trichosporon* не должно сопровождаться элиминацией *Malassezia*, например, с поверхности кожи. Это очень важно, поскольку дрожжи рода *Malassezia* являются представителями нормальной микрофлоры кожи человека.

Пределы МПК ряда препаратов – азолов (орунгал, дифлюкан, низорал, клотримазол), а также нитрофунгина, леворина, пимафуцина, нитроксолина, экзодерил (тербинафину), исследованные у вышеуказанных культур, обсуждались нами ранее [Арзумян В.Г., 2002]. Укажем здесь лишь очевидные различия по сравнению с мирамистином. При всей резистентности к мирамистину, дрожжи рода *Malassezia* очень чувствительны к антимикотикам *азольной* группы – величины МПК азолов для *Malassezia* ниже 2 мкг/мл, в то время, как именно к азолам изученные штаммы базидиомицетов – *Cryptococcus*, *Rhodotorula* и *Trichosporon* – в упомянутом диапазоне концентраций нечувствительны.

Поскольку для нелипофильных дрожжей была использована жидкая среда, оказалось возможным провести сравнительную оценку фунгицидного эффекта различных препаратов по отношению к изучаемым штаммам. По истечении 10 суток из ячеек, соответствующих МПК, делали высевы на плотную среду для проверки жизнеспособности. Результат выражали как процент культур данного рода, оказавшихся нежизнеспособными. В отношении всех четырех родов нелипофильных дрожжей наиболее выраженным фунгицидным эффектом обладал *мирамистин* – 57% убитых культур *Candida* spp. и 100% культур базидиомицетов. Среди прочих препаратов в порядке убывания фунгицидной активности можно перечислить *пимафуцин*, *леворин*, *5-НОК* и *нитрофунгин*. *Азолы* не являлись фунгицидами не только в отношении базидиомицетов (0% убитых культур), но и большинства штаммов *Candida* spp. (0-14%).

Таким образом, мирамистин является эффективным фунгицидным препаратом, более активным в отношении нелипофильных оппортунистических дрожжевых грибов, нежели липофильных симбионтов человека *Malassezia* spp. МПК мирамистина для нелипофильных дрожжей (16-128 мкг/мл) сравнима с концентрациями препарата, используемыми в клинике (100-400 мкг/мл).

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МИКОЗАХ, СОЧЕТАННЫХ С ДРУГИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Белоусова Т.А., Горячкина М.В.

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

В настоящее время в клинической практике увеличивается количество больных, имеющих одновременно несколько кожных заболеваний. В этой группе преобладают больные среднего и старшего возрастов, у которых на фоне длительно существующего микоза стоп возникает ещё один дерматоз. Наиболее часто вторым кожным заболеванием является экзема, а также псориаз, ангииты кожи, рожистое воспаление. Как правило, больные по поводу микоза либо никогда не лечились, либо предпринимаемые ими попытки оказывались не эффективными. Появление второго дерматоза вновь заставляет обратить внимание на старую проблему, так как активность и длительность течения второго дерматоза в большинстве случаев напрямую обусловлено микотической инфекцией. В ряде случаев задача осложняется наличием сопутствующей соматической патологии, присущей возрастному периоду данной группы больных, а также генерализацией микотического процесса с вовлечением кожи туловища, крупных складок и кистей. Терапевтическая тактика врача-дерматолога в данной клинической ситуации должна включать в себя помимо препаратов направленных на лечение основного заболевания обязательным назначением антимикотиков. В настоящее время приоритет в лечение генерализованных дерматофитий и микозов стоп отдаётся системному применению препаратов. Это гарантирует проникновение препарата в поражённые структуры кожи, волосы и ногти и, как показано, втрое повышает процент излечения по сравнению с терапией только наружными противогрибковыми средствами.

Перед врачом стоит непростая задача выбора высоко эффективного, максимально безопасного и оптимального по фармакоэкономическим показателям препарата. Этим характеристикам в полной мере отвечает антимикотик относящейся к классу синтетических противогрибковых препаратов аллиламиновой группы – тербизил. По сравнению с антимикотиками других групп он действует на самых ранних стадиях стерольного метаболизма цитоплазматической мембраны грибковых клеток, подавляя фермент сквален-эпоксидазу, что приводит к гибели патогенных грибов. Тербизил действует на клетки грибов двояко – фунгистатически и в большей степени фунгицидно, в связи с чем дезинфицирующий эффект достигается меньшей концентрацией препарата. Высокая терапевтическая эффективность данного антимикотика сочетается с высокой безопасностью, так как он имеет наименьшую мини-

мальную ингибирующую концентрацию (МИК) в отношении дерматофитов по сравнению с системными антимикотиками азольной группы. Препарат хорошо всасывается в желудочно-кишечном тракте, не требуя никаких условий приёма. К неоспоримым преимуществам тербизила относятся его высокая специфичность и избирательность действия именно на грибковые клетки дерматофитов, а также некоторых видов дрожжеподобных грибов, в меньшей степени на плесневые грибы, так как скваленовая эпоксидаза грибов в 10.000 раз чувствительнее к препарату, чем аналогичный фермент человека. Из-за того, что скваленовая эпоксидаза не относится к ферментам цитохрома Р-450, тербизил мало взаимодействует с медикаментами, метаболизирующимися этой энзимной системой. Поэтому препарат может назначаться пациентам, имеющим сопутствующую соматическую патологию и принимающим другие медикаменты. Выраженная липофильность тербизила обеспечивает его накопление в тканях, богатых кератином и/или липидами: в дерме, роговом слое кожи, волосяных фолликулах, ногтях и волосах. Через 2 недели от начала лечения концентрация этого антимикотика в роговом слое значительно превышает терапевтические значения и длительно сохраняется на высоком уровне после прекращения приёма. Медленнее всего препарат поступает в ногти в связи с их значительной толщиной, меньшим содержанием в них липидов и возможностью попадания в них только путём пропотевания сквозь сосуды ногтевого ложа и матрицы. При этом достигнутая терапевтическая концентрация сохраняется в ногте стабильно в течение долгого времени и после отмены препарата.

Под нашим наблюдением находилось 15 больных (10 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 37 до 68 лет. У 8 пациентов грибковый процесс сочетался с хронической экземой, у 3-с псориазом, у 4-с различными формами ангиитов кожи. У 9 больных отмечался онихомикоз стоп, у 3-поражение стоп сопровождалось поражением паховых складок и кожи ягодиц, и у 3-онихомикоз стоп сочетался с поражением кожи ладоней и ногтей кистей. У всех пациентов клинический диагноз был подтверждён обнаружением мицелий патогенных грибов при микроскопическом исследовании поражённых структур кожи и ногтевых пластинок. Практически у всех пациентов отмечалась сопутствующая соматическая патология: хронические заболевания органов желудочно-кишечного тракта (гастрит, колит, холецистит, гепатоз); гипертоническая болезнь; ИБС; уро-генитальные (миома, простатит, аденома простаты). Тербизил назначался по 250 мг утром после завтрака в течение 1-3-месяцев в непрерывном режиме в зависимости от формы микоза. При этом пациенты одновременно принимали лекарственные препараты по поводу как дерматологических, так и соматических заболеваний. Общую терапию сочетали с местным применением 1% крема тербизила, кератолитиками в виде мазей и лаков. Пациенты хорошо переносили лечение. Лишь у одного больного отмечалась лёгкая тошнота

и изменение вкусовых ощущений в связи с чем приём препарата пришлось отменить. Клинические симптомы микоза на гладкой кожи и в складках у всех больных разрешались в течение 3-4 недель системной и местной терапии тербизилом. При повторном бактериоскопическом исследовании патогенные грибы не обнаруживались. Для клинико-микологической санации кожи кистей и стоп требовался более продолжительных приём препарата в течение 1,5-2 месяцев. Более трудную задачу представляло лечение грибковых поражений ногтей. При данной патологии применение тербизила было длительным, не мене 3 месяцев. В этом случае системная терапия обязательно сочеталась с местным применением кератолитиков в виде мазей на кожу и лаков на ногти, а также 1% крема тербизила. В последнее время активно внедряются в клиническую практику методы лечебного аппаратного педикюра, который направлен на безболезненное удаление поражённых структур кожи и ногтей, не вызывая травматизацию тканей. Это обеспечивает возможность проведения лечения наиболее бережными и щадящими методами в амбулаторных условиях, сохраняя трудоспособность пациента и его привычный образ жизни. В конце курса лечения у 10 пациентов произошла полная клинико-лабораторная санация кожи и ногтей, наметился рост здоровых ногтевых пластинок. У 4 больных в связи с отсутствием терапевтического эффекта приём тербизила был продолжен до 5 месяцев в режиме 250 мг через день, что привело к клинико-микологическому излечению.

Полученные результаты позволяют высоко оценить терапевтическую эффективность тербизила в лечении больных микозами, отягощённых другими кожными и соматическими заболеваниями.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНО-ГРИБКОВЫХ ИНФЕКЦИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ С ПОМОЩЬЮ МИРАМИСТИНА

Блатун Л.А.

*Институт хирургии имени Вишневского РАМН
Москва*

Традиционная стратегия профилактики и лечения инфекционных осложнений в стационарах в основном базируется на широком использовании системной антибактериальной терапии, что нередко приводит к селекции резистентных штаммов бактерий и к увеличению грибковой микрофлоры, особенно *S. albicans*, устойчивых к современным лекарственным средствам. Так, в группе больных с сепсисом из ран *S. albi-*

cans выделяется в 9,5%, из трахеи – в 7%. Из ран мягких тканей различной локализации и ожогов грибковая инфекция выявляется в 4,3% – 5,8%. Наиболее часто – 12% *S. albicans* выявляется у больных, длительно находившихся на лечении в отделении интенсивной терапии. Колонизация грибами подключичных катетров встречается в 10%.

Следует учитывать также и временной фактор – лечение больных с термическими поражениями, трофическими язвами, пролежнями в стационарах продолжается от нескольких недель до нескольких месяцев. У таких больных системная антибактериальная терапия продолжается иногда в течение 3-4 и более недель, санация гнойных очагов осуществляется традиционными антисептиками, которые сами по себе могут быть источниками реинфицирования ран и полостей грибами. Так, по данным А.П. Красильникова частота контаминации грибами фурацилина достигает 58,8%.

Наиболее перспективный выход из сложившейся ситуации виден в строгом соблюдении правил рациональной системной антибактериальной терапии, в активном внедрении в каждый стационар новых антисептиков, новых перевязочных средств, позволяющих не только предупреждать развитие инфекционного процесса в ране, но и быть постоянным барьером на пути распространения внутрибольничной инфекции.

Такой подход позволяет избежать неоправданного длительного применения антибиотиков и антимикотиков, снизить интенсивность развития к ним резистентности микроорганизмов, избежать побочного влияния на больного, значительно снизить общую стоимость лечения больного в стационаре и успешно продолжить лечение на амбулаторном этапе.

Улучшению результатов лечения больных с термическими поражениями 2-3 и даже 4 степени способствовало своевременное активное внедрение в стационары 0,01% раствора мирамистина – поверхностного-активного антисептика. Многочисленные исследования подтвердили высокую активность мирамистина в отношении практически всех проблемных госпитальных микроорганизмов, в том числе и грибов.

Выявлено, что к мирамистину чувствительны *S. aureus* – от 89 до 100% штаммов, выделенных из ожоговых ран; *E. coli* – от 81 до 100%, *P. aeruginosa* – от 42 до 76%, *P. vulgaris* – от 36 до 72%, *S. albicans* – от 91 до 100%.

Использование этого антисептика позволяет предупреждать развитие инфекционного процесса на донорских ранах, быстро ликвидировать начальные проявления нагноения в ожоговых ранах.

В случае выявления в ранах аэробных микроорганизмов, а также неклостридиальных анаэробных возбудителей эффективно применение 0,5% мази мирамистина, выпускаемую совместно ФФ «Дарница» (Киев) и ЗАО «Инфамед» (Москва) под названием «Мазь Мирамистин-Дарница».

Для лечения умеренно и мало-экссудующих гнойных ран в стадии перехода во 2 фазу раневого процесса показано применение биологически активных гелевых повязок с мирамистином: «Апполо–ПАК–АМ» и «Апполо–ПАА–АМ».

Для санации глубоких карманов с обильным гноетечением предпочтение следует отдавать повязкам с мазями на полиэтиленгликолевой основе. В этих случаях наибольшую активность показывает «Мазь Мирамистин-Дарница», так как она наряду с высокой осмотической активностью, активно подавляет рост аэробных и анаэробных микроорганизмов и грибов.

Важнейшей медико-социальной проблемой является проблема лечения трофических язв и пролежней. До 1-2% взрослого населения РФ страдают трофическими язвами венозного генеза. Больные с трофическими язвами нередко становятся инвалидами вследствие безуспешного длительного лечения трофических язв с применением различных лекарственных средств.

Современная стратегия местного медикаментозного лечения трофических язв и пролежней предусматривает фазу течения заболевания, а также выявленные осложнения язвенного процесса. Основными задачами местного медикаментозного лечения трофических язв и пролежнями можно считать борьбу с инфекционным процессом, очищение язвенной поверхности от некротических тканей, стимуляцию регенераторного процесса, заживление язвы.

Многочисленные бактериологические исследования качественного состава микрофлоры поверхности трофических язв выявляют наличие полирезистентных грамположительных, грамотрицательных бактерий и грибов. Содержание микроорганизмов в индуративно измененных тканях, окружающих язву, иногда достигает 10^7 - 10^9 микробных тел в 1 г ткани раны, что указывает на высокий риск генерализации инфекционного процесса. Как правило, выделяемые микроорганизмы высокорезистентны не только к традиционным антибактериальным препаратам, но наиболее часто используемым в таких случаях местным препаратам: раствору фурациллина, раствору хлоргексидина, мазям на жировой основе – гентамициновой, фурациллиновой, тетрациклиновой, к синтомициновой эмульсии.

При наличии трофических язв, представляющих собой плотно фиксированный струп без четкого ограничения гнойно-некротического процесса с выраженным перифокальным воспалением эффективно применением гидрогелевых повязок «Апполо–ПАК–АМ» и «Апполо–ПАА–АМ», содержащих мирамистин.

Несомненно, течение раневого процесса зависит не только от возбудителя, но и от общего состояния больного, степени интоксикации, выраженности проявлений инфекционного процесса в других органах (пневмония, уроинфекция и т.д.). Включение в комплексное лечение современного антисептика широкого спектра действия мирамистина,

направленное на санацию гнойных очагов, приводит к ликвидации интоксикации, позволяет значительно улучшить результаты лечения больных с высоким риском инфицирования патогенной флорой, генерализации инфекционного процесса.

НИЗОРАЛ КРЕМ В ЛЕЧЕНИИ МИКОТИЧЕСКИХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ И БАЛАНОПОСТИТОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОКОНЕЧНЫМИ КОНДИЛОМАМИ

*Богущ П.Г., Важбин Л.Б., Чистякова Т.В.,
Богущ И.Г., Ватутина Н.А.
КВКД №1 КЗ Москвы
Москва*

Тенденция к увеличению микотических поражений слизистых, в которых ведущая роль отводится грибам рода *Candida*, побуждает расширить поиск новых методов обследования и лечения.

В период 2004 – 2005 гг. нами проведено обследование и лечение 71 больного (39 мужчин, 32 женщины) с остроконечными кондиломами генитальной области.

У 28 пациентов (21 женщина, 7 мужчин) при микроскопическом исследовании мазков у женщин и соскобов с головки полового члена у мужчин были найдены мицелии гриба рода *Candida*. Субъективно пациенты предъявляли жалобы на зуд и жжение в области половых органов.

Лечебная тактика таких больных включала в себя следующие мероприятия: удаление остроконечных кондилом методом электрокоагуляции («Сургитрон») или криотерапии жидким азотом с последующим туалетом половых органов 0,05% раствором хлоргексидина 2 раза в день в течение первых 3-4 дней; нанесение антимикотического препарата – крем Низорал в течение 7-14 дней – 2 раза в день.

При использовании крема Низорал осложнений не наблюдалось. Только 2 из 10 женщин предъявляли жалобы на усиление жжения в области половых органов в первые два дня после начала применения крема.

После окончания местной терапии, через 7-10 дней пациенты жалоб не предъявляли, при микроскопическом исследовании материала с половых органов ни у одного больного грибы обнаружены не были.

Рецидивов возникновения остроконечных кондилом у этих больных мы не наблюдали.

Таким образом, крем Низорал является высокоэффективным средством в лечении больных с кандидомикотическим поражением кожи и слизистых.

К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Бурова С.А.

Национальная Академия микологии

Центр глубоких микозов

ГКБ № 81

Москва

Особенности углеводного и жирового обмена у больных сахарным диабетом (СД), связанные с гликолизом белков, тканевой гипоксией, атеросклерозом сосудов и т.д., приводят к частому возникновению трофических нарушений нижних конечностей, которые являются одной из составляющих синдрома «диабетической стопы».

Цель исследования: разработка комплексного лечения трофических язв голени и стоп при СД с учетом микробной обсемененности язв.

Были отобраны 27 больных СД в возрасте от 57 до 76 лет с трофическими нарушениями нижних конечностей и средней степенью гнойно-некротических изменений, у которых с поверхности язв выделены не только, традиционно определяемые, бактерии, но и микроскопические грибы.

У 2-х больных с ишемическими язвами главенствующим клиническим симптомом была боль, пульс на периферических артериях был резко ослаблен или отсутствовал, лодыжечно – плечевой индекс снижен. При нейропатической форме поражения стопы (6 больных), наоборот, болевая и проприоцептивная чувствительность была снижена, отмечались парестезии, нормальный лодыжечно – плечевой индекс, удовлетворительная пульсация в артериях. В большинстве случаев (19 больных) мы наблюдали смешанную нейроишемическую форму «диабетической стопы», с разной степенью доминирования нейропатии или ишемии.

У наблюдаемых больных чаще констатировали сахарный диабет II типа (63%), по признаку инсулинозависимости – инсулинопотребный диабет (70,4%) и преобладание легкой и среднетяжелой форм в 92,6% случаев.

В отделяемом с поверхности язв наряду с бактериями (облигатные и факультативные анаэробы, аэробы) обнаруживали в большом количестве грибы: *Penicillium spp.*, *Candida albicans*, *Candida non-albicans*, *Alternaria spp.*

Как известно в комплексное лечение трофических язв при СД включают:

1. Сахароснижающие препараты
2. Антибиотики эмпирически и/или по чувствительности флоры (при ярко выраженном воспалительном компоненте)

3. Ангиопротекторы, витамины, метаболизирующие и противосклеротические препараты
4. Иммуномодулятор – актинолизат
5. Местные антисептические и заживляющие средства
6. Хирургическое лечение: вскрытие и дренирование абсцедирующих участков, некрэктомия, вплоть до реконструктивных операций на артериях.

В связи с тем, что у наших больных с поверхности трофических язв были выделены грибы, в схему патогенетического лечения введен противогрибковый препарат тербизил (фарм. компания «Гедеон Рихтер»), по 250 мг в сутки в течение 4 недель. Выбор препарата был обусловлен механизмом его избирательного губительного действия через систему ферментов на мембрану грибковой клетки, шириотой спектра (дерматофиты, дрожжеподобные, плесневые и диморфные грибы, лейшмании, пневмацисты) и отсутствием побочных реакций. Известно так же, что через 2 часа после приема тербизила его концентрация в плазме достигает максимальных уровней, метаболизм наступает в печени, выводится почками и через кишечник, связывается с белками плазмы в 99%, при этом сохраняется высокая биодоступность до 80%.

Контроль эффективности проводили по окончании курса лечения и эти данные сравнивали с контрольной группой, где не смотря на грибковую обсемененность язвы, тербизил не применяли.

В опыте (n=27) выздоровление наступило у 10 (37%), значительное улучшение – у 12 (44,4%). Побочных действий не выявлено. В контроле (n=21) отмечены более низкие показатели полного выздоровления – 28,6% и более замедленное купирование перифокального воспаления, лимфангоита, отека; очищение язв у этих больных запаздывало на 7-10 дней.

Выводы:

1. Обязательное исследование отделяемого с трофических язв на грибы позволяет адекватно проводить этиотропную терапию.

Тербизил хорошо переносится больными СД и повышает эффективность излечения от трофических язв при грибково – бактериальных ассоциациях.

ТЕРАПИЯ ОНИХОМИКОЗОВ

Васенова В.Ю., Бутов Ю.С.

*Кафедра кожных и венерических болезней с курсом
дерматокосметологии ФУВ ГОУ ВПО РГМУ
Москва*

Большое значение на современном этапе имеет повышение эффективности лечения больных онихомикозом в связи с постоянным

увеличением количества таких пациентов. Для терапии онихомикоза традиционно применяются системные антимикотики, но наибольшую эффективность оказывает комбинированное лечение, когда наряду с системной терапией применяется местный препарат в форме лака.

Основным достоинством такой терапии являются сокращение сроков лечения системными препаратами и более эффективное предотвращение рецидивов. Заведомая успешность комбинированной терапии обусловлена следующими предпосылками. Во-первых, сочетанное применение антимикотиков с различными механизмами действия (фунгистатическим – у системного, фунгицидным – у местного) обеспечивают синергизм действия и расширение спектра антимикробной активности. Во-вторых, появляется возможность создания оптимальной концентрации лекарственных веществ во всех структурах ногтя благодаря одновременному поступлению антимикотиков по разным направлениям: системного – с током крови через матрикс и ногтевое ложе, местного – непосредственно через ногтевую пластинку. Комбинированная терапия позволяет повысить эффективность системных препаратов, снижает риск развития нежелательных эффектов за счет сокращения сроков лечения и обеспечивает большую безопасность лечения для больного.

Использование лака на пораженные ногтевые пластинки приостанавливает процесс распространения инфекции, являясь тем самым высоким профилактическим средством. Лак, содержащий циклопирокс, совместим со всеми косметическими лаками и его применение значительно улучшает качество жизни, так как пациенты могут свободно посещать пляжи, бассейны, спортивные площадки, не смущаясь своего дефекта и, что очень важно, не ставя окружающих в опасность заражения.

Антимикотический препарат батрафен расширяет арсенал медикаментозных методов наружной терапии микозов. Механизм действия препарата, основным действующим веществом которого является циклопироксоламин, основан на подавлении роста грибковых и бактериальных клеток. Под нашим наблюдением находилось 48 больных (20 женщин и 28 мужчин) в возрасте от 18 до 50 лет. Лак в виде монотерапии назначали при площади поражения ногтя не более 40% или в сочетании с системным препаратом. Монотерапия проводилась 22 пациентам, комбинированная – 26.

При онихомикозах на ногтевую пластинку наносили лак, частично удалив пораженную часть ногтя с боковых краев и со свободного края. Чистку ногтей производили 1 раз в неделю, а лак наносили 2 раза в неделю. Длительность лечения составила 4-6 месяца. После 20 аппликаций наблюдалось уменьшение интенсивности гиперхромии ногтей, подногтевого гиперкератоза и площади поражения. Через 6 месяцев клиническое излечение было достигнуто у 70% больных, у 30% – значительное улучшение. Во всех случаях результаты лечения были подтверждены микроскопически. Комбинированная терапия оказалась

эффективной у 92% больных, излечение было достигнуто в более короткие сроки.

Таким образом, батрафен является эффективным средством для терапии и профилактики онихомикоза микозов.

МИРАМИСТИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ

*Винцарская Г.А., Кириченко И.М., Молочков В.А.
Кафедра кожных и венерических болезней Крымского
государственного медицинского университета
Симферополь*

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

Отечественный антисептик мирамистин был применен нами для наружного лечения инфекционных кожных заболеваний (микозы и поверхностные пиодермии), а также кандидоза полости рта. Для этой цели была использована мазь «Мирамистин-Дарница», совместного производства ФФ «Дарница» и ЗАО «Инфамед» (Москва) содержащая 0,5% мирамистина и 0,01% раствор мирамистина, производства ЗАО «Инфамед» (Москва).

Предварительно проведен сравнительный анализ данных резистентности 101 штамма грибов – возбудителей микозов, относящихся к 13 родам, к мирамистину. Полученные результаты свидетельствуют о том, что до настоящего времени не выявлены клинические штаммы грибов, резистентные к мирамистину. Также было показано, что мирамистин оказывает выраженное фунгицидное действие, превосходящее активность таких антимикотиков как нистатин, леворин, экзодерил, нитрофунгин, нитроколин.

Исследованиями *in vitro* установлено, что мазь «Мирамистин-Дарница» оказывает выраженное фунгицидное действие на возбудителей поверхностных микозов (эпидермофитон, трихофитон, кандида, микроспорум и др.). В сравнении с отечественными мазями (клотримазол, цинкундан, ундецин) фунгицидное действие мирамистиновой мази было более выраженным.

Под нашим наблюдением находились 88 больных микозами в возрасте от 8 до 69 лет. Больные распределялись следующим образом: микозы стоп (интертригинозная и дисгидротическая формы) – у 23, микроспория гладкой кожи – у 17, отрубевидный лишай – у 10, паховая эпидермофития – у 12, дрожжевые паронихии – у 6, кандидоз

полости рта – 19. 60 больных (52,8%) ранее лечились традиционными местными средствами.

Эффективность лечения оценивалась по общепринятым критериям (клиническое излечение, значительное улучшение, без эффекта, обострение).

В группе больных микозами наилучшие результаты получены у больных микроспорией гладкой кожи (многоочаговая форма). До лечения во всех случаях обнаруживался рост пушистого микроспорума. В течение 7-9 дней воспалительные очаги ликвидировались, в соскобах с пораженной кожи элементы паразитарных грибов не обнаруживались.

Из 23 больных микозами стоп клиническое излечение и значительное улучшение отмечено у 22; улучшение не наступило у 1 больного с сопутствующей микотической экземой. Срок лечения составил 10-21 день.

Из 12 больных с паховой эпидермофитией (у 8 больных высеян паховый эпидермофитон, у остальных — смешанная флора) клиническое излечение отмечено у половины больных, у 5 пациентов сохранилось остаточное шелушение, у 1 больного с инфильтративной формой, осложненной экзематизацией, клинический эффект отсутствовал. Хорошие результаты были получены у больных с дрожжевыми паронихиями. Срок лечения составил 4-5 дней. Из 10 больных отрубевидным лишаем только у 2 после обработки мазью в течение 10-14 дней сохранились явления гипопигментации, потребовавшие дополнительного курса УФ-терапии.

Мы также использовали 0,01% раствор мирамистина для местного лечения кандидоза полости рта (КПР) у 19 больных, 11 женщин и 8 мужчин в возрасте от 43 до 68 лет, которые находились на стационарном лечении в дерматологическом отделении МОНКИ с диагнозом вульгарная пузырчатка и сопутствующим КПР. Всем больным проводилось микробиологическое исследование соскоба со слизистой оболочки полости рта и в 100% случаев были обнаружены грибы рода кандиды. КПР имел длительность от 2 месяцев до 3-х лет и плохо поддавался местной терапии. Все пациенты получали раствор мирамистина 3 раза в день в виде полосканий полости рта, в течение 3 минут. Эффективность оценивали клинически и лабораторно.

Наши исследования показали, что уже на 3-4 день после начала лечения отмечалось явное клиническое улучшение, что лабораторно подтверждалось снижением обсемененности ротовой полости *Candida spp.* Полный регресс кандидозных поражений наступал у значительной части больных на 3-4 недели. Отмечена хорошая переносимость препарата, побочных эффектов не наблюдалось.

Полученные данные позволяют рекомендовать мазь «Мирамистин-Дарница» и 0,01% раствор мирамистина для широкого использования в медицинской практике в качестве противогрибкового средства.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОМОМИКОЗА

*Гафаров М.М., Левченко Т.С.,
Петрасюк О.А., Абдуль Камаль Ваиль
РКВД
Уфа*

Хромомикоз (синонимы: хромобластомикоз, тропический бластомикоз, болезнь Педрозо, черный бластомикоз) – это хроническое гранулематозное грибковое заболевание кожи, возбудителем которого является гриб *Phialophora pedrosoi*.

Хромомикоз является наиболее часто встречающимся заболеванием из группы глубоких микозов и характеризуется бородавчатыми, иногда язвенными поражениями кожи и подкожной клетчатки, в ряде случаев сочетается с поражением внутренних органов (печень, мозг). Возбудитель хромомикоза находится в почве и на растениях. Заражение происходит при травме кожи, чаще болеют мужчины, занятые в сельском хозяйстве.

Заболевание неконтагиозно, метастазирование лимфогенное.

Гистологическая картина характеризуется хронической инфицированной гранулемой с субкорнеальными и интрадермальными микроабсцессами и характерными сферическими тельцами возбудителя, окруженными лейкоцитами, эпителиоидными и гигантскими клетками.

В течение длительного времени мы наблюдали больного хромомикозом С., 53 лет, который впервые обратился к врачу спустя 3 года от начала заболевания. Однако, несмотря на клиническую картину поражения кожи, характерную для хромомикоза, в результате недостаточной лабораторной диагностики, больной в течение 5 лет лечился в противотуберкулезном диспансере по поводу туберкулезной волчанки кожи, получал противотуберкулезные препараты. Несмотря на проводимую терапию, заболевание медленно прогрессировало. Таким образом, спустя 8 лет от начала заболевания больной в 1997 году впервые поступил в микологическое отделение Республиканского кожно-венерологического диспансера. У данного пациента на коже правой ягодицы имелся очаг, размером 9 x 10 см в виде плотного инфильтрата синюшного цвета с бородавчатыми разрастаниями и выраженным гиперкератозом на поверхности. Выявление «сферических телец» в виде гроздьев при микроскопии патологического материала и получение культуры *Phialophora pedrosoi* при посеве чешуек с очага на ягодице позволило диагностировать у больного заболевание: хромомикоз правой ягодицы, опухолевидно-веррукозная форма, медленно – прогрессирующее течение.

Во время первого курса лечения больной получал препарат орунгал по непрерывной схеме в течение месяца. Во время следующего курса стационарного лечения больному проводилось обкалывание очага амфотерицином В, в комплексе с системными антимикотиками

внутри и наружными противогрибковыми мазями. В последующем больной получал курсы стационарного лечения 1-2 раза в год, всего было проведено пять курсов, в перерывах между которыми больной получал 3% раствор йодида калия внутрь и 10% в виде электрофореза на очаги, метилурацил, курсы витаминов группы В, йодактив по 1 таб.х 3 раза в день.

Проведенное курсовое лечение позволило значительно уменьшить размеры и инфильтрацию патологического очага, бородавчатые разрастания уплостились.

Появления новых элементов не отмечается.

«КОСМЕЦЕВТИКА 911» – ЗАЛОГ ЗДОРОВОЙ КОЖИ

*Годун О.В., Рудько А.П., Кириченко Н.А.
ЗАО «НПО Биотехнология»
Москва*

Новое тысячелетие, новый век, новое время в нашей жизни и новая косметика на туалетном столике. «Космецевтика 911» – это не просто дань обновлению, это новое слово о здоровой коже, это гарантия её здоровья на основе последних научных достижений. «Космецевтика 911» запатентована в РФ, а также имеет Евразийские патенты. Производитель линии «Космецевтики 911» – фирма ЗАО “ НПО Биотехнология” (Москва).

«Космецевтика 911» включает линии: для волос, для лица и тела, для ног и ногтей, для интимной области. Внутри каждой линии представлены лосьоны, гели, кремы, шампуни.

Лосьон и гель «Космецевтика 911» от угревой сыпи быстро и эффективно помогают избавиться от недуга не только на лице, но и на шее, плечах, а также от герпетических высыпаний.

Лосьоны, кремы и гели для ног и ногтей предотвращают развитие грибковых поражений стоп, ногтей, складок кожи.

Сравнительное изучение шампуни и тоника от перхоти, проведенное в учреждениях, контролирующих качество косметических препаратов, реализуемых на рынках России, показало их значительное преимущество перед аналогичными средствами, выпускаемыми отечественными и зарубежными фирмами.

В основе эффективности линии «Космецевтика 911» лежит препарат мирамистин, созданный 15 лет назад группой ученых, работавших в области “закрытых” медицинских технологий. Мирамистин – обладает уникальными свойствами, он губительно действует на бактерии, грибы, вирусы и простейшие, не оказывая вредного влияния на организм. У него отсутствуют местнораздражающие и алергизирующие свойства.

Более того, под действием препарата усиливаются местные иммунные и регенераторные реакции.

Препараты линии «Космецевтика 911» оказывают дезинфицирующее, противовоспалительное, подсушивающее, рассасывающее и анти-микробное действие.

Основными потребителями лосьонов, кремов и гелей от угревой сыпи безусловно являются подростки и молодежь. Они помогут им уже через 2-3 недели забыть об этих проблемах.

Линия для ног и ногтей незаменима для спортсменов, любителей бассейнов, людей, носящих кросовки, а проще говоря – для всех групп риска грибковых поражений. Столь же необходима она и для лиц пожилого возраста.

Линия для волос позволит желающим эффективно и надолго избавиться от перхоти. В отличие от других средств борьбы с перхотью шампуни и лосьоны

«Космецевтика 911» не создают на коже головы защитную пленку, приводящую к слипанию перхоти, а уверенно лечат от этого недуга. Они содержат бетаины на основе кокосового сырья, нежно ухаживают за волосами и обладают кондиционирующим действием.

Лосьон и гель «Космецевтика 911» противовоспалительные предназначены для ухода за кожей, воспаленной солнечными и другими ожогами, укусами комаров, микротравмами. Они показаны для ухода за кожей после бритья, т.к. снимают раздражение и способствуют быстрому заживлению порезов и царапин.

Интимная «Космецевтика 911», обладая антисептическим и дезодорирующим эффектом, найдет своего потребителя среди мужчин и женщин в любом возрасте. Особенно привлекательным является гель-интим, предотвращающий микротравмы и создающий чувство комфорта. Он также незаменим для женщин пожилого возраста, т.к. не только смягчает слизистую, но и устраняет сухость, зуд, раздражения и воспаления интимных областей тела.

Особо хотелось бы отметить, что препараты линии «Космецевтика 911» не имеют цвета и запаха, что позволяет пользоваться ими абсолютно всем, всегда и везде. Ведь самая лучшая косметика та, которая незаметна для окружающих!

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ МАЛАССЕЗИОЗА КОЖИ

Горбунцов В. В.

*Днепропетровская государственная медицинская академия
Днепропетровск, Украина*

Статистический и кластерный анализ особенностей клинических и патоморфологических проявлений, течения малассезиоза кожи (МК);

состояния иммунитета и факторов неспецифической резистентности (с использованием показателей периферической крови вне участков поражения кожи и непосредственно поражённой кожи); обмена кортикостероидных и половых гормонов, липидов и электролитов крови у 240 больных МК показал наличие определённых уровней клинико-лабораторных нарушений при МК и целесообразность распределения больных МК на 4 клинико-терапевтические группы:

- 1 группу составили 85 больных с поверхностными (чешуйчатymi) невоспалительными и негнойными фолликулярными формами МК, без выраженных общих и локальных изменений иммунологической реактивности и неспецифических факторов защиты, или с незначительным уменьшением иммунорегуляторного индекса (ИРИ) Th/Ts за счёт увеличения содержания T -супрессоров; незначительным снижением содержания иммуноглобулинов (Ig); незначительным снижением ФАЛ и показателей НСТ-теста – преимущественно в крови поражённой кожи; без признаков нарушения гормонального статуса, обмена липидов и электролитов крови;

- 2 группу составили 73 больных с нераспространёнными воспалительными и воспалительно-аллергическими формами МК; с диссоциацией T - лимфоцитов / B -лимфоцитов за счёт уменьшения количества T -лимфоцитов при нормальном числе B -лимфоцитов; уменьшением ИРИ (с уменьшением числа Th и увеличением – Ts); умеренным общим снижением показателей неспецифических факторов защиты; с умеренным или непостоянным снижением содержания НЖК, повышением ЛПНП и холестерина; не имевших признаков нарушений гормонального статуса и электролитного обмена;

- 3 группу составили 63 больных с распространёнными и быстро прогрессирующими воспалительными и воспалительно-аллергическими формами МК, или с сопутствующими аллергическими и псевдоаллергическими заболеваниями; с выраженной диссоциацией T - лимфоцитов / B -лимфоцитов за счёт уменьшения количества T -лимфоцитов при увеличении числа B -лимфоцитов; увеличением ИРИ (за счёт уменьшения числа Ts); увеличением содержания Ig ; с признаками абсолютной или относительной недостаточности надпочечников; проявлениями нарушений обмена половых (в основном – андрогенных) гормонов; с признаками нарушений обмена липидов и электролитного баланса (уменьшение концентрации кальция в сыворотке и эритроцитах, магния – в сыворотке крови);

- 4 группу составили 19 больных с гнойно-воспалительными формами МК, или осложнёнными пиодермиями; с лейкопенией, лимфопенией, уменьшением числа Th и Ts ; значительным уменьшением содержания Ig ; значительным общим уменьшением показателей неспецифических факторов защиты; с проявлениями нарушений обмена половых гормонов (преимущественно – абсолютное или относительное повышение концентрации андрогенов).

Всем больным назначалась общая этиотропная противогрибковая терапия – пероральный приём антимикотиков группы азолов: флуконазол по 50 мг один раз в сутки 2-4 недели, или 150-300 мг один раз в неделю 2-8 недель; или итраконазол 100 мг один раз в день 28 дней, или по 200 мг 14 дней; или кетоконазол 200 мг один раз в день на протяжении месяца, а также местная этиотропная терапия – нанесение пасты «Сулсена» на влажную кожу и волосы на 1-8 часов ежедневно 10-14 дней, а потом – еженедельно; или крема (шампуня) с кетоконазолом, или с пиритионом цинка, или с октопироксом, или крема с тербинафином по общепринятой методике аналогичным курсом. Также больным назначался, как неспецифическая стимулирующая терапия – Бемитил внутрь по 0,25-0,5 г 2 раза в день 14-28 дней, адаптогены, витамины (А, В₁, В₆, В₁₂, С, Е, РР), стимуляторы тканевого обмена по общепринятым методикам. Медикаментозное лечение всем больным проводилось в сочетании с физиотерапией (ОУФО в суб- и слабоэритемных дозах), с назначением диеты со снижением в рационе количества жиров, увеличением белков, витаминов, микроэлементов и липотропных пищевых продуктов. Дополнительно, в зависимости от принадлежности больных к той или иной группе назначалось:

- больным 1 группы – Протефлазид внутрь по схеме: 5 капель 3 раза в сутки одну неделю, потом, – по 10 капель 3 раза в сутки 2 недели, потом, – по 8 капель 3 раза в сутки одну неделю, с повторением курса через месяц по необходимости; или локально в виде примочек или орошений (из расчёта: 1,5 мл Протефлазида на 10 мл физиологического раствора NaCl) 3 раза в сутки 14 дней; или линимент Циклоферона локально 2 раза в сутки 2-3 курсами по 14 дней;

- больным 2 группы – Протефлазид внутрь по указанной выше схеме, или Циклоферон внутримышечно по 2 мл 12,5. раствора один раз в сутки на 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16 и 19-й день курса лечения, или внутрь – в таблетках, по 2-4 таблетки один раз в сутки 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20 и 23-й день лечения, Эссенциале Форте Н – внутрь по 2 капсулы 2-3 раза в сутки и ультрафиолетовое облучение аутокрови (АУФОК) 2 раза в неделю 12-14 процедур;

- больным 3 группы – неспецифическую гипосенсибилизирующую терапию с применением антигистаминных противоаллергических средств, кортикостероидов (дексаметазона, триамцинолона, бетаметазона или дифлукортолона) системно и локально в средних дозировках по общепринятым схемам; препараты кальция и магния перорально и (или) парентерально в комбинации с аутогемотерапией (3, 5, 7, 9, 12, 15, 15 мл аутокрови внутримышечно через день); Циклоферон внутримышечно или внутрь – в таблетках и Эссенциале Форте Н – внутрь, как указано выше;

- больным 4 группы – Протефлазид внутрь или локально в виде примочек или орошений, или Циклоферон внутримышечно или внутрь – в таблетках, или линимент Циклоферона – локально, как указано

выше; нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак натрия по 100 мг, или нимесулид по 200 мг в сутки внутрь); антимикробные препараты – антибиотики или фторхинолоны в соответствии с результатами определения чувствительности возбудителей сопутствующей инфекции, по общепринятым стандартам и ультрафиолетовое облучение аутокрови (АУФОК) 2 раза в неделю 12-14 раз.

Для профилактики рецидивов и реинфекции проводился комплекс противоэпидемических мероприятий: выявление и лечение контактных лиц, дезинфекция одежды и предметов быта.

Приведенная выше методика комплексной терапии малассезиоза кожи, в сравнении с общепринятыми методами терапии отдельных нозологических форм МК, показала более высокую эффективность, позволила избежать осложнений, рецидивов и уменьшила риск реинфекции больных. Описанная выше методика комплексной дифференцированной терапии малассезиоза кожи была внедрена Информационным письмом МЗО Украины в практику работы учреждений практического здравоохранения и, по результатам внедрения, признана эффективной.

ЦИТРОСЕПТ В ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ

Горская Е.И.

*Лечебно-диагностический центр «САНАМ»
Москва*

При анализе распространенности онихомикозов выявляется, что с переходом в более старшую возрастную группу распространенность онихомикоза среди всех пациентов сохраняет тенденцию к увеличению. Таким образом в большинстве случаев грибковая инфекция поражает до 10 ногтей на ногах с выраженным гиперкератозом, вовлечением матрикса, что требует продолжительной терапии, так как продолжительность лечения онихомикозов зависит от скорости роста ногтя. Скорость роста определяется локализацией (ногти на ногах растут медленнее), возрастом пациента и сопутствующими заболеваниями. У пожилых и лиц с хроническими системными заболеваниями рост идет медленнее. В соответствии с единым индексом КИОТОС, рекомендованная продолжительность лечения является лишь ориентировочной и в ряде случаев её приходится продлевать. Внедрение методик комбинированной терапии дают возможность получить положительные результаты от проводимой терапии.

В лечебно-диагностическом центре «САНАМ» у пациентов с онихомикозом применялась последовательная комбинированная терапия,

которая заключалась в том, что местный препарат назначался не одновременно с системным средством, а после него. Под наблюдением находилось 136 пациентов, получающих системную терапию по стандартным схемам (109 пациентов – 3 курса пульс-терапии итраконазола; 16 – тербинафин в течение 3 месяцев; 11- флуконазол 1 раз в неделю в течение 3 месяцев).

В качестве местного препарата применялся экстракт из семян грейпфрута (Цитросепт), обладающий широким спектром противогрибкового действия и оказывающий синергистическое воздействие, который назначали после проведенного курса системной терапии с целью создания и поддержания противогрибкового эффекта. Препарат «Цитросепт» наносили по 1 капле в чистом виде по ходу роста ногтевой пластинки до полного отрастания от 6 до 10 месяцев. В результате проводимой терапии клиническое выздоровление отмечено у 104 пациентов (5 пациентов прервали лечение самостоятельно, так как были довольны полученным результатом). В дальнейшем препарат «Цитросепт» был рекомендован и применялся как профилактическое противогрибковое средство: 3-4 капли препарата на влажную ладонь и втирать в кожу стоп в течение 1-2 минут.

ТЕРБИЗИЛ В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ

*Грашкина И.Г., Горчаков Д.А., Грашкин В.А.,
Павленко Л.Б., Подгорная Р.В., Моисеева Ю.М.*

*Государственный медицинский университет
Областной кожно-венерологический диспансер
Саратов*

Лечение грибковых заболеваний ногтевых пластин и кожи является актуальной проблемой не только микологии и дерматологии. Это обусловлено значительным ростом заболеваемости во всех странах мира, развитием резистентности к антимикотическим средствам, снижением противоинфекционной защиты организма.

По данным ВОЗ, онихомикозами страдает до 18% населения.

Грибковая инфекция ногтей – распространенная контагиозная патология и среди всех болезней ногтевых пластин составляет 40-50%.

Основным возбудителем являются дерматофиты, преимущественно представленные *Tr. Rubrum*.

Под нашим наблюдением находилось 36 больных онихомикозом стоп и кистей с множественным поражением ногтевых пластин (мужчин – 24, женщин – 12), в возрасте от 26 до 60 лет. Продолжительность заболевания составляла от 1 года до 10 лет. У 5 больных имелись поражения ногтевых пластин на кистях и стопах.

Среди фоновой патологии выявлено: эндокринные нарушения (у 12), сахарный диабет (у 4), патология сосудов нижних конечностей (у 13), заболевания желудочно-кишечного тракта (у 6), дисбактериоз (у 5), факторы риска – длительный прием антибиотиков, травмы ногтевых пластин (у 9). Все пациенты до начала лечения продолжительно и безуспешно использовали наружные антимикотические средства.

У 11 больных наблюдалась проксимальная подногтевая форма с явлениями паронихий, у 20 – дистально-латеральная, а у 5 – тотально-дистрофическая форма онихомикоза. У 18 больных констатированы очаги распространенного микоза стоп, у 5 – кератомикоза.

Диагноз грибковой инфекции у всех пациентов подтвержден методом прямой микроскопии в соскобах с ногтевых пластин и гладкой кожи.

Перед началом лечения больным проводились исследования биохимических показателей крови, которые повторялись после 4-ой, 8-ой и 12-ой недели лечения.

Все пациенты получали препарат III поколения из группы аллиламинов – тербизил, обладающий широким спектром действия, эпидермо- и онихотропностью, избирательно подавляющий фермент скваленаэпоксидазу в клеточной мембране гриба, приводя к внутриклеточному накоплению сквалена и гибели возбудителя.

Тербизил назначали внутрь по 250 мг/сутки ежедневно в течение 12 – 16 недель, в зависимости от площади поражения ногтевых пластин. Одновременно пациентам проводилось наружное лечение 1% кремом Тербизил на околоногтевые валики 1 – 2 раза в сутки.

Для усиления интенсивности роста ногтевых пластин дополнительно к этиотропной терапии назначали средства улучшающие микроциркуляцию, витамин А, гепатопротектор Хофитол, препараты цинка.

Через 4 – 5 недель от начала лечения отмечался рост здоровой ногтевой пластины на 1 – 2 мм от зоны матрикса. Полное восстановление нормальных ногтевых пластин зависело от степени поражения, давности инфекционного процесса, возраста пациента и наличия сопутствующих фоновых заболеваний, составляя 3 – 7 месяцев.

Клиническое выздоровление с отрицательными результатами микологического исследования было констатировано у 33 (91,6.) через 12 недель и у 36 (100%) через 16 недель после начала лечения. У 18 мужчин на фоне лечения онихомикоза Тербизилом отмечен быстрый регресс клинических признаков кератомикоза и микоза стоп через 3–4 недели. Пациенты отмечали хорошую переносимость Тербизила, побочных явлений и осложнений не зарегистрировано.

В процессе контрольных микологических исследований через 24 – 36 – 48 недель грибы отсутствовали у всех наблюдаемых больных.

Таким образом полученные результаты клинических и лабораторных исследований свидетельствуют о высокой эффективности Тербизи-

зила в лечении онихомикозов, включая сочетания с микозами стоп и кератомикозами.

У пожилых и лиц с соматической патологией назначение перорального и местного антимикотиков в сочетании с корригирующими средствами повышает биодоступность лечения, его эффективность, ускоряет наступление микологического и клинического выздоровления, улучшая качество жизни.

РУМИКОЗ В ЛЕЧЕНИИ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАДКОЙ КОЖИ

Дубенский В.В., Редько Р.В., Гармонов А.А.

*Кафедра кожных и венерических болезней медицинской академии
Тверь*

Микозы гладкой кожи относятся к распространенным инфекционным заболеваниям кожи. Однако полных сведений о распространенности данного вида грибковых заболеваний нет.

Инфицирование, как правило, осуществляется спорами, которые в большом количестве продуцируются дерматофитами и в течение длительного периода времени сохраняются в стоячей воде, а также в одежде, простынях, носках, обуви и других предметах личной гигиены и обихода. Внедрение гриба не всегда заметно для больного и окружающих. Длительность инкубационного периода может быть от нескольких дней до нескольких месяцев. При наличии благоприятных условий (длительная экспозиция на коже, высокая температура и влажность, повышенное потоотделение, механические микро- и макротравмы, плоскостопие, узкие межпальцевые промежутки, несоблюдение правил личной гигиены) патогенный грибок дает начало развитию микотического процесса. Возникновению грибковых заболеваний способствуют и эндогенные факторы: иммуносупрессия, обусловленная длительным приемом антибиотиков, цитостатиков и гормональных препаратов, ВИЧ-инфекцией; хронические инфекционные заболевания (туберкулез и др.); эндокринопатии (сахарный диабет, дисфункция надпочечников и половых желез); гиповитаминозы; алкоголизм, наркомания; болезни крови; невроты, сопровождающиеся повышенным потоотделением и возникновением щелочной Ph кожи; заболевания печени; нарушение периферического кровообращения.

Несмотря на широкую распространенность кератомикозов и дерматофитных поражений гладкой кожи им уделяется недостаточное внимание, а лечение их не всегда приводит к успеху.

Поражения гладкой кожи наиболее часто встречаются при поражении *Malassezia furfur* (*Pityrosporum orbiculare*) — отрубевидный (раз-

ноцветный лишай) и грибки *Trichophyton rubrum* – руброфития гладкой кожи и крупных складок.

Целью настоящего исследования явилось изучение факторов патогенеза и лечения этих заболеваний.

Под нашим наблюдением находилось 46 больных с кератомикозами и 37 – с дерматофитией гладкой кожи (рубромикозом). Диагноз устанавливался на основании бактериоскопических и культуральных исследований. Клиническими особенностями поражений при отрубевидном лишае является распространенный характер высыпаний, с локализацией воспалительного процесса на коже туловища, верхних конечностей, а нередко – ягодиц и бедер.

Процесс при руброфитии распространяется с гладкой кожи на область крупных складок, а так же на сгибательную поверхность локтевых и подколенных ямок. В этих случаях у больных развивалась «лихеноидная» форма рубромикоза.

При дополнительном исследовании у больных с отрубевидным лишаем выявлялись эндокринопатии, связанные с нарушением функции щитовидной и половых желез, а так же коры надпочечников. Кроме этого определялись изменения клеточного звена иммунитета (с угнетением общих лимфоцитов, CD4+) и фагоцитирующей системы (фагоцитарного числа и индекса). Явления вегетососудистой дистонии сопровождалась повышением потоотделения и изменением pH кожи.

Обследование больных с руброфитией гладкой кожи, позволило установить у них разнообразные вертеброгенные изменения, приводящие к нарушениям микроциркуляции, в частности – тромбоцитарного гемостаза. Иммунные нарушения касались угнетения Т-клеточного звена иммунитета (угнетение CD4+, ДО 70%) и выработки эндогенных интерферонов – и – (до 60 и 80%, соответственно).

Полученные результаты обследования, обосновывают введение в комплексное лечение поверхностных кератомикозов и дерматофитий средств для коррекции сопутствующих изменений – ангиопротекторов периферической направленности, седативных препаратов, а так же иммуномодуляторов.

В качестве противогрибкового, этиотропного средства, применялся отечественный системный антимикотик «Румикоз». Действующее вещество – итраконазол, синтетическое противогрибковое средство широкого спектра действия, ингибирует цитохром Р 450-зависимый синтез грибкового эргостерола – необходимого компонента клеточной мембраны гриба, обладает фунгицидным и фунгистатическим действием, активен в отношении дерматофитов, дрожжевых и плесневых грибов, биодоступность увеличивается (более 80%) при приеме сразу же после плотной еды, Tmax 3-4 часа, связывание с белками 99,8%, T 24-36 часов; метаболизм: биотрансформируется в печени ферментом CYP3A4, продукт гидроксирования фармакологически активен, выведение: двухфазное, в течение 1 недели кишечником выводится 3-18%, почками 35%.

При лечении больных с отрубевидным лишаем (46 больных) румикоз назначали по 200 мг (2 капсулы) 1 раз в сутки в течение 7 суток.

В лечении больных рубромикозом гладкой кожи румикоз назначался в дозе 100 мг (1 капсула) в течение 15 дней.

Переносимость лечения была хорошей, токсических реакций не выявлено.

Клиническое излечение у всех 100% больных с отрубевидным лишаем сопровождалось отрицательным результатом лабораторных исследований на грибки.

После проведенного лечения, у 94% больных с рубромикозом удалось добиться излечения, а 6% понадобился второй тур лечения.

Таким образом, при микозах гладкой кожи, обусловленных кератомикозами и дерматофитами, выявляются сопутствующие заболевания с нарушением функции желез внутренней секреции, процессов микроциркуляции, показателей иммунитета.

Выявленная патология, обуславливает проведение комплексного лечения для их коррекции. Высокая эффективность системного антимикотика (100% излечения больных отрубевидным лишаем и 94% рубромикозом гладкой кожи), делает Румикоз препаратом выбора в лечении грибковых заболеваний гладкой кожи.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ КИСТЕЙ И СТОП ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТНОЙ ЧИСТКИ НОГТЕВОГО ЛОЖА

*Дукович Е.В., Шакуров И.Г.,
Орлов Е.В., Шакурова А.И.*

*Самарский областной кожно-венерологический диспансер
Самара*

Повышение результативности лечения онихомикозов кистей и стоп до сих пор остается актуальной проблемой, несмотря на широкий выбор средств этиотропной терапии.

Главной задачей лечения онихомикоза является удаление патогенного гриба из пораженных ногтей. В связи с этим, в зависимости от пути воздействия на патогенный агент, выделяется несколько видов этиотропного лечения:

- местное, когда противогрибковый препарат наносится непосредственно на пораженный ноготь;
- системное, при назначении противогрибкового препарата внутрь;
- комбинированное — сочетание системного и местного лечения.

Выбор той или иной тактики лечения определяется клинической характеристикой онихомикоза: выраженностью подногтевого гиперкератоза и степенью поражения ногтя.

В среднем у 70. пациентов с тотальным онихомикозом и гипертрофическим измененными ногтевыми пластинами эффект системной монотерапии остается неудовлетворительным. Добавления наружных фунгицидных и фунгистатических препаратов в виде растворов, лаков или пластырей не решает проблемы, поскольку пациент либо не хочет соблюдать предписанный режим из-за трудоемкости и больших временных затрат, либо по общему статусу пациентам тяжело заниматься ногтями на ногах (чистить, наклоняться). Также, в связи с отсутствием субъективных ощущений при онихомикозах преобладает поздняя обращаемость, когда поражения ногтей становится распространенным, а местная или системная монотерапия малоэффективной. Все это приводит к поиску новых методов лечения онихомикоза.

На базе Центра по лечению заболеваний кожи стоп и ногтей СОКВД мы проводим аппаратную чистку ногтевого ложа в рамках комбинированной терапии онихомикозов, используя прибор для аппаратной педикюра Podolog-maxi и фрезы различной дисперсности. Процесс абсолютно безболезнен, процедуры проходят быстро, занимают около 10-15 минут. После аппаратного удаления ногтевое ложе обрабатывалось раствором экзодерила. Одновременно все пациенты получали системные антимикотики (либо ламизил по 1 таблетке ежедневно, либо орунгал по схеме пульс-терапии в течении 3-4 месяцев).

Диагноз онихомикоз был подтвержден результатами микроскопии и посредством культивирования материала, взятого из ногтевого ложа. По этой методике было пролечено 692 человека в возрасте от 15 до 80 лет. Поражение носило множественный характер (от 2 до 20 ногтей). После проведенного курса лечения рост здоровых ногтей отмечался у 516 человек, что составило 88,9.. Остальные 76 человек (11,1.) отмечали значительное улучшение состояния ногтей. Количество процедур варьировало от 5-6 в первой группе до 8-9 во второй группе пациентов.

У 5. пациентов отмечались рецидивы онихомикозов. Это уровень рецидивов объясняется исходным уровнем трофических нарушений и возрастным составом. Наиболее упорными по отношению к данной терапии были ногти первого пальца стоп. Данный метод лечения позволяет снизить сроки клинического излечения до 2,5-3 месяцев при поражении ногтевых пластин кистей и 5-6 месяцев – ногтей стоп.

Результаты настоящего исследования убедительно продемонстрировали эффективность и безопасность данной методики лечения. Исходя из полученных данных, можно рекомендовать аппаратную чистку ногтевого ложа, как составляющую часть комбинированной терапии онихомикоза и считать удачным вариантом оптимизации лечения.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ МИКОТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Евсеевко И.А., Пашкевич В.И., Фещенко Н.В.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Гомельский областной клинический кожно-венерологический

диспансер

Гомель, Беларусь

Как псориаз, так и поверхностные микозы являются наиболее распространенными дерматозами среди населения, причем в последнее время повсеместно регистрируется рост заболеваемости как той, так и другой патологией /6/ Актуальность проблемы псориаза характеризуется устойчивостью к проводимой терапии, учащением рецидивов, утяжелением клинического течения, частым дополнительным поражением ногтевых пластинок и суставов. Наличие очагов микотической инфекции при псориазе накладывает определенный отпечаток на клиническую картину заболевания, приводит к микогенной сенсibilизации и далеко не всегда диагностируется. Поражение ногтевых пластинок при псориазе, по данным разных авторов, составляет от 15 до 78% /2,5/ Наличие ониходистрофии псориазической этиологии еще не исключает наличия онихомикоза, так как измененная ногтевая пластинка является более уязвимой к инфицированию, поэтому больным псориазом в сочетании с поражением ногтевых пластинок необходимо микологическое обследование. С другой стороны, как показано /4/, сама псориазическая бляшка служит благоприятной средой для роста грибов. Основой фунгального спектра кожи при псориазе являются грибы рода *Candida* /3/, однако, и дерматофиты встречаются с достаточно высокой частотой (23%) /5/. Анализируя проблему сочетания микотического и псориазического процессов, можно выделить три основных ее аспекта: 1) онихомикозы у больных псориазом, их дифференциальная диагностика с псориазической ониходистрофией и особенности терапии 2) себорейный псориаз (на фоне малассезиоза) 3) псориаз у больных кандидозом.

Под нашим наблюдением находились 42 больных псориазом в возрасте от 19 до 73 лет, у которых после тщательного микологического (микроскопического и культурального обследования) были выявлены различные микотические инфекции. В наблюдавшейся группе пациентов мужчин было 30, женщин - 12 У 31 больного отмечались распространенные формы псориаза (в том числе псориазическая эритродермия - у 2 пациенток), у 11 - ограниченные (у 5 - ладонно-подошвенный, у 6 - себорейный). Поражение суставов наблюдалось у 6 больных, причем все они получали ранее терапию глюкокортикоидами либо цитостатиками. Сопутствующим сахарным диабетом страдали 4 больных. Наиболее тяжелое течение микотической инфекции отмечалось у ВИЧ-инфицированной 25-летней пациентки с псориазической эритродермией, перенесшей кандидозный сепсис, и у которой на мо-

мент наблюдения имел место орофарингальный кандидоз, дисбактериоз кишечника и кандидурия, обусловленные *Candida albicans*. У больного 62 лет с сахарным диабетом и распространенным экссудативным псориазом с поражением ладоней и подошв и ониходистрофией имела место кандидурия, а при посеве частиц ногтевых пластинок получен рост *Aspergillus niger*. У 39-летнего пациента с распространенным экссудативным псориазом и псориатическим полиартритом, ониходистрофией, ранее получавшим терапию глюкокортикоидами, получен рост *Aspergillus fumigatus*. У остальных пациентов спектр диагностированных микотических инфекций включал онихомикоз стоп (у 18 человек, при культуральном исследовании в 12 случаях выявлен *Trichophyton rutrum*), онихомикоз кистей (2 больных), интертригинозную форму микоза стоп (8 пациентов), отрубевидный лишай (6 больных), микоз паховых складок (2 больных), обусловленный *Epidermophyton floccosum*, кандидоз крупных складок, кандидозные онихии и паронихии (у 3 больных с сопутствующим сахарным диабетом, у всех троих возбудителем являлась *Candida albicans*). Нужно сказать, что при сопутствующем малассезиозе псориатические высыпания локализовались в себорейных зонах, включая волосистую часть головы, а при кандидозе имелись высыпания в складках, сопровождающиеся мокнутием.

Лечение наблюдавшейся группы больных псориазом в сочетании с микозами проводилось с учетом полученных данных микологического обследования. Санация микотической инфекции благоприятно сказывается на течении псориатического процесса /1/. В качестве системных антимикотиков нами использовались препараты с широким спектром противогрибкового действия: низорал (кетоконазол) по 200 мг 1 раз в сутки, орунгал (итраконазол) по схеме пульс-терапии, флуконазол по 150 мг 1 раз в неделю (пациентка с ВИЧ-инфекцией получала 400 мг флуконазола в сутки). Ни в одном случае не было отмечено обострения псориатического процесса, что является важным, так как известно, что эксацербация псориаза возможна при применении некоторых лекарственных препаратов /7/. Это необходимо иметь в виду при назначении индивидуального лечения в случае сочетания псориаза и микотических инфекций. В качестве местной терапии микотических инфекций у больных псориазом оптимально использование комбинированных препаратов с противовоспалительной и антимикотической активностью («Тридерм»), при поражении волосистой части головы – дополнительная терапия дерматологическими шампунями с дегтем, цинком («Фридерм»), кетоконазолом («Низорал»). При онихомикозах у больных псориазом наиболее оптимальна комбинированная терапия /2/.

На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что больные псориазом нуждаются в скрупулезном микологическом обследовании, с использованием культурального метода, особенно при поражении волосистой части головы и себорейного псориаза, наличии ониходистрофий, артропатического псориаза и других тяжелых форм

заболевания с приемом глюкокортикоидов и цитостатиков в анамнезе, инвертного псориаза, псориаза у больных сахарным диабетом, и обязательной санации выявленных очагов микотической инфекции.

Литература

1. Адашкевич В.П., Козловская В.В. Лечение орунгалом воспалительных заболеваний кожи // Дерматовенерология на рубеже третьего тысячелетия. Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 80-летию со дня основания первой кафедры дерматовенерологии в Республике Беларусь, Минск, 19 июня 2003 года. – Минск, 2003. – С.41-45.
2. Баткаев Э.А., Верхогляд И.В. Оптимизация терапии онихомикоза у больных псориазом // Успехи медицинской микологии. Под общей научной редакцией академика РАЕН Ю.В. Сергеева. Том 2. Материалы Первого Всероссийского конгресса по медицинской микологии. – Москва, Национальная Академия микологии, 2003. – С.11-12.
3. Котрехова Л.П. Роль *Candida albicans* в формировании клинической картины инвертного псориаза у больных сахарным диабетом // Проблемы медицинской микологии. – 2000. – Т.2, № 4. – С.27-30
4. Мавлянова Ш.З., Айдаркулова З., Станкевич Е.Ю. Особенности кандиданосительства у больных псориазом // Первый Российский Конгресс дерматовенерологов. Тезисы научных работ. Том 1. Дерматология. – Санкт-Петербург, 23-26 сентября 2003 года. – С.69.
5. Руденко И.Б., Свирид С.Г. Микообсеменность при псориазе // Успехи медицинской микологии. Том 2. Материалы Первого Всероссийского Конгресса по медицинской микологии. – Москва, Национальная Академия Микологии, 2003.- С.136-137.
6. Сергеев Ю.В., Ларионова В.Н., Кудрявцева Е.В., Сергеева Е.Л. Терапия дерматозов, ассоциированных с грибковой и смешанной инфекцией // Успехи медицинской микологии. Том 4. Материалы Второго Всероссийского Конгресса по медицинской микологии. – Москва, Национальная Академия Микологии, 2004.- С336-338.
7. Szepletowsky J. C. Terbinafine exacerbates psoriasis: a case report with literature review// JEADV, 2003, 17 (Suppl.1), P.55.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ОРОНАЗОЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКРОСПОРИИ

Зайцева Я.С.¹, Кошкин С.В.², Чермных Т.В.²

¹ *Областной кожно-венерологический диспансер*

² *Кировская государственная медицинская академия
Киров*

Микроспория является наиболее распространенным заболеванием из группы дерматомикозов. В Кировской области за 9 месяцев 2004 г.

отмечен рост данной патологии на 30,3% по сравнению с 2003 г. Обращает на себя внимание отсутствие характерной для данного заболевания сезонности. Согласно методическим указаниям №2000/180 от 2001 года, препаратом выбора в лечении микроспории является гризеофульвин – системный антимикотик, обладающий фунгицистическим действием. Гризеофульвин в разной степени накапливается в клетках кожи, волос и ногтей, ингибируя митотическое деление грибковых клеток. В последнее время для нас стал актуальным вопрос поиска новых лекарственных средств для лечения микроспории в связи с отсутствием гризеофульвина в аптечной сети города. Нами использовался Ороназол (кетоназол), синтетическое производное имидазолдиоксолана, обладающий фунгицидным или фунгистатическим действием на дерматофиты. Механизм действия Ороназола заключается в ингибировании биосинтеза эргостерола и изменении липидного состава мембраны грибов. Рекомендуемая доза Ороназола у взрослых и детей с массой тела > 30 кг составляет 200 мг в сутки (1 таблетка), у детей с массой тела от 15 до 30 кг – 100 мг (1 таблетка) в сутки.

Под нашим наблюдением находилось 20 больных распространенной микроспорией в возрасте от 4 до 22 лет (4-6 лет – 5 человек, 7-12 лет – 4, 13-18 лет – 8, 19-22 года – 3 человека), находившихся на стационарном лечении в микологическом отделении ОКВД в июле-августе 2004 года. Из них микроспория волосистой части головы диагностирована у 2, поражение волосистой части головы и гладкой кожи – у 5, гладкой кожи и пушковых волос – у 5, только гладкой кожи – у 8 пациентов. Во всех случаях диагноз микроспории подтвержден обнаружением мицелия при микроскопическом исследовании чешуек с гладкой кожи и пораженных волос. Бактериологическим методом *M. canis* выделен у 16 больных.

Ороназол в дозе 200 мг в сутки был назначен 14, в дозе 100 мг в сутки – 6 пациентам. Продолжительность приема препарата колебалась от 3 до 5 недель, в зависимости от наличия поражения волос. Всем пациентам была проведена комбинированная терапия, которая наряду с системным антимикотиком включала назначение гепатопротекторов, витаминов, местную терапию (смазывание очагов йод-повидоном, 10% серно-дегтярной, 10%-2% серно-салициловой мазью), а также сбривание волос в очагах 1 раз в неделю и механическую эпиляцию пораженных волос. До начала терапии Ороназолом всем больным проведено исследование уровня печёночных трансаминаз (АлАТ, АсАТ) и билирубина.

Переносимость Ороназола была хорошей у всех пациентов, однако на фоне приема препарата отмечалось повышение уровня билирубина и трансаминаз у 2 человек, что потребовало его отмены. Данным больным продолжена местная терапия.

Клинические проявления заболевания исчезли через 2 недели от начала лечения у 13 пациентов (с изолированным поражением гладкой

кожи и с поражением гладкой кожи и пушковых волос). У остальных клиническое выздоровление наступило через 4 недели. Свечение под лампой Вуда пораженных волос в очагах исчезло на третьей неделе лечения (к I контрольному анализу) у 10 пациентов, у 2 больных с поражением пушковых волос сохранялось слабое люминесцентное свечение. На пятой неделе терапии свечение исчезло у всех больных. Контрольные исследования на грибы проводили в соответствии с методическими указаниями МЗ РФ. У всех пациентов было достигнуто клинико-лабораторное излечение. При последующем наблюдении в течение 3 месяцев рецидивов заболевания не зарегистрировано.

Таким образом, Ороназол является эффективным, экономичным, удобным в применении препаратом и может быть использован в качестве альтернативного средства для лечения микроспории.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФУНГОТЕРБИНА (КРЕМ И ТАБЛЕТКИ) В ТЕРАПИИ МИКОЗОВ

Зорин А.Н.

*КГУЗ Краевой кожно-венерологический диспансер
Красноярск*

Поражение грибковой инфекцией является достаточно распространенным заболеванием. До последнего периода ряд категорий больных с диагнозом микоза и онихомикоза, а это социально незащищенные лица, могли позволить себе только местную терапию. Назначение системной терапии, являющейся наиболее эффективной при любой форме онихомикоза, было им недоступно ввиду фактора стоимости курса лечения. Проведенное выборочное анкетирование в 2002 году в краевом кожно-венерологическом диспансере среди 100 больных этой категории показало, что предлагаемое лечение системным антимикотиком (Ламизил) в состоянии были оплатить 4% больных. Появление на фармацевтическом рынке доступного отечественного препарата Фунготербин позволило впервые оказывать полную квалифицированную помощь этим больным.

Цель исследования

Оценка эффективности, переносимости и безопасности комбинированного лечения препаратом Фунготербин (крем и таблетки) фирмы «Нижфарм» (Россия) больных микозами.

Задачи исследования

Оценить динамику разрешения клинических проявлений больных микозами и онихомикозами.

Характеристика препарата

Крем Фунготербин содержит комплекс тербинофина и мочевины. Обладает фунгицидным действием широко спектра (дерматофиты, дрожжи, плесневые грибы). Входящая в его состав мочевина действует разрыхляюще на участке гиперкератоза, способствует глубокому проникновению тербинофина в кожные покровы, а также отторжению гиперкератотических масс, пораженных грибковой инфекцией и ускоряет эпителизацию слоев эпидермиса. Не содержит гормонов.

Фунготербин-таблетки представляет противогрибковый препарат широкого спектра действия из класса аллиламинов.

Методика применения

Фунготербин-крем, согласно инструкции, наносился на предварительно очищенные очаги поражения и прилегающие участки один раз в сутки тонким слоем слегка втирая в течение недели. При выраженном гиперкератозе лечение проводилось в течение двух недель.

Фунготербин-таблетки назначался по схеме 250 мг в сутки ежедневно при поражении ногтей на кистях рук – в течение шести недель, при поражении ногтей на стопах – 12 недель.

Метод исследования

Прямое открытое исследование.

Характеристика клинической группы

В данное исследование было включено 42 больных, наблюдаемых с 2004 по 2005 годы. Возраст больных – от 20 до 70 лет. 48% больных – старше 50 лет. Женщин 13, мужчин 29. Длительность заболевания – от 1 года до 30 лет, причем у 54% от 1 года до 3 лет.

Сопутствующие заболевания наблюдались у 26% больных: сахарный диабет, варикозный симптомокомплекс, бронхиальная астма, хронический бронхит, экзема.

Предшествующее лечение: 20 больных лечились ранее самостоятельно народными или микологическими местными препаратами, 16 явились с рецидивами, т.к. ранее получали местную терапию с удалением ногтевых пластин. 6 не лечились.

Диагноз устанавливался на основании клинической картины, микроскопического и бактериологического исследований. Наблюдалось: 4 больных с поражением ногтей кистей, 23 – ногтей стоп и 15 с поражением ногтей кистей и стоп. У всех больных диагностирован микоз стоп и кистей, подтвержденный микологически и бактериологически.

Локализация поражения: ногтевые пластинки кистей – у 19 больных, с поражением от 2 до 10 ногтевых пластин; ногтевые пластинки стоп – 38 больных, с поражением от 2 до 20 ногтевых пластин, причем включая поражения первой ногтевой пластинки у 37 больных. Поражение более 5 ногтевых пластин встречалось у 76% больных.

Дистально-латеральные формы отмечены у 32 больных, проксимальные – 20, глубина поражения: 1/3 – 6, 2/3 – 24, больше 2/3 – 20. У более 2/3 больных встречаются все варианты форм и глубины поражения.

План лечения

Критерием назначения препарата Фунготербин (крем и таблетки) была субъективная переносимость, результаты клинико-лабораторных исследований, подтверждение микологического заболевания. Всем больным проводилось комбинированное лечение. Местно, при выраженном утолщении ногтевых пластин, кератолитические препараты, наружный антимикотик крем Фунготербин по рекомендуемым схемам. Параллельно все наблюдаемые больные получали системный антимикотик Фунготербин согласно описанной методике. Препараты общего терапевтического профиля – по показаниям.

Результаты исследования

При назначении крема Фунготербин через 2-3 регрессировал зуд и исчезало шелушение, кожные покровы стали эластичнее. Через 2 недели наблюдалась положительная клиническая картина, микроскопия с чешуек кистей и стоп была отрицательной.

Применение системного антимикотика Фунготербин показало, что у 35 больных наблюдалось клиническое и микологическое излечение (83%), у 7 больных – клиническое улучшение, микроскопия осталась положительной.

Все больные, находившиеся под наблюдением, отметили хорошую переносимость препарата Фунготербин (крем и таблетки). Каких-либо осложнений при использовании Фунготербина (крем и таблетки) не выявлено.

Выводы

1. Вследствие неблагоприятных социальных, психологических и экологических факторов уменьшились сроки развития заболевания (1-3 года) при увеличении выраженности и распространенности грибковых поражений кожных покровов и ногтевых пластин.
2. Наличие у впервые выявленных 26% больных сопутствующей патологией грибковых заболеваний показывает недостаточное внимание других специалистов на эту инфекцию.
3. Отсутствие в прошлом доступных системных антимикотиков для социально незащищенных и пожилых больных привело к тому, что подавляющее число этих лиц за медицинской помощью не обращалось.
4. В последние годы увеличилось количество случаев одновременно-го поражения кистей и стоп (38%). Среди больных онихомикозами регистрируется до 76% поражений более 5 ногтевых пластин. Обращает на себя внимание увеличение количества больных с многовариантностью поражения онихомикозами у одного больного: от латерально-дистальной до проксимальной формы и глубины поражения от 1/3 до более 2/3.
5. Комбинированное применение препарата Фунготербин (крем и таблетки) доказало свою эффективность и безопасность.

Стоимость курса лечения препаратом Фунготербин (крем и таблетки) показала его доступность для больных социально незащищенных слоев населения.

ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ЛЕЧЕНИЯ МИРАМИСТИНОМ

*Катусевич Я.Ф., Пятикоп И.А.
Украинский НИИ дерматологии и венерологии
Харьков, Украина*

Часть среды обитания человека составляют множественные бактерии, вирусы и микроскопические грибы. При этом многие из них способны вызывать те или иные заболевания у человека. В настоящее время описано и изучено свыше 69000 видов грибов. Существует предположение, что их общее число на планете около 1,5 млн. Возбудителями болезней людей признано 400 видов, из которых около 100 встречаются наиболее часто.

Заболевания, вызываемые патогенными грибами, в медицине называют микозами, отсюда поражения кожи носят название дерматомикозы.

Микозы стоп — наиболее широко распространенные дерматомикозы, которые характеризуются хроническим, рецидивирующим течением. Чаще всего заболевание носит хронический характер, может продолжаться много месяцев и лет, не причиняя особенного дискомфорта больному. Хроническое течение и невыраженная симптоматика создают иллюзию того, что заболевание безвредное и не вызывает никаких проблем. Однако оно продолжает распространяться на ногти и гладкую кожу, нарушая целостность кожного покрова, формируя входные ворота для бактериальной инфекции. Клинические проявления заболевания часто являются следствием взаимодействия грибов и бактерий. В значительной степени увеличивается аллергизация организма. По мнению многих авторов, микозы стоп — одна из основных причин сенсibilизации, возникновения аллергического дерматита и даже экземы.

Факторами, которые способствуют развитию грибкового поражения стоп, особенно в случаях осложнения экзematизацией и/или вторичной инфекцией, являются также заболевания сосудов конечностей, сахарный диабет, повторные микротравмы, нарушение нервной, эндокринной и иммунной систем. Заболевание нередко развивается на фоне длительного применения лекарственных препаратов, которые угнетают защитные силы организма (глюкокортикоиды, цитостатики, антибиотики широкого спектра действия) и осложняют течение тяжелых заболеваний, требующих назначения этих препаратов.

Вот почему микозы кожи в самом начале развития требуют обязательного лечения, ведущая роль в котором принадлежит противогрибковым препаратам для наружного применения.

Один из известнейших противогрибковых препаратов, производимых совместно Фармацевтической фирмой «Дарница» и ЗАО «Инфа-

мед» (Москва) является мазь «Мирамистин-Дарница». Действующим веществом в ней служит отечественный катионный антисептик мирамистин. Мазь «Мирамистин-Дарница» имеет выраженную антибактериальную и противогрибковую активность относительно основных штаммов патогенных бактерий и грибов, которые вызывают инфекционные воспалительные процессы. Как показали исследования, у микробов в процессе лечения не возникает резистентности к мирамистину.

Необходимо особо подчеркнуть, что при разработке этой мази применена оригинальная мазевая основа, которая обеспечивает мягкий продолжительный противовоспалительный эффект, обуславливая обезболивающее действие (не высушивая кожу сверх меры), способствуя проникновению действующего вещества в кожу и усиливая противомикробное влияние мирамистина. Все это дает возможность использовать мазь «Мирамистин-Дарница» даже в самом остром периоде заболевания, а также при осложнении микоза экзематизацией и вторичной бактериальной инфекцией.

Благодаря широкому спектру противогрибкового и антибактериального действия мазь «Мирамистин-Дарница» показана при смешанных грибковых и грибово-бактериальных поражениях даже до идентификации возбудителя (что требует достаточно длительного времени) и даже в случаях, когда такая идентификация по каким либо причинам невозможна.

В первые же дни применения мази отмечается значительное уменьшение субъективных ощущений — зуда и жара, быстро проходят признаки воспаления, покраснение, отек, эпителизуются эрозии, трещины. По данным клинических испытаний мази, проведенных в Институте дерматологии и венерологии АМН Украины, клинического излечения удается достигнуть у 95,8%, а элиминация возбудителя отмечается у 74% больных.

Предложенный противогрибковый препарат мазь «Мирамистин-Дарница» значительно расширяет возможности терапии грибковых поражений кожи, так как обеспечивает высокую эффективность лечения разных, даже осложненных клинических форм и стадий грибкового поражения кожи. Кроме этого, препарат может с успехом применяться для профилактики заболеваний в случае повышенного риска его развития прежде всего в так называемых группах риска, к которым относятся военнослужащие, спортсмены, работники горячих цехов, шахтеры и т.д. Новые возможности для профилактики микозов стоп открывает и такая лекарственная форма, как раствор «Миримистина». Этот раствор целесообразно также использовать для лечения экссудативных форм заболевания в виде примочек.

Таким образом, своевременное обращение к врачу, правильная диагностика и адекватное лечение разных форм и стадий заболевания с помощью препаратов мазь «Мирамистин-Дарница» и раствора «Мирамистин» дают возможность избавить больного от такого серьезного

заболевания как грибковое поражение кожи, а также провести его профилактику.

ИНТЕРМИТТИРУЮЩАЯ МЕТОДИКА ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭКЗИФИНА

Кошкин С.В., Зонов О.А., Чермных Т.В., Кошкин Ю.С.¹

Кировская государственная медицинская академия,

¹ Клиника косметологии «Эстетик»

Киров

Среди большой когорты пациентов с онихомикозами преобладают люди пожилого возраста, что объясняется наличием у них различных соматических заболеваний, нарушением периферического кровообращения, трофическими расстройствами. В связи с медленным ростом ногтевых пластинок терапия онихомикозов у таких больных требует длительной (до 6 месяцев) системной терапии противогрибковыми препаратами. Системные антимикотики взаимодействуют со многими лекарственными препаратами, изменяя их метаболизм в печени. Совместный прием антимикотиков и препаратов для коррекции сопутствующей соматической патологии увеличивает риск развития нежелательных побочных эффектов используемых лекарственных средств.

Целью нашего исследования явилось изучение возможности использования интермиттирующей методики терапии у больных старших возрастных групп с сопутствующими заболеваниями. Под наблюдением находилось 156 больных онихомикозом в возрасте старше 50 лет. Продолжительность заболевания от 1 до 5 лет — у 31, от 6 до 10 лет у 75, более 10 лет — у 50 больных. Онихомикоз стоп выявлен у 131, сочетание поражения ногтевых пластинок кистей и стоп — у 25 человек. У всех больных диагноз онихомикоза подтвержден выявлением мицелия патогенного гриба в соскобе с ногтевых пластинок микроскопическим методом. Проведена комбинированная терапия экзифином (регос и крем) длительностью от 3 до 6 месяцев. У большинства пациентов наблюдался выраженный подногтевой гиперкератоз, поэтому особое внимание уделялось механической обработке ногтевых пластинок с последующим применением горячих мыльно-содовых ванночек, пропитыванием ногтевого ложа 5% спиртовым раствором йода и втиранием «Экзифин»-крема.

11 больных в связи с лечением по поводу соматических заболеваний прекратили прием экзифина через 2 месяца. Контрольный осмотр этих больных через 4 месяца от начала терапии не дал основания считать их

излеченными (не восстановилась полностью ногтевая пластинка и у 3 микроскопически обнаружен мицелий гриба). Учитывая способность эскифина накапливаться в тканях, богатых кератином, медленное выведение препарата из ногтевых пластинок, данным пациентам был вновь назначен эскифин еще в течение 1,5 месяцев. Противогрибковый препарат пропитывает преимущественно корневую часть ногтевой пластинки, которая по мере роста ногтя достаточно медленно продвигается к его дистальному краю, поэтому эффективности терапии способствовало удаление кератиновых структур верхних слоев ногтя при помощи аппарата IONTOCOMED FS-3.

По окончании терапии у всех больных восстановилась структура ногтевых пластинок, микроскопически мицелий гриба не обнаружен.

Таким образом, при проведении тщательной механической обработки пораженных ногтевых пластинок возможно применение системных антимикотиков по интермиттирующей методике, что позволит осуществлять лечение онихомикозов у пациентов пожилого возраста с сопутствующей соматической патологией с высоким терапевтическим эффектом.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ОНИХОМИКОЗОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА «ЭКЗИФИН» (ТЕРБИНАФИН)

Кулагин В.И.¹, Яковлев А.Б.²

¹ Кафедра кожных болезней лечебного факультета РГМУ

*² Кожно-венерологический диспансер № 16 ЮАО Москвы
Москва*

Эскифин – препарат тербинафина (класс алиламинов). Он оказывает действие фунгистатическое *in vivo* и фунгицидное *in vitro*, которое обусловлено ингибированием грибковой эпоксидазы и биосинтеза эргостерола. Тербинафин имеет выраженный тропизм к грибковым эпоксидазам. Эти ферменты не относятся к системе цитохрома Р-450, но дальнейшие метаболические превращения тербинафина идут в печени при участии как минимум 7 изоферментов цитохрома.

Тербинафин имеет высокую эпидермо- и онихотропность. Эффективность тербинафина при комбинированной терапии дерматофитного онихомикоза – не менее 88%. Частота возникновения побочных явлений обычно не превышает 5,5%.

Целью нашего исследования явилось изучение клинической эффективности и безопасности препарата тербинафина «Эскифин», выпускаемого фирмой Dr.Reddy's Laboratories (Индия), в составе комбинированной терапии онихомикозов.

Клиническая характеристика больных. Под нашим наблюдением находилось 10 больных, 7 женщин и 3 мужчин, в возрасте от 52 до 89 лет. Онихомикоз стоп без явных клинических проявлений на коже подошв диагностирован у 3 больных, онихомикоз стоп в сочетании с клинически явным поражением кожи подошв (сквамозная форма) — у 5, онихомикоз стоп и кистей — у 2 (с поражением кожи в виде сквамозной формы).

Характер поражения ногтей был следующий:

1) онихомикоз кистей (18 ногтей): белая поверхностная форма — 5 ногтей; краевые дистальные поражения (не более 1-2 мм) — 7 ногтей; дистальные формы, по нормотрофическому типу — 6 ногтей (с поражением до площади ногтя); гипертрофических и тотальных поражений ногтей рук не отмечено;

2) онихомикоз стоп (82 ногтя): белая поверхностная форма — 8 ногтей; краевые дистальные поражения (не более 1-2 мм) — 15 ногтей; дистальные и дистально-латеральные, нормотрофический тип — 33 ногтя; тотальный гипертрофический тип — 26 ногтей.

Давность заболевания онихомикозом составила: кистей 2 и 8 лет, стоп — в среднем 15,3 года.

Клинический диагноз микоза кожи ладоней и подошв, онихомикоза кистей и стоп был подтвержден обнаружением мицелия гриба у всех больных при помощи классического теста с 10% КОН: у всех 10 больных с очагов поражения был обнаружен мицелий дерматофитов.

Методика лечения больных. Экзифин назначали по непрерывной методике по 1 таблетке (250 мг) 1 раз в день, после еды, с рекомендацией приема препарата в одно и то же время дня.

Выбор продолжительности курса лечения системным антимикотиком должен зависеть от 2-х параметров — давности заболевания и характера поражения ногтей (по КИОГОС): при давности заболевания от 1 года до 3-х лет при нормотрофическом типе поражения продолжительность лечения может составить 70-75 дней, при том же сроке заболевания и гипертрофическом типе — 80-85 дней, при давности заболевания свыше 3-х лет и гипертрофическом типе поражения — 90-100 дней (максимально до 14 недель).

Всем нашим больным проводилась *комбинированная* терапия онихомикоза: сочетание системного антимикотика с наружным лечением по общепринятым методикам.

Результаты лечения. Разрешение сквамозных поражений кожи ладоней и подошв, у больных, которым не проводилась отслойка рогового слоя, наблюдалось к концу второй — началу третьей недели комбинированной терапии. У трех больных, которым проводилась коллодийная отслойка рогового слоя (подошвы — 2, ладонь — 1), сквамозные поражения не возобновлялись.

Динамика поражений ногтевых пластинок была следующей

Форма поражения	Локализация	Получение клинического эффекта	Санация ногтя (клинически)
Белая поверхностная форма (чистка поверхности)	Кисти	4-ая неделя	9 неделя
	Стопы	7-ая неделя	11-12 неделя
Краевые поражения (глубокая подрезка)	Кисти	4-5 неделя	5 неделя
	Стопы	6-7 неделя	11-12 неделя
Дистальная форма, нормотрофический тип (чистка с мочевиной)	Кисти	7-9 неделя	11-12 неделя
	Стопы	10-11 неделя	13-14 неделя, у 28 из 33 ногтей
Тотальный гипертрофический тип (многократная чистка с мочевиной)	Стопы	12-13 неделя	13-14 неделя – на $\frac{3}{4}$ по площади – 19/26; 19 неделя – на $\frac{3}{4}$ по площади – 16; более 90% площади – 10 ногтей

В 1/3 всех случаев дистального и дистально-латерального поражения в начале отрастания ногтя после чистки имело место временное возобновление микотического процесса, и лишь затем шло отрастание клинически непораженного ногтя; к концу лечения (13-я или 14-я недели) из 33 ногтевых пластинок, пораженных

При тотальном гипертрофическом типе явление *временного возобновления микотического процесса* после чистки ногтей имело место на 13 ногтях из 26.

Микологический контроль излеченности осуществлялся на 12, 18 и 24 неделе после завершения системной терапии. У троих больных из 10 грибы продолжали обнаруживаться к 12-ой неделе после окончания лечения с ногтей стоп, у двух – к 18 и 24-ой неделям. После микологического контроля на 36-ой неделе у двух больных продолжали обнаруживаться грибы с ногтевых пластинок стоп.

Клиническая оценка безопасности системного антимикотика осуществлялась по частоте возникновения побочных явлений, вызываемых данным препаратом и частоте обострений имеющихся у больных сопутствующих хронических заболеваний.

Соматическая отягощенность у 10 наших больных составила 4,5 нозологии на 1 больного! Количество препаратов, которые больные получали по поводу сопутствующих заболеваний, составило 34 названия!

В процессе лечения Экзифином имели место обострения хронического гастрита и холецистита в двух случаях. Обострений других патологических состояний не отмечено. Преходящие изменения вкуса наблюдались в двух случаях.

Выводы. В результате проведенного исследования установлено, что препарат тербинафина «Экзифин» эффективен в комбинированной терапии онихомикозов. Скорость санации ногтевой пластинки характерна для препаратов тербинафина. Препарат «Экзифин» безопасен при его системном применении.

При наличии сопутствующих заболеваний органов ЖКТ, в частности, печени и поджелудочной железы, назначать так называемые гепатопротекторы следует либо за 1-3 месяца до планируемого лечения системным антимикотиком, либо сразу после такого лечения, но не сочетать одновременно два препарата.

РОЛЬ НЕОВИРА В ТЕРАПИИ МИКОЗОВ КОЖИ

Ломоносов К.М., Цыкин А.А.

Кафедра кожных и венерических болезней ММА имени И.М.

Сеченова

Москва

Одним из важных факторов, влияющих на заражение человека грибковой инфекцией, является состояние его иммунной системы. Роль иммунитета при микозах очень многогранна, однако наиболее значимыми являются три важных аспекта. Первый — это изменение иммунореактивности организма, что является одной из причин заражения человека микозом. Вторым аспектом является установленный факт, что у больных с микозами в процессе инфекции и после выздоровления могут наблюдаться изменения клеточного и гуморального иммунитета, а также аллергическая перестройка организма. Как следствие двух первых моментов, возникает третий аспект. Даже после эффективного, этиологического лечения остающиеся изменения в иммунной системе человека (как первичного, так и вторичного характера) могут явиться причиной повторного возникновения микоза спустя непродолжительное время, что иногда ошибочно расценивается пациентом, да и врачом, как неэффективность предыдущей терапии.

Таким образом, в комплексное лечение микозов помимо системной противогрибковой терапии (по показаниям) и местной должна быть включена и иммуномодулирующая терапия.

Под нашим наблюдением находилось 25 мужчин и женщин в возрасте от 19 до 57 лет, страдающих микозами кожи. У 16 из них диагностирован отрубевидный (разноцветный) лишай, у 3 — микроспория гладкой кожи, у 6 — трихофития гладкой кожи.

У всех пациентов перед началом лечения было проведено исследование некоторых показателей клеточного и гуморального иммунитета, которое показало достоверное снижение CD4+, CD8+ лимфоцитов, повышение иммунорегуляторного индекса (CD4+/CD8+), повышение числа В-лимфоцитов (CD19+) и иммуноглобулинов класса А и М.

Всем пациентам была назначена основная этиологическая терапия низоралом по 200 мг в сутки в течение 10 дней при отрубевидном лишаяе и 20 дней при микроспории и трихофитии. Неовир всем пациентам назначался по 2 мл внутримышечно каждые 48 часов на курс 10 инъекций. Местная терапия заключалась в протирании кожи 2% раствором салицилового спирта и нанесении 2 раза в сутки мази микозолон, у части пациентов мазь чередовалась с 1% спреем Ламизил. Местное лечение проводилось в течение 3-4 недель.

Через месяц после начала терапии у всех пациентов отмечалось полное исчезновение клинической картины заболеваний, а проведенное микроскопическое исследование во всех случаях показало отсутствие возбудителя в бывших очагах поражения. Такие же результаты микроскопического исследования были получены через 1 и 3 месяца после окончания терапии.

Проведенное через месяц после лечения исследование иммунного статуса показало нормализацию почти всех показателей иммунограммы, за исключением В-лимфоцитов, уровень которых хоть и снизился, приближаясь к норме, но по-прежнему оставался достоверно высоким, что свидетельствует о еще не совсем закончившемся аллергическом воспалительном ответе организма на перенесенную грибковую инвазию.

Таким образом, комплексное лечение микозов кожи с применением иммуномодулятора Неовира позволяет повысить эффективность лечения, снизить курсовую дозу системного противогрибкового средства и провести иммунопрофилактику организма, тем самым, уменьшить некоторое иммуносупрессивное действие антимикотика и предотвратить возможность повторного заражения.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ОНИХОМИКОЗА СТОП – РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР

Лькова С.Г., Петренко О.С.

*Кафедра дерматовенерологии лечебного факультета Новосибирской
государственной медицинской академии
Новосибирск*

Онихомикоз стоп – наиболее распространенное поражение ногтевых пластинок кистей и стоп. Для лечения данной патологии используется как местная, так и системная терапия, причем каждая из них име-

ет свои преимущества и недостатки, а также показания к применению. Использование топических антимикотиков позволяет создать на поверхности ногтя очень высокие, фунгицидные концентрации препаратов, при этом величина системной абсорбции ничтожна, что исключает токсическое действие на организм пациента. Однако проблематичным является воздействие на возбудителей, расположенных более глубоко, тем более при поражении матрикса ногтевой пластинки. Системная терапия создает в ногте более низкие концентрации, чем при местном нанесении, однако целевое поступление и накопление при этом гарантированы. Немалая курсовая стоимость лечения системными антимикотиками напоминает доктору о фармакоэкономических подходах в медицине, при этом, в целях уменьшения дозировок и сокращения сроков системной терапии, а также снижения вероятности побочных эффектов, целесообразно использование комбинированной терапии.

Под нашим наблюдением находилось 54 больных онихомикозами стоп, из них женщин 32, мужчин 22 чел. Средний возраст пациентов составил $44,2 \pm 11,34$ лет, у большей части больных длительность заболевания составила от 3 до 6 лет. Дистально-латеральная подногтевая форма онихомикоза выявлена у 43, тотальная у 15. Диагноз грибковой инфекции был подтвержден микроскопическим и культуральным исследованием. В 87% случаев онихомикоз был обусловлен дерматофитами, в 7,4% – дрожжеподобными грибами рода *Candida* в 5,6% – плесневыми грибами. *T. rubrum* определялся в качестве возбудителя в 90% случаев, *T. interdigitale* – в 10%. Системная терапия проводилась препаратом итраконазол (орунгал) по схеме пульс-терапии, наружно использовался в зависимости от клинической ситуации 1% крем или раствор нафтифина (экзодерил) – представитель группы аллиламинов. У 52 пациентов удалось добиться как клинического, так и этиологического выздоровления после 3 пульсов терапии орунгалом в комбинации местным использованием 1 крема или раствора экзодерила. У 2 пациентов замедленное отрастание здоровой ногтевой пластинки было обусловлено сосудистой патологией нижних конечностей, что потребовало дополнительного – 4 курса пульс-терапии орунгалом. После механического или кератолитического удаления пораженной части ногтя, вплоть до полного отрастания ногтевых пластинок ежедневно однократно наносился препарат экзодерил. Обзор отдаленных результатов через 24 месяца не выявил рецидивов онихомикоза.

Результаты данного клинического исследования позволяют рекомендовать данную комбинацию системного антимикотика орунгала и местного – экзодерила, в качестве эффективной.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОНИХОМИКОЗОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ КРАСНЫМ ТРИХОФИТОНОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТНОГО ПЕДИКЮРА

Ляшко А.К., Разнатовский К.И.

*Кафедра дерматовенерологии СПб Медицинской Академии
последипломного образования
Санкт-Петербурге*

Впервые разработан и апробирован новый эффективный способ консервативного лечения онихомикозов, обусловленных *Tr. rubrum*, сущность которого заключается в следующем: с помощью специального мотора с фрезами («скалера») для аппаратного педикюра фирмы Z DA (Германия) производится первичная обработка дистальной части пораженной ногтевой пластинки. В последующем в течение 5 месяцев на частично удаленную ногтевую пластинку ежедневно наносится специальный пенетрирующий раствор ламизила. Один раз в месяц производится профилактическая подчистка вновь отрастающей ногтевой пластинки.

Под нашим наблюдением находилось 62 больных онихомикозами стоп и кистей без поражения ладоней, подошв и гладкой кожи. Клинический диагноз был подтвержден бактериоскопически и культурально. После проведенного комплексного лечения отмечено клиническое и микологическое излечение в 97,8. случаев. Хочется отметить преимущество данного метода при лечении гипертрофических форм онихомикоза, когда терапия системными антимикотическими средствами перорального применения оказываются безуспешными.

СИСТЕМНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОНИХОМИКОЗОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Макаренко Л.А., Тымчишина М.В., Курдина М.И.

*ЦКБ МЦ УД Президента РФ
Москва*

Целью нашего исследования было изучение эффективности и переносимости пульс-терапии онихомикозов итраконазолом у пациентов пожилого и старческого возраста, отягощенных сопутствующими соматическими заболеваниями.

Под нашим наблюдением находилось 75 мужчин и 38 женщин в возрасте от 64 до 88 лет (средний возраст составил $75,9 \pm 3$). Онихомикоз у всех пациентов был подтвержден как микроскопически, так и

культурально. Длительность заболевания у 79 (70%) пациентов превышала 10 лет. Все больные, вошедшие в исследование, имели заболевания опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и нервной системы, 56 (50%) — желудочно-кишечного тракта, 23(20%) пациента страдали соответственно сахарным диабетом и болезнями мочеполовой системы. К моменту начала лечения все сопутствующие заболевания находились в стадии стойкой ремиссии. До начала лечения, а также после окончания каждого тура проводился контроль общего анализа крови и мочи, биохимического анализа крови, ЭКГ, Эхо-КГ.

Все пациенты получали лечение итраконазолом в течение 3 месяцев (пульс-терапия). Эффективность лечения составила 75%. Самочувствие, состояние больных оставалось в общем удовлетворительным в течение всего времени наблюдения. При динамическом исследовании не обнаружено значимых изменений общеклинических показателей крови и мочи, ЭКГ, Эхо-КГ. Не было зафиксировано во время лечения обострений всех сопутствующих хронических соматических заболеваний, развития аллергических реакций или побочных эффектов также отмечено не было.

Таким образом, при проведении тщательного клинико-лабораторного контроля пульс-терапия итраконазолом является высокоэффективным методом выбора у лиц старшей возрастной группы с хорошей переносимостью препарата и отсутствием побочных эффектов.

К ОПТИМИЗАЦИИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ СЕБОРЕИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Малова Т.А.

МУПВ «Врачебная косметологическая лечебница»

Владивосток

В последнее время заметно увеличилось число пациентов обратившихся в трихологический кабинет МУВ «Врачебно-косметологической лечебницы» г. Владивостока с жалобами на поредение и выпадение волос, перхоть, повышенную жирность или излишнюю сухость, зуд, повышенную чувствительность кожи волосистой части головы. Все это проявления себореи, в возникновении которой доказана роль микотической инфекции, в частности — *Pityrosporum ovale*, *Malassezia furfur*, что необходимо учитывать при выборе тактики лечения.

Целью исследования стало изучение эффективности шампуня Кето-плюс (фирма Гленмарк). Под наблюдением находилось 78 больных с различными проявлениями себореи волосистой части головы. Диагноз устанавливали на основании типичной клинической картины с использованием микровидеодиагностики фирмы «Наутилус» (С.Петербург), позволяющей оценить проблемы волос и кожи головы (поверхностную

активность сальных желез, кожного сала, степень кератинизации, состояние стержня и корней волос) и лабораторного выявления псевдомицелиальной или дрожжеподобной форм гриба при микроскопическом или культуральном исследовании (среда Dixon agar), при наличии не менее 8×10^5 на см клеток в поле зрения.

На кожу волосистой части головы с лечебной целью, в течение 4 недель, 2 раза в неделю назначали шампунь Кето-плюс. Далее, в зависимости от клинических проявлений, 1 раз в неделю. Отмечали хороший терапевтически эффект — уменьшение шелушения, зуда, выпадения волос. В ходе лечения не было выявлено выраженных побочных или нежелательных эффектов. Шампунь отличает легкость нанесения на волосы, образования пены, промывания, расчесывания во влажном состоянии, приемлемый косметический эффект после высыхания волос.

Оценивая результаты проведенного исследования можно рекомендовать препарат наружного действия Кето-плюс шампунь в комплексном лечении себореи волосистой части головы.

АКРИДЕРМ ГК В ТЕРАПИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ДЕРМАТОМИКОЗОВ

*Матушевская Е.В., Богуш П.Г., Лещенко В.М.,
Чистякова Т.В., Лещенко Г.М.*

*Кафедра кожных и венерических болезней ГОУ ВПО «Российский
государственный медицинский университет»
Кожно-венерологический клинический диспансер № 1 Департамента
здравоохранения Москвы
Москва*

За последние 10-15 лет отмечается рост микст — инфекций: поверхностные микозы с бактериальной суперинфекцией, комбинированные микробные экземы с микозами. Известно, что бактериальные и грибковые инфекции оказывают выраженное сенсибилизирующее действие на организм, сопровождаются развитием аллергического процесса. Поэтому, очень часто, микозы кожи осложняются экзематозной реакцией. Для успешного лечения таких больных, появилась необходимость в создании комбинированных препаратов наружного применения, которые сочетали бы антимикотическое и гипосенсибилизирующее действия.

Отечественная компания «Акрихин» производит крем Акридерм ГК. Акридерм ГК (ОАО «Акрихин») представляет собой комбинированный препарат для наружного применения, включающий, наряду с клотримазолом, один из наиболее сильных современных местных глюкокортикостероидов — бетаметазон дипропионат и гентамицин, обладающий широким антибактериальным спектром.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности, безопасности и переносимости крема Акридерм ГК в наружной терапии дерматомикозов, с различными осложненными формами.

Дизайн исследования. Прямое открытое не сравнительное исследование эффективности и безопасности крема Акридерм ГК. В исследовании приняли участие 30 больных, соответствующих критериям включения и исключения пациентов в данное исследование, с диагнозом: дерматомикозы. Больные распределялись по формам заболевания следующим образом: 16 пациентов с руброфитией стоп, 6 – с эпидермофитией стоп, 8 больных – с паховой эпидермофитией. Из них: 12 женщин, 18 мужчин. Средний возраст пациентов – 41 год. У больных руброфитией отмечались: у 6 пациентов интертригинозная форма, у 8 – интертригинозно-дисгидротическая и у 2 – дисгидротическая. У 1 больного дисгидротической формой руброфитии, основной процесс был осложнен вторичной пиококковой флорой. У 16 пациентов с микозами стоп (у 10 руброфития и у 6 эпидермофития) наблюдались аллергические высыпания.

Диагноз микоза у включенных в исследование больных, был подтвержден микроскопическими и микробиологическими исследованиями.

Качественный состав микрофлоры кожи определяли посредством метода плащечного посева на 5% кровяной и желточно-солевой агар. Для выращивания культуры грибов использовали классическую среду Сабуро.

При культуральном исследовании на грибы выделен красный трихофитон (*Trichophyton rubrum*) у 16 человек, интердигитальный трихофитон (*Trichophyton interdigitale*) у 6 пациентов, *Epidermophyton inguinale* у 8 пациентов, а также *St.aureus* как микст-инфекция у 1 больного.

Крем Акридерм ГК наносили тонким слоем на пораженные участки кожи два раза в сутки (утром и вечером). Продолжительность лечения зависела от эффективности и переносимости терапии и составляла от 7-10 дней до 2-4 недель. После применения крема Акридерма ГК в течение 5-7 дней полностью разрешались островоспалительные явления, что позволяло при необходимости переходить на фунгицидные средства в большей концентрации. 5 из 30 больных с остропротекающей формой микозов стоп была проведена сопутствующая терапия с использованием неспецифических гипосенсибилизирующих средств. Полная санация микотического процесса достигалась через 2-4 недели от начала применения крема Акридерма ГК.

Оценка эффективности проводимой терапии основывалась на клинических, микроскопических и микробиологических данных и субъективной оценке препарата пациентом до и после лечения.

Клиническое разрешение патологического процесса, подтвержденное отрицательными результатами лабораторных исследований, наблюдали у 93% (28 чел.) больных. Побочные явления в виде усиления зуда, жжения и гиперемии, не требовавшие отмены препарата, были отмече-

ны у 3 больных. Тяжелые нежелательные побочные реакции не зарегистрированы, отказа от продолжения проводимой терапии не было.

Таким образом, наличие в Акридерме ГК клотримазола, гентамицина и кортикостероидной составляющей обуславливает разностороннее терапевтическое воздействие на кожный процесс, устраняя при этом как этиологический фактор, так и воспалительный процесс, осложняющий течение дерматомикозов.

Лекарственная форма в виде крема позволяет применять Акридерм ГК при остром и подостром воспалении, поэтому данный препарат может быть рекомендован для лечения остропротекающих микозов стоп с выраженным воспалительным компонентом, экзематизацией, аллергическими высыпаниями. Побочные явления и осложнения при применении крема Акридерма ГК практически отсутствуют.

Таким образом, результаты нашего исследования отражают высокую эффективность и безопасность нового отечественного комбинированного препарата Акридерм ГК в терапии дерматомикозов с явлениями экзематизации и/или микозов, осложненных пиодермией.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИНАФИНА (ТЕРБИНАФИНА) В ЛЕЧЕНИИ МИКОЗОВ ГЛАДКОЙ КОЖИ У ДЕТЕЙ

Махновец Е.Н., Вылегжанина О.А.

*Кафедра дерматовенерологии лечебного факультета Новосибирской
государственной медицинской академии
Муниципальный кожно-венерологический диспансер № 1
Новосибирск*

Из года в год все более широко распространяются грибковые инфекции среди населения. Самыми распространенными дерматофитиями являются микозы стоп и микроспория, которые стали все чаще встречаться в детской популяции. Приобрела актуальность проблема лечения грибковых инфекций у детей на фоне снижения иммунитета и развития дисбиоза. Немаловажное значение имеет сложность терапии микозов у пациентов этой возрастной группы.

Общепринятым и успешным методом лечения дерматофитий в детской практике является местная противогрибковая терапия. На базе детского отделения МКВД№1 клиническую апробацию проходил препарат Бинафин (тербинафин) в виде лекарственной формы 1% крема. Активным веществом Бинафина является тербинафин – антимикотик широкого спектра действия, обладающий фунгистатическим и фунгицидным действием на дерматофиты, плесени, дрожжи и смешанную флору. Целью работы послужило исследование эффек-

тивности и безопасности препарата в комплексном лечении микозов гладкой кожи у детей.

Под наблюдением находилось 15 больных дерматомикозами в возрасте от 2 до 16 лет. Среди них — 9 девочек и 6 мальчиков. Диагностика микозов основывалась на клинической картине заболевания, эпидемиолого-анамнестических данных, проведении специфических тестов (проба Бальзера, свечение в лучах лампы Вуда), бактериоскопии и бактериологии. Патологический кожный процесс в большинстве случаев носил ограниченный характер и был представлен следующими нозологиями: эпидермофития, разноцветный лишай, микроспория. Преимущественной локализацией процесса были кожные складки (паховые, подмышечные, межягодичная). Единичные очаги микроспории и отрубевидного лишая располагались на коже груди, спины, плеч и бедер. Иногда микоз сопровождал такие патологические процессы как псориаз, экзема. Из исследования исключены больные с поражением волосистой части головы и генерализованными формами дерматомикозов. Клинический диагноз микоза лабораторно подтверждался методом бактериоскопии (обнаружение нитей мицелия) и бактериологическим методом (хотя с учетом широчайшего спектра действия тербинафина культуральная диагностика не всегда является обязательной). При культуральном исследовании выделены: *Trichophyton rubrum*, *Epidermophyton floccosum*, *Microsporum canis*, *Candida albicans*, *Malassezia furfur*.

В ходе комплексного лечения патологического кожного процесса препарат Бинафин наносили тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в сутки. На фоне проводимой терапии отмечалась выраженная положительная динамика со стороны очагов поражения в виде уменьшения зуда, жжения, инфильтрации и эритемы. Эффект от применения препарата проявлялся уже на 3–4 сутки терапии, достигая максимума к 7–10 дню. Сроки проводимого лечения составили 14–15 дней, когда отмечался регресс клинических проявлений заболевания и отсутствие элементов гриба в соскобе при микроскопии. Имеющиеся данные о сохранении тербинафина в роговом слое в фунгицидной концентрации до 7 дней после прекращения местной терапии дают возможность сократить сроки лечения без боязни рецидива со стороны патологического процесса.

При применении Бинафина-крема не было отмечено местнораздражающего действия, а также системных побочных реакций. Препарат хорошо впитывается, имеет легкую консистенцию, не имеет раздражающего запаха.

Таким образом, данные проведенного исследования позволяют сделать вывод, что Бинафин крем является эффективным средством в комплексной терапии микозов гладкой кожи у детей. Отмечена хорошая переносимость препарата, удобство и экономичность применения.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ОНИХОМИКОЗОВ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Немчанинова О.Б.

*Кафедра дерматовенерологии лечебного факультета Новосибирской
государственной медицинской академии
Новосибирск*

По данным ВОЗ, каждый пятый житель нашей планеты страдает грибковыми заболеваниями, причем среди больных с нарушениями углеводного обмена распространенность микозов стоп в 3,3 раза выше, чем в популяции. Чаще всего возбудителями микозов стоп являются дерматофиты. Общепринятые методы лечения включают комплексное лечение с применением противогрибковых препаратов и местных кератолитических средств. Широкое использование данной схемы у больных СД имеет относительное противопоказание, так как при использовании кератолитических средств повреждается целостность прилежащих к ногтевой пластине тканей и резко возрастает риск развития диабетической стопы. К тому же, эффективность традиционной терапии часто бывает невысока.

Эти обстоятельства диктуют необходимость назначения комбинированного лечения онихомикозов стоп у больных сахарным диабетом с применением системного антимикотика и местного противогрибкового препарата в форме лака для ногтей.

Для оценки эффективности лечения онихомикоза у больных с сахарным диабетом была сформирована группа из 15 больных (9 женщин и 6 мужчин) сахарным диабетом II типа с грибковым поражением более 50% площади ногтевых пластинок. Возраст больных составлял от 29 до 62 лет. Ранее лечения по поводу онихомикоза ни один из пациентов не получал.

В качестве системного антимикотика назначался Орунгал (итраконазол), обладающий широким спектром действия, высокой липофильностью, кератофильностью, селективным действием и малой токсичностью. Лечение Орунгалом проводилось по схеме пульс-терапии. Наружно на ногтевую пластинку 2 раза в неделю наносили лак Батрафен (циклопирокс), перед этим механически удалив как можно большую часть пораженного ногтя. Один раз в неделю весь слой лака снимали с помощью обычного растворителя лака для ногтей и максимально удаляли измененный ногтевой материал. Длительность лечения составила 12 недель. Оценка клинической эффективности лечения проводилась 1 раз в 2 недели.

К окончанию 4 недели лечения, то есть после первого курса пульс-терапии Орунгалом и 8 аппликаций Батрафена, отмечалась определенная положительная динамика в виде уменьшения степени выраженности подногтевого гиперкератоза и площади поражения ногтевых

пластинок. Однако еще более 50% их поверхности еще были изменены, и лечение было продолжено в прежнем объеме.

По истечении 8 недель лечения (2 курса пульс-терапии Орунгалом и 16 аппликаций Батрафена) у 6 пациентов (40%) отмечалось значительное улучшение в течение онихомикоза, которое заключалось в уменьшении площади поражения ногтевых пластинок до минимальных, а также нормализации их толщины и окраски. В связи с этим необходимости в проведении третьего курса пульс-терапии Орунгалом не было. Однако пациенты продолжали использовать аппликации Батрафена еще в течение 4 недель (всего 24 аппликации).

Остальные 9 человек (60%) получили 3 курса Орунгала по схеме пульс-терапии в сочетании с Батрафеном (24 аппликации). Общая длительность комбинированного лечения составила 12 недель, после чего троим из них было рекомендовано продолжить применение Батрафена еще в течение 4 недель (всего 32 аппликации).

В результате проведенного лечения клиническое излечение было достигнуто у 80% больных, а у 20% — значительное улучшение. Во всех случаях результаты лечения были подвержены микроскопически.

Таким образом, комбинированная терапия распространенных форм онихомикоза стоп у больных сахарным диабетом с применением системного антимикотика и местного противогрибкового препарата Батрафен в форме лака для ногтей превосходит по эффективности системную и местную терапию, взятые в отдельности. Это связано с различными механизмами действия препаратов, т.к. системные антимикотики обладают фунгистатическим, а местные — фунгицидным действием. Кроме того, разные пути поступления системного и местного противогрибковых средств, способствуют созданию и, самое главное, поддержанию необходимой концентрации лекарственного вещества в пораженном ногте. Такая тактика дает возможность повысить клиническую эффективность системных антимикотиков, сократить сроки их применения, снизить, тем самым, риск развития побочных эффектов и обеспечив большую безопасность лечения для больного.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИНАФИНА В ТЕРАПИИ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ И НОГТЕЙ

Никулин Н.К., Шебашова Н.В., Мишина Ю.В.

*Нижегородский научно-исследовательский кожно-венерологический институт
Нижний Новгород*

Поиск новых наиболее эффективных средств терапии грибковых заболеваний остается одной из насущных задач современной фармакологии и клинической микологии. Актуальность проблеме придает вы-

сокая распространенность микозов во всем мире, включая Россию. В последние годы наблюдается неуклонный рост заболеваемости дерматомикозами, включая как микозы гладкой кожи, так и онихомикозы. На долю данного патологического состояния приходится около 40% от всех болезней кожи и ногтей, таким образом, дерматомикозы занимают 2-3 место в структуре дерматологической заболеваемости.

Для лечения заболеваний, вызванных патогенными грибами, эффективно используются антимикотические препараты системного и местного действия. Одним из таких препаратов является Бинафин. Действующим веществом препарата является тербинафин, который относится к классу алиламинов, химических соединений, обладающих высокой антимикотической активностью и широким спектром действия. В терапевтических концентрациях тербинафин оказывает прямое фунгицидное действие на дерматофиты, дрожжеподобные и плесневые грибы, как при пероральном, так и при местном применении.

Преимущественно фунгицидное действие тербинафина определяло перспективы использования Бинафина в качестве системного антимикотика в терапии онихомикозов, а 1% крема Бинафин как средства местной терапии микотических поражений кожи.

Под нашим наблюдением находились 7 больных онихомикозами с множественным поражением ногтевых пластинок в возрасте от 35 до 67 лет. Продолжительность заболевания у наших пациентов колебалась от 3 до 10 лет. 5 больных имели поражение ногтевых пластинок только на стопах, 2 – на стопах и кистях. У 3 пациентов наблюдалась дистально-латеральная форма, у 4 пациентов – тотально-дистрофическая форма онихомикоза с вовлечением в патологический процесс ногтевых пластинок больших пальцев стоп. У всех больных диагноз был подтвержден микроскопически и у 3 – культурально (у 2 пациентов рост *T. rubrum*. у 1 – *T. rubrum* в сочетании с грибами рода *Candida*).

Все пациенты до начала лечения продолжительно и безуспешно использовали наружные кератолитические и противогрибковые местные средства.

Бинафин назначался по стандартной схеме (250 мг в день в течение 3-х – 5-ти месяцев, с последующим контрольным анализом на грибы). Всем пациентам параллельно проводился онихолизис с 50% иодидом калия, с последующим нанесением на ногтевую пластинку 50% пирогаллола. Назначались ангиопротекторы и поливитамины. Проводилась многократная обработка обуви 10% раствором формалина или 40% раствором уксусной кислоты и другие профилактические мероприятия.

Через 1,5 месяцев после начала лечения у 6 пациентов отмечался рост здоровой ногтевой пластинки на 1-2 мм от матрикса. Клиническое и микологическое излечение достигнуто у всех пациентов; из них микологическое излечение у 2 пациентов достигнуто через 3 месяца от начала лечения, у 4 пациентов – через 4 месяца и у 1 – через 5 месяцев (мужчина пожилого возраста с сопутствующим сахарным диабетом).

Крем Бинафин использовался нами у 16 больных руброфитией гладкой кожи, включая поражение межпальцевых складок кистей и стоп, кожи подошв и ладоней и пахово-бедренной области. Всем пациентам диагноз был подтвержден с помощью микроскопии.

Крем наносился на пораженные участки кожи 2 раза в день. В процессе лечения на 7-8 день прекращался зуд кожи, уменьшалась гиперемия и шелушение. Микологическое излечение достигалось через 3-5 недель лечения. При микозах стоп в случае выраженного гиперкератоза у пациента перед использованием крема Бинафин проводилась отслойка пораженной кожи с использованием кератолитических местных средств.

Пациенты отмечали хорошую переносимость препарата (как при пероральном, так и при местном применении). Побочных явлений зарегистрировано не было.

Полученные нами результаты свидетельствуют о высокой эффективности Бинафина в терапии дерматомикозов и позволяют рекомендовать его к более широкому применению в микологической практике.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГРИБКОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ И НОГТЕЙ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ

*Новицкая Н.Н., Якубович А.И., Долженецкая Н.А.,
Кондратьева Е.С., Баранчук Н.И., Кеңцовская И.М.*

Медицинский университет

ОКВД

Иркутск

Статистические данные свидетельствуют о том, что грибковые заболевания человека представляют собой быстро распространяющуюся патологию. В настоящее время в мире практически 20% людей страдают тем или иным микозом. При этом наибольший удельный вес приходится именно на заболевания, с которыми чаще всего сталкиваются врачи микологи или дерматологи. Микозы составляют от 37 до 42% от всех болезней кожи и ногтей. Кроме того, важным фактом является то, что микотические поражения у дерматологических больных далеко не всегда являются причиной обращения пациента к врачу. Часто грибковые поражения выявляются при осмотре больных, которые обращаются к врачу по поводу других распространенных дерматозов — экземы, псориаза, красного плоского лишая, атопического дерматита. Микозы, ассоциированные с вышеперечисленными заболеваниями, нередко являются источником инфекции для других людей.

Наличие грибкового заболевания способствует развитию поливалентной сенсibilизации, развитию лекарственной непереносимости, бактериальных осложнений, ухудшают течение многих дерматозов и других заболеваний.

Среди наиболее значимых причин роста заболеваемости грибковой инфекцией можно отметить следующие: повышение частоты посещения бассейнов, спортивных залов, саун, то есть мест, где наиболее высок риск передачи грибковой инфекции. Известно, что грибы отличаются высокой устойчивостью в окружающей среде. Широкое использование различных гигиенических средств для принятия ванны и душа, вызывающих размягчение рогового слоя кожи облегчают внедрение возбудителя. Важное значение имеют также экологические факторы, иммунодефицитные состояния (увеличение ВИЧ-инфицированных лиц), приводящие к снижению резистентности организма и инфицированию, недостаточность эпидемиологического контроля, отсутствие своевременной диагностики.

В настоящее время имеется большое количество препаратов, применяемых для лечения грибковых заболеваний, как местного, так и системного действия. Многолетний опыт их использования позволил определить их эффективность с учетом безопасности для пациентов. В настоящее время одними из наиболее распространенных препаратов, применяемых в микологии, являются кетоконазол (низорал) и итраконазол (орунгал). Однако при терапии микозов перечисленные препараты имеют ряд весьма существенных недостатков: нарушение эндокринного статуса, развитие артралгии, миалгии, гипертензии, гинекомастии, половых расстройств, усиление явлений остеопороза, выраженное гепатотоксическое действие (низорал), эмбриотоксичность (орунгал).

Разработка новых противогрибковых средств идет по пути создания более эффективных препаратов, действующих в минимальных концентрациях и, соответственно, максимально щадящих для больного, а также более доступных в ценовом отношении. Одним из таких препаратов является Тербизил (активное вещество – тербинафин). Тербизил произведен по оригинальной методике компании Гедеон Рихтер, а активное вещество полностью биоэквивалентно оригинальной молекуле. Тербизил обладает фунгицидной активностью в отношении широкого спектра патогенных грибов, назначается 1 раз в день, не оказывает эмбриотоксического, тератогенного и мутагенного эффекта, не влияет на эндокринную систему, в том числе при длительном применении (до 7 лет).

Проведен анализ больных подросткового и молодежного возраста, наблюдаемых в микологическом центре Иркутского Областного кожно-венерологического диспансера за 2004 год. За указанный период было проконсультировано 2167 человек, из них микозы выявлены у 563 человек (26,0%).

Среди больных с микозами 89 человек были в возрасте от 14 до 22 лет (15,8%). При этом в возрасте 14-16 лет – 16 человек (18,0%), 17-18 лет – 33 человека (37,1%), 19-22 – 40 человек (44,9%). Большая часть больных микозами была в возрасте 19 – 22 лет. Соотношение мужчин и женщин (соответственно: 46 (51,7%) и 43 (48,3%)) во всех возрастных группах было практически одинаково.

Анализ структуры социального положения больных микозами в возрасте 14 – 22 лет, показал, что большинство наблюдаемых были студенты – 36 человек (40,4%), на втором месте учащиеся – 23 человека (25,8%), на третьем неработающие – 17 человек (19,1%). На долю работающих пришлось 13 человек (14%).

Среди нозологических форм преобладали онихомикозы стоп и/или кистей (62 больных – 69,7%). Микроспория наблюдалась у 8 больных (9,0%), микозы гладкой кожи у 7 больных (7,9%), паховая эпидермофития у 7 больных (7,9%), отрубевидный лишай у 4 больных (4,5%) и трихофития гладкой кожи у 1 больной (1,1%).

Анализируя проводимое лечение (общее и местное), установлено, что при системном лечении значительно чаще использовались препараты из группы тербинафинов (Тербизил – у 8 больных и Экзифин – у 9 больных) и флуконазолов (Микосист – 8 больных); при местном лечении крем “Тербизил” – 14 больных и крем “Клотримазол” – 12 больных.

Таким образом, в результате проведённого исследования установлено, что наиболее часто микотическая инфекция среди молодёжи встречалась в возрасте 19 – 22 лет, при этом практически одинаково часто как у лиц мужского пола, так и женского. В клинической картине преобладали онихомикозы стоп и/или кистей. В лечении применялись преимущественно препараты группы тербинафинов, которые показали высокую эффективность. Учитывая, что многие подростки и молодежь являются весьма активными в посещении мест (спортивные залы, бассейны и др.) способствующих передаче грибковой инфекции окружающим, то своевременная диагностика и адекватная санация с использованием современных лекарственных препаратов будет препятствовать дальнейшему распространению микозов.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗОМ МЕТОДОМ ЛАМИЗИЛ-МАГНИТОФЕРЕЗА В СОЧЕТАНИИ С СИСТЕМНЫМ АНТИМИКОТИКОМ

*Оркин В.Ф., Грашкина И.Г., Грашкин В.А., Мясникова Т.Д.,
Горчаков Д.А., Павленко Л.Б., Подгорная Р.В., Моисеева Ю.М.*

*Государственный медицинский университет
Областной кожно-венерологический диспансер
Саратов*

Грибковые заболевания кожи являются распространённой патологией, составляя от 37 до 42% от всех заболеваний кожи и не менее 50% поражения ногтей пластин.

Тенденция к снижению заболеваемости не отмечается. Учитывая значительный рост грибковых инфекций, эпидемиологическую и социальную значимость проблемы онихомикозов, не всегда адекватную терапию, без учета особенностей поражения ногтевых пластин и сопутствующих фоновых заболеваний, осложняющих течение грибковой инфекции, способствующих хронизации процесса, необходим рациональный подбор и назначения новых антимикотиков в комплексе с локальными физическими методами воздействия.

В течение 5 лет (с 1996 по 2001 г.) нами проведено лечение 120 больных онихомикозами (мужчин – 79, женщин – 41), в возрасте от 25 до 65 лет. Длительность грибкового поражения ногтевых пластин колебалась и составляла до одного года – у 36, до 5 лет – у 42, до 10 и более лет – у 42. Среди фоновой патологии у наших больных преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта (у 29), сахарный диабет (у 18), очаги хронической инфекции (у 17), снижение тонуса сосудов нижних конечностей (у 14), аллергические заболевания (у 24). Выявленная сопутствующая патология способствовала снижению иммунореактивности и инфекционной защиты организма.

Во всех случаях причиной онихомикоза были дерматофиты. Дистально-латеральная подногтевая форма выявлена у 80, проксимальная подногтевая у 12, тотальная дистрофическая у 28. Диагноз грибковой инфекции у всех пациентов был подтвержден микроскопическим и культуральным исследованием.

Учитывая что антимикотик системного действия Ламизил очень медленно проникает в ногтевые пластины, особенно имеющие значительную толщину, незначительное содержание в ногтях липидов, с целью его поступления через сосуды ногтевого ложа в матрицу нами был разработан способ лечения онихомикозов, рационально сочетающий назначение системного антимикотика Ламизила с локальным физиотерапевтическим воздействием. Больные основной группы (60 человек) получали Ламизил по 250 мг/сутки ежедневно 12 недель и Ламизил-магнитофорез на зону матрикса измененных ногтей в первые 3 недели лечения. Больным группы сравнения (60 человек) проводилась монотерапия Ламизилом по аналогичной схеме, очаги на коже смазывали 2 раза в день 1% кремом Ламизил.

Сравнительный анализ полученных результатов через 12 – 16 недель после окончания курса лечения Ламизилом показал наибольшее (92% и 98%) число случаев клинического выздоровления у больных, получавших лечение предложенным способом. В группе сравнения показатели клинического выздоровления были ниже, соответственно составляя (87% и 88%). Им дополнительно назначался Ламизил-магнитофорез в течение 3 – 4 недель. Контрольные микологические исследования через 20 – 24 недели после завершения лечения Ламизилом подтвердили отсутствие гриба.

Клинический осмотр и исследования на патогенные грибы в первый год наблюдения проводили ежеквартально, до полного отрастания здоровых ногтевых пластин. В последующем контроль проводили один раз в полгода. Рецидивы не отмечены.

Анализ результатов 5 летнего наблюдения за 120 больными онихомикозом, получавшими комбинированный способ лечения системным антимикотиком Ламизилом в сочетании с Ламизил-магнитофорезом на зону матрикса измененных ногтей свидетельствует о неоспоримых преимуществах предложенного метода, способствующего улучшению обменных процессов, трофики, устранению воспалительной реакции и микогенной сенсibilизации, повышая эффективность терапевтического воздействия.

Предложенный метод лечения онихомикозов позволяет создать высокую терапевтическую концентрацию Ламизила в ногтевой пластине, которая стабильно сохраняется в течение длительного времени и после отмены препарата, что предупреждает возникновение рецидивов заболевания.

СПОРОБАКТЕРИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МИКРОСПОРИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

*Оркин В.Ф., Моррисон А.В., Завьялов А.И., Курьшова И.В.
Саратовский государственный медицинский университет
Саратов*

С целью активации воздействия на различные популяции грибов (в том числе резистентные к антимикотикам) и грибково-микробные ассоциации нами впервые использован лекарственный препарат “Споробактерин” на основе природного штамма сенной палочки *Bacillus subtilis* 534 (изготовитель ООО “Бакорен”, Россия).

Пробиотик “Споробактерин” обладает антибактериальной и антимикотической активностью, иммуномодулирующими и ферментативными свойствами.

Под наблюдением находилось 16 детей в возрасте от 2 до 12 лет с микроспорией волосистой части головы. “Споробактерин” назначали по 1,0 мл (дозу разводили в 1- – 15 раз кипяченой водой) 2 раза в день за 30 – 40 мин до еды в течение 10 дней. Параллельно больные принимали внутрь системный антимикотик гризеофульвин по стандартной схеме, очаги поражения обрабатывались 5% гризеофульвиновой мазью. Для контроля лечения, начиная с 7-го дня, проводилось микроскопическое исследование на грибы 1 раз в три дня.

У всех пациентов наступило клинико-микологическое выздоровление. При этом отмечено сокращение сроков лечения на 3 – 5 дней в

сравнении с группой больных, получавших монотерапию гризеофульвином. Элиминация грибов в очагах поражения произошла соответственно на 10 – 12-й и 15 – 18-й день лечения.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ КАНДИДОЗНЫМ БАЛАНИТОМ И БАЛАНОПОСТИТОМ

*Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б., Соловьёв А.М.
Московский Медико-стоматологический Университет*

В последние годы количество больных кандидозным баланитом и баланопоститом возросло, что объясняется увеличением кандиданосительства и кандидоза мочеполовой системы у женщин, распространением микст-инфекций уrogenитального тракта, широким использованием антибактериальных и гормональных препаратов, наличием у больных в разной степени состояний иммунодефицита в связи с хроническими интоксикациями и персистирующими инфекционными заболеваниями.

До исходящего времени не разработаны вопросы организации системы рационального лечения больных кандидозным баланитом и баланопоститом. В связи с этим, актуальным является разработка новых методов комплексной терапии, основанных на применении эффективных противокандидозных препаратов, и вспомогательных иммуннокорректирующих средств направленных на стимуляцию факторов специфической и неспецифической защиты организма.

Известно, что тербинафин (ламизил) представляет собой алиламин с широким спектром противогрибкового действия. В низких концентрациях Тербинафин обладает фунгицидным действием против дерматофитов. Действие на дрожжи может быть фунгицидным или фунгистатическим, в зависимости от вида. Однако, в ряде работ, указывается низкая противокандидозная активность тербинафина.

Под наблюдением находилось 25 больных кандидозным баланитом и баланопоститом. У 15 больных наблюдался острый воспалительный процесс кожи головки полового члена и крайней плоти у 10 мужчин хронически-рецидивирующая форма заболевания (более 2-х месяцев). Диагноз был подтверждён лабораторно.

Первой группе больных (15 человек) был назначен ламизил – дермгель местно на область кожи головки полового члена и крайней плоти 2 раза в день в течение двух недель два раза в день. Во второй группе больных (10 человек) с хронически-рецидивной формой кандидозного баланита и баланопостита использовался ламизил – дермгель, по вышеуказанной методике и иммуннотропный препарат иммуномакс: 6

инъекций на курс, 1 раз в три дня. Одновременно проводилась терапия половых партнёров.

В результате проведённого лечения у всех больных, клиническая симптоматика баланита и баланопостита разрешалась в течение 3-5 дней, лабораторно псевдомицелий гриба рода *Candida* в конце лечения был обнаружен только у двух больных.

Таким образом, в результате проведённого лечения доказана эффективность ламизил – дермгеля в качестве монотерапии у больных с острыми формами и в комплексе с иммуномаксом при хронически-рецидивном кандидозном баланите и баланопостите.

ТЕРБИЗИЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ

Разнатовский К.И., Ляшко А.К.

*Кафедра дерматовенерологии СПб Медицинской Академии
последипломного образования
Санкт-Петербург*

Недостаточная эффективность лечебных воздействий при онихомикозах (ОМ) обусловлена тем, что ногтевые пластики, как известно, локализируются в самых отдаленных, дистальных участках кистей и стоп. Это обстоятельство характеризует особое упорство и длительность течения ОМ, частые рецидивы после неправильно выбранного лечения. Наши исследования за последние 10 лет (254 больных) показали, что в патогенезе ОМ, наряду с фактом заражения грибом, существенное значение имеют нарушения вегетативной нервной системы, сосудистого тонуса, гормональной и иммунной систем. Все выше перечисленные нарушения приводят к ухудшению питания биологически активными веществами периферических отделов конечностей (в данном случае – ногтевых пластинок кистей и стоп), снижению поступления кислорода за счет плохого кровотока и способности уничтожать чужеродные грибы.

Существуют множество кожных и терапевтических заболеваний, сопровождающихся поражением ногтевых пластинок, о которых должен знать каждый дерматолог. Во-первых – это многочисленные варианты ониходистрофий при таких терапевтических заболеваниях как вегетососудистая дистония, остеохондроз шейного и пояснично-крестцового отдела позвоночника, сахарный диабет и различные другие эндокринные заболевания, во-вторых – ряд кожных заболеваний – экзема кистей и стоп, атопический дерматит, красный плоский лишай, вульгарный псориаз, пустулезный псориаз *Garber'a*, псориазический артрит, субкорнеальный пустулез *Hallopeau* и многие другие.

Патологический материал из пораженных ногтевых пластинок должен быть исследован микроскопически и культурально. Зачастую в лабораториях высеивают обилие дрожжевой и плесневой флоры и расценивают такие случаи как поражение ногтевой пластики именно этими возбудителями. Реально же мы имеем дело с ониходистрофиями, при которых манифестирует сапрофитная флора, а не истинным ОМ, обусловленным красным трихофитомом и назначение сильнодействующих противодрожжевых или противоплесневых средств не оправдано. По данным наших исследований у этой категории больных имеется достоверное снижение показателей клеточного иммунитета и применение мощной химиотерапии оказывает сильное иммунодепрессивное действие, осложняющее течение патологического процесса.

Лечение должно быть обязательно комплексным, безопасным, непрерывным и достаточно длительным в сочетании с антистрессовой, сосудорегулирующей, гормоностабилизирующей и иммуностимулирующей терапией, а также, учитывая патогенетические механизмы ОМ, необходимо обязательно проводить местную терапию. По нашему мнению, препаратом выбора и золотым стандартом лечения рубромикоза гладкой кожи и онихомикоза кистей и стоп в настоящее время является тербинафин (тербинафин). Эффективность препарата обусловлена его фунгицидным действием. Это единственный на сегодняшний день препарат, обладающий фунгицидным действием в терапевтических концентрациях и что очень важно – фунгицидные концентрации препарата сохраняются в ногтевых пластинках в течении 30-36 недель после окончания лечения. Все остальные препараты обладают фунгицидной активностью только в максимально допустимых концентрациях, т.е. в экспериментах на животных и не используются для лечения больных. Кроме этого, этот препарат имеет такие достоинства как высокие показатели клинической и микологической излеченности, низкое число рецидивов, безопасность и отсутствие неблагоприятных взаимодействий с другими лекарственными препаратами.

Впервые нами разработан и апробирован новый эффективный комплексный способ лечения ОМ, сущность которого заключается в следующем: на фоне применения внутрь тербинафина производилась первичная обработка (подчистка) или сегментарное удаление ногтевой пластики “скаллером” с алмазными фрезами. В последующем в течении 5 месяцев на частично удаленную ногтевую пластинку ежедневно наносился специальный пенетрирующий раствор с тербинафином. Один раз в месяц производилась профилактическая подчистка вновь отрастающей ногтевой пластики.

После проведенного комплексного лечения 113 больных ОМ отмечено клиническое и микологическое излечение в 99,3. случаев.

ПРИМЕНЕНИЕ 8% РАСТВОРА ЦИКЛОПИРОКСА У БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ

*Рахматов А.Б., Убайдуллаев З.Х., Рахматов Т.П.
НИИ дерматологии и венерологии МЗ Республики Узбекистан
Ташкент, Узбекистан*

Наряду с системными антимикотическими средствами, которые применяются при лечении больных с онихомикозами при значениях индекса КИОТОС свыше 6 баллов, широко используются разнообразные местные антимикотики (лаки, растворы, аэрозоли, гели и т.д.).

Наш выбор остановился на противогрибковом средстве – 8% спиртовом растворе циклопирокса – во флаконах по 3,3 мл. производства компании «Aventis» (Германия).

Изучена клиническая эффективность циклопирокса при лечении 27 больных онихомикоза, причём у 13 отмечалась дистальная (индекс КИОТОС равнялся $8,21 \pm 0,35$ баллов) и у 14 больных – поверхностная (1 балл) формы заболевания. У больных диагноз был подтверждён микроскопическими (100%) и культуральными (44,4%) исследованиями.

Монотерапию 8% раствором циклопирокса проводили 2 раза в сутки (утро, вечер). Пациенты наносили раствор на ногтевые пластинки в течение 3-4 месяцев. В исследовании не зарегистрировано ни одного случая, как индивидуальной непереносимости, так и аллергических реакций на препарат.

Микологическое выздоровление отмечалось у больных с поверхностной формой онихомикоза через 2,5-3 месяца, с дистальной – через 4 месяца после лечения циклопироксом, наряду с исчезновением клинических признаков грибкового заболевания.

Таким образом, 8% раствор циклопирокса эффективен при лечении больных с онихомикозами, индекс КИОТОС которых не превышает 6-9 баллов, так как обладает высокой проникающей способностью в ложе ногтя, удобен для применения, ввиду образования плёнки и оказывает терапевтический эффект при монотерапии у 22 из 27 больных (81,5%) с различными формами онихомикоза.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОНИХОМИКОЗОВ

*Рахматов А.Б., Рахматов Т.П., Убайдуллаев З.Х.
НИИ дерматологии и венерологии МЗ Республики Узбекистан
Ташкент, Узбекистан*

В настоящее время при лечении больных онихомикозами применяются многочисленные противогрибковые препараты, которые в

большей или меньшей степени оказывают терапевтические эффект и в зависимости от этиологического фактора возможны рецидивы заболевания. Широкое внедрение индекса КИОТОС позволило улучшить оценку клинических проявлений и оптимизировать лечение больных онихомикозами. Согласно проводимым в Узбекистане исследованиям «Ахиллес – проект» по проблемам грибковых заболеваний, установлено ежегодное увеличение больных с указанной патологией, причём популяционная частота онихомикозов составляет около 12%.

Проводимые микологические исследования позволяют выделить этиологические факторы онихомикоза, причём возрастает роль плесневых и особенно дрожжевых грибов рода Кандида, которые уже выделяются у 20 – 25% больных. Изменения соотношения различных грибов у больных онихомикозами требуют назначения антимикотических средств полиэтиологической направленности, так как в противном случае повышается доля неэффективного лечения.

Под наблюдением находилось 220 больных (мужчин – 156, женщин – 64) в возрасте от 40 до 69 лет и давностью заболевания от 6 месяцев до 20 лет. У 179 больных (81,4%) была диагностирована дистальная форма онихомикоза, у 41 (18,6%) – проксимальная. Индекс КИОТОС составлял $17,5 \pm 2,3$ баллов, ввиду чего требовалась системная терапия противогрибковыми, причём у 33 больных (15%) клиническая картина заболевания требовала комбинированной терапии, когда назначались наружные средства в виде лака «Penlac» (8% ciclopirox), а 12 пациентам (5,5%) проводилось хирургическое удаление ногтевых пластинок 1 пальцев стоп до начала лечения системными антимикотическими средствами.

Для лечения больных онихомикоза был выбран наиболее эффективный и удобный метод – пульс – терапии орунгалом, способного воздействовать на дерматофитные, плесневые и дрожжевые грибы.

Показана клиническая (85,7%) и микологическая (81,3%) эффективность данного метода у больных онихомикозами, причём в большинстве случаев проводилось III курса лечения орунгалом.

Таким образом, пульс – терапия орунгалом позволяет с высокой эффективностью лечить больных онихомикозами любой этиологии, хотя необходим индивидуальный подход к лечению каждого пациента, в интересах которого возможна комбинация с местными средствами (лаки, растворы и т.д.).

ВЛИЯНИЕ ПОЛИОКСИДОНИЯ НА ЧАСТОТУ МИКОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ

Решетникова Т.Б.

*Кафедра дерматовенерологии лечебного факультета Новосибирской
государственной медицинской академии
Новосибирск*

Истинная акантолитическая пузырчатка (ИАП) представляет собой редкий, но в то же время один из наиболее тяжелых дерматозов. Летальность при ИАП до внедрения в терапевтическую практику глюкокортикостероидов составляла 100%, причем большинство пациентов умирали в течение двух-трех лет от начала заболевания, в результате дегидратации или вторичных системных инфекций. Применение кортикостероидов позволило снизить смертность до 10-20%; при этом основными причинами летальных исходов на современном этапе являются побочные эффекты гормональной терапии.

Многие исследователи считают, что развитие ИАП происходит на фоне первичного или вторичного иммунодефицита, и, прежде всего, преимущественно клеточного. В то же время, гормональная и цитостатическая терапия ИАП усугубляют иммунодефицитное состояние, что может привести к присоединению к основному заболеванию различных осложнений и, прежде всего, инфекционных. Поэтому представляется целесообразным при лечении аутоиммунного процесса иммунодепрессивными препаратами, назначение иммуномодуляторов с целью восстановления иммунитета и снижения риска развития осложнений, связанных с присоединением пиококковой или микотической инфекции.

В настоящее время существует большой перечень лекарственных средств, обладающих иммуностропной активностью, среди них такой отечественный препарат как Полиоксидоний. Он стимулирует функциональную активность фагоцитов, а также повышает функциональную активность Т- и В-лимфоцитов, усиливая кооперативное взаимодействие между этими двумя важнейшими клеточными популяциями, а кроме того обладает детоксицирующими, антиоксидантными и мембранопротекторными свойствами.

Под нашим наблюдением находилось 76 больных истинной акантолитической пузырчаткой, которые проходили лечение в дерматологическом отделении МКВД № 1 г. Новосибирска с 1991 по 2004 г.

В зависимости от проводимого лечения больные были рандомизированы на две группы, сопоставимые по возрасту, полу, длительности течения заболевания и тяжести состояния.

Больные первой группы — 40 человек получали терапию глюкокортикостероидными гормонами в общепринятых дозировках.

Больные второй группы дополнительно к гормонам получали полиоксидоний, который использовали у 36 пациентов. Препарат применяли подкожно по 6 мг дважды в неделю, на курс 5 инъекций, суммарная доза составила 30мг.

В группе пациентов, получавших традиционную терапию кортикостероидными гормонами, количество осложнений в момент выписки из стационара было достаточно высокимени Кандидозные поражения, преимущественно в полости рта, отмечались в 21 случае, у 3 пациентов развился микоз стоп и онихомикоз, а у 2 – рубромикоз гладкой кожи.

В группе пациентов, которые наряду с кортикостероидами получали полиоксидоний, осложнения встречались реже и были менее выражены (легко поддавались коррекции). Кандидозное поражение слизистой полости рта в этой группе встречалось в 5 раз реже, т.е. у 4 пациентов и лишь у одного развился микоз стоп.

Через 6 месяцев общее количество осложнений в обеих группах уменьшилось, однако более значимое снижение наблюдалось у пациентов, получавших на фоне поддерживающей дозы кортикостероидных гормонов полиоксидоний. Кандидозные поражения слизистых и кожи были обнаружены в 10 случаях в группе, получавших поддерживающую терапию кортикостероидами и лишь у одного пациента, при дополнительном применении иммуномодулятора.

Таким образом, использование в комплексной терапии истинной акантолитической пузырчатки полиоксидония в значительной мере уменьшает количество осложнений, связанных с развитием вторичного иммунодефицита, в частности кандидомикотических, а также способствует коррекции различных звеньев иммунной системы.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОНИХОМИКОЗОВ

Руденко А.В., Коваль Э.З., Волощук Е.М.

Институт урологии АМН Украины

Лаборатория микробиологии, вирусологии и микологии

Киев, Украина

Установившиеся в конце прошлого столетия стандарты лечения онихомикозов в настоящее время не всегда обеспечивают ожидаемый эффект даже при использовании новейших препаратов.

Однозначно объяснить этот феномен достаточно сложно, и прежде всего в силу отсутствия единого мнения как об этиологических факторах, так и о возможной роли иммунных реакций в патогенезе данного заболевания.

Вместе с тем анализ научной информации по данной проблеме позволяет заключить, что онихомикоз является полиэтиологическим заболеванием, обусловленным прежде всего грибами различного таксономического положения и некоторыми видами бактерий и является индикатором нарушения функций иммунной и эндокринной систем организма и функции печени. При длительно протекающем заболевании, рецидивирующем после казалось бы эффективной терапии самыми современными антимикотиками, без углубленного комплексного обследования таких больных с уточнением диагноза и назначения общего и местного лечения надеяться на положительный эффект не приходится. Сложность формирования такого подхода клиницистами обусловлена инерцией восприятия новых принципов и критериев диагностики, которые еще не нашли широкого применения в лечебной практике. Между тем угрожающе прогрессирующие изменения экологии внешней среды влияют на человеческий организм и приводят к отрицательным последствиям нарушения нормального метаболизма, способствующим появлению болезненных состояний. Трудность диагностирования таких заболеваний заключается в их индивидуальном проявлении, что и осложняет лабораторную диагностику в плане обнаружения истинного патогена, таксономический состав которых постоянно пополняется новыми видами, ранее относимыми к категории сапротрофов или условно патогенных, проявляющих свои агрессивные свойства только в иммуноскомпроментированном организме. Относительно роли микромицетов в патологии человека, в том числе и в патологии онихомикозов следует признать их способность выполнять новые функции в условиях динамично изменяющейся внешней среды, а многообразие морфологии и физиолого-биохимических свойств микромицетов являются основой процесса преадаптации и приспособления к функционированию в качестве патогенов. В некоторых случаях, на начальных стадиях адаптации к человеческому организму они становятся компонентами микст-инфекции и постепенно вытесняют и замещают конкурентов. Об этом свидетельствует возникшая проблема оппортунистических микозов. У пациентов с пониженным иммунитетом чаще обнаруживаются микромицеты, характеризующиеся высокой скоростью репродукции и активно колонизирующие соответствующие органы или системы человека, но не выдерживающие конкуренцию видов, обладающих более мощными адаптивными свойствами. К этой группе микромицетов относятся представители мукоральных грибов, – виды *Absidia*, *Mucor*, *Rhizomucor*, *Mortierella* и др. Микозы, вызываемые ими, протекают с разной интенсивностью, но в конечном счете приводят к полному разрушению колонизированного органа. Другая группа включает виды микромицетов, способных продуцировать различные биологически активные вещества, в том числе и токсические метаболиты, которые являются главным фактором патогенности. К этой группе микромицетов относят большинство видов, способных у

ослабленных пациентов вызывать не только онихомикозы, но и хронические микозы любой локализации, нередко оканчивающиеся летальным исходом. Таксономически они входят в класс *Deuteromycetes* и являются представителями родов наиболее распространенных во всех регионах мира, — *Aspergillus*, *Alternaria*, *Cephalosporium*, *Cladospirium*, *Fusarium*, *Paecilomyces*, *Penicillium*, *Scopulariopsis* и др. Ряд видов этих родов проявляют специфичность и приуроченность к поражению отдельных органов, тканей, кровеносной системы. В настоящее время установлена роль микромицетов в течении заболеваний верхних дыхательных путей, носоглотки, глаз, сердца, почек, суставов, а также лейкемии, новообразований и др. Особенно заметна и ощутима их роль в послеоперационном периоде при трансплантации различных органов. Заболевания, вызываемые микромицетами, принято обозначать терминами, отражающими таксономическую принадлежность возбудителя, — зигомикозы, гифомикозы, феогифомикозы, аспергиллезы и т.д., что стало уже нормой при составлении диагноза. У больных с клиническим диагнозом «онихомикоз» все чаще описывается наличие микромицетов, проявляющих ферментативную активность в отношении ногтевых пластинок. Однако, используемые в диагностике рутинные методики не позволяют оценить и прогнозировать участие выделяемых патогенов в дальнейшем развитии процесса. Не исключено, что пораженные придатки кожи и сама кожа могут быть исходным резервуаром инфекции, распространяемой по всему организму и приводить к общему микозу. Но нельзя исключать и вариант вторичного поражения ногтей у больных с уже имеющимся системным микозом. Не менее сложно установление начальных стадий инфицирования больного грибами. Установление достоверного диагноза сопряжено с рядом трудностей по выделению патогена, определением его таксономического положения, а главное — оценкой патогенности в конкретных условиях организма пациента, хотя общая оценка патогенных свойств более 100 видов грибов — клинических изолятов уже введена в соответствующие стандарты.

Учитывая возможность полиэтиологического инфицирования больных как грибами, так и бактериями, и многовариантность проявления инфекционно-воспалительного процессов, следует использовать новую методологию в выборе методов и препаратов лечения. Это возможно только при создании новых стандартов лабораторной диагностики с включением культуральных, иммунофлюоресцентных, иммунологических методов исследования, позволяющих не только выделить возбудителя, но и определить его непосредственно в патологическом материале, оценить вирулентность, чувствительность к препаратам и патоморфоз заболевания, в частности онихомикоза. Исходя из результатов анализов, только индивидуальное назначение патогенетической, этиотропной общей и местной терапии позволит улучшить качество лечения больных, страдающих заболеваниями кожи и ее придатков инфекционной этиологии.

ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ ГЕНЕРИКИ ЛАМИЗИЛА В МИКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Рукавишникова В.М.
ГУ ЦНИКВИ МЗ РФ
Москва*

Наружные антимикотики важный компонент лечения больных различными микозами. Их назначение повышает результативность терапии системными антимикотиками, позволяя ускорить процесс выздоровления, уменьшить дозу, снизить побочные реакции и осложнения. В ряде случаев можно излечить микозы кожи одними наружными антимикотиками. Не случайно они составляют 60% всех лекарственных препаратов, приобретаемых населением, находятся на 2-м месте после медикаментов для лечения заболеваний ЖКТ (Сергеев Ю.В. и др., 2003).

Список наиболее активных антимикотиков возглавляет ламизил и его генерики, действующим началом которых является тербинафин. Чем активнее и действеннее основной препарат и чем он безопаснее, тем больше у него генериков. У ламизила их не менее 15. Это вполне объяснимо, т.к. ламизил – эффективный, безопасный, щадящий препарат с тройным действием.

Прежде всего, ламизил обладает выраженной, преимущественно фунгицидной противогрибковой активностью, не только против дерматофитов, но также дрожжеподобных и плесневых грибов. Далее, его антибактериальное действие сравнимо с активностью антибиотика гентамицина сульфата. Поэтому ламизил эффективен при участившихся в настоящее время смешанных грибковых и грибково-бактериальных дерматозах, в том числе наиболее тяжелых из них – инфильтративно-нагноительных. Наконец, противовоспалительный эффект ламизила позволяет купировать выраженные воспалительные явления в очагах микоза, не прибегая к комбинации препарата с кортикостероидными средствами.

Мы применяли наружные лекарственные формы ламизила с 1998 года, дифференцированно, используя три его лекарственных формы – 1% крем,

спрей и дермгель. Назначая при островоспалительных проявлениях микозов кожи, особенно у детей, ламизил-спрей или дермгель, мы в течение 5 – 7 дней купировали островоспалительные явления. При применении наружных препаратов ламизила от 1 до 2-4 недель у 79- 94% больных разрешались очаги разноцветного лишая, кандидоза, дерматозитов, в том числе инфильтративно-нагноительных. Все наружные формы ламизила отличались хорошей переносимостью и лишь у единичных больных вызывали скоропреходящее усиление гиперемии, небольшое жжение и сухость.

Положительный эффект ламизил-спрея прослежен нами и при ониходистрофиях — негрибковых изменениях различных параметров ногтей и околоногтевых валиков. Обычной тактикой их лечения является длительное втирание в ноготь и околоногтевые валики различных кортикостероидных средств. Однако они могут спровоцировать атрофические изменения кожи, активизируют бактериальную и грибковую флору, в какой то мере нарушают функцию концевых фаланг. У всех 11 больных экзематозными и псориатическими ониходистрофиями спустя 7-10 дней применения ламизил-спрея уменьшались отечность, гиперемия и экзематизация околоногтевых валиков, исчезала болезненность при надавливании на ноготь и околоногтевой валик и щель между ногтем и эпонихием за счет более плотного его прилегания к ногтю и восстановления целостности, начиналось отрастание здорового ногтя (Рукавишников В.М.,1999, 2003).

В 2004 году нам представилась возможность проверить терапевтическую эффективность отечественных генериков ламизила.

На фоне засилия фармацевтического рынка России, хотя и эффективными, но дорогостоящими зарубежными антимикотиками, отрадно появление отечественных качественных и доступных по цене генериков ламизила — «термикон-спрея» и комбинированного препарата «фунготербина». По существу с их помощью можно решить наиболее трудные проблемы лечения микозов: 1). справиться с островоспалительными явлениями в очагах поражения и 2). решить проблемы со сквамозно-кератотическими и гиперкератотическими их проявлениями.

Термикон-спрей (ICN Pharmaceuticals) Россия/ США мы применили у 7 больных: 4 — микроспорией, 2- гипсовидной, 1-антропонозной трихофитией с островоспалительными явлениями в очагах микоза на коже лица, туловища и конечностей в виде ярко выраженной гиперемии, отека, везикуло-пустулезных элементов, приуроченных, главным образом, к периферическому валику. Аэрозолем орошали очаги микоза 2 раза в день. В ближайшие 3-4 дня исчезли зуд и жжение, очаги бледнели, уплощались, уменьшалась краснота, появлялись ливидные оттенки увядания, начиналось обильное шелушение. К 10 —20 дню лечения очаги поражения разрешались, что совпадало с негативацией микроскопических исследований на грибы. Ни у одного не отмечено каких либо побочных реакций и осложнений. Положительный эффект «термикон-спрея» отмечен также у 18-летней больной со стремительно развившемся после стрессовой ситуации псориатическим онихолизисом 1,2,3 ногтей правой кисти. До этого страдала псориазом волосистой кожи головы. Термикон-спрей наносили на очищенное от отделившихся участков ногтей ногтевое ложе, покрытое «сочащимися» поверхностными эрозиями, после каждого мытья рук, 3-4 раза в день. По прошествии недели эрозии заэпителизировались, ногтевое ложе приобрело обычную окраску, прекратилась эксудация. Ноготь вблизи луночки стал плотно прилежать к ногтевому ложу, исчезла болезнен-

ность при надавливании на него. В дальнейшем началось отрастание здорового ногтя.

Крем «фунготербин» (Нижфарм, Россия), содержащий 1% тербинафина и 0,5% мочевины, мы использовали у 11 больных со сквамозно-кератотическими проявлениями руброфитии кожи стоп — у всех, и кожи ладоней — у 2 из них. Возраст больных колебался от 9 мес. до 65 лет, давность заболевания от 1 мес до 9-10 лет. Крем наносили на очаги поражения, слегка втирая, 2 раза в день, по вечерам после гигиенической ванны. Препарат хорошо впитывался, не пачкал белье. Ни у одного больного не отмечено раздражения кожи. Напротив, кожа в очагах поражения становилась эластичнее, мягче, прекращался зуд, уменьшалось шелушение, эпителизировались трещины. В зависимости от выраженности гиперкератоза очаги микоза разрешались в сроки от 10 дней до 3-4 недель.

Включение мочевины в крем усиливало гидратацию кожи, обуславливало проникновение тербинафина в глубже лежащие ткани, кератолитический и отшелушивающий эффект. Препарат позволял излечить такого рода больных без обычного в этих случаях назначения кератолитиков.

Наш опыт применения отечественных генериков ламизила — «термикон-спрея» и комбинированного антимикотика «фунготербина» свидетельствует о их высокой эффективности, безопасности, хорошей переносимости при доступности по цене.

ПРИМЕНЕНИЕ БЕТАДИНА В ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ МИКОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМОЙ

*Сайлауова К.С., Есенгареева З.Б.,
Лукина Н.М., Абдушкурова А.М.*

*Научно-исследовательский кожно-венерологический институт
Министерства Здравоохранения Республики Казахстан
Алматы, Казахстан*

Атопический дерматит является одним из наиболее часто встречающихся дерматозов, которым страдают от 5 до 20% населения, в том числе детского возраста — 12-18%. В общей структуре аллергических заболеваний он занимает одно из ведущих мест. Так, в Казахстане распространенность АД у детей составляет 27,2 — 33,4 на 1000 детского населения.

Атопический дерматит относится к болезням цивилизации и представляет значительную проблему в практической дерматологии. Веду-

щее место в патогенезе атопического дерматита имеет сенсibilизация к различным аллергенам: пищевым, бытовым, грибковым, бактериальным. В связи с изменениями защитно-приспособительных механизмов организма, участилась вторичная инфицированность при атопическом дерматите. Общеизвестно, что инфекция обусловлена преобладанием возбудителя в результате массивной инвазии над бактериостатическими возможностями организма, снижением врожденного или приобретенного иммунитета.

Сенсibilизация к грибам в настоящее время все чаще выражается в экзематизации, усугубляя и осложняя течение основного кожного процесса.

Целью исследования явилось изучение эффективности включения бетадина в комплексную терапию атопического дерматита осложненного микотической экземой у детей.

Под наблюдением находилось 60 больных детей атопическим дерматитом в возрасте от 3 до 14 лет, с тяжестью и площадью поражения согласно индексу SCORAD $38,2 \pm 1,4$. У всех больных отмечались выраженные островоспалительные явления в очагах поражения: яркая гиперемия, значительный отек кожи, пузырьковые и пустулезные высыпания с серозно-гнойными отделяемым, эрозивные мокнущие поверхности и серозно-гнойные корки.

В зависимости от методов лечения больные были распределены на сопоставимые по полу и возрасту, площади и тяжести поражения группы: испытываемая группа в составе комплексной терапии (тиосульфат натрия 30%, ломилан, кетотифен, аевит рег ос) в качестве местного лечения получала бетадин в виде раствора для примочек и мази. Бетадин (поли 1-винил 2-пирролидин йод) обладает широкой микробиологической активностью, бактерицидным, антитуберкулезным, фунгицидным, спороцидным, антивирусным и антипротозойным действием. Больные контрольной группы помимо аналогичного общего лечения получали местную традиционную терапию. В случаях с обильным мокнутием и выраженными островоспалительными явлениями использовался свежеприготовленный раствор Бетадина 1-2% в виде примочек по 10-15 минут или влажно-высыхающих повязок, сменяемых каждые 2-3 часа. У больных с явлениями подострого воспаления Бетадин использовался в виде 2-5% пасты (основа-цинковая паста). Изолированные очаги смазывались дважды в день открытым способом или наложением повязки с мазью Бетадин. Уже на вторые сутки отмечалось улучшение клинической картины: уменьшался отек, гиперемия. На 2-3 сутки отпадали корки, полное разрешение наступало в среднем на 5 сутки.

У 98% больных получен положительный клинический эффект. Больным проводились культуральные исследования с очагов поражения кожи до и после лечения. Результаты микологического исследования приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Динамика микробной обсеменности при атопическом дерматите (КОЕ/мл)

Название микро-организмов	До лечения КОЕ/мл (n=60)	На 5 сутки КОЕ/мл		На 16 сутки КОЕ/мл	
		Контроль-ная груп-па (n=30)	Испытуе-мая груп-па (n=30)	Контроль-ная группа (n=30)	Испытуе-мая группа (n=30)
<i>S. aureus</i>	$6,2 \times 10^2$	$5,6 \times 10^2$	$4,5 \times 10^{2*}$	$4,2 \times 10^{2**}$	$3,2 \times 10^{2***}$
<i>S. epidermidis</i>	$6,6 \times 10^2$	$6,7 \times 10^2$	$7,3 \times 10^2$	$6,9 \times 10^2$	$7,7 \times 10^2$
<i>S. pyogenes</i>	$4,6 \times 10^2$	$4,2 \times 10^2$	$3,5 \times 10^2$	$4,1 \times 10^2$	$3,2 \times 10^2$
<i>Candida albicans</i>	$6,1 \times 10^2$	$5,1 \times 10^2$	$5,3 \times 10^2$	$5,1 \times 10^2$	$5,0 \times 10^2$

Примечание: * – достоверность различий в динамике лечения (до и после лечения) в испытуемой и контрольной группах, $P < 0,05$; ** – достоверность различий в динамике лечения между 5 и 16 сутками в испытуемой группе, $P < 0,01$; *** – достоверность различий в динамике лечения в испытуемой и контрольной группе, $p < 0,001$.

Наблюдается динамика снижения микробной обсеменности в процессе лечения, в исследуемых группах – испытуемой (атопическим дерматитом) и контрольной – сравнивали КОЕ/мл до начала лечения, на 5 и 16 сутки в ходе комплексного лечения с применением в качестве местной терапии Бетадина (раствор, мазь) в испытуемых группах.

Всвязи с чем определена обоснованность применения препарата Бетадин в комплексной терапии атопического дерматита с сопутствующей микотической экземой.

Таким образом, Бетадин обладает противовоспалительным, подсушивающим действием, что подтверждается полученными результатами изучения его клинической эффективности; выраженным антимикробным и антимикотическим эффектом, показанным в приведенных результатах микологического исследования. Применение Бетадина расширяет арсенал препаратов местной терапии в комплексном лечении атопического дерматита с сопутствующей микотической экземой.

ОРУНГАЛ В ТЕРАПИИ МИКОТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Свечникова Н.Н., Девизорова О.В., Карпова А.В.
 ГУ НИИ клинической иммунологии СО РАМН
 Новосибирск

Опыт лечения микозов и онихомикозов у больных с сопутствующей патологией пищеварительного тракта орунгалом, хорошая его перено-

симость, широкий спектр действия препарата, низкая чувствительность некоторых возбудителей грибковой инфекции к другим препаратам, послужили основанием для лечения орунгалом микотической инфекции у детей, обусловленной разными возбудителями.

Наблюдали 26 детей в возрасте от 4 месяцев до 16 лет, из них 15 мальчиков и 11 девочек. У детей в возрасте от 4 месяцев до 1 года 6 месяцев (10 пациентов), страдающих детской экземой, из очагов поражения кожи выделены *Candida albicans*. Из них сочетание *Candida albicans* и *Candida pseudotropicalis* имели 4 ребенка. Одновременно с поражением кожи у этих детей выявляли дисбактериоз кишечника, в том числе кандидозное его поражение. Во всех случаях матери больных детей имели кандидозные вульвовагиниты. У детей с поражением гладкой кожи (2 пациента) возбудителем определен гриб *Trichophyton rubrum*, в том числе у ребенка в возрасте 1 года 5 месяцев. Поражение кожи стоп и ногтевых пластинок стоп имели 9 детей в возрасте от 4 лет до 15 лет.

Особый интерес представляют наблюдаемые в связи с упорным течением себорейного дерматита 5 детей в возрасте 14-15 лет, у которых в соскобах из очагов поражения выделены *Candida albicans*. В этих случаях дети получали монотерапию орунгалом в дозе 100 мг в 2 приема за сутки в течение 7 дней. После окончания лечения проявления себорейного дерматита регрессировали полностью.

Оценивали эффективность терапии спустя 7 дней от начала лечения и через 1 месяц. Среди наблюдаемых нами больных обострений себорейного дерматита в указанные сроки не наблюдали.

Лечение кандидозной инфекции детям в возрасте до 2 лет проводили орунгалом в суточной дозе 5 мг на 1 кг массы ребенка за два приема в сутки в течение 3 дней. Онихомикоз у детей в возрасте до 14 лет лечили непрерывным методом по 100 мг в два приема в сутки до полного отрастания ногтевых пластинок. Дети старше 14 лет получали лечение онихомикоза методом пульс-терапии в дозе 400 мг за 2 приема в сутки в течение 7 дней с перерывом в 3 недели. Всего проводили 2 курса пульс-терапии с последующим применением лака батрафен. Переносимость препарата была хорошей, побочных действий не наблюдали. Контрольное исследование проводили спустя 2 месяца после окончания лечения методом микроскопии. При исследовании ногтевой пудры и кожных чешуек мицелий патогенного гриба обнаружен не был. Рецидивов заболевания не наблюдали.

Полученные результаты нашего исследования позволяют сделать выводы о причастности грибов рода *Candida* к морфологическим изменениям кожи при себорейных дерматитах и безопасности применения орунгала в лечении микотической инфекции у детей раннего возраста.

МАЗЬ МИКОЗОРАЛ В ТЕРАПИИ МИКОЗОВ КОЖИ

*Сергеева И.Г., Креницына Ю.М., Котюков А.А.
Новосибирский Государственный Университет
Фонд социальной защищенности спортсменов «Алия»
Новосибирск*

Грибковые заболевания составляют 25-28% амбулаторного дерматологического приема. В условиях мегаполиса на первое место выходят грибковые инфекции кожи, распространению которых способствует урбанизация. Городское население чаще болеет микозами стоп, кандидозами, антропофильными формами трихофитии. Большое количество антимикотиков для наружного применения позволяет выбирать наиболее эффективные и безопасные лекарственные препараты с учетом широты спектра действия, кратности применения в течение суток и лекарственной формы. К препаратам, обладающим широким спектром действия и применяемым однократно в сутки относятся производные имидазола, являющиеся вторым поколением противогрибковых средств. В России из этого ряда препаратов химико-фармацевтический комбинат «Акрихин» выпускает мазь «Микозорал», содержащую 2% кетоконазол.

Было проведено исследование клинической эффективности и безопасности препарата Микозорал мазь у 152 пациентов в возрасте от 2 до 70 лет при кератомикозах (35 человек), кандидозах (29 пациентов) и дерматофитиях кожи (88 человек).

До начала лечения всем пациентам проводили микроскопическое исследование чешуек кожи из очага поражения. Затем микроскопию патологического материала проводили 1 раз в неделю до 3-х кратного отрицательного результата. После лабораторного подтверждения диагноза препарат наносили на предварительно очищенную кожу 1 раз в сутки, слегка втирая в область поражения и окружающие участки кожи.

У 35 пациентов с локализованной формой отрубевидного лишая до начала лечения наблюдали пятна светло-коричневого цвета и положительную пробу Бальзера, на 14 день лечения пятна визуализировались только при окраске йодом и на 21 день лечения не определялись.

При кандидозе кожи у пациентов отмечали увеличение интенсивности зуда на 5 – 7 день лечения, на 10 – 14 дни зуд прекращался и уменьшалась яркость высыпаний, на 21 – 28 дни лечения высыпания регрессировали, наступало полное клиническое и микологическое излечение.

При дерматофитии стоп применение мази Микозорал приводило к значительному клиническому улучшению на 14 день лечения, при этом у 33% человек через 2 нед лечения наступило микологическое

выздоровление, у 60% – через 4 нед лечения и у 7% пациентов через 6 нед лечения. Скорость микологического излечения коррелировала со степенью выраженности гиперкератоза подошвы.

У пациентов с паховой эпидермофитией уменьшение яркости эритемы и полный регресс зуда наступали на 5 – 7 дни лечения, полное микологическое излечение наблюдали на 7 – 10 день у всех пациентов.

У 19 человек с единичными очагами трихофитии при применении мази на 7 день лечения наблюдали регресс зуда, значительное уменьшение яркости очага и шелушения, у 10 человек на 7 день лечения наступило микологическое излечение, у 8 пациентов отрицательный микологический результат был получен на 14 день лечения и у 1 – на 21 день.

Все пациенты хорошо переносили лечение, побочные эффекты в виде зуда наблюдали у пациентов с кандидозом в первые дни лечения. Препарат обладает косметическими преимуществами (быстро впитывается в кожу, не имеет запаха и не окрашивает одежду), что было отмечено многими пациентами.

Таким образом, препарат Микозорал мазь (2% кетоконазол) является эффективным и безопасным средством для лечения широкого спектра грибковых заболеваний кожи. Высокая клиническая эффективность, однократное применение в течение суток и отсутствие возрастных ограничений позволяют рассматривать Микозорал как препарат выбора для лечения микотической инфекции кожи у различных групп населения.

РУМИКОЗ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ

Скрипкин Ю.К., Богуш П.Г., Матушевская Е.В.,

Лещенко В.М., Павлова Г.В., Лещенко Г.М., Туманян А.А.

*Кафедра кожных и венерических болезней ГОУ ВПО «Российский
государственный медицинский университет МЗ РФ»*

*Кожно-венерологический клинический диспансер № 1 Департамента
здравоохранения Москвы
Москва*

Проблема лечения дерматомикозов сохраняет свою актуальность до настоящего времени. Трудности лечения связаны с резким увеличением частоты и тяжести грибковых инфекций, многообразием локализации патологического процесса и особенностями современного течения дерматомикозов. Необычайно высокая заболеваемость распространенными грибковыми инфекциями и, прежде всего микозами ногтей обуславливает активное и повсеместное использование противогрибковых препаратов как наружного, так и системного действия.

Антимикотики системного действия являются сейчас важной составной частью терапии не только висцеральных, но и распространенных

(генерализованных) форм поверхностных микозов и онихомикозов. Учитывая, что в настоящее время возросла частота смешанной грибковой флоры, при онихомикозах предпочтительнее назначать антимикотики широкого спектра действия. Отмечается высокая активность итраконазола в отношении практически всех возбудителей дерматомикозов, а также дрожжевых и плесневых грибов.

На фармакологическом рынке в последнее время появляются генерики наиболее назначаемых и эффективных препаратов, в частности итраконазола. Так ОАО «Отечественные лекарства» в рамках программы импортзамещающих препаратов производит системный антимикотик Румикоз.

Для получения достоверного клинического опыта, соблюдая принципы доказательной медицины, в соответствии с GCP на базе КВКД № 1 и кафедры кожных и венерических болезней РГМУ проведено клиническое исследование IY фазы с одобрения Этического Комитета.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности, безопасности и переносимости препарата Румикоз® у больных с онихомикозом, вызванным дерматофитами и/или дрожжевыми и плесневыми грибами.

Дизайн исследования: прямое открытое не сравнительное постмаркетинговое наблюдательное исследование эффективности и безопасности препарата Румикоз

Общая продолжительность наблюдения пациента составляла 6 месяцев.

Схема лечения: /Пульс-терапия/. Ежедневный прием 200мг Румикоза (по 2 капсулы) 2 раза в день в течение одной недели. Для лечения грибковых поражений ногтевых пластинок стоп три курса (1-я, 5-я и 9-я недели). Для лечения грибковых поражений ногтевых пластин кистей два курса Румикоза (1-я и 5-я недели). Промежуток между курсами, в течение которого не нужно принимать препарат, составляет 3 недели.

В исследование были включены 30 пациентов с диагнозом онихомикоз, среди них: 21 мужчина и 9 женщин в возрасте от 16 до 60 лет (средний возраст от 20 до 45 лет), находящиеся на амбулаторном лечении в Московском городском микологическом центре КВКД № 1 ДЗ г. Москвы. Все пациенты соответствовали всем критериям включения и исключения из данного исследования. У всех больных диагноз был подтвержден микроскопически и культурально: у 25 пациентов отмечалась руброфития стоп, у 3 – руброфития стоп и кистей, у 2 больных отмечался кандидоз кистей. Качественный состав микобиоты микоза стоп и/или кистей подтверждался микроскопически. При необходимости уточнения видового состава для выращивания культуры гриба использовали классическую среду Сабуро-агар. От 30 больных с микозом стоп и/или кистей выделено 30 культур: 28 – *Trichophyton rubrum*, 2 – *Candida albicans*.

Проксимальное поражение ногтевых пластинок отмечено у 1 (3%) больного. Дистальное – у 6 (20%) больных, тотальное – у 23 (77%) пациентов. У 6 (20%) больных выявлено нормотрофическое поражение

ногтевых пластинок (гиперкератоз не более 1 мм). У остальных больных (24 человека) – гипертрофическая или смешанная форма поражения. У 78% больных были поражены от 4 до 11 ногтевых пластинок.

Биохимическое исследование крови (креатинин сыворотки крови, билирубин, мочевины, АЛАТ, АсАТ) определялось до лечения, через 1 и 3 месяца после начала приема препарата Румикоз. Через 3 месяца после начала лечения проводилось бактериоскопическое и бактериологическое исследование пораженных ногтевых пластин.

Переносимость Румикоза у 28 больных (93,4%) отличная, у 2 (6,6%) – хорошая. У 2-х больных возникли легкие побочные эффекты в виде легкой тошноты, желудочного дискомфорта, исчезнувшие через 1 – 2 дня, не требующие медицинского вмешательства и отмены препарата. Возможных серьезных побочных эффектов (тяжелые расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, индивидуальная непереносимость препарата, и др.) требующих отмены препарата, и исключения из исследования не зарегистрированы. Отклонения от нормы лабораторных показателей не отмечено. У всех 30 пациентов биохимические показатели оставались в пределах нормы. Оценка эффективности препарата проводилась регулярно на основании осмотра, полученных данных микроскопического и микробиологического исследований. Клинико-этиологическая эффективность проведенной пульс-терапии Румикозом больных онихомикозом стоп и кистей зависела от этиологии, степени и количества поражения ногтевой пластинки и возраста ногтей. Так у 93% больных было отмечено клиническое и микроскопическое излечение и 2 пациентам с онихомикозом 1 ногтевой пластинки стоп было назначено 4 курса пульс-терапии.

Высокая эффективность, отсутствие осложнений и побочных явлений, экономическая целесообразность позволяют рекомендовать Румикоз как препарат выбора при системной противогрибковой терапии больных онихомикозами.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИСЕПТИКА МИРАМИСТИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГРИБКОВО-БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ

*Смирнов С.В., Майоров Г.А., Логинов Л.П.,
Дементьева И.В., Шахламов М.В., Меньшикова Е.Д.
НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского
Москва*

Отечественный антисептик «Мирамистин» прочно вошел в практику лечения обожженных (используется в ожоговом центре института с 1993 года).

На большом клиническом материале нами показана высокая антимикробная активность препарата, которая позволяла предупреждать нагноение ожоговых ран в ранние сроки после травмы, эффективно бороться с местной раневой инфекцией в более поздние сроки и в процессе оперативного восстановления утраченного кожного покрова. Известно, что причиной гнойных инфекций у ожоговых больных чаще всего является ассоциация бактерий и грибов, устойчивых к современным лекарственным средствам. Так, грибы *C.albicans* выделяют из ран у обожженных больных в 5-10% случаев.

Целью настоящего исследования явился анализ результатов местного лечения мирамистином дыхательных путей при ингаляционной травме (ИТ) у обожженных.

Раствор мирамистина 0,01% для местного лечения дыхательных путей применили у 120 больных с ИТ II- III- IV степени. Контрольную группу составили 90 больных с ИТ II- III- IV степени, которым местное лечение дыхательных путей осуществлялось раствором хлоргексидина 1:1000.

У больных основной и контрольной групп растворы мирамистина и хлоргексидина применялись с первых суток после травмы во время фибробронхоскопии, которая выполнялась ежедневно. Количество санационных бронхоскопий на 1-го больного колебалось от 2-х до 12-ти в зависимости от тяжести поражения дыхательных путей.

Эффективность лечения в основной и контрольной группах оценивалась по частоте возникновения гнойного трахеобронхита и пневмонии, по длительности течения этих осложнений, по результатам микробиологических исследований.

Исследования показали, что гнойный бронхит выявлялся на 5-6 сут после получения ИТ у 80 больных основной группы и на 3-4 сутки у 60 больных контрольной группы. Течение гнойного бронхита у больных контрольной группы было на 4-5 дней длительнее, чем в основной группе.

ИТ осложнилась присоединением пневмонии у 40 больных (33,3%) основной группы и у 50 пострадавших (55,5%) контрольной группы.

Как в основной, так и в контрольной группе у подавляющего числа больных воспалительный процесс в легких (пневмония) был односторонним. Однако у 5 (10%) больных контрольной группы выявлено двухстороннее поражение легких, в то время как в основной группе подобных больных не было.

Микробиологические исследования бронхо-альвеолярных смывов (БАС) у больных основной и контрольной групп выявили: *Enterobacteriaceae sp.*, *Enterococclis spp.*, *Neisseriae spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp.*, *C. albicans*.

В процессе лечения синегнойная палочка у больных основной группы обнаруживалась в 7 раз реже, чем в контрольной, золотистый стафилококк в 3 раза реже, группа энтеробактерий – в 2 раза. Исследо-

вания БАС у больных основной группы нередко вообще не выявляли роста микробов.

Таким образом, результаты применения мирамистина в местном лечении ИТ показывают достаточно высокую его активность в отношении возбудителей грибково-бактериальных гнойных осложнений. Это, несомненно, сказалось на уменьшении числа воспалительных осложнений при ингаляционной травме, а при их возникновении более благоприятному течению.

ТЕРБИНАФИН В ТЕРАПИИ МИКРОСПОРИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ И ГЛАДКОЙ КОЖИ

Тихоновская И.В.¹, Адаскевич В.П.¹, Шафранская Т.В.²

¹ *Витебский государственный медицинский университет*

² *Витебский областной кожно-венерологический диспансер
Витебск, Беларусь*

Микроспория – заразное грибковое заболевание, характеризующееся поражением волос, гладкой кожи, иногда ногтей. Чаще всего возбудителем является *Microsporum canis*, открытый в 1902 году. Это самая распространенная грибковая инфекция среди детей различного возраста. Довольно часто заболевание встречается и у взрослых.

Препаратом выбора для лечения микроспории является гризеофульвин. Гризеофульвин обладает высокой эффективностью при лечении микроспории. Однако, на современном этапе развития фармацевтической промышленности перспективным представляется использование для лечения микроспории других противогрибковых препаратов, к которым *Microsporum canis* является чувствительным. Безусловно, эти препараты должны обладать высокой эффективностью и безопасностью.

Цель исследования – изучение эффективности противогрибкового препарата тербинафин (тербизил) для лечения детей, больных микроспорией волосистой части головы и/или гладкой кожи. Тербинафин – антимикотический препарат, обладающий широким спектром противогрибковой активности, липофильный, кератинотропный.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находилось 32 больных (13 девочек и 19 мальчиков) в возрасте от 4 до 15 лет. Клинический диагноз у всех больных подтвержден микроскопическим анализом, культуральным выделением *Microsporum canis* и люминесцентным исследованием в лучах лампы Вуда. Ежедневная дозировка препарата тербизил при микроспории гладкой кожи была следующей: вес тела до 20 кг – 62,5 мг тербизила; от 20 до 40 кг – 125 мг; свыше 40 кг – 250 мг препарата. При микроспории волосистой части головы доза была увеличена на 50%: вес тела до 20 кг – 94 мг тербизила; от 20 до

40 кг – 187 мг; свыше 40 кг – 250 мг препарата. Длительность лечения тербизилом составила от 4 до 13 недель.

Результаты: клинико-микологическое излечение наступило у всех детей. Средняя продолжительность лечения больных микроспорией при пяти отрицательных микологических результатов составила $6,36 \pm 1,5$ недель. У 2 больных микроспорией волосистой части головы клинико-микологическое излечение наступило через 12 – 13 недель после начала приема тербизила. Вероятно, это связано с сопутствующими простудными заболеваниями. Не отмечено побочных эффектов применения препарата.

Выводы: В открытом исследовании при лечении тербинафином (тербизилом) 32 детей, больных микроспорией, было получено клиническое и этиологическое выздоровление. Увеличение дозы препарат на 50% по сравнению с инструкцией фирмы – производителя позволяет получить клинико-микологическое излечение у всех больных микроспорией в среднем через 7 недель после начала лечения.

К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОЛОГИИ МИКОЗОВ СТОП

Умбетьярова Л.Б.

*Научно-исследовательский кожно-венерологический институт МЗ РК
Алматы, Казахстан*

Микробиологическое исследование включало изучение микрофлоры очагов поражения и характера взаимодействия между различными видами микроорганизмов с выделением доминирующих групп у больных микозом стоп. Всего обследовано 82 больных микозами стоп, из них 75,6% составили больные онихомикозом. Среди выделенных возбудителей доминировали дерматофиты (преимущественно *Trichophyton rubrum*) – $75,6 \pm 4,7\%$ и дрожжеподобные грибы рода *Candida* – $41,5 \pm 5,4\%$, грибы рода *Aspergillus* в $34,2 \pm 5,2\%$ случаев. В $53,6 \pm 5,5\%$ случаев наблюдалась моноинфекция, в $46,4 \pm 5,5\%$ – смешанная.

Анализ видового состава возбудителей, выделенных из очагов грибковой инфекции показал, что из 44 (53,6%) больных моноинфекцией у 30 (36,6 \pm 5,3%) было вызвано *Tr.rubrum*. Микоз стоп, обусловленный дрожжеподобными грибами рода *Candida* наблюдался в $9,8 \pm 3,3\%$, плесневыми грибами в $6,1 \pm 2,6\%$ случаев.

Выявлена также высокая частота выделения дерматофитов рода *Trichophyton* в ассоциации с дрожжеподобными грибами рода *Candida* – $81,6 \pm 6,3\%$, в $18,4 \pm 6,3\%$ – дрожжеподобные грибы рода *Candida* и плесневые грибы рода *Aspergillus*.

Определено синергетическое взаимодействие дрожжеподобных грибов рода *Candida* и дерматофитов, о чем свидетельствовал коэффициент

Жаккарда, который был оценен в 32,7%. Синергидное взаимодействие ($g > 30\%$) обуславливает персистенцию микроорганизмов, что способствует хронизации грибкового процесса, устойчивости к терапии.

ОБ ИММУНОКОРРЕКЦИИ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ

Хисматуллина З.Р.

*Башкирский государственный медицинский университет
Уфа*

Зооантропонозная трихофития характеризуется выраженным клиническим многообразием в настоящее время. На патогенез различных клинических форм микоза (поверхностная, инфильтративная, нагноительная) влияют особенности характера и интенсивности иммунного ответа организма на возбудитель и нарушения процессов иммуногенеза.

По результатам исследований у больных активности иммунного ответа на антигены возбудителя в реакциях РБТЛ и РПГА, а также реактивности нейтрофильных лейкоцитов крови (фунгицидная активность, активация кислородзависимого метаболизма в спонтанном и индуцированном грибами НСТ), в большей степени различия в интенсивности иммунной реакции были связаны с формированием у больных различных клинических форм зооантропонозной трихофитии, а не вида гриба-возбудителя. Вне зависимости от вида возбудителя при нагноительной трихофитии в сравнении с инфильтративной у больных отмечены более выраженные показатели гуморального и клеточного иммунного ответа, и более высокая активация нейтрофилов в спонтанном и индуцированном грибами НСТ – тесте при более низкой фунгицидной способности.

На основании полученных нами данных, достоверных различий в группах с разными возбудителями выявлено не было, хотя и просматривалась тенденция при трихофитии, вызванной *Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum*, к большей реактивности клеток нейтрофильного звена и стимуляции антителогенеза, а при трихофитии, обусловленной *Trichophyton verrucosum*, – «клеточно-опосредованного» иммунного ответа.

Таким образом, для достижения оптимального терапевтического эффекта при использовании антифунгальных препаратов необходимо дополнительное применение адекватных средств патогенетической терапии, спектр которых варьирует в зависимости от клинической формы зооантропонозной трихофитии. Комбинирование иммуномодулирующих, противовоспалительных и других препаратов позволяет добиться оптимального для той или иной клинической формы микоза вектора патогенетического действия и, соответственно, высокой эффективности терапии.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОНИХОМИКОЗОВ

Цыкин А.А., Ломоносов К.М.

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

Онихомикоз является одним из наиболее распространенных заболеваний в практике врачей различных специальностей. Не смотря на существование достаточно сильных и эффективных антимикотиков, проблема терапии онихомикозов продолжает быть весьма актуальной: заболеваемость онихомикозами остается на достаточно высоком уровне и продолжает увеличиваться; существующие схемы лечения системными антимикотиками зачастую длительны по времени и могут составить срок от 6 месяцев до года, что помимо высокой экономической стоимости самого лечения, значительно снижает качество жизни больного, увеличивая риск возникновения нежелательных побочных эффектов. Успешно проведенная терапия онихомикоза не застраховывает больного от возможности реинфицирования.

В связи с чем, достаточно актуальным является разработка комплексных схем лечения онихомикоза, которые помимо системных и местных антимикотиков должны включать в себя:

- удаление пораженной ногтевой пластинки и подногтевого гиперкератоза;
- включение в комплекс препаратов улучшающих кровоснабжение и трофику матрикса и ногтевого ложа;
- препаратов улучшающих, рост ногтей;
- у больных с отклонениями в иммунном статусе применение иммуномодулирующих препаратов;
- корригирующую местную терапию.

На базе клиники кожных и венерических болезней разрабатывается и внедряется в практику комплексная методика лечения больных с онихомикозом. В качестве системного антимикотика мы используем итраконазолом по методике пульс-терапии (200 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней на один курс с последующим трехнедельным перерывом). Для удаления пораженной ногтевой пластинки мы применяем аппаратный метод. Этот метод является щадящим и нетравматичным и позволяет эффективно очистить ногтевой ложе от пораженных ногтевых пластинок или их частиц. Для медицинского аппаратного педикюра мы используем аппарат «Герлах 2005», который оснащен пылесосом, что является очень важным при работе с инфицированным материалом. Процедуры проводятся ежемесячно, в среднем 2-3 процедуры на курс лечения.

Несомненно, очень важным в комплексной схеме является применение препаратов, улучшающих рост ногтевых пластинок. С этой

целью применяются препараты системного и наружного действия. В качестве препарата, применяемого внутрь, мы используем Ревалид по 1 капсуле 3 раза в день в течение месяца. Этот препарат восполняет дефицит витаминов, микроэлементов и аминокислот, обеспечивает ногти веществами необходимыми для их развития, укрепления и роста. В качестве наружного средства мы предлагаем использовать защитное масло «Геволь», содержащее триклозан, клотримазол, витамин Е для стимуляции роста ногтевой пластины.

Зачастую у больных с грибковой инфекцией ногтей выявляются существенные отклонения в клеточном звене иммунной системы, которые характеризуются снижением иммунорегуляторных CD4+, CD8+ и CD16+ лимфоцитов, наблюдается повышение иммунорегуляторного индекса (отношение CD4+/CD8+), также отмечаются некоторые отклонения и в гуморальном звене иммунитета: повышение В-лимфоцитов (CD72+), иммуноглобулинов класса А и G. В связи, с чем целесообразным является добавление в комплексную схему иммуномодулирующих препаратов, которые будут способствовать более эффективному лечению и могут использоваться в качестве профилактики реинфицирования.

СИСТЕМНЫЕ АНТИМИКОТИКИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА МИКОЛОГА

*Юцковская И.А., Юцковский А.Д., Ступин А.В.
Государственный медицинский университет
Владивосток*

Ограниченному числу противогрибковых препаратов, которые имелись в распоряжении врачей к середине 20 го века, можно противопоставить разные антимикотики, появившиеся к концу прошлого века и началу настоящего. На смену первым противогрибковым средствам пришли препараты новых поколений. Их внедрение привело к настоящей революции в терапии микозов. Впервые стало возможным безопасное лечение и излечение наиболее массовых грибковых инфекций человека – микозов кожи и ногтей, обусловленных красным или интердигитальным трихофитонами. Одним из таких препаратов является – Ламизил. Существующие схему назначения системных препаратов при грибковом поражении ногтевых пластин включают такие разновидности как стандартная, укороченная, схема пульс-терапии и интермитирующая схема. Вместе с тем, несмотря на бытующее мнение об излечимости онихомикоза, на практике врач сталкивается с большим числом трудностей, обусловленных ошибками лечения или особен-

ностями пациента. Поэтому проблема эффективности терапии онихомикозов является актуальной. Целью настоящего исследования стала оптимизация терапии онихомикоза с использованием ламизила, в сочетании с сосудистыми препаратами (трентал, сермион). Такой подход был обусловлен стремлением улучшить питание ногтевой пластинки и активизировать транспорт ламизила в зону поражения. Методика лечения: за две недели до начала терапии больным назначались сосудистые препараты (трентал по 0,2 x 3 р в день, а в последующем, на протяжении трех циклов терапии по 0,1 x 3 р в день; сермион по 10 мг x 3р в день, в течение 30 дней). Ламизил назначали по интермитирующей схеме. Под наблюдением находилось 46 больных с множественными поражениями ногтей. Диагноз грибкового поражения подтвержден результатами микроскопического исследования. Давность заболевания варьировала от 6 месяцев до 15 лет. Эффективность лечения оценивалась визуально, по разрешению кожного процесса и состоянию отрастающей ногтевой пластинки, а также результатам микроскопического исследования. Через месяц от начала лечения у пораженных ногтевых пластин со стороны ногтевого ложа определялась полоска здорового ногтя шириной до 2,5-3,0 мм, через 3 месяца на пальцах кистей ногтевые пластины отросли полностью, пальцах стоп – более половины. При контроле через год излечение составило 96%. Таким образом, при лечении онихомикоза, обусловленного трихофитонами эффективным оказалось использование Ламизила, в сочетании с препаратами улучшающими микроциркуляцию.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ МИКРОСПОРИОЗА

*Юцковский А.Д., Морозенко Н.В.,
Кулагина Л.М., Романова Л.К.*

*Государственный медицинский университет
Владивосток*

Грибковые поражения кожи и ее придатков широко распространены среди взрослых и детей. Особое внимание привлекают микозы волосистой части головы, требующие как правило применение системных антимикотиков в течение длительного времени. Среди возбудителей грибковых поражений волосистой части головы, гладкой кожи превалирует грибок космополит – *M. canis*. В России ежегодно регистрируется до 100 тыс. больных микроспориозом. Зарегистрирован рост среди новорожденных, описаны случаи наблюдений семей, в которых этим микозом болели представители трех поколений. Несмотря на описываемые современными исследователями различные разновидности

клинического течения микроспориоза (абортивная, паразитарная ахромия, папулезно-сквамозная, глубокая) актуальной остается проблема оптимизации терапии микоза. Тем более, что практически не имевшему альтернативы системному антимикотику гризеофульвину, который применялся при лечении микоза волосистой части головы, в последние годы появились современные антимикотики и прежде всего тербинафин. В частности применение ламизила при лечении микроспориоза волосистой части головы убедительно показало его эффективность. Между тем, одним из недостатков этого препарата является его высокая стоимость. В этой связи, мы сочли целесообразным поделиться опытом применения дженерика тербинафина – тербизила при лечении микроспориоза волосистой части головы и гладкой кожи. Анализ обращаемости в микологический центр ГККВД г. Владивостока показал, что на диспансерном учете по поводу микроспориоза состояло 511 человек, из них 471 с поражением гладкой кожи и 40 – волосистой части головы. Под наблюдением находилось 49 больных микроспориозом, в возрасте от 5 до 14 лет. Из них 25 больных с поражением волосистой части головы и 24 больных – на гладкой коже с вовлечением пушкового волоса. Диагноз устанавливали на основании клинических проявлений, результатов микроскопического и культурального исследований. Во всех наблюдениях возбудителем микоза был *M. canis*. При лечении использовали наружную терапию: йодная настойка 2-5%, с еженедельным сбриванием волос и двухразовым в неделю мытьем головы. Перорально назначали тербизил в дозе 125мг (1 таб.) (при массе тела от 20 до 40кг) и в дозе 250мг (1 таб. по 250мг или 2 по 125мг) при массе тела более 40кг. Прием препарата приурочивали к утренним часам. Анализ результатов исследования показал, что клинический и микроскопический положительный эффект зарегистрирован в течение 8-12 недель при поражении гладкой кожи и 12-16 недель – при поражении волосистой части головы. Сроки продолжительности терапии зависели от распространения процесса и выраженности воспалительной реакции в очагах поражения. Результаты общеклинического, биохимического исследований в процессе проведения терапии не претерпели патологических изменений. Побочный эффект зарегистрирован у 2 больных: крапивница (препарат отменен) и потеря вкуса, при нормальных показателях функции печени.

Таким образом, проведенное исследование показало эффективность препарата тербизил в терапии микроспориоза гладкой кожи и волосистой части головы, что позволяет рекомендовать препарат как альтернативу, с учетом его эффективности, переносимости и доступной стоимости.

ПРИМЕНЕНИЕ МИКОСИСТА У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ КАНДИДОЗНЫМ БАЛАНОПОСТИТОМ

*Якубович А.И., Чуприн А.Е.
Медицинский университет
Иркутск*

Среди мужчин обращающихся к венерологу нередко обнаруживаются различные грибковые поражения, локализующиеся в области половых органов. При обследовании врачу в основном приходится сталкиваться с баланопоститом, обусловленным грибковыми патогенами. Баланопостит характеризуется поражением головки и внутреннего листка крайней плоти, в то время как при баланите воспалительный процесс ограничен головкой полового члена. Предрасполагающие факторы – сахарный диабет, длинная крайняя плоть, наличие заболевания у полового партнера, частое использование антибиотиков и других медикаментозных средств, несоблюдение гигиенических норм и правил, и ряд других причин.

Кандидозный баланопостит является одной из наиболее распространенных микотических инфекций полового члена. Клиническая картина баланопостита, обусловленного грибами *Candida*, проявляется наличием пятнистой эритемы, отечности кожных покровов, появлением эрозивно-язвенных элементов, при этом патологический процесс может распространяться на кожу мошонки.

В настоящее время в арсенале врача имеется большое количество наружных противогрибковых средств, таких как клотримазол и его аналоги, микосептин, микозолон, микоспор, ламизил, экзодерил и многие другие препараты. Высоко эффективными, получившими широкое распространение являются комбинированные препараты, такие как тридерм и пимафукурт, способные привести к быстрому терапевтическому результату. Между тем, несмотря на наличие положительного эффекта, требуется ещё некоторое время в течение которого, больные должны применять наружные препараты для закрепления терапевтического результата. Поэтому при прекращении использования наружных препаратов у некоторых пациентов возникают рецидивы заболевания. Кроме того, далеко не всегда бывает удобным и приемлемым использование наружных препаратов.

В последнее время наряду с широким арсеналом наружных противогрибковых средств появилось большое количество препаратов системного действия: дифлюкан, медофлюкан, микосист, флюкостат, форкан и др. Исследования дифлюкана, медофлюкана и микосиста, проведенные в Уральском научно-исследовательском институте дерматовенерологии и иммунопатологии показали практически одинаковую

их активность в отношении лабораторного штамма *Candida albicans*, выращенного на плотной среде Сабуро.

Под нашим наблюдением находилось 50 мужчин с диагнозом рецидивирующий кандидозный баланопостит. Возраст пациентов был от 18 до 60 лет. Длительность заболевания у всех больных превышала два месяца. У больных отмечалась типичная клиническая картина кандидозного баланопостита. На внутреннем листке крайней плоти и головке полового члена имелся налет белого цвета, сопровождающийся специфическим запахом. У некоторых больных на эритематозном фоне были поверхностные эрозии. Субъективно всех больных беспокоили зуд, жжение и дискомфорт в области наружных половых органов.

Большая часть наблюдаемых нами больных ранее недостаточно успешно получала различные виды лечения, но по прошествии 2-6 недель у них возникали рецидивы.

Для лечения наблюдаемых нами больных был применен препарат микосист (флуконазол) венгерской фармацевтической компании «Геден Рихтер», который назначали в виде монотерапии по 50 мг 1 раз в сутки, в одно и то же время, в течение 7 или 14 дней. У всех больных клинические проявления микозов к концу лечения регрессировали. Проведенные после лечения бактериоскопические и бактериологические исследования не обнаружили на месте бывших очагов поражения мицелия.

У всех больных переносимость препарата микосист была хорошей. Побочных явлений при приеме препарата у больных не отмечалось.

Таким образом, проведенные нами наблюдения за больными с рецидивирующим кандидозным баланопоститом при назначении микосиста в дозе 50 мг 1 раз в сутки в течение 7-14 дней показали его высокую терапевтическую эффективность.

СЕТЕВОЙ ПРОЕКТ GRIVOK.RU: ПЕРСПЕКТИВЫ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОНИХОМИКОЗОВ

*Сергеев А.Ю., Сергеев В.Ю., Мокина Е.В.,
Бучинский О.И., Сергеев Ю.В.*

*ММА имени И. М. Сеченова
Национальная академия микологии
Москва*

Говоря о первичной и вторичной профилактике микозов стоп и онихомикозов, мы понимаем наиболее часто меры по предотвращению контактов с больными, как до заболевания, так и после его излечения. И общественная, и личная профилактика руброфитии, в конечном сче-

те, сводятся к борьбе с источником возбудителя или факторами его передачи. Общественная профилактика основным звеном имеет санитарное просвещение населения: в первую очередь, предоставления достоверной информации о том, где, как и почему можно заразиться грибковой инфекцией кожи. В то же время, задачи этого звена включают объяснение необходимости лечения для уже болеющих онихомикозом — т.е. своевременное выявление и санацию источника инфекции на уровне популяции.

Перспективным является современный вариант общественной профилактики — проекты типа «горячая линия». Проект «Горячая линия» — первая в мире массовая кампания по выявлению и лечению онихомикозов — был проведен Национальной академией микологии в 2001–2002 гг. и характеризовался активным привлечением средств массовой информации; массовыми экспресс-консультациями населения в call-центре «Горячей линии» с последующим направлением выявленных больных в медицинские центры. В рамках проекта в Москве было получено более 300 000 обращений в центр «Горячей линии». Значительная часть обратившихся имела целевой диагноз — онихомикоз. В то же время в медицинские центры реально обратилось не более половины пациентов, получивших предварительный диагноз и направленных в тот или иной центр. В медицинских центрах прошло лечение онихомикоза более 30 000 больных.

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, расположенный по адресу <http://www.gribok.ru>, содержащий все основные интерактивные элементы проекта и в то же время — гораздо больше информации, посвященной самому заболеванию. С момента создания данного ресурса его посещаемость постоянно росла, в настоящее время составляя не менее 200 посетителей в сутки. Таким образом, месячная посещаемость ресурса составляет около 6000 посетителей, а за год — не менее 72000 (около половины из них — жители Москвы). Исходя из расчетной заболеваемости взрослого населения г. Москвы (1,5 на 1000 населения в год), можно видеть, что показатели ежегодной посещаемости ресурса Gribok.RU более чем в 2 раза превышают показатели всех вновь регистрируемых случаев заболевания микозом стоп и онихомикозом. Тем самым, создан реальный механизм противостояния контагиозной грибковой инфекции, позволяющий остановить распространение инфекции и со временем добиться отрицательной динамики заболеваемости. В настоящее время в рамках данного проекта размещается информация о ведущих медицинских центрах в разных регионах России.

Совершенствование данного ресурса с привлечением и популяризацией современной медицинской информации позволило предоставить

сведения о грибковых заболеваниях и возможностям их лечения тысячам пациентов из разных стран мира. Ресурс Gribok.RU стал первым в мире популярным сетевым санитарно-просветительным проектом, посвященным проблеме массовых грибковых заболеваний человека.

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МИКОЗОВ СТОП

*Чернявская М.Г., Савченко Н.В., Мокина Е.В.,
Бучинский О.И., Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю.
Лечебно-реабилитационный центр Медико-С
Национальная академия микологии
Москва*

Медицинское сообщество во многом недооценивает необходимость профилактики микозов стоп и онихомикозов. Очевидной представляется недостаточная эффективность существующих мер профилактики. Об этом свидетельствует и рост заболеваемости микозами стоп и онихомикозами, и высокая частота рецидивов, и выраженная тяжесть и длительность поражения современных форм заболевания. Благодаря указанным факторам современное общество ежегодно тратит колоссальные суммы на лечение онихомикозов, в основном за счет расходов на системные противогрибковые препараты. Основное бремя этих затрат ложится на пациента – нередко человека пенсионного возраста, для государства же оно представляется и вовсе непосильным. Более того, выраженная тяжесть заболевания делает более вероятным рецидив заболевания после лечения. Вместе с тем, своевременное выявление микозов позволило бы избежать дополнительных расходов.

Даже самое тщательное соблюдение всех правил личной гигиены и профилактики, как правило, не может предупредить заражение в силу практически неизбежного контакта с источником инфекции. И не посещая так называемые «места общего пользования», современный житель мегаполиса может заразиться от другого члена своей семьи, больного той или иной формой грибковой инфекции, в том числе от старшего родственника, поскольку после 60 лет вероятность наличия онихомикоза резко возрастает. Семейный путь передачи отметили более 30% лиц, обследованных в ходе проведенной лечебно-профилактической кампании. Тем самым, становится понятной необходимость использования наружных противогрибковых средств с профилактической целью. Оно может быть показано всем лицам из групп риска, как посещающим места потенциальных высоко вероятных контактов

с источниками инфекции и факторами передачи, так и людям, живущим совместно с больными онихомикозом, не лечащимися в связи с наличием противопоказаний или иной причиной. Профилактическое использование противогрибковых препаратов может быть показано также больным, проходящим лечение онихомикоза. Рекомендации по дезинфекции обуви, одежды и предметов обихода после лечения онихомикоза объясняются тем, что многолетнее течение заболевания делает практически неизбежной контаминацию ближайшего окружения больного фрагментами эпидермиса, содержащими инфекционные частицы – мицелий и конидии дерматофитов. Дезинфекция обеспечивает, но не может гарантировать полной деконтаминации и исключения вероятности реинфекции вскоре после лечения. После падения концентрации антимикотика в коже, что происходит сразу после отмены системной терапии, создается вероятность реинфекции. С этой целью может быть показано использование противогрибковых средств.

Выбирая антимикотик для профилактического использования, следует остановиться на специально предназначенных для этого лекарственных формах. Такими являются порошки (пудры, присыпки), как правило, содержащие имидазольные производные. Из противогрибковых порошков в России в настоящее время зарегистрировано и доступно в аптечной сети несколько: эконазол («ифенек»), бифоназол («бифосин») и клотримазол («кандид»). Последний отличается от других препаратов данного класса конкурентоспособной стоимостью (ниже или сопоставима с остальными) и эстетической приемлемостью за счет добавления в пропись ароматической композиции. Препарат относится к средствам безрецептурного отпуска, что делает возможным его массовое применение.

Необходимым условием для эффективного использования данных препаратов в профилактике микозов стоп и онихомикозов является доказанная эффективность в терапии микозов стоп.

В 2003-2004 г. нами было проведено исследование эффективности терапии микозов стоп с 1% порошком клотримазола «кандид». По его результатам, наиболее высокие показатели клинического излечения отмечались у больных с межпальцевой формой микозов стоп. При этом у наблюдавшихся пациентов преобладали весьма умеренные явления мацерации без выраженной воспалительной реакции. Зуд и болезненность в целом проходили на 1 неделе лечения. К концу периода наблюдения клиническое излечение (отсутствие явлений эритемы, мацерации или шелушения) отмечалось у всех больных за исключением одного, у которого при контрольной микроскопии был обнаружен мицелий грибов. Элементы возбудителей были обнаружены еще у 2 пациентов, у которых было отмечено клиническое излечение. Совокупные показатели клинико-микологического излечения при межпальцевой форме микоза стоп составили 86,3% к концу периода наблюдения. При этом повторный посев из мест существовавших очагов поражения не дал

роста культуры, что позволяет расценивать положительные результаты микроскопии как остаточные явления.

Подгруппа больных с подошвенной формой микоза стоп характеризовалась менее высокими показателями клинико-микологического излечения. На 4 неделе клиническое излечение отмечалось у 2/3 больных, при этом у всех были получены отрицательные результаты микроскопии. У 2 больных отмечалось улучшение. У 1 больного при сохранении явлений шелушения был получен положительный результат микроскопии без роста в культуре. В этой подгруппе показатели клинико-микологического излечения к концу наблюдения составили 55,5%. Общий показатель клинико-микологического излечения в обеих группах составил 77,4%.

Таким образом, исследование терапии микозов стоп с использованием 1% порошка клотримазола «кандид» показало высокую эффективность и безопасность данного препарата. Эффективность порошка в монотерапии микозов стоп предопределяет возможность его использования в профилактике инфекции и реинфекции при ониомикозе, рецидивирующих формах дерматофитии стоп. Уступая по продолжительности использования современным антимикотикам в форме кремов, гелей и аэрозолей, предназначенных для лечения микоза стоп, порошок «кандид» имеет преимущество за счет приспособленности его лекарственной формы для профилактического использования и экономической выгоды.

Использование современных противогрибковых средства, предназначенных для профилактики и терапии микозов стоп, тем самым обеспечивает и профилактику ониомикозов.

НОВЫЕ СРЕДСТВА НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ МИКОЗОВ

*Мокина Е.В., Сергеев Ю.В., Чернявская М.Г.,
Савченко Н.В., Кудрявцева Е.Л., Сергеев А.Ю.*

*Лечебно-реабилитационный центр Медико-С
Национальная академия микологии
Москва*

В современной наружной терапии микозов традиционно используются такие антимикотики, как аллиламины (тербинафин, нафтифин), имидазолы 2 поколения (клотримазол), а также препараты ундециленовой кислоты и антисептики. В силу эффективности высоких концентраций, создаваемых в 1-2% формулах дерматологических лекарственных форм этих препаратов, почти все они являются высоко эффективными

в наружной терапии микозов кожи и стоп, и действуют на большинство возбудителей микозов. В тоже время, необходимость разнообразия средств в терапевтическом арсенале дерматолога остается актуальной, даже если допустить принципиальную невозможность появления и распространения устойчивых форм дерматофитов. В этом плане значительный интерес представляет появление в обращении практических врачей такого препарата, как омоконазол («микогал»).

Омоконазол – относительно новый для отечественных врачей антимикотик. Это вещество из группы азолов, производное имидазола. Местная форма в виде омоконазола нитрата микронизированного зарегистрирована в России в 2001 г. и в настоящее время внедрена в клиническую практику. Вещество по химическому строению представляет (1-{2-[2-(4[хлорофенокси]этокси]-2-(2,4-дихлорофенил)-1-метил-(Z)-винил]1H-имидазол нитрат.

Механизм действия омоконазола типичен для всей азольной группы – подавление синтеза эргостерина. Эргостерин обеспечивает целостность и текучесть мембраны грибов, обеспечивая ее барьерную функцию и деятельность ассоциированных с мембраной ферментов. Снижение удельного веса эргостерина приводит к фунгистатическому эффекту, поскольку эргостерин требуется как для построения мембран дочерней клетки, так и для работы связанных с мембраной материнских ферментов (например, хитин-синтазы), которые образуют материал новых клеток. Значительная нехватка эргостерина или его разрушение при непосредственной связи с противогрибковыми препаратами приводят к фунгицидному эффекту из-за дестабилизации мембраны, нарушения градиента ионов и, в конечном счете, образования пор в мембране и потери компонентов цитоплазмы. Омоконазол взаимодействует с ферментом C14-альфа-деметиلاзой ланостерина (у дрожжей кодируется геном ERG11). Повышенная экспрессия и амплификация данного гена может обуславливать резистентность к другим азолам [7], чего для омоконазола не описано.

Рядом исследователей за рубежом установлено, что омоконазол вызывает ультраструктурные изменения *C. albicans*. С помощью электронной микроскопии были обнаружено формирование кластеров клеток возбудителя, утолщение клеточной стенки и накопление электронно-плотных везикул в ней. Кроме того, в цитоплазме формировались мембранные образования наподобие пластинчатого комплекса. Указанные изменения наблюдались уже при фунгистатических концентрациях препарата (0,4–4 мкг/мл). При повышении концентраций до 40 мкг/мл изменения характеризовались разрушением органелл клетки.

Сравнение омоконазола с 6 другими известными производными имидазола, применяющимися в виде вагинальных форм, показало, что наряду с экконазолом омоконазол является наиболее активным веществом, действующим на *Candida spp.* и превосходит большинство остальных препаратов.

Кроме того, было показано, что активность омоконазола становится фунгицидной при повышении рН среды до 5,5 и выше. Повышение рН (снижение кислотности) влагалища типично для ВВК, развивающегося на фоне снижения активности лактобацилл, в норме поддерживающих ее на уровне не более 4,5. Это может повышать потенциал использования вагинальных форм препарата.

Омоконазол характеризуется противогрибковыми и антибактериальными свойствами, проявляя активность в отношении *Candida spp.* и других грибов. Исследования активности препарата *in vitro* показали, что омоконазол действует на большинство клинических штаммов дерматофитов и *Candida spp.* Показатели МПК для *Candida spp.* составляли 0,16–2,5 мкг/мл, отличаясь в лучшую сторону от других антимикотиков, с которыми проводилось сравнение. В другом исследовании было установлено, что препарат действует на многих возбудителей поверхностных и глубоких микозов (в частности, главные возбудители дерматофитии человека), также превосходя антимикотики сравнения. Омоконазол активен также и в отношении грамположительных бактерий.

«Микогал» сравнительно недавно поступил в клиническое обращение, поэтому опыт исследований его эффективности ограничен. Вместе с тем, выгодные фармакодинамические характеристики препарата являются предпосылками его эффективности не только при микозах стоп и кожи, обусловленных дерматофитами, но также при кандидозе гладкой кожи и складок (включая межпальцевые эрозии), смешанных инфекциях и малассезиозах кожи.

Глава 9.

АКТИНОМИКОЗ

АКТИНОМИКОЗ В ПРАКТИКЕ ГИНЕКОЛОГОВ

Бурова С.А.

Национальная Академия микологии

Центр глубоких микозов

ГКБ № 81

Москва

Немецкий ученый D. Bollinger в 1877 году ввел в реестр заболеваний новую нозологическую форму – «Актиномикоз», основываясь на выделении ботаниками одних и тех же «лучистых грибов» *Actinomyces bovis* из сходных по клиническим признакам гнойных очагов. Первые упоминания об актиномикозе гениталий у человека появились уже к 1883 году.

Ученые длительное время обсуждали признаки истинного возбудителя актиномикоза, отдавая приоритеты то аэробным, то анаэробным актиномицетам.

В настоящее время установлено, что возбудителями актиномикоза являются грам – положительные бактерии – микроаэрофильные, аэробные и анаэробные актиномицеты, которые широко распространены в природе

Известно, что через здоровую кожу и слизистые оболочки актиномицеты не проникают, поэтому основным предрасполагающим фактором, наряду со снижением иммунозащитных сил организма, являются поврежденная барьерных покровов.

Прежде всего, это – травматичное введение и длительное использование внутриматочных спиралей, аборт и, особенно, криминальные в поздние сроки, разрыв промежности и шейки матки при родах или травмах, внедрение инородных тел во влагалище и матку (в т.ч. при «патологическом» сексе), ношение «грубой», травмирующей гениталии одежды, длительная езда на велосипеде и др.

Доказано, что среди многочисленных хронических гнойных заболеваний генитальной сферы актиномикоз составляет 7,6 – 8,4%.

С целью своевременной диагностики во время операций по поводу любых гнойно-воспалительных процессов в малом тазу следует проводить культуральное исследование удаленных тканей, грануляций, гноя, детрита и др., делая посев на 2% мясопептонный агар, тиогликолевую среду, 1% сахарный агар.

К сожалению, обнаружение друз возможно только у 25-60% больных актиномикозом, т.к. эти образования способны спонтанно лизироваться, обызвестляться, деформироваться, кальцинироваться и подвергаться другим дегенеративным изменениям.

Обнаружение характерных актиномикотических друз в препаратах - достоверный признак актиномикоза, однако, их отсутствие не отрицает это заболевание. Для диагноза важно также обнаружить грану-

лематозное продуктивное воспаление, лейкоцитарную инфильтрацию, микроабсцессы, «ячеистую» структуру тканей, специфическую гранулему, окруженную полинуклеарами, гигантскими и плазматическими клетками, лимфоцитами и гистиоцитами.

Для успешной терапии актиномикоза внутренних гениталий важно в первую очередь произвести удаление внутриматочной спирали, которая не только травмировала слизистую матки, но и могла быть источником инфекции.

Антибиотикотерапия актиномикоза гениталий оправдана высокой чувствительностью актиномицет к антибиотикам и частым присутствием в очаге другой бактериальной неспецифической флоры (> 60% случаев).

Специфическая терапия актинолизатом, на необходимость которой указывали ученые еще в 1938 году, широко применяется в нашей стране с начала 50-х годов. За изобретение актинолизата отечественные ученые получили Государственную премию. К настоящему времени пролечено более 4 тысяч больных.

На фоне консервативной антибиотико- и актинолизатотерапии следует проводить, по показаниям, палиативные операции: вскрытие абсцессов, флегмон, дренирование гнойных затеков, кюретирование свищевых ходов. На следующем этапе после подготовки и снятия островоспалительных явлений в области наружных гениталий и окологенитальных участков радикально иссекают пораженные участки и свищевые ходы в пределах видимо здоровых тканей. Не исключаются также и более сложные операции экстирпация матки, аднексэктомия, субтотальная и тотальная гистерэктомия с трубами и др.

МИКОЗЫ И ПСЕВДОМИКОЗЫ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

Бурова С.А.

Центр глубоких микозов, ГКБ № 81

Национальная академия микологии

Москва

Актиномикоз, согласно различным источникам и классификациям, называют также глубоким микозом, псевдомикозом, актинобактериозом, лучисто-грибковой болезнью и др. Это заболевание отличается разнообразием клинических проявлений, что связано со стадийностью развития специфического процесса (инфильтрат, абсцедирование, фистулообразование, рубцевание) и с его многочисленными локализациями (голова, шея, ЛОР-органы, грудная клетка, легкие, молочная железа, подмышечные и паховые зоны, брюшная стенка, печень, кишечник, гениталии, слепая кишка, ягодицы, конечности и др.).

В месте внедрения актиномицет на 1 этапе болезни постепенно, без видимых клинических симптомов и субъективных жалоб формируется специфическая гранулема- актиномикома, состоящая из лейкоцитов, гигантских клеток, инфильтрированной ткани, микроабсцессов, гранулаций, пролиферативных элементов, соединительно-тканых перемычек и окружающей капсулы. Процесс постепенно прогрессирует, появляется абсцедирование, затем происходит разрыв капсулы актиномикомы и формируется 1 или, (как правило) несколько извитых свищевых ходов. Скорость распространения патологического процесса зависит от локализации заболевания, состояния иммунитета и возраста больного, своевременности начатого патогенетического лечения и других факторов.

Основываясь на длительном (более 20 лет) и большом числе наблюдений (более 4 тысяч больных), мы доказали безэффективность и опасность длительных (до 3-6 месяцев) курсов антибиотикотерапии, применяемых в некоторых клиниках.

Нами разработаны, подтверждены патентами РФ и свидетельствами на изобретения, и более 40 лет успешно применяются унифицированные схемы лечения актиномикоза различных локализаций, которые включают:

1. иммунотерапию специфическим препаратом, изготовленным из актиномицет, - актинолизатом;
2. противовоспалительную терапию антибиотиками и сульфаниламидами короткими курсами;
3. общеукрепляющие средства;
4. физиотерапевтические процедуры, исключая тепловые;
5. хирургические методы.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ АКТИНОМИЦЕТ В ПРИРОДЕ И МЕТОДЫ ИХ ВЫДЕЛЕНИЯ

Егорова Т.П.

*Национальная Академия микологии
Москва*

Актиномицеты обнаружены в различных типах почв: сероземных, каштановых, солончаковых, горно-лесных, горно-луговых, орошаемых сточными водами, аллювиальных почвах рисовых полей, придонных осадков морей, илах литорали и сублиторали, почвах прибрежных зон морей, песках Сахары и т.д. Отмечено, что в культурных почвах содержание актиномицет выше, чем в первичных и достигает 65% общего числа микроорганизмов. Актиномицеты выделены также из воды на мелководье и в открытом море, в океане вдали от берега, из речной и ключевой

воды, из воздуха, из животных остатков, с поверхности растений и др. Они могут развиваться на скалах, где имеются ничтожные следы органических веществ, непригодные для большинства других организмов.

Изучение актиномицет в окружающей среде имеет большое значение для решения медицинских, биотехнологических и народно – хозяйственных проблем, касающихся в основном 3-х аспектов:

1. Приготовление лекарств из актиномицет, т.к. их метаболиты являются биологически активными веществами: антибиотики подавляющие рост кишечной палочки, золотистого стафилококка, брюшнотифозной сальмонеллы, вибриона Мечникова и др.; вещества, губительно действующие на яйца аскарид; гормоны; витамины В₁, В₂, В₁₂, пиридоксин, рибофлавин; различные аминокислоты, ароматические вещества, ферменты и пр.
2. Актиномицеты, обладающие патогенными свойствами (некислотоустойчивость, анаэробность и др.) могут вызвать актиномикоз, тяжелое хроническое заболевание человека и животных.
3. Из актиномицет, обладающих способностью к самолизированию, готовят иммуномодулирующий препарат – Актинолизат.

Для выделения актиномицет из окружающей среды используют методы культуральных посевов. В качестве питательных сред обычно применяются синтетические среды в жидком или агаризованном виде.

На поверхность среды производятся посевы почвы из водной взвеси, воды и др. веществ. Засеянные чашки помещают в термостат при 25° С. Просмотр и подсчет выделенных культур проводят через 5-10 дней после засева.

Возможность получения из актиномицетов широкого спектра лекарственных препаратов с одной стороны, и способность некоторых видов вызывать актиномикоз у людей и животных – с другой, указывает на актуальность изучения количественного распространения актиномицет в природе, ареалах их обитания, видового разнообразия, приобретения патогенных свойств в зависимости от экологических условий регионов.

АКТИНОЛИЗАТ И ДРУГИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Карелин Д.А.

Национальная Академия микологии

КВД № 3

Москва

В последние годы в комплексное лечение бактериальных и вирусных заболеваний внедрено много различных иммуномодуляторов, напри-

мер, полиоксидоний – представляющий из себя синтетический полимер бромида; вобэнзим – вытяжку ферментов поджелудочной железы крупного рогатого скота и некоторых растений; флогэнзим – состоящий из бромелайна, трипсина и рутозида; поливалентный антигенный комплекс – имудон, в состав которого входит лизат более 10 бактерий, лактобациллы, стрептококки, энтерококки и др.; гепон – синтетический пептид из 14-ти аминокислотных остатков и др. иммунобиологические препараты.

Механизм их действия в основном заключается в активации клеточного и гуморального иммунитета, что приводит к противовоспалительному, а в ряде случаев к противовирусному эффекту.

К сожалению, в последнее время незаслуженно в меньшей степени применяют иммуномодулирующий препарат – актинолизат, который еще в 1950 г. был разработан советскими учеными и отмечен Государственной премией. Актинолизат представляет из себя свежеприготовленный стабилизированный фильтрат культуральной жидкости самолизирующихся актиномицет является естественным для организма веществом и превосходит другие препараты.

На стадии клинических испытаний при лечении более чем 1000 больных доказано, что Актинолизат не токсичен и высоко эффективен. В эксперименте на животных показано, что на 2-е сутки после введения препарата вокруг бактерий в очаге поражения появляется зона пролиферативных лейкоцитов, на второй неделе отмечается активация фагоцитарной способности макрофагов и многоядерных гигантских клеток вокруг и внутри актиномикотической гранулемы. При этом иммунные реакции не ограничиваются ролью макрофагальной системы, определенную значимость имеет и гуморальный ответ, который формируется на самых ранних стадиях лечения актинолизатом, при этом вырабатываются специфические антитела. За счет механизма действия и широты показаний, актинолизат имеет преимущества перед многими лекарствами из разряда иммуномодуляторов, что подтверждено клинической практикой его применения более 40 лет. Актинолизат эффективен при лечении заболеваний кожи (фурункулез, акне, пиодермия, сикоз, микробная экзема, трофические язвы, пролежни, гидраденит, бактериальный вульвовагинит), гнойных заболеваний внутренних органов (абсцесс легких и печени, гнойный бронхит, эмпиема плевры, межкишечный абсцесс, перитонит, цистит, сальпингоофорит, аднексит, простатит и др.), актиномикоз шейно – лицевой области, внутренних органов, кожи, мягких тканей и костных структур, гнойный мастит, гнойный гайморит, ангины, отит, лимфаденит, сиалоаденит, хронический остеомиелит, остеофлегмоны, гнойно-осложненные раны, гнойный парапроктит и другие гнойно-бактериальные инфекции.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АКТИНОМИКОЗА

Кулагин В.И., Бурова С.А.
Национальная академия микологии
ГКБ № 81

Согласно различным источникам и классификациям, актиномикоз называют также глубоким микозом, псевдомикозом, актинобактериозом, лучисто-грибковой болезнью и др. Это заболевание отличается разнообразием клинических проявлений, что связано со стадийностью развития специфического процесса (инфильтрат, абсцедирование, фистулообразование, рубцевание) и с его многочисленными локализациями (голова, шея, ЛОР-органы, грудная клетка, легкие, молочная железа, подмышечные, параректальные и паховые зоны, брюшная стенка, печень, кишечник, гениталии, слепая кишка, ягодицы, конечности и др.).

В 30-40-х гг. XIX в. актиномицеты (лучистые грибы) - возбудители актиномикоза, относили к микроорганизмам, занимающим промежуточное место между грибами и бактериями. Способность актиномицет образовывать воздушный мицелий, отсутствие у них органов плодоношения, дифференцирования, клеточной вегетации сближают их с истинными грибами. Однако по химическому составу оболочек, протоплазмы, строению ДНК, актиномицеты соответствуют бактериям. В настоящее время доказано, что актиномицеты являются бактериальными клетками. Входными воротами для актиномицет и других бактерий в организм (экзогенный путь) являются повреждения кожи, слизистых оболочек, микротравмы, трещины, лунки удаленных зубов, врожденные свищевые ходы (бранхиогенные, слюнные, пупочные, эмбриональные протоки в копчиковой области) и т.д.

На материале более чем 1000 больных показано, что развитию актиномикоза различных локализаций, как правило, предшествуют различного рода травмы, ушибы, травматическое удаление зубов, особенно 8-го дистопированного зуба, перелом челюсти, хронический пародонтоз, периапикальная гранулема, осколочные ранения, длительная езда на мотоцикле, велосипеде, разрыв промежности при родах, внутриматочные спирали, геморрой, трещины заднего прохода, крестцово-копчиковые кисты, наличие хронического воспаления: аппендицит, аднексит, парапроктит, гнойный гидраденит, сикоз, угревая болезнь, тонзиллит, остеомиелит и др.

В месте внедрения актиномицет на 1 этапе болезни постепенно, без видимых клинических симптомов и субъективных жалоб формируется специфическая гранулема- актиномикома, состоящая из лейкоцитов, гигантских клеток, инфильтрированной ткани, микроабсцессов, грануляций, пролиферативных элементов, соединительно-тканых перемычек и окружающей капсулы. Процесс постепенно прогрессирует,

появляются микроабсцессы, затем происходит разрыв капсулы актиномикомы и формируется 1 или несколько, извитых свищевых ходов. Скорость распространения патологического процесса зависит от локализации, состояния иммунитета, возраста больного, своевременности начатого лечения и других факторов.

Учитывая особенности патогенеза актиномикоза, нами разработаны и внедрены эффективные схемы лечения. Медикаментозная терапия проводится короткими курсами антибиотиков на фоне длительного применения специфического иммуномодулятора – актинолизата.

Хирургическое лечение актиномикоза лица и шеи в стадии абсцедирования заключается во вскрытии и дренировании очагов.

При актиномикозе легких и колонизации легочных каверн актиномицетами проводятся лобэктомия, иногда – с резекцией ребер, вскрытие и дренирование гнойных полостей, каверн и очагов распада. В случае актиномикоза подмышечных и паховых областей, развившегося на фоне хронического гнойного гидраденита, очаги поражения иссекают, по возможности единым блоком, в пределах видимо здоровых тканей.

Развитие актиномикоза на фоне воспаления эпителиально-копчиковой кисты или урахуса, как правило, сопровождается распространением процесса на ягодицы, параректальную область, а иногда – и на тазовую клетчатку. При невозможности радикального удаления очага инфекции ограничиваются частичным иссечением или кюретированием свищевых ходов; такие больные нуждаются в нескольких поэтапных операциях.

Лечение экстрасфинктерного параректального актиномикоза осуществляется лигатурным методом.

При развитии актиномикотического процесса в молочной железе производят секторальное иссечение очагов актиномикоза с предварительным прокашиванием свищевых ходов.

Больных актиномикозом передней брюшной стенки оперируют после ревизии свищей и выявления их возможной связи с сальником и прилежащей кишкой.

В послеоперационном периоде противовоспалительную и иммуномодулирующую терапию актинолизатом продолжают, по показаниям проводят гемотрансфузии и физиопроцедуры, ежедневно делают перевязки. Швы снимают на 8-10 день. Прогноз более благоприятный, если лечение начато на ранних стадиях заболевания на фоне адекватной иммунотерапии актинолизатом.

ОБОСНОВАННОСТЬ ИММУНОТЕРАПИИ АКТИНОЛИЗАТОМ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ГНОЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ

Савенков В.В.

КВД № 2

Москва

В основе воспалительного процесса при хронических гнойных заболеваниях кожи (ХГЗК): пиодермии, фурункулезе, сикозе, угревой болезни, абсцессах, гидрадените, трофических язвах, гнойных свищах и пролежнях, лежит развитие инфильтрации тканей, расширение сосудов, абсцедирование, скопление лейкоцитов, гигантских клеток, пролиферативных элементов и т.д.

Одним из защитных механизмов в этих случаях является макрофагальная реакция, поэтому важным компонентом в комплексном лечении выступают средства, стимулирующие фагоцитарный процесс, работу макрофагов и выработку антител к различным инфектантам.

Таким средством признан отечественный иммуномодулятор – актинолизат, который кроме перечисленных механизмов, также существенно снижает интенсивность воспалительного процесса в коже и подкожной клетчатке, за счет торможения гиперпродукции воспалительных цитокинов и блокады действия медиаторов воспаления.

Актинолизат успешно применяется в нашей стране более 40 лет. В последние 5 лет опубликованы данные о лечении актинолизатом более 400 больных ХГЗК. Авторы отмечают хорошую переносимость препарата, высокую эффективность лечения. Особый интерес представляют больные, которым из-за противопоказаний, традиционная антибиотикотерапия не проводилась, при этом актинолизат давал положительный эффект. В одной из работ на 289 больных ХГЗК (в опытной и контрольной группах) доказано, что в 71,5% случаев удалось избежать нежелательного применения антибиотиков без снижения эффективности лечения за счет применения актинолизата.

В других случаях сокращали курсы антибиотиков в 1,5-2 раза, также без ущерба для эффективности.

Мы провели лечение актинолизатом 58 больных ХГЗК, которым антибиотики были противопоказаны или к ним развилась устойчивая резистентность. Актинолизат, в соответствии с инструкцией, применяли по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю, на курс 10-15 инъекций.

Выздоровление отмечено у 35 (60,3%), улучшение у 21 (36,2%) больных, что подтверждает обоснованность применения актинолизата при ХГЗК и позволяет избежать побочных действий от нежелательной антибиотикотерапии.

ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Абдуль Ваиль 4, 194
Абдушкурова А.М. 247
Абидова З.М. 38, 174
Абрамян Л.Р. 166
Абрамян Р.А. 166
Абрамян Р.С. 71
Адаскевич В.П. 256
Адилова Л.М. 150, 151
Айткулова В.Р. 169
Акышбаева К.С. 64, 152
Алипченко Л.А. 70
Альбанова В.И. 176
Альдхамбаева И.Ш. 57
Амбардзумян А.Дз. 71
Анкирская А.С. 153
Антонов Ю.В. 32
Аравийский Р.А. 91
Арзуманян В.Г. 180
Арутюнян К.Э. 71
Аширова А. 64, 152

Б

Багдатыев В.Е. 65
Байрамова Г.Р. 153
Балашов Д.Н. 88
Балтеева Ш.Р. 119
Баранцевич Е.П. 89
Баранцевич Н.Е. 89
Баранчук Н.И. 83, 231
Бегларян Г.А. 71
Беймуратова Э.Г. 51
Белоусова Т.А. 183
Берщанская А.М. 70
Бессараб Т.П. 102
Блатун Л.А. 185
Богданов А.В. 81
Богомолова Т.С. 161
Богуш И.Г. 188
Богуш П.Г. 39, 40, 155, 188,
224, 252
Бойко Н.Б. 163
Бойченко Э.Г. 91
Бондарев И.М. 40, 41

Бронин Г.О. 98
Буркутбаева Т.Н. 66
Бурова С.А. 65, 68, 189, 272,
273, 277
Буслаева Г.Н. 98
Бутов Ю.С. 147, 190
Бучинский О.И. 264, 266

В

Важбин Л.Б. 155, 188
Васенова В.Ю. 147, 190
Васильева Н.В. 161
Ватутина Н.А. 188
Винцерская Г.А. 192
Волощук Е.М. 7, 242
Воронова Н.Ю. 35
Выборнова И.В. 161
Вылегжанина О.А. 226
Высоцкая Т.А. 98

Г

Галил-Оглы Г.А. 70
Галстян Г.М. 96
Гарбузов Д.А. 156
Гармонов А.А. 202
Гафаров М.М. 4, 194
Гладыко В.В. 56, 105
Глухенький Б.Т. 7
Годун О.В. 195
Горская Е.И. 199
Горчаков Д.А. 200
Горяинова Н.В. 93
Горячкина М.В. 183
Готман Л.Н. 96
Грашкин В.А. 200
Грашкина И.Г. 200
Григорян С.А. 56
Гришина М.А. 24
Гудкова Ю.И. 72
Гущина Р.Г. 4

Д

Дементьева И.В. 254
Джусупгалиева М.Х. 64, 152

Долго-Сабурова Ю.В. 72, 161
Долженицына Н.А. 231
Другова М.А. 83
Дубенский В.В. 202
Дукович Е.В. 204
Дурихина Е.К. 32
Дышлевая З.М. 88

Е

Евсеенко И.А. 206
Евсенко М.С. 15
Егерова Е.В. 102
Егизбаев М.К. 42
Егорова Т.П. 274
Елинов Н.П. 44
Ермак Т.Н. 104
Есенгареева З.Б. 247

Ж

Жарикова Н.Э. 29
Жукова Г.И. 35

З

Завьялов А.И. 235
Зонов О.А. 160, 215
Зорин А.Н. 210

И

Ибрагимова Л.Э. 105, 107
Иванушкина Н.Е. 5
Ильина Н.А. 91
Ильченко Л.С. 53
Илюхина Е.Ю. 137
Исламов В.Г. 112
Исмаилова Г.А. 174

К

Калоиди И.А. 64
Кальменсон В.В. 158
Карапетян Т.А. 71
Карпов В.В. 112
Катусевич Я.Ф. 213
Кенцовская И.М. 231
Кириллова Н.Н. 40
Кириченко И.М. 180, 192
Кириченко Н.А. 195

Кирьянова В.В. 81
Клеменова И.А. 35
Климко Н.Н. 72, 91, 161
Климова И.Я. 113
Клясова Г.А. 96
Коваль Э.З. 242
Колб З.К. 82, 161
Колбин А.С. 91
Колупаев В.Е. 29
Кондратчик К.Л. 98
Кондратьева Е.С. 83, 231
Корниенко И.И. 74
Корсунская И.М. 113
Костенко В.В. 66
Котрехова Л.П. 72
Котюков А.А. 128, 251
Кочергин Н.Г. 59
Кочкина Г.А. 5
Кошелева И.В. 59
Кошкин С.В. 160, 215
Кошкин Ю.С. 215
Кравченко С.К. 96
Кременецкая А.М. 96
Криницына Ю.М. 128, 251
Кудрявцева Е.Л. 268
Кузнецова Н.П. 137
Кузьмин Д.Е. 75
Кулагин В.И. 41, 216, 277
Кулагина Л.М. 261
Кулаков М.Я. 24, 26
Кулько А.Б. 74, 75
Кунакбаева Т.С. 46, 116, 119
Курбатова И.В. 40
Курдина М.И. 222
Курышова И.В. 235

Л

Лавренова В.Н. 75
Лаврентьев А.А. 20
Лапшина Т.П. 40, 41
Латыпов А.Б. 49, 59
Лебедева Т.Н. 89
Левченко Т.С. 194
Лепихина Д.Н. 77
Лесовой В.С. 24
Лещенко В.М. 40, 224, 252
Лещенко Г.М. 224, 252

Липницкий А.В. 24, 26, 32
Литвинов Д.В. 88
Ловачева О.В. 74
Логинов Л.П. 254
Локшина И.М. 68
Ломоносов К.М. 219, 259
Лукина Н.М. 247
Луполь Ю.В. 112
Лыкова С.Г. 220
Любимова Л.С. 96
Ляшко А.К. 123, 222, 237

М

Майоров Г.А. 254
Макаренко Л.А. 222
Максимова Ю.В. 121
Маликов В.Е. 28, 29
Малова Т.А. 223
Масчан А.А. 88
Масчан М.А. 88
Матушевская Е.В. 224, 252
Махновец Е.Н. 226
Мельник Е.А. 93
Мельникова Н.В. 70
Меньшикова Е.Д. 254
Минакова И.В. 57
Мирзабалаева А.К. 72, 161
Митиш Н.Е. 96
Митрохин С.Д. 75
Михайлова Е.А. 96
Мишина Ю.В. 35, 229
Моисеева Ю.М. 200
Мокина Е.В. 264, 266, 268
Молочков В.А. 192
Морозенко Н.В. 261
Моррисон А.В. 235
Мукажанов М. 64
Муравьева В.В. 153

Н

Нагорная С.С. 93
Наджарян К.Т. 39
Немировская Л.Н. 93
Немчианова О.Б. 228
Никифорова Е.В. 35
Никулин Н.К. 229
Новицкая И.В. 26, 32

Новицкая Н.Н. 51, 231
Новичкова Г.А. 88
Новоселов А.Ю. 115
Новосельцева И.С. 56

О

Озерская С.М. 5
Ольховская К.Б. 236
Оркин В.Ф. 235
Орлов Е.В. 204
Осипов Г.А. 163
Осипян Л.Л. 166

П

Павленко Л.Б. 200
Павлова Г.В. 252
Паровичникова Е.Н. 96
Пашкевич В.И. 206
Перламутров Ю.Н. 168, 236
Першина Г.Д. 98
Петрасюк О.А. 4, 194
Петренко О.С. 220
Петрова Н.А. 96
Подгорная Р.В. 200
Полякова Ж.А. 20
Попов С.Д. 91
Прилепская В.Н. 153
Птицин С.А. 96
Пушкарь В.Г. 26
Пятикоп И.А. 213

Р

Разнатовский К.И. 72, 123, 222,
237
Рахматов А.А. 125
Рахматов А.Б. 125, 239
Рахматов Т.П. 125, 239
Редько Р.В. 202
Ремнев В.К. 53
Решетникова Т.Б. 241
Романова Л.К. 261
Руденко А.В. 7, 242
Рудько А.П. 195
Рукавицын О.А. 100
Рукавишникова В.М. 53, 245
Рыбальская А.П. 93

Рязанцев И.В. 56

С

Савенков В.В. 279
Савченко В.Г. 96
Савченко Н.В. 266, 268
Сайлауова К.С. 247
Саркисов К.А. 9
Саркисян Э.Ю. 166
Сергеев А.Ю. 15, 264, 266, 268
Сергеев В.Ю. 264
Сергеев Ю.В. 264, 266, 268
Сергеева И.Г. 128, 251
Сизов И.Е. 155
Сизова И.Д. 155
Скачкова Н.К. 93
Скворцова Ю.В. 88
Скоробогатова Е.В. 88
Скрипкин Ю.К. 252
Слугин В.С. 11
Смирнов А.И. 65
Смирнов С.В. 254
Соболев А.В. 81
Соколова Т.В. 56, 57, 105
Соловьёв А.М. 236
Спицын В.А. 115
Становая О.В. 24
Степанова Ж.В. 115
Стерлигова Н.Д. 40
Столярова О.Н. 163
Ступин А.В. 260
Суворов А.П. 131
Суколин Г.И. 140
Суколин Г.И. 133
Султанбаева А.Ю. 59
Султанбекова Г.Б. 42
Сундукова И.О. 142, 144

Т

Тамразова О.Б. 113
Тер-Степанян М.М. 71
Терханова И.В. 135
Тимаков А.М. 98
Тихоновская И.В. 256
Толчина Л.В. 59
Толыбекова А.А. 119
Томсинская С.В. 171

Томсинский А.А. 171
Трахтман П.Е. 88
Тулупова Е.В. 98
Туманян А.А. 252
Тымчишина М.В. 222

У

Убайдуллаев З.Х. 239
Умбетьярова Л.Б. 136, 257
Уразбаева А. 64
Уразбаева А.С. 152, 168

Ф

Федоровская Е.А. 93
Федотов В.П. 135, 156
Фещенко Н.В. 206
Фёдоров А.Б. 100
Фролова Н.А. 14

Х

Ханис А.Ю. 11
Харазова Л.В. 98
Хисматуллина З.Р. 59, 258
Хорошко Н.Д. 96

Ц

Цой М.Р. 38, 174
Цыкин А.А. 219, 259
Цыренова С.А. 137

Ч

Чазова Н.Л. 70
Чермных Т.В. 215
Чернова Н.И. 168
Чернявская М.Г. 266, 268
Черняева Л.Е. 51
Чистякова Т.В. 155, 188, 224
Чуприн А.Е. 263
Чуприна О.Н. 42

Ш

Шабогина А.А. 131
Шакуров И.Г. 204
Шакурова А.И. 204
Шаповалова Ф.С. 113

Шафранская Т.В. 256
Шахламов М.В. 254
Шахмарданова Ж.К. 169
Шебашова Н.В. 35, 229
Шевяков М.А. 72, 81, 82
Шелепин Ю.В. 171
Шерстобитова О.В. 35
Шипицына И.П. 88
Шурпицкая О.А. 161

Ю

Юцковская И.А. 260
Юцковский А.Д. 260, 261

Я

Яковлев А.Б. 133, 140, 216
Якубович А.И. 51, 83, 137, 231,
263
Яровая Н.Ю. 70

СОДЕРЖАНИЕ

Глава 1.

Биологическое разнообразие патогенных грибов и этиология микозов

Значимость грибов <i>Trichophyton rubrum</i> в этиологии микозов стоп в Республике Башкортостан. <i>Гафаров М.М., Гущина Р.Г., Петрасюк О.А., Абдуль Ваиль</i>	4
Видовое разнообразие патогенных грибов в коллекциях культур. <i>Озерская С.М., Кочкина Г.А., Иванушкина Н.Е.</i>	5
Компонентный состав микотических ассоциаций, обнаруживаемых у больных онихомикозом. <i>Руденко А.В., Волощук Е.М., Глухенький Б.Т.</i>	7
К вопросу об этиологической структуре и специфической профилактике зоонозной трихофитии, поражающей верблюдов в хозяйствах республики Казахстан. <i>Саркисов К.А.</i>	9
Зооантропофильные дерматофиты, поражающие наружные покровы плотоядных пушных зверей. <i>Слугин В.С., Ханис А.Ю.</i>	11
Частота выявления грибов рода <i>Candida</i> при дисбактериозе кишечника у детей раннего возраста с аллергическим дерматитом. <i>Фролова Н.А.</i>	14
Дерматофиты: биологическое разнообразие и эволюция патогенности. <i>Евсенок М.С., Сергеев А.Ю.</i>	15

Глава 2.

Совершенствование методов лабораторной диагностики грибковых заболеваний человека

Пути совершенствования диагностики и лечения отравлений ядовитыми грибами. <i>Лаврентьев А.А., Полякова Ж.А.</i>	20
Оценка иммунологических методов выявления <i>in vivo</i> антигенов возбудителя кокцидиоидомикоза. <i>Лесовой В.С., Гришина М.А., Липницкий А.В., Становая О.В., Кулаков М.Я.</i>	24
Изучение возможностей создания эритроцитарного диагностикума на основе группо- и видоспецифических гистоплазмозных антител. <i>Липницкий А.В., Новицкая И.В., Кулаков М.Я., Пушкарь В.Г.</i>	26
Информативность методов лабораторной диагностики онихомикозов. <i>Маликов В.Е.</i>	28
Аспекты лабораторной диагностики кандидоза в условиях многопрофильного стационара. <i>Маликов В.Е., Колупаев В.Е., Жарикова Н.Э.</i>	29
Иммуноферментный анализ как метод диагностики особо опасных микотических инфекций. <i>Новицкая И.В., Липницкий А.В., Антонов Ю.В., Дурихина Е.К.</i>	32

Роль грибов рода *Candida* при поражении кожи и ногтевых пластинок.
Новые подходы к диагностике и лечению.

*Шебашова Н.В., Клеменова И.А., Мишина Ю.В., Воронова Н.Ю.,
Никифорова Е.В., Жукова Г.И., Шерстобитова О.В.*.....35

Глава 3. Эпидемиология микозов в Российской Федерации и сопредельных странах

Эпидемиологический скрининг грибковых заболеваний в Узбекистане. <i>Абидова З.М., Цой М.Р.</i>	38
Выявляемость микозов в практике работы отделения медицинских осмотров. <i>Богущ П.Г., Наджарян К.Т.</i>	39
Эпидемиологический контроль микобиоты при дерматомикозах. <i>Богущ П.Г., Лещенко В.М., Кириллова Н.Н., Лапшина Т.П., Курбатова И.В., Бондарев И.М., Стерлигова Н.Д.</i>	40
Управление эпидемическим процессом при микроспории в г. Москве. <i>Бондарев И.М., Кулагин В.И., Лапшина Т.П.</i>	41
Анализ эпидемиологической ситуации по заболеваемости дерматомикозами в Южно-Казахстанской области Республики Казахстан. <i>Егизбаев М.К., Султанбекова Г.Б., Чуприна О.Н.</i>	42
Низшие микромицеты и вызываемые ими микозы – беспокойная проблема недалёкого будущего. <i>Елинов Н.П.</i>	44
Состояние и общие тенденции проблемы микозов стоп в Казахстане. <i>Кунакбаева Т.С.</i>	46
Изучение современных особенностей эпидемиологии зооантропонозной трихофитии в Республике Башкортостан. <i>Латыпов А.Б.</i>	49
Социально-эпидемиологическая характеристика больных микроспорией, находившихся на стационарном лечении в микологическом отделении. <i>Новицкая Н.Н., Якубович А.И., Черняева Л.Е., Беймуратова Э.Г.</i>	51
Угрожает ли нам трихофития – хорошо забытая старая болезнь? <i>Рукавишников В.М., Ремнев В.К., Ильченко Л.С.</i>	53
Заболеваемость микозами кожи военнослужащих по призыву и курсантов МО РФ. <i>Соколова Т.В., Гладыко В.В., Григорян С.А., Рязанцев И.В., Новосельцева И.С.</i>	56
Региональные особенности распространенности кандидозной инфекции у женщин в Республике Кыргызстан. <i>Соколова Т.В., Минакова И.В., Альджамбаева И.Ш.</i>	57
Эпидемиология зооантропонозной трихофитии в Республике Башкортостан. <i>Султанбаева А.Ю., Латыпов А.Б., Хисматуллина З.Р.</i>	59

Дерматологическое обследование иностранных студентов, приезжающих на учебу в Россию.

Толчина Л.В., Кочергин Н.Г., Кошелева И.В.59

Глава 4.

Микозы в общеклинической практике

Ассоциированные инфекции урогенитального тракта у женщин.

*Акышбаева К.С., Калоиди И.А., Джусупгалиева М.Х.,
Аширова А., Уразбаева А., Мукажанов М.*64

К вопросу о резистентности кандидемии в отделении реанимации интенсивной терапии (ОРИТ).

Багдатыев В.Е., Бурова С.А., Смирнов А.И.65

Особенности кишечного биоценоза при фарингомикозах, вызванных мицелиальными микромицетами.

Буркутбаева Т.Н., Костенко В.В.66

Редкие микозы – возрастающая проблема.

Бурова С.А., Локшина И.М.68

Морфологическая диагностика грибковых инфекций

у пациентов раком легкого. *Галил-Оглы Г.А., Алипченко Л.А.,
Берцанская А.М., Чазова Н.Л., Яровая Н.Ю., Мельникова Н.В.*70

Определение роли грибов рода *Candida* в развитии внутриутробных внутрибольничных инфекций у рожениц и новорожденных.

*Карапетян Т.А., Амбардзюмян А.Дз., Арутюнян К.Э.,
Тер-Степанян М.М., Бегларян Г.А., Абрамян Р.С.*71

Микотические осложнения у пациентов,

длительно получающих системные глюкокортикостероиды.

*Котрехова Л.П., Гудкова Ю.И., Мирзабалаева А.К., Долго-Сабурова Ю.В.,
Шевяков М.А., Разнатовский К.И., Климко Н.Н.*72

Итраконазол в суспензии в терапии инфекций дыхательных путей, вызванных грибами рода *Candida*, у больных туберкулезом легких.

Кулько А.Б., Корниченко И.И., Ловачева О.В.74

Бронхолегочные инфекции, вызванные грибами рода *Candida*, во фтизиатрической практике.

Кулько А.Б., Митрохин С.Д., Кузьмин Д.Е., Лавренова В.Н.75

Компьютерная томография в диагностике

и дифференциации пневмомикозов. *Лепихина Д.Н.*77

Грибковая инфекция мочевых путей (ИМП). *Перепанова Т.С.*79

Профилактика обострений хронической крапивницы, ассоциированной с кишечным дисбиозом.

Соболев А.В., Шевяков М.А., Богданов А.В., Кирьянова В.В.81

Профилактика Пимафуцином кандидоза кишечника у получающих антибиотикотерапию. *Шевяков М.А., Колб З.К.*82

Частота выявления кандидозной инфекции

у больных со смешанными урогенитальными инфекциями.

Якубович А.И., Баранчук Н.И., Кондратьева Е.С., Другова М.А.83

Глава 5.

Оппортунистические и инвазивные микозы в онкологии, гематологии, трансплантологии и при ВИЧ-инфекции

Опыт применения липидного комплекса амфотерицина В у онкогематологических пациентов. <i>Балашов Д.Н., Трахтман П.Е., Новичкова Г.А., Скоробогатова Е.В., Масчан М.А., Литвинов Д.В., Шипицына И.П., Дышлева З.М., Скворцова Ю.В., Масчан А.А.</i>	88
Кандидоз слизистых пищеварительного тракта у больных гемобластозами. <i>Баранцевич Е.П., Баранцевич Н.Е., Лебедева Т.Н.</i>	89
Генерализованный зигомикоз у ребенка с лейкозом. <i>Колбин А.С., Бойченко Э.Г., Попов С.Д., Ильина Н.А., Аравийский Р.А., Клишко Н.Н.</i>	91
Возможности ранней диагностики и профилактики кандидозов у больных острой лейкемией. <i>Рыбальская А.П., Немировская Л.Н., Скачкова Н.К., Мельник Е.А., Нагорная С.С., Горяинова Н.В., Федоровская Е.А.</i>	93
Инвазивный аспергиллез легких в гематологической практике. <i>Клясова Г.А., Петрова Н.А., Готман Л.Н., Паровичникова Е.Н., Михайлова Е.А., Хорошко Н.Д., Кременецкая А.М., Кравченко С.К., Птицин С.А., Любимова Л.С., Митиш Н.Е., Галстян Г.М., Савченко В.Г.</i>	96
Инвазивный аспергиллез в практике отделений детской гематологии и неонатологии. <i>Тулупова Е.В., Бронин Г.О., Харазова Л.В., Высоцкая Т.А., Тимаков А.М., Кондратчик К.Л., Першина Г.Д., Буслаева Г.Н.</i>	98
Применение препарата «Микосист» для профилактики постцитостатических грибковых осложнений у больных лимфопролиферативными заболеваниями. <i>Фёдоров А.Б., Рукавицын О.А.</i>	100
Кандидоз полости носа и придаточных пазух при вич-инфекции и СПИД. <i>Бессараб Т.П., Егерева Е.В.</i>	102
Тяжелые кандидозные поражения в структуре оппортунистических инфекций у больных СПИДом. <i>Ермак Т.Н.</i>	104
Микозы кожи и слизистых оболочек у ВИЧ-инфицированных лиц призывного возраста в Ульяновском регионе. <i>Ибрагимов Л.Э., Гладько В.В., Соколова Т.В.</i>	105
Кандидоз кожи и слизистых оболочек у больных СПИДом в Ульяновской области. <i>Ибрагимов Л.Э.</i>	107

Глава 6.

Микозы в дерматологии — от изучения клинических особенностей к новым концепциям патогенеза

Пузырный дерматоз пециломикозной этиологии. <i>Ахунов В.М.</i>	110
Роль микотической инфекции при красном плоском лишае. <i>Дымо В.Н.</i>	110

Микозы стоп и рожа нижних конечностей у военнослужащих. <i>Карпов В.В., Луполь Ю.В., Исламов В.Г.</i>	112
Онихомикозы у детей. <i>Корсунская И.М., Климова И.Я., Шаповалова Ф.С., Тамразова О.Б.</i>	113
Изучение роли генетических факторов в патогенезе онихомикоза. <i>Новоселов А.Ю., Степанова Ж.В., Спицын В.А.</i>	115
Клинико-эпидемиологические особенности течения микозов стоп у лиц с сопутствующей сосудистой патологией нижних конечностей. <i>Кунакбаева Т.С.</i>	116
Особенности клинического течения микозов стоп с онихомикозами у больных сахарным диабетом и диабетической ангиопатией нижних конечностей. <i>Кунакбаева Т.С., Тольбекова А.А., Балтеева Ш.Р.</i>	119
Грибковые инфекции при ихтиозах. <i>Максимова Ю.В.</i>	121
Оценка микроциркуляторных нарушений у больных с различными формами дерматомикозов (онихомикозов). <i>Разнатовский К.И., Ляшко А.К.</i>	123
Современные проблемы ониходистрофий. <i>Рахматов А.Б., Рахматов Т.П., Рахматов А.А.</i>	125
Руброфития у новорожденных. <i>Рукавишникова В.М.</i>	126
Микозы при инволютивно-дистрофических изменениях в коже, алгоритмы рациональной фармакотерапии. <i>Сергеева И.Г., Криницына Ю.М., Котюков А.А.</i>	128
Случай сочетанного поражения кожи грибковой инфекцией и витилиго. <i>Суворов А.П., Шабогина А.А.</i>	131
Ариевич Абрам Михайлович – выдающийся отечественный миколог. <i>Суколин Г.И., Яковлев А.Б.</i>	133
Особенности патогенеза и терапии онихомикозов у лиц пожилого возраста с сердечно-сосудистой и нервной патологией. <i>Терханова И.В., Федотов В.П.</i>	135
Клинические особенности течения микозов стоп и кистей. <i>Умбетьярова Л.Б.</i>	136
Случай мицетомы стопы (клиническое наблюдение). <i>Цыренова С.А., Якубович А.И., Кузнецова Н.П., Илюхина Е.Ю.</i>	137
Клинические варианты ониходистрофии после лечения онихомикоза тербинафином. <i>Яковлев А.Б., Суколин Г.И.</i>	140
Клинические особенности и характеристики роста ногтей при онихомикозе на фоне сочетанной патологии и в ходе комплексной терапии с применением «Детралекса». <i>Сундукова И.О.</i>	142
Исследование микроциркуляции у больных онихомикозом стоп при сочетанной патологии и в процессе лечения «Детралексом». <i>Сундукова И.О.</i>	144
Роль патологии сосудов в патогенезе онихомикозов и их терапия. <i>Васенова В.Ю., Бутов Ю.С.</i>	147

Глава 7.

Вульвовагинальный кандидоз — этиология, клиничко-патогенетические особенности и новые подходы к терапии

Факторы риска вагинального кандидоза у женщин с сахарным диабетом. <i>Адилова Л.М.</i>	150
Частота нарушений углеводного обмена у женщин, страдающих вагинальным кандидозом. <i>Адилова Л.М.</i>	151
Трихомонадно-кандидозно-микоплазменные инфекции у женщин, обратившихся в семейные врачебные амбулатории. <i>Акышбаева К.С., Джусупгалиева М.Х., Уразбаева А.С., Аширова А.</i>	152
Эффективность и приемлемость препарата «Орунгал» при лечении вульвовагинального кандидоза. <i>Байрамова Г.Р., Муравьева В.В., Прилепская В.Н., Анкирская А.С.</i>	153
Применение суппозиториев «Нео-Пенотран» в лечении кандидозного вульвовагинита. <i>Богуш П.Г., Важбин Л.Б., Чистякова Т.В., Сизова И.Д., Сизов И.Е.</i>	155
Механизмы развития урогенитального кандидоза и методы терапии его с использованием пимафуцина. <i>Гарбузов Д.А., Федотов В.П.</i>	156
Опыт применения препарата «Нео-пенотран» в терапии острого и хронического урогенитального кандидоза. <i>Кальменсон В.В.</i>	158
Необходимость применения микофлюкана после антибактериальной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза. <i>Кошкин С.В., Зонов О.А.</i>	160
Особенности клинического течения хронического рецидивирующего кандидоза гениталий, обусловленного штаммами грибов <i>Candida</i> , резистентными к азольным препаратам. <i>Мирзабалаева А.К., Долго-Сабурова Ю.В., Колб З.К., Шурпицкая О.А., Выборнова И.В., Васильева Н.В., Богомолова Т.С., Климко Н.Н.</i>	161
Кандида и другие микроскопические грибы в количественном соотношении с бактериями при хронических вагинитах. <i>Осипов Г.А., Столярова О.Н., Бойко Н.Б.</i>	163
Сопутствующие микроорганизмы при вагинальном кандидозе.....	166
<i>Осипян Л.Л., Абрамян Р.А., Абрамян Л.Р., Саркисян Э.Ю.</i>	166
Микомакс в комплексной терапии смешанных инфекций. <i>Перламутров Ю.Н., Чернова Н.И.</i>	168
Урогенитальный кандидоз у женщин, обращающихся в женские консультации. <i>Уразбаева А.С.</i>	168
«Орунгал» в лечении кандидозных вульвовагинитов. <i>Шахмарданова Ж.К., Айткулова В.Р.</i>	169
Применение озонотерапии в комплексном лечении вагинального кандидоза. <i>Шелепин Ю.В., Томсинский А.А., Томсинская С.В.</i>	171

Глава 8.

Лечение и профилактика наиболее распространенных поверхностных микозов

Тербизил в лечении онихомикоза стоп. <i>Абидова З.М., Исмаилова Г.А., Цой М.Р.</i>	174
Комплексный подход к лечению микозов стоп и онихомикозов у больных сахарным диабетом. <i>Абидова З.М., Абдурахманова Н.А.</i>	174
Уменьшение потливости ног – важный шаг на пути к предотвращению микозов. <i>Альбанова В.И.</i>	176
Оценка эффективности мирамистина <i>in vitro</i> на культурах клинически значимых дрожжевых грибов. <i>Арзумян В.Г., Кириченко И.М.</i>	180
Терапевтическая тактика при микозах, сочетанных с другими дерматозами. <i>Белоусова Т.А., Горячкина М.В.</i>	183
Профилактика и лечение бактериально-грибковых инфекций в хирургической практике с помощью мирамистина. <i>Блатун Л.А.</i>	185
Низорал крем в лечении микотических вульвовагинитов и баланопоститов у больных с остроконечными кондиломами. <i>Богуш П.Г., Важбин Л.Б., Чистякова Т.В., Богуш И.Г., Ватутина Н.А.</i>	188
К вопросу о патогенетическом лечении трофических язв у больных сахарным диабетом. <i>Бурова С.А.</i>	189
Терапия онихомикозов. <i>Васенова В.Ю., Бутов Ю.С.</i>	190
Мирамистин в комплексном лечении больных с инфекционными заболеваниями кожи и слизистых. <i>Винцарская Г.А., Кириченко И.М., Молочков В.А.</i>	192
Опыт лечения хромомикоза. <i>Гафаров М.М., Левченко Т.С., Петрасюк О.А., Абдуль Камаль Ваиль</i>	194
«Космецевтика 911» – залог здоровой кожи. <i>Годун О.В., Рудько А.П., Кириченко Н.А.</i>	195
Комплексная терапия малассезиоза кожи. <i>Горбунцов В. В.</i>	196
Цитросепт в последовательной комбинированной терапии онихомикозов. <i>Горская Е.И.</i>	199
Тербизил в лечении онихомикозов. <i>Грашкина И.Г., Горчаков Д.А., Грашкин В.А., Павленко Л.Б., Подгорная Р.В., Моисеева Ю.М.</i>	200
Румикоз в лечении грибковых заболеваний гладкой кожи. <i>Дубенский В.В., Редько Р.В., Гармонов А.А.</i>	202
Оптимизация комбинированной терапии онихомикозов кистей и стоп путем использования аппаратной чистки ногтевого ложа. <i>Дукович Е.В., Шакуров И.Г., Орлов Е.В., Шакурова А.И.</i>	204
Рациональная терапия микотической инфекции у больных псориазом. <i>Евсеев И.А., Пашкевич В.И., Феценко Н.В.</i>	206

Опыт применения препарата «Ороназол» при лечении микроспории. <i>Зайцева Я.С., Кошкин С.В., Чермных Т.В.</i>	208
Клинический опыт применения фунготербина (крем и таблетки) в терапии микозов. <i>Зорин А.Н.</i>	210
Грибковые поражения кожи и возможности их лечения мирамистином. <i>Катушевич Я.Ф., Пятикоп И.А.</i>	213
Интермиттирующая методика терапии онихомикозов с использованием экзифина. <i>Кошкин С.В., Зонов О.А., Чермных Т.В., Кошкин Ю.С.</i>	215
Комбинированная терапия онихомикозов с применением препарата «Экзифин» (тербинафин). <i>Кулагин В.И., Яковлев А.Б.</i>	216
Роль неовира в терапии микозов кожи. <i>Ломоносов К.М., Цыкин А.А.</i>	219
Комбинированная терапия онихомикоза стоп – рациональный выбор. <i>Лыкова С.Г., Петренко О.С.</i>	220
Комплексное лечение онихомикозов, обусловленных красным трихофитомом с использованием аппаратного педикюра. <i>Ляшко А.К., Разнатовский К.И.</i>	222
Системное лечение онихомикозов у лиц пожилого и старческого возраста. <i>Макаренко Л.А., Тымчишина М.В., Курдина М.И.</i>	222
К оптимизации наружной терапии себореи волосистой части головы. <i>Малова Т.А.</i>	223
Акридерм ГК в терапии осложненных форм дерматомикозов. <i>Матушевская Е.В., Богуш П.Г., Леценко В.М., Чистякова Т.В., Леценко Г.М.</i>	224
Эффективность применения бинафина (тербинафина) в лечении микозов гладкой кожи у детей. <i>Махновец Е.Н., Вылегжанина О.А.</i>	226
Комбинированная терапия онихомикозов у больных с сахарным диабетом. <i>Немчанинова О.Б.</i>	228
Эффективность Бинафина в терапии грибковых заболеваний кожи и ногтей. <i>Никулин Н.К., Шебашова Н.В., Мишина Ю.В.</i>	229
Современные подходы к профилактике и лечению грибковых поражений кожи и ногтей у подростков и молодежи. <i>Новицкая Н.Н., Якубович А.И., Долженицына Н.А., Кондратьева Е.С., Баранчук Н.И., Кенцовская И.М.</i>	231
Отдаленные результаты лечения больных онихомикозом методом ламизил-магнитофореза в сочетании с системным антимикотиком. <i>Оркин В.Ф., Грашкина И.Г., Грашкин В.А., Мясникова Т.Д., Горчаков Д.А., Павленко Л.Б., Подгорная Р.В., Моисеева Ю.М.</i>	233
Споробактерин в комплексной терапии микроспории волосистой части головы. <i>Оркин В.Ф., Моррисон А.В., Завьялов А.И., Курышова И.В.</i>	235
Комплексное лечение больных кандидозным баланитом и баланопоститом. <i>Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б., Соловьёв А.М.</i>	236

Тербизил в комплексном лечении онихомикозов. <i>Разнатовский К.И., Ляшко А.К.</i>	237
Применение 8% раствора циклопирокса у больных онихомикозами. <i>Рахматов А.Б., Убайдуллаев З.Х., Рахматов Т.П.</i>	239
Современный подход к лечению онихомикозов. <i>Рахматов А.Б., Рахматов Т.П., Убайдуллаев З.Х.</i>	239
Влияние полиоксидония на частоту микотических осложнений у больных истинной акантолитической пузырчаткой. <i>Решетникова Т.Б.</i>	241
Новые подходы к лечению онихомикозов. <i>Руденко А.В., Коваль Э.З., Волощук Е.М.</i>	242
Отечественные генерики ламизила в микологической практике. <i>Рукавишников В.М.</i>	245
Применение бетадина в терапии атопического дерматита с сопутствующей микотической экземой. <i>Сайлауова К.С., Есенгареева З.Б., Лукина Н.М., Абдушкурова А.М.</i>	247
Орунгал в терапии микотических инфекций у детей. <i>Свечникова Н.Н., Девизорова О.В., Карпова А.В.</i>	249
Мазь микозорал в терапии микозов кожи. <i>Сергеева И.Г., Криницына Ю.М., Котюков А.А.</i>	251
Румикоз в лечении больных онихомикозами. <i>Скрипкин Ю.К., Богуш П.Г., Матушевская Е.В., Лещенко В.М., Павлова Г.В., Лещенко Г.М., Туманян А.А.</i>	252
Опыт использования антисептика мирамистина в профилактике и лечении грибково-бактериальных осложнений у ожоговых больных. <i>Смирнов С.В., Майоров Г.А., Логинов Л.П., Дементьева И.В., Шахламов М.В., Меньшикова Е.Д.</i>	254
Тербинафин в терапии микроспории волосистой части головы и гладкой кожи. <i>Тихоновская И.В., Адаскевич В.П., Шафранская Т.В.</i>	256
К вопросу об этиологии микозов стоп. <i>Умбетьярова Л.Б.</i>	257
Об иммунокоррекции зооантропонозной трихофитии. <i>Хисматуллина З.Р.</i>	258
Комплексное лечение онихомикозов. <i>Цыкин А.А., Ломоносов К.М.</i>	259
Системные антимикотики в практике врача миколога. <i>Юцковская И.А., Юцковский А.Д., Ступин А.В.</i>	260
Оптимизация терапии микроспориоза. <i>Юцковский А.Д., Морозенко Н.В., Кулагина Л.М., Романова Л.К.</i>	261
Применение микосиста у больных рецидивирующим кандидозным баланопоститом. <i>Якубович А.И., Чуприн А.Е.</i>	263
Сетевой проект Gribok.RU: перспективы информационной профилактики онихомикозов. <i>Сергеев А.Ю., Сергеев В.Ю., Мокина Е.В., Бучинский О.И., Сергеев Ю.В.</i>	264

К вопросу о выборе лекарственной формы для профилактики и лечения микозов стоп. <i>Чернявская М.Г., Савченко Н.В., Мокина Е.В., Бучинский О.И., Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю.</i>	266
Новые средства наружной терапии микозов. <i>Мокина Е.В., Сергеев Ю.В., Чернявская М.Г., Савченко Н.В., Кудрявцева Е.Л., Сергеев А.Ю.</i>	268

Глава 9. Актиномикоз

Актиномикоз в практике гинекологов. <i>Бурова С.А.</i>	272
Микозы и псевдомикозы различных локализаций. <i>Бурова С.А.</i>	273
Распространение актиномицет в природе и методы их выделения. <i>Егорова Т.П.</i>	274
Актинолизат и другие иммуномодуляторы в клинической практике. <i>Карелин Д.А.</i>	275
Особенности развития и лечения актиномикоза. <i>Кулагин В.И., Бурова С.А.</i>	277
Обоснованность иммунотерапии актинолизатом больных хроническими гнойными заболеваниями кожи. <i>Савенков В.В.</i>	279
Именной указатель.....	280

Научное издание

Успехи медицинской микологии

под общей научной редакцией
Ю.В. Сергеева

Том VI

Издательство «Национальная академия микологии»
<http://www.mycology.ru>

Подписано в печать 27.02.2005 г. Формат 60x90/16.
Печать офсетная. Печ. л. 18,5. Тираж 900 экз