

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЭКЗОДЕРИЛ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ.

Абсалямова Н.Н., Фахретдинова Х.С., Курбатов С.С.

Башкирский государственный медицинский университет

Уфа

На сегодняшний день микроспория является одной из наиболее распространенных грибковых инфекций среди детского населения в Республике Башкортостан. Несмотря на некоторое снижение (2005 г. – 27,0 случаев на 100 тыс. населения, в 2008 г. – 23,7) заболеваемость микроспорией в республике остается на высоком уровне. Единственным возбудителем микроспории в РБ является *M.canis*. За последние 5 лет отмечается увеличение числа больных инфильтративной, нагноительной и диссеминированными формами заболевания, представляющими определенные трудности в лечении таких больных. Длительность сроков лечения оставляет актуальным поиск новых препаратов для терапии больных микроспорией. Целью работы явилось изучение эффективности лечения микроспории препаратом Экзодерил. Материалы и методы. Сравнительный анализ результатов лечения больных микроспорией экзодерилом и традиционным методом.

Длительное применение гризеофульвина приводит к угнетению Т-клеточного звена иммунитета, снижению неспецифической резистентности, что в ряде случаев вызывает развитие стрепто- и стафилодермий в очагах микроспории. По литературным данным (Рукавишников В.М., Суколин Г.И., Куклин В.Т.) действующее вещество – нафтифин вызывает гибель грибковой клетки, подавляя ключевой фермент стерольного синтеза – грибковую сквален-2,3-эпоксидазу. Кроме того, под его влиянием усиливаются фагоцитоз и вну триклеточный киллинг грибов нейтрофилами. Благодаря выраженным противовоспалительным свойствам его действие можно сравнивать с эффектом, наблюдаемым при применении антифунгальных препаратов в комбинации с кортикостероидными средствами. Достоинством этого антимикотического антибиотика является его способность проникать в роговой слой кожи без специальных пенетрантов. После однократного нанесения препарата его терапевтическая концентрация в отношении дерматофитов сохраняется в течение суток. Учитывая противогрибковое свойство препарата Экзодерил из группы аллиламинов (производится в Австрии по заказу фирмы Sandoz), обладающего также и выраженным противовоспалительным, антибактериальным действиями было проведено лечение больных микроспорией.

Под наблюдением находились 27 больных микроспорией волосистой части головы и 8 - с поражением гладкой кожи. Контрольную группу составили соответственно 26 и 7 больных. В качестве системного антимикотика в обеих группах был применен гризеофульвин в стандартной дозировке. Для наружной терапии в первой группе использовался 1% раствор экзодерила, который наносился на очаг микоза 1 раз в сутки. Для устранения сухости кожи и удаления чешуек 2 раза в неделю назначали 2% салициловую мазь. В контрольной группе очаги на голове смазывали утром 2% настойкой йода, вечером – 10% серно-дегтярной, на гладкой коже - 33% серной мазями. Отмечена хорошая переносимость раствора экзодерила. Клинико-микологическое излечение достигнуто у всех наблюдавшихся больных: при микроспории волосистой части головы: при применении экзодерила на $28 \pm 1,34$ день лечения, в контрольной- на $31 \pm 1,1$ день (результаты статистически достоверны ($p > 0,05$)). При лечении раствором экзодерила больных микроспорию гладкой кожи клиническое выздоровление в очагах наступало на 2-3 дня раньше, чем в контрольной, сроки элиминация гриба в наблюдаемой группе наступала на 1,21 день раньше, чем в контрольной (результаты статистически недостоверны). Хотелось бы отметить удобство применения раствора Экзодерил – он наносится один раз в сутки, не пачкает белье, не обладает неприятным запахом.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КЕРАТОЛИТИЧЕСКОЙ МАЗИ С МОЧЕВИНОЙ 30 %

Альбанова В.И.

ЗАО «Ретиноиды»

Москва

Цель: оценить клиническую эффективность мази с мочевиной 30 % на эмульсионной основе при заболеваниях кожи стоп и ногтей.

Материалы и методы: Для решения задачи лучшего проникновения через роговой слой противогрибковой мази у 15 больных сквамозно-гиперкератотической формой руброфитии стоп в течение двух недель на кожу подошв один раз в день наносили мазь с мочевиной

30 %, а через 30 минут те же участки смазывали противогрибковым кремом низорал. Для улучшения результатов удаления подошвенных бородавок жидким азотом мазь с мочевиной 30 % назначали 2 раза в день 3-7 дней 2 детям и 7 взрослым, после чего проводилась однократная аппликация жидкого азота. Для облегчения подрезания ногтевых пластинок мазь с мочевиной 30 % назначали 5 больным с вросшим ногтем, 10 пациентам с грибковыми поражениями ногтей по гипертрофическому типу (онихомикозами), 28 – с утолщением ногтей негрибкового происхождения (ониходистрофия), деформациями (в результате травмы и/или возрастных изменений) и конституциональной твердостью ногтевых пластинок. До лечения и после его окончания оценивали показатели клинического и биохимического анализов крови.

Результаты: При грибковых заболеваниях стоп через 2 недели клиническое выздоровление отмечалось у 100%, а патогенные грибы выявлялись у 20% больных. Спустя месяц после окончания лечения клиническое излечение, подтвержденное лабораторными данными, наблюдалось у всех больных. В результате применения мази у больных с бородавками уменьшалось ороговение, что облегчало их удаление, прекращались боли при ходьбе у пациентов с локализацией бородавок на подошвах. Гигиеническая обработка деформированных ногтей (подрезание) в результате применения мази облегчалась, боли при вросшем ногте уменьшались. Больные могли без усилий удалять отросшую часть ногтевых пластинок с помощью щипцов или ножниц и подпиливать ногти сверху. При этом уменьшение толщины ногтевых пластинок сделало возможным чувствовать себя более комфортно в обуви. Побочных эффектов или отклонений в показателях клинического и биохимического анализов крови не было, что свидетельствует о безопасности терапии.

Выводы: исследование показало что мазь с мочевиной 30 % обладает выраженным кератолитическим действием, может применяться при заболеваниях кожи с избыточным ороговением, для размягчения кожи и удаления роговых наслоений при бородавках (перед удалением) и грибковых заболеваниях, облегчения подрезания ногтей

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Балдина Т.Н., Троицкая С.Ю., Томилова Е.Н.

*Российский государственный медицинский университет имени Н.И. Пирогова
Москва*

Одним из факторов, определяющих исход лечения гнойно-некротических поражений стопы (ГНПС) у больных сахарным диабетом (СД), является адекватная антибактериальная терапия, однако у этого контингента больных она часто проводится без учета микрофлоры очага поражения, без учета органотропности и фармакокинетических показателей выбранного антибактериального препарата, особенностей элиминации. Некоторые авторы считают, что показанием к началу проведения антибактериальной терапии является факт наличия ГНПС у больного СД, причем продолжать ее необходимо до полного заживления раны.

Микробиологические исследования с целью идентификации возбудителя, включая неклостридиальные анаэробы, определение чувствительности его к антибиотикам, количественное определение бактерий в раневом экссудате проведено 47 больным ГНПС. Возбудителями были патогенные и условно-патогенные микроорганизмы, как аэробные и факультативно-анаэробные, так и облигатные неспорообразующие анаэробы. Общее микробное число составило от 10^3 до 10^7 микробных клеток в 1 г патогенного материала, причем у 31,9% больных оно не превышало критического уровня (10^5). В связи с тем, что количественно определяли только аэробы, можно полагать, что основную этиологическую роль здесь играли неклостридиальные анаэробы.

Анализ состава микрофлоры показал, что у 72,3% больных возбудители представлены в виде монокультур, а у остальных – в виде микробных ассоциаций. Всего выделено 136 штаммов, из которых грамположительная флора составила 56,6%, а грамотрицательная – 43,4%.

Среди представителей анаэробной раневой микрофлоры преобладали стафилококки (46,7%), эшерихии (14,9%), протей (14,8%), стрептококки (6,3%), псевдомонады (6,3%), энтеробактерии (4,2%), устойчивые в 72% к наиболее часто применявшимся антибиотикам.

Анаэробные микроорганизмы найдены у 50% обследованных. Из выделенных штаммов грамположительная флора составила 62,5%, а грамотрицательная 37,5%. В 75% неспорогенные анаэробы были в ассоциации с 1-2 видами аэробной или анаэробной флоры. Основными представителями неспорогенных анаэробов как в монокультуре, так и в ассоциациях являлись микроорганизмы рода *Bacteroides* (*Bacteroides fragilis*) и грамположительные бактерии родов *Peptococcus* и *Peptostreptococcus* (*Peptococcus constellatus*, *Peptostreptococcus parvulus*). Это подтверждает синергидное взаимодействие аэробных и анаэробных микроорганизмов при ГНПС.

Ассоциация аэробных и анаэробных микроорганизмов обуславливает ряд характерных особенностей клинического течения заболевания: выраженная интоксикация, быстрое прогрессирование некротических процессов в ране, склонность к распространению инфекции по ходу сухожильных влагалищ, характерный запах раневого отделяемого, выраженный перифокальный отек вокруг очага гнойно-некротического процесса, накопление газа в мягких тканях стопы.

Тканевая гипоксия и гипергликемия на фоне иммунологической недостаточности создает благоприятные условия для развития анаэробной инфекции, а присоединение последней усугубляет декомпенсацию СД.

Таким образом, больным ГНПС необходимо микробиологическое исследование раневого отделяемого для проведения адекватной терапии заболевания и исключения микологического поражения стоп у больных сахарным диабетом.

К ВОПРОСУ О СОЧЕТАНИИ ПСОРИАЗА И ЭКЗЕМЫ С ОНИХОМИКОЗАМИ

Барабанов А.Л., Дрозд Г.О.

Белорусский государственный медицинский университет

Минск

Известно, что наличие хронического дерматоза является предрасполагающим фактором для присоединения и развития грибковой инфекции; в то же время, сопутствующий микоз может влиять на течение кожного заболевания. Были обследованы 56 больных различными формами псориаза (12 женщин, 44 мужчины) и 17 пациентов с экземой (5 женщин, 12 мужчин) в возрасте от 22 до 77 лет. Критерием включения в исследование было наличие поражения ногтевых пластинок. Пациентов обследовали клинически, оценка тяжести заболевания проводилась на основании сбора данных о течении болезни до поступления и расчета индексов PASI и SCORAD для псориаза и экземы, соответственно. Для оценки качества жизни пациентов рассчитывался дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ). Всем пациентам назначалось лабораторное обследование для выявления сопутствующего онихомикоза. Длительность псориаза составила от 6 месяцев до 38 лет, экземы – от 6 месяцев до 11 лет. Среди больных псориазом с поражением ногтевых пластинок значительно преобладали распространенные формы заболевания – только у 2 пациентов отмечалась ограниченная (ладонно-подошвенная) форма. Более 50% тела было поражено у 9 человек, в том числе эритродермия диагностирована у 1 из обследованных. Псориатическая артропатия отмечена у 5 пациентов. Среди 17 больных экземой с сопутствующими онихиями только у 7 отмечались распространенные формы заболевания (у 1 из них – эритродермия), в то время как варикозная экзема голеней диагностирована у 4 обследованных, хроническая экзема ладоней и подошв – у 4, дисгидротическая экзема стоп – у 2. Ранее ни одному из обследованных микологическое обследование не проводилось, поражение ногтевых пластинок расценивалось как проявление соответствующего кожного заболевания либо сопутствующих состояний (нарушения трофики, травмы, метаболические нарушения и др.). У всех включенных в исследование пациентов были поражены ногти стоп, одновременное вовлечение ногтевых пластинок кистей отмечалось у 27 больных псориазом и у 4 экземой. По результатам лабораторного обследования онихомикоз был выявлен у 17 (30%) пациентов с псориазом и 8 (47%) – с экземой. Средний возраст пациентов с сочетанием псориаза и микоза был значительно больше, чем у лиц без грибковой патологии; течение заболевания, соответственно, отличалось более частыми рецидивами. У лиц с сочетанной патологией распространенность высыпаний была несколько больше, однако интенсивность эритемы, инфильтрации и шелушения достоверно не отличалась, отмечена лишь тенденция к повышению индекса PASI. Значения ДИКЖ в группе больных псориазом, осложненным онихомикозом, были также недостоверно выше таковых в группе без микотической инфекции. Подобные же тенденции были отмечены и у пациентов с экземой. Недостоверность отличий, вероятно, обусловлена малым количеством проведенных наблюдений. Таким образом, можно заключить, что сопутствующий онихомикоз утяжеляет течение псориаза и экземы, что требует его своевременной диагностики и лечения.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ГИПОФИЗАРНО-НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ МИКОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМОЙ.

Барабанов Л.Г., Барабанов А.Л.

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Белорусский государственный медицинский университет

Минск

Обследовано 38 больных микотической экземой. О состоянии гипофизарно-надпочечниковой системы (ГНС) судили по содержанию в крови кортикотропина, кортизола и альдостерона, а также по экскреции с мочой фракций 17-оксикортикостероидов (ОКС) и альдостерона. Уровень гормонов в крови и экскрецию альдостерона с мочой определяли радиоиммунологическим методом, фракции 17-ОКС мочи определяли методом тонкослойной хроматографии на силикагеле. У больных микотической экземой отмечено достоверное снижение содержания в крови кортикотропина (с $10,6 \pm 0,6$ у здоровых до $7,1 \pm 1,0$ пмоль/л у больных) и кортизола (с 400 ± 23 до 284 ± 19 нмоль/л), а также экскреции с мочой общих 17-ОКС (с 17 ± 1 до $9,9 \pm 1,1$ мкмоль/сутки), а также фракций кортизола (с $1,69 \pm 0,15$ у доноров до $0,88 \pm 0,28$ у больных), кортизона – с $1,69 \pm 0,16$ до $0,74 \pm 0,17$, тетрагидрокортизола – с $3,51 \pm 0,32$ до $1,83 \pm 0,36$ и тетрагидрокортизона – с $5,25 \pm 0,35$ до $3,84 \pm 0,28$ мкмоль/сутки. Это свидетельствует о снижении у больных микотической экземой кортикотропной функции гипофиза и глюкокортикоидной функции коры надпочечников. Для коррекции нарушений состояния ГНС больным помимо системной антимикотической терапии назначен этимизол по 0,13 раза в день внутрь и индуктотермия поясничной области ежедневно (на курс 10 сеансов). Под влиянием комплексного лечения достоверно повышался уровень кортикотропина в крови (с $7,47 \pm 1,44$ до лечения до $10,21 \pm 3,05$ пмоль/л после лечения), содержание кортизола в крови (с 302 ± 28 до 463 ± 26 нмоль/л) и моче (с $0,84 \pm 0,21$ до $2,01 \pm 0,29$ мкмоль/сутки), тетрагидрокортизола в моче (с $1,91 \pm 0,59$ до $4,63 \pm 1,06$ мкмоль/сутки). Эти данные указывают на активацию кортикотропной функции гипофиза и глюкокортикоидной функции коры надпочечников. Значительное улучшение и клиническое выздоровление отмечено у 26 больных, а улучшение – у 12 больных. Отсутствие обострений после курса лечения отмечено в течение 4 месяцев, а среднее пребывание на больничном листе составило в среднем 8 дней в течение года диспансерного наблюдения. В группе сравнения (больные микотической экземой, не получавшие лечения этимизолом и индуктотермией поясничной области) ремиссия не превышала 3 месяцев, а время нетрудоспособности в течение первого года после лечения составило в среднем 25 дней, что подтверждает более высокую терапевтическую эффективность комплексного метода лечения, направленного на коррекцию нарушений функции ГНС.

СПЕКТР ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ДЕРМАТОМИКОЗОВ В МОСКВЕ В 2008 г.

Богуш П. Г., Лещенко В. М., Кириллова Н. Н., Курбатова И. В., Дворников А. С., Лещенко Г. М.

КВКД № 1 ДЗМ

Москва

Дерматомикозы – наиболее распространенные грибковые инфекции, встречаются повсеместно практически во всех социальных и возрастных группах населения. Основными возбудителями дерматомикозов являются дерматомицеты: *Trichophyton spp.*, *Microsporum spp.* и *Epidermophyton floccosum*. В то же время, выделение из патологического материала грибов, не относящихся к дерматофитам, в некоторых случаях, может также служить основанием для подтверждения диагноза микоза кожи и ногтей.

В 2008 году в микологической лаборатории КВКД № 1 ДЗМ было обследовано 4 428 пациентов. В результате было выделено 1 889 штаммов грибов: дерматомицеты, дрожжеподобные микромицеты и плесневые недерматофиты. Дерматомицеты составили основную группу патогенной микобиоты – 1354 штамма. Наиболее часто выявлялись *T. rubrum* – 93, *T. mentagrophytes v. gypseum* – 43, *M. canis* – 1199 штаммов. Остальные виды дерматофитов, как и в предыдущие годы, были немногочисленны: *T. tonsurans* – 2, *T. verrucosum* – 6, *T. violaceum* – 4, *T. mentagrophytes v. interdigitale* – 2, *M. gypseum* – 5.

Грибы рода *Candida* чаще всего вызывают кандидоз кожи и ногтей кистей. В наших исследованиях доля *Candida* в спектре выделенных микромицетов составила 329 штаммов. Плесневые грибы рода *Scopulariopsis*, считающиеся также самостоятельными возбудителями дерматомикозов, были выделены у 14 пациентов. Этиологическая роль других микромицетов определялась в комплексе с клиническими, лабораторными и литературными данными. При росте *Aspergillus spp.*, *Alternaria spp.*, *Acremonium spp.*, *Fusarium spp.*, *Cladosporium spp.* учитывались положительные результаты микроскопии, выделение монокультуры в диагностически значимом росте и подтвержденные в литературе случаи выделения этого вида гриба при дерматомикозах. Грибы рода *Penicillium* при достаточно частом выявлении (30 случаев) возбудителями не признавались, т. к. считаются самыми частыми контаминантами.

Таким образом, анализ динамики микобиоты возбудителей дерматомикозов, проводимый в течение 6 лет, позволяет установить незначительные колебания постоянного видового спектра возбудителей и контаминантов.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО СОСТАВА И МИКОТИЧЕСКАЯ КОЛОНИЗАЦИЯ КОЖИ ПРИ ПСОРИАЗЕ

Бригаднова А.Ю., Файзуллина Е.В., Файзуллин В.А.

Казанский государственный медицинский университет

ООО “Центр Дерматология”

Казань

В современных неблагоприятных экологических условиях, нерационального, и, часто, бесконтрольного применения лекарств и самолечения больными, одним из факторов, утяжеляющих течение псориаза, является грибковая инфекция, играющая роль в поддержании воспалительного процесса, особенно у пациентов с экссудативными и пустулезными, т.е. тяжелыми формами болезни. Вопрос об участии микробной микрофлоры на течение псориаза остается малоизученным.

Целью исследования явилось изучение микробного состава кожи при псориазе с последующим назначением патогенетического лечения. Нами было обследовано 78 больных с псориазом, явившихся на амбулаторный прием, среди которых 48 человек, имели ограниченную бляшечную форму заболевания (1-я группа), 21 пациент имел среднетяжелую форму болезни (2-я группа), с тяжелой формой болезни было 9 больных (3-я группа). Продолжительность болезни до 5 лет имели 25,8% пациентов, от 5 до 10 лет – 28,6%, более 10 лет – 45,6%. Мужчин в исследовании было 42, женщин – 36 человек. Благоприятное течение болезни наблюдалось у 61,5%, среднетяжелое – 27% пациентов, тяжелое – у 11,5%.

Все больные обследованы клинически (сбор анамнеза, вычисление индекса PASI) и микологически, с выделением чистой культуры гриба. Материал для исследования получали с помощью соскобов и смывов дистиллированной водой с центральной и периферической части бляшек. Посевы выращивали на чашке Петри в течение 5 суток при 30°C. Микроскопические и биохимические методы идентификации грибов (ферментация углеводов, тесты на трубки прорастания) проводили по общепринятым методам. Структура грибковой колонизации при ограниченных формах псориаза была следующей: *Malassezia furfur* – в 46,6%, грибы рода *Candida* со *Staph. aureus* – в 28,5%, грибковые ассоциации *Malassezia furfur* и грибов рода *Candida* – 19,5%, мицелиальные дерматофиты – 5,4%. У больных с легкой формой болезни преобладает кандидозное обсеменение со стафилококком и грибы рода *Malassezia furfur*.

Пациенты с псориазом 2-ой группы, особенно с преобладанием экссудативных и пустулезных форм, имели грибковую колонизацию кожи в 80% случаев (17 человек). У больных с обнаруженной грибковой микрофлорой выявлены дрожжеподобные грибы рода *Candida* в 58,3%, золотистый стафилококк выявлен в 54,2%, *Aspergillus* или мицелиальные дерматофиты по 8,3%, *Rhodotorula rubra* – 12,5%. Вопреки бытующему мнению о стерильности содержимого пустул у 2 пациентов со среднетяжелой формой болезни были высеяны грибы рода *Aspergillus*. При тяжелых формах болезни (индекс PASI более 30) смешанная грибковая колонизация встречалась достоверно чаще (в 95% случаев). Отчетливо преобладали формы высева грибов *Candida*, ассоциированные с *Staph. aureus* (41,7%) и грибами рода *Aspergillus* и мицелиальными дерматофитами. грибково-бактериальные ассоциации поддерживают хроническое воспаление в области псориазных высыпаний, приводят к затяжному течению болезни, уменьшению сроков стабильной ремиссии.

В состав местного лечения при псориазе показано включение препаратов, оказывающих противовоспалительное, противогрибковое и противомикробное действие. Успешно применялся препарат Тридерм® (крем и мазь), позволивший сократить сроки лечения больных в стационаре в среднем на 6 дней.

Выводы: 1. У больных с легкой формой болезни преобладает кандидозное обсеменение со стафилококком и грибы рода *Malassezia furfur* (75,1%). 2. Пациенты с псориазом

среднетяжелой формы имели грибковую колонизацию кожи в 80% случаев. 3. При тяжелых формах болезни (индекс PASI более 30) смешанная грибковая колонизация встречалась в 95% случаев.

ОНИХОМИКОЗЫ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ, ПОЛУЧАВШИХ КОРТИКОСТЕРОИДНУЮ И ЦИТОСТАТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

Васильева Н.В., Корнишева В.Г., Свиридова К.В., Чилина Г.А.

НИИ медицинской микологии имени П.Н. Кашкина

кафедра дерматовенерологии МАПО

Санкт-Петербург

Цель исследования – выявление влияния ранее получаемой кортикостероидной и цитостатической терапии на встречаемость онихомикоза при псориазе. Обследовано 72 больных псориазом, имевших поражение ногтевых пластин кистей и стоп, из которых 32 больных (возраст 28-70 лет) с различными формами заболевания ранее получали системные глюкокортикостероидные и цитостатические препараты и составили первую группу обследованных. Вторую группу составили 40 больных (возраст от 19 до 76 лет) с различными формами псориаза, которые ранее не получали глюкокортикостероидные и цитостатические препараты. По длительности заболевания эти группы практически не различались (соответственно длительность по группам - 4-15 лет и 2-12 лет).

При осмотре ногтевых пластин у всех больных первой группы (96,9%) наперстковидная ониходистрофия сочеталась с онихолизисом. У 25 (83,3%) больных второй группы выявлена псориазическая ониходистрофия - симптом «наперстка» без явления онихолизиса. На ногтевых пластинах стоп и кистей у 26 (81,3%) первой группы обследованных отмечался подногтевой гиперкератоз, который мог быть как проявлением псориазического, так и микотического поражения. В два раза реже подногтевой гиперкератоз в сочетании с онихолизисом встречался у больных второй группы (46,7%). Тотальное поражение всех ногтевых пластин с явлениями паронихий и онихомадезиса было выявлено только у 12,5% больных первой группы.

Таким образом, у всех больных первой группы наперстковидная ониходистрофия сочеталась с онихолизисом. Подногтевой гиперкератоз встречался в два раза чаще, чем у больных, ранее не получавших глюкокортикостероидные и цитостатические препараты.

Микологическое исследование ногтевых чешуек проводилось методами прямой микроскопии и посева на среду Сабуро с левомицетином. Результаты прямой микроскопии были положительны у 90,6% больных первой группы и у 75% больных второй группы. Рост грибов при посеве ногтевых чешуек кистей и стоп был получен у 27 (84,4%) больных первой группы и у 24 (60%) пациентов второй группы.

У 53,1% больных первой группы выявлен онихомикоз, обусловленный *T. rubrum*. Дерматомицеты были выделены у 3-х человек в монокультуре, у 12 в ассоциациях с дрожжеподобными грибами и у 2-х с плесневой биотой. У 10 (31,3%) пациентов была обнаружена *Candida spp* в ассоциациях с грибами *Rhodotorula*. Дрожжи были представлены *C.albicans*, *C.parapsilosis*, *C.guilliermondii*, *Trichosporon mucoides*, *Rhodotorula spp*. Во второй группе была обнаружена монокультура *T. rubrum* у 6 (15%) больных. У 18 (45%) пациентов выявлены грибы *C.albicans*, *C.parapsilosis*, *Rhodotorula spp.*, как в виде монокультур, так и в ассоциациях.

Таким образом, у больных первой группы онихомикоз, обусловленный *T. rubrum*, в три раза чаще встречался, чем у больных, не получавших ранее глюкокортикостероидную и цитостатическую терапию, и чаще выявлялись ассоциации дерматомицетов с дрожжеподобными грибами. Следовательно, все пациенты с псориазом, которые ранее получали глюкокортикостероидную и цитостатическую терапию, имеющие поражение ногтевых пластин (онихолизис, подногтевой гиперкератоз), подлежат микологическому исследованию для выявления онихомикоза и проведения последующей санации микотических очагов инфекции.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ СТОП НОВЫМ АНТИМИКОТИКОМ ЛАМИКАН

Гафаров М.М., Блинова Е.С, Петрасюк О.А

ГОУ ВПО БашГМУ Росздрава

Уфа

Актуальность проблемы. По частоте распространения и способности поражать людей различных возрастных групп микозы стоп, онихомикозы приближаются к обычным простудным заболеваниям. Соответственно лечение микозов стоп и онихомикозов остается важной проблемой. Изыскание новых подходов и разработок новых лекарственных препаратов для лечения больных является весьма актуальной.

Ламикан – системный противогрибковый препарат, относящийся к классу аллиламинов. Действующим веществом ламикана является тербинафин. Препарат оказывает выраженное фунгистатическое и фунгицидное действие, которое обусловлено ингибированием биосинтеза грибкового эргостерола путем ингибирования фермента – скваленэпоксидазы, расположенной на клеточной мембране гриба, в результате чего происходит дефицит эргостерола и внутриклеточное накопление сквалена, что вызывает гибель клетки гриба.

При приеме ламикана внутрь 250 мг/сутки максимальная концентрация препарата в плазме крови достигается в течение 2 часов после приема, хорошо адсорбируется при пероральном приеме (около 70%), биодоступность составляет 40%. Тербинафин интенсивно связывается с белками плазмы крови (99%), быстро проникает в дермальный слой кожи и накапливается в роговом слое и ногтевых пластинках, обеспечивая фунгицидное действие, достигает высокой концентрации в волосах, волосяных фолликулах, коже и подкожной клетчатке. Период полувыведения составляет около 17 часов.

Препарат ламикан активен в отношении групп Trichophyton (*T. rubrum*, *T. mentagrophytes*, *T. tonsurans*, *T. verrucosum*, *T. violaceum*), Microsporon, Epidermophyton floccosum. В низких концентрациях оказывает фунгицидное действие в отношении дерматофитов, плесневых грибов (*Aspergillus*, *Cladosporium*, *Scopulariopsis brevicaulis* и др.). Действие на дрожжевые грибы рода *Candida* может быть фунгистатическим и фунгицидным в зависимости от формы гриба. Тербинафин активен также в отношении *Pityosporum*-возбудителя разноцветного лишая. Выпускается ЗАО «Канофарма продакшн» (г. Щелково, Московская область) в таблетках 125 и 250 мг.

Целью исследования явилась оценка качества лечения онихомикозов препаратом Ламикан.

Материалы исследования. Нами пролечены ламиканом 21 человек, больных онихомикозами стоп и кистей. Из них мужчин – 15, женщин – 6, в возрасте от 18 лет до 52 лет. Изменение ногтей стоп было у 18, сочетанное грибковое поражение ногтей стоп и кистей (*Trichophyton rubrum*+ *Candida*) у 3 больных. Площадь поражения ногтей составляла от 22% до 78% от общей площади. Давность заболевания была от 1,2 года до 15 лет.

Методика лечения. Препарат Ламикан назначали по 250 мг/сутки в комплексе с йодантипирином, поливитаминами, гепатопротекторами, ферментами и энтеросорбентами. Препараты, улучшающие микроциркуляцию конечностей добавляли лицам с онихомикозами стоп. Продолжительность лечения составила 3 месяца у 15 больных, 4 месяца у 4 больных, 6 месяцев у 2 больных (с субтотальным поражением ногтей стоп).

Этиологическое излечение достигнуто у 16 больных, отмечено значительное улучшение у 4 больных (отрастание более 50% площади здорового ногтя). Появление здоровых ногтей от матрикса на 2-3 мм отмечается у 1 пациента. Все больные прием препарата

перенесли хорошо. В отдельных результатах случаев рецидива ни у кого из больных в период наблюдения, сроком до 1 года, не наблюдалось.

Таким образом, как показали наши исследования, новый препарат Ламикан является высокоэффективным и безопасным противогрибковым средством для лечения всех больных с онихомикозами. Использование в комплексе лечения ферментов и энтеросорбентов предупреждает нежелательные побочные явления со стороны желудочно-кишечного тракта.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОМИКОЗОВ СТОП У ПРИКРЕПЛЕННОГО КОНТИНГЕНТА ФГУ 9 КДП МВО МО РФ С УЧЕТОМ ОТВЕТОВ ИНТЕРВЬЮ-ОПРОСОВ.

Герасимчук Е.В., Гладько В.В.

ФГУ 9 КДП МВО МО РФ

Кафедра дерматовенерологии ГИУВ МО РФ

Москва

По данным анализа за 2008 год, в структуре заболеваемости КВО 9 КДП дерматомикозы стоп с онихомикозами занимают первое место.

Систематизировать результаты ответов интервью-опросов больных с дерматомикозом стоп, онихомикозом о приоритетности назначаемых им определенных лекарственных форм и сырья, используемого для производства терапевтических средств.

С 31.10.2008 г. по 18.02.2009 г. опросом-интервью было охвачено 145 микологических больных в возрасте от 24 до 88 лет, из которых женщины – 19 человек (13,1%), мужчины – 126 (86,9%).

По приоритетности к лекарственному сырью для производства терапевтических препаратов 6 человек (4,1%) отдали предпочтение только за органический химиосинтез, 81 (55,9%) – только за растительное лекарственное сырье (галеновые и новогаленовые препараты), за комбинацию химио- и фитосырья – 58 человек (40%).

По приоритетности лекарственным формам для использования внутрь только за жидкие формы (эмульсии, экстракты, растворы, настойки) высказался 21 человек (14,5%), только за твердые лекарственные формы (таблетки, драже) и капсулы – 72 человек (49,7%), за комбинацию жидких и твердых лекарственных форм – 52 человека (35,8%).

Из 45 респондентов по приоритетности лекарственным формам для наружного использования только за жидкие формы (растворы, лаки, эфирные масла) отдали предпочтение 4 человека (8,9%), только за мягкие формы (мази, крема) – 26 (57,8%), за ступенчатое нанесение на кожу и ногти жидкой и мягкой форм 15 (33,3%).

На основании проведенного исследования среди больных КВО 9 КДП, страдающих микозом стоп с онихомикозом, для улучшения комплаентности лечения необходимо учитывать их предпочтения: назначать препараты из растительного сырья, твердые формы для перорального использования и мягкие – для наружного применения.

СОВРЕМЕННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ ГЛАДКОЙ КОЖИ

Горячкина М.В. Белоусова Т.А

ММА имени И.М Сеченова

Москва

Наружные антимикотики занимают ведущую роль в терапии микозов гладкой кожи. В настоящее время отмечается рост заболеваемости микозами, которая за последние 5 лет увеличилась с 47% до 68%. Одной из причин данной тенденции служит возрастание резистентности дерматомицетов к наружным антимикотикам, которая отмечается у 23% больных. Современной стратегией терапии больных дерматомикозами является не только быстрое подавление воспалительной реакции кожи, но также и полная элиминация возбудителя инфекции. Поэтому топический антимикотик должен обладать не только широким спектром антигрибковой активности, высокой биодоступностью и, что особенно важно, подавляющее число штаммов клинически значимых дерматомицетов должны иметь высокую чувствительность к препарату. На сегодняшний день из местных антимикотиков, удовлетворяющим всем этим требованиям, является **травоген** в виде 1% крема изоконазола. Препарат относится к классу азолов. Механизм его действия связан с нарушением синтеза эргостерола в плазматических мембранах грибковой клетки путём ингибирования стадии альфа-деметиляции ланостерина. Это обеспечивает выраженный фунгистатический, а при длительном применении и фунгицидный эффект. Изоконазол высоко активен в отношении дерматофитов, дрожжевых дрожжеподобных грибов, а также плесневых грибов. Кроме того, он эффективен в отношении стафилококков, стрептококков и каринобактерий. Препарат быстро проникает в роговой слой, в меньшей степени в дерму, где сохраняется длительно не метаболизируясь, в связи с чем его можно применять 1 раз в сутки. Доказательными научными исследованиями, проведенными в НИИ медицинской микологии имени П.Н. Кашкина показана высокая чувствительность 97,8% штаммов клинически значимых микромицетов к изоконазолу, высеянных у больных микозами гладкой кожи. Наиболее высокая чувствительность к травогену была выявлена у возбудителей руброфитии (у 98,9% штаммов) и кандидоза (у 98,8% штаммов).

В клинике кожных болезней ММА им И.М Сеченова под наблюдением находилась 30 пациентов с микозами гладкой кожи. Из них 34% пациента страдало микозами стоп, 23% микозом стоп с поражением крупных складок, 30% разноцветным лишаем и 13% кандидозом крупных складок. Средний возраст пациентов составил 47 лет. Среди них было 18 мужчин и 12 женщин. Продолжительность заболевания варьировала от 4 до 10 лет. Треть пациентов в прошлом предпринимали попытки лечения микоза, которые были безуспешны. Среди сопутствующих заболеваний у наблюдаемых больных доминировали хронические дерматозы, эндокринопатии и метаболические нарушения (ГБ, СД, ожирение), а также заболевания ЖКТ. При микологическом обследовании у подавляющего числа больных (57%), были выявлены дерматомицеты, у 30% - *Malassezia furfur*, у 13% дрожжи. 43% пациентам в связи с выраженностью островоспалительных явлений на первом этапе (7-10 дней) назначался комбинированный препарат **травокорт** (изоканозол + дифлукотолон валерат) с последующим переходом на **травоген**. 57% пациентам проводили монотерапию травогеном. К концу срока наблюдения (на 28 день лечения) клиническое выздоровление было отмечено у 83% больных, микологическое излечение - у 100% больных. Таким образом, на основании проведенных исследований можно заключить, что **травоген** является высокоэффективным наружным антимикотиком, при применении которого полное клинико-микологическое излечение при поверхностных микозах наблюдается у 83% пациентов. Применение комбинированного препарата **травокорт** значительно повышает эффективность терапии за счёт одновременно развивающихся противовоспалительного и противогрибкового

действия. Фармакокинетические свойства изоканазола позволяют использовать его один раз в сутки, что усиливает комплаенс терапии и сокращает затраты на лечение. Высокая чувствительность всех видов возбудителей поверхностных микозов к изоканозолу позволяет расценивать его как препарат первой линии в лечении данной патологии.

МИКОЗЫ ГЛАДКОЙ КОЖИ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ

Белоусова Т.А Горячкина М.В..

ММА имени И.М Сеченова

Москва

Микозы гладкой кожи, как и другие инфекции кожного покрова являются неизменными спутниками человека на всём протяжении его существования. В настоящее время каждый пятый житель планеты страдает грибковой инфекцией, а в возрастной группе старше 70 лет каждый второй. Постоянной высокой заболеваемости микозами способствует нарастание в общей популяции людей, имеющих нарушения иммунного и метаболического статуса, страдающих истощающими заболеваниями и состояниями (алкоголизм, наркомании, перманентный стресс). Увеличивается количество пациентов постоянно принимающих иммуносупрессивные препараты (ГКС, цитостатики, иммунодепрессанты). Немаловажное значение имеет и снижение защитных свойств кожного барьера за счёт повышенной потливости, ведущей к мацерации рогового слоя или наоборот выраженной сухости кожи. Изменение структуры рогового слоя приводит к повышению проницаемости кожи для раздражителей, грибов, бактерий и вирусов. Современный патоморфоз дерматомикозов характеризуются рядом клинических особенностей. В настоящее время часто встречаются осложнённые вторичной экзематизацией и присоединением бактериальной и вирусной инфекции варианты микоза стоп. Первая группа осложнений отмечается у 25% современных больных, вторая у 30% больных, что требует назначения на первом этапе лечения комбинированных антимикотиков с ГКС и антибиотиками. Как правило, именно остро возникшие симптомы экзематозного или пиодермического характера и служат главным поводом обращения к врачу-дерматологу. Другая группа больных начинает активно искать врачебной помощи при распространении грибковой инфекции за пределы её классической локализации на стопах с переходом на кожу пахово-бедренных складок, ягодиц, нижней трети живота. Второй особенностью современной клинической картины микозов гладкой кожи является жалобы пациентов на зуд и другие субъективные ощущения, особенно, при поражении складок кожи. Это склоняет врача в пользу диагноза аллергического процесса и назначению топического стероида без комбинации с антимикотиком. Быстрое снятие симптомов воспаления и субъективной симптоматики делает пациента приверженцем данного препарата. Видимое улучшение откладывает своевременную диагностику инфекционного процесса и способствует первичной хронизации инфекции, которая в микологической практике отмечается у 70% больных. У некоторых пациентов поражение гладкой кожи, особенно в крупных складках (подмышечные, под молочными железами у тучных женщин) может протекать длительно и малосимптомно и не выходить за пределы складок. Часто это отмечается на фоне длительно протекающих хронических дерматозов, затрагивающих эти зоны. Воспалительные изменения расцениваются как проявления основного заболевания и часто активно смазываются топическими ГКС. И только отсутствие терапевтического эффекта или даже ухудшения наводит на мысль о возможности кандидозно-дерматофитийной инфекции в данной области. В этом случае грибковое поражение кожи выступает как второй дерматоз и требует пересмотра терапевтической тактики. Назначение пациентам комбинированного антимикотика с широким спектром действия с сильным наружным ГКС например травокорта приводит к быстрому клиническому эффекту, так как препарат одновременно редуцирует проявления основного дерматоза и грибковой инфекции. В настоящее время для многих пациентов, обращающихся к дерматологу, характерен длительный период самолечения. Наружный антимикотик выбирается по рекламе, совету друзей, родственников, фармацевта в аптеке. При этом не учитывается острота, локализация процесса, и, следовательно, применяемая форма препарата не оказывает необходимого терапевтического воздействия (при

экссудативных процессах – мази, при сквамозно-гиперкератотических формах кремы и растворы). Всё это способствует дальнейшему прогрессированию воспаления и распространённости инфекции. Активное выявление больных микозами гладкой кожи и адекватное их лечение несомненно уменьшит количество осложнённых форм заболевания и предотвратит возможность перехода в наиболее курабельные формы с поражением ногтей и волос.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕТАБОЛИЗМА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗА

Дукович Е.В., Хабирова Р.Х., Титугина А.Ю., Табашникова А.И., Балтер И.А.

ГУЗ «Самарский областной кожно-венерологический диспансер»

Самара

В настоящее время сложилась объективная ситуация, определяющая актуальность расширения диагностических возможностей не только за счет совершенствования диагностических панелей, развития новых технологий, но и внедрению новых неинвазивных методов диагностики. В этом плане интересным объектом для изучения является ротовая жидкость, так как методы сливодиагностики являются неинвазивными, доступными в получении биоматериала для исследований в физиологических условиях и полностью безопасными для пациента и медицинского персонала.

В Центре по лечению заболеваний кожи стоп и ногтей СОКВД проведено исследование показателей метаболизма ротовой жидкости у 50 пациентов с диагнозом онихомикоза стоп. В исследование включались пациенты с клиническими проявлениями онихомикоза с обязательным поражением ногтя большого пальца, стоп и кистей, подтвержденного положительными результатами микроскопических и культуральных исследований. Всем пациентам была назначена комбинированная терапия, состоящая из тербинафина по 250 мг в течение 3 месяцев, нанесении на ногти раствора экзодерила по 1 капле на ночь ежедневно и аппаратной чистки ногтей. Группу сравнения составили 300 практически здоровых людей. Полость рта обследуемых пациентов была санирована.

Были изучены следующие показатели метаболизма ротовой жидкости: концентрация общего белка, содержание альбумина и значение тимоловой пробы. Данные показатели исследовались до лечения, в середине лечения и после проведенной терапии. Изучение показателей метаболизма ротовой жидкости в динамике лечения выявило следующие закономерности. На протяжении всего курса лечения концентрация общего белка ротовой жидкости оставалась практически постоянной. В то же время следует отметить, что разбросы значений концентрации общего белка уменьшились, причем за счет снижения именно высоких значений: до проводимой терапии содержание белка у больных онихомикозом находилось в нижней границе референтных величин, а антигрибковая терапия привела к отчетливому снижению его уровня ниже нормы. Очевидно, снижение уровня белка в ротовой жидкости может отражать подавляющее воздействие проводимой терапии на белоксинтетическую функцию в организме. Снижение концентрации альбумина в процессе лечения наблюдали у 97% пациентов, и оно составило 66%, то есть более чем вдвое от исходной концентрации. Полученные статистически достоверные данные служат убедительным доказательством подавления пластической функции печени. На наш взгляд, определение содержания альбумина в ротовой жидкости может служить биохимическим тестом для мониторинга функционального состояния печени, оценки общего состояния организма, его неспецифической защиты. Резкое снижение концентрации альбумина свидетельствует об уменьшении защитного потенциала организма. Кроме того, у пациентов через 1,5 месяца от начала лечения отмечается увеличение значения тимоловой пробы в 2,7 раза. Данные изменения наблюдали у 93% пациентов. Эти данные отражают грубые изменения в белковом спектре. Установленное нами падение содержания альбумина происходит наряду с увеличением глобулиновой, более грубодисперсной фракции белков. Возможно, это свидетельствует об иммунном ответе, реализующемся вследствие образования новых антигенов, образованных продуктами деструкции грибковых клеток, структурных элементов и биомолекул организма больного. Таким образом, определение показателей метаболизма ротовой жидкости в процессе лечения онихомикоза, особенно содержания в ней альбумина и

значений тимоловой пробы, может служить показателем подавления белоксинтетической функции печени, нарушений специфических и неспецифических механизмов защиты.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА БИФИДУМБАКТЕРИНА-L У БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП

Икрамова Н.Д.

НИИ Дерматологии и Венерологии МЗ РУз

Ташкент, Узбекистан

В последние годы все больше внимания стали уделять влиянию кишечной микрофлоры на проявления различных кожных заболеваний (Бурнашева Р.Х. с соавт, 1995; Жуматова Г.Г. и соавт., 1990; Тургунова Ю.А., 1997г.) Известно, что кишечная микрофлора является определенным барьером, препятствующим колонизации организма условно-патогенными микроорганизмами (Воробьев А.А., 1997). При этом качественные и количественные изменения микрофлоры сопровождаются созданием отрицательной микробиологической обстановки для клеток организма хозяина, что способствует усилению воспалительных и аллергических реакций (Бухарин и соавт., 1997). Однако в литературе не нашли должного освещения вопросы влияния дисбиотических нарушений на течение микоза стоп.

Под нашим клиническим наблюдением находилось 67 человек, страдающих различными формами микоза стоп, в возрасте от 10 до 50 лет. Всем больным было произведено микробиологическое исследование кишечника, которые проводились по методическим рекомендациям Смолянской А.З., Гончаровой Г.И. (1994). Материалом для исследования служили фекалии больных.

Исследования показали, у этих больных отмечается в кишечнике достоверно выраженные дисбиотические изменения как в количественных так и в качественных показателях. У этих больных в кишечнике количественные параметры изменяют свое соотношение в противоположную сторону, т.е. факультативная группа микробов превалирует над анаэробами. Общее количество анаэробов составило $8,15 \pm 0,31$ КОЕ/г при норме $10,30 \pm 0,25$ КОЕ/г, в то же время факультативная группа равна $8,30 \pm 0,41$ КОЕ/г при норме она равнялась $6,31 \pm 0,30$ КОЕ/г

Кроме того, в кишечнике страдают не только показатели характеризующих общие показатели, но страдают количественные параметры и других видов микробов. Наиболее выраженный дефицит составляет количественные показатели бифидобактерии $6,47 \pm 0,20$, количество которых уменьшилось более чем на 3 порядка, достоверно снижены и количество лактобактерии так они составили $5,85 \pm 0,19$ КОЕ/г при норме равной $7,47 \pm 0,52$ КОЕ/г и только количество пептострептококков существенно возросло.

Интересные изменения у больных страдающих микозами стоп произошли и в факультативной группе микробов, так наиболее значительные сдвиги в сторону возрастания нами отмечены у лактозонегативных штаммов эшерихии и грибов рода кандиды. Однако настораживает то что в кишечнике у этих больных довольно существенно возрастает количество патогенных кокков таких как золотистый стафилококки и стрептококки группы А, это микробы которые обладают широким набором ферментов патогенности.

Выявленные нарушения в микрофлоре кишечника у больных микозом стоп послужили основой для назначения наряду с традиционной терапией (десенсибилизирующей, антигистаминной, витаминотерапией) эубиотика бифидумбактерин-L, который является препаратом отечественного производства, выпускается МП ООО «Ором-биопрепарат» (Институт микробиологии АН РУз) и состоит из штаммов, полученных из кишечника здорового ребенка местной популяции.

Бифидумбактерин-L применяли по 5 доз 3 раза в день в течение 20 дней. Полученные данные после лечения констатируют существенные позитивные сдвиги в микрофлоре кишечника. Так общее количество анаэробов достоверно выросло до $9,80 \pm 0,51$ КОЕ/г ($P < 0,001$). В аспорогенно-анаэробной группе микробов наблюдается достоверное повышение бифидобактерий – до $8,90 \pm 0,47$ КОЕ/г ($P < 0,001$). Позитивные сдвиги произошли и в отношении эшерихий. Так количество лактозопозитивных штаммов

повысилось и составило $5,10 \pm 0,41$ КОЕ/г, а лактозонегативных штаммов – достоверно уменьшилось до $1,30 \pm 0,11$ КОЕ/г ($P < 0,001$). Особенно важна элиминация гемолитических штаммов эшерихий.

Положительные сдвиги произошли и во всей изучаемой кокковой флоре, особенно важно исчезновение патогенных штаммов стрептококков и достоверное уменьшение патогенных штаммов стафилококков до $1,00 \pm 0,09$ КОЕ/г ($P < 0,001$). Нельзя не отметить существенное достоверное снижение количества грибов рода Кандида и протей.

Таким образом, проведенные нами микробиологические исследования кишечника больных микозом стоп, получавших наряду с традиционной терапией эубиотик бифидумбактерин, с высокой степенью достоверности показали его высокую эффективность в нормализации дисбиоза кишечника. Согласно нашим микробиологическим исследованиям, будет вполне оправданно рекомендовать в дерматологическую практику использование эубиотика бифидумбактерин-L для лечения больных, страдающих микозом стоп.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАЛАИНА В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ

Китуашвили Т.А., Твалишвили Г.М., Галдава Г.Г.

НИИ дерматологии и венерологии Грузии

Тбилисский Государственный университет

Тбилиси, Грузия

Возрастание заболеваемости онихомикозом во всем мире и его полиэтиологический характер требует создания и внедрения новых системных и местных препаратов с более широким спектром действия и минимальным риском рецидивирования.

Целью исследования было изучение эффективности и безопасности 2% крема залаина для лечения больных с онихомикозом.

Под наблюдением находились 47 пациентов с онихомикозом в возрасте 18- 60 лет. У 35 из них наблюдалось повреждение ногтей стоп, у 4 – только ногтей кисти, а у 8 пациентов – ногтей стопы и кистей. У всех пациентов с онихомикозом стоп наблюдался микоз гладкой кожи стоп, а у 15 из них было зафиксировано одновременное повреждение кожи паховой области. В 6 случаях онихомикоза кистей больные вместе с онихией имели и паронихию.

Бактериологическим исследованием при посеве у 27 пациентов с онихомикозом стоп был выявлен рост только гриба *Trichophyton rubrum*, у 8 пациентов - *Trichophyton rubrum* и плесневых грибов. У 4 пациентов с онихомикозом кистей был выявлен рост гриба *Candida albicans*, в 6 случаях онихомикоза кистей и стоп - только *Trichophyton rubrum*, а в 2 случаях *Candida albicans* и *Trichophyton rubrum*.

Лечение проводилось в виде монотерапии. Крем залаина наносился на пораженные участки кожи и ногтей 2 раза в сутки в течение 6-8 недель при повреждении ногтей кистей и в течение 18 недель при онихомикозе стоп. Одновременно с употреблением препарата пациентам было рекомендовано максимально стричь поврежденные ногти.

Оценка терапевтического эффекта залаина проводилась на основании результатов лечения пациентов (наблюдение происходило на второй день после начала лечения и в конце каждой недели в вышеуказанные сроки).

Положительная динамика наблюдалась уже на второй день после начала лечения при сопутствующем микозе кожи. В частности, исчезли субъективные жалобы – жжение и зуд в поврежденных участках, а через 5-6 дней существенно уменьшились гиперемия и шелушение, которые полностью исчезли через 12-14 дней при паховом микозе и через 3-4 недели в случаях микоза стоп.

Через 2 недели после начала лечения во все 12 случаях онихомикоза кистей наблюдался рост поврежденных ногтей в их проксимальных отделах в виде появления 1-2 мм здоровой зоны, а полный рост ногтевой пластины был выражен через 6 недель в 8 случаях и через 8 недель – в 4 случаях. Из больных с онихомикозом стоп у 18 пациентов рост здоровой ногтевой пластины с образованием 1 мм здоровой зоны в его проксимальном отделе был отмечен на 3 неделе, а у 25 пациентов – на 5 неделе от начала лечения. Через 12 недель полный рост ногтевой пластины был выражен в 23 случаях (54,4%), а в 20 случаях (46%) имел место неполный рост ногтей. Возраст этих больных составлял 55-60 лет и у них наблюдалась гипертрофическая форма онихомикоза.

На 16 неделе от начала лечения клиническое выздоровление (исчезновение дисхромии, трещин, онихолизиса, гиперкератоза) было установлено у большинства больных онихомикозом стоп – в 43 случаях (79,0%), что было подтверждено бактериологическим исследованием.

Лечение онихомикозов вызванных дерматофитами, плесневыми грибами и грибами рода *Candida* было одинаково эффективным. При употреблении залаина никакие побочные эффекты не выявлялись.

Таким образом, препарат залаин в виде 2% крема эффективен при лечении онихомикозов и отличается высокой безопасностью.

Адрес: 0112, Грузия, г. Тбилиси, ул. Ниношвили 55

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПЛЕСНЕВОГО ОНИХОМИКОЗА.

Кожичкина Н.В.

ГНЦ Дерматовенерологии Росмедтехнологий

Москва

Во всем мире наблюдается тенденция увеличения частоты встречаемости плесневого онихомикоза. В нашей стране не достаточно часто регистрируется плесневой онихомикоз (от 1%) или наоборот наблюдается гипердиагностика этого заболевания (до 36%). В диагностике плесневого онихомикоза необходимо учитывать анамнез (наличие травмы пораженного ногтя), клинические особенности (длительное изменение только цвета ногтевых пластин, поражение, как правило, единичных ногтей стоп, реже кистей, кожа стоп и межпальцевых складок свободна от высыпаний) и лабораторные критерии (обнаружение недерматофитного мицелия при микроскопическом исследовании в соскобе с ногтевой пластины и/или из ее глубоких слоев, выделение культуры плесневого гриба при посеве). Не принимая во внимание выше перечисленное, может приводить к ошибкам диагностики и лечения плесневого онихомикоза.

В настоящее время в отделение микологии ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий» наблюдается пациентка с плесневым онихомикозом стоп (мед. карта № 08-22182), поводом для обращения явилось длительное (более 4 лет) изменение цвета 1 пластины левой стопы в результате травмы. При осмотре тотально изменена первая ногтевая пластина левой стопы по гипертрофическому типу, необычного, черно-желтого цвета. Кожа подошв и межпальцевых складок в процесс не вовлекалась, что не характерно для дерматомицетного онихомикоза. При микроскопическом исследовании в соскобе с ногтевой пластины левой стопы грибы не обнаружили. Пациентка была направлена на чистку с предварительным размягчением 1 пластины левой стопы с помощью 20% микопласта и последующим взятием патологического материала из глубоких слоев измененного ногтя. Во время микроскопического исследования материала из глубоких слоев был обнаружен недерматофитный мицелий. Пациентке был поставлен диагноз плесневой онихомикоз 1 левой стопы и назначен системный антимикотик (тербинафин) по схеме пульс-терапии по 1 таб (250 мг) 2 раза в день после еды в течение 7 дней, затем 3 недели перерыв до отрастания здоровой пластины.

При отрицательном анализе на грибы и подозрении на плесневой онихомикоз необходимо дополнительно проводить микроскопическое исследование из глубоких слоев ногтевых пластин. Системный антимикотик (тербинафин) был назначен по схеме пульс-терапии, учитывая положительный опыт лечения плесневого онихомикоза по данной методике зарубежных коллег и в отделении микологии ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий».

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕРТАКОНАЗОЛА В ЛЕЧЕНИИ КЕРАТОМИКОЗОВ

Корепанов А.Р., Якубович А.И., Чуприн А.Е.

Медицинский университет

Иркутск

Изучение патогенеза и разработка эффективных методов терапии отрубевидного (разноцветного) лишая не теряют своей актуальности в связи с достаточно высокой распространенностью заболевания среди населения. Известна низкая контагиозность *Pityrosporum orbiculare*, но нередко при угнетении клеточного иммунитета и повышенной потливости происходит первичное инфицирование или трансформация сапрофитной формы гриба в патогенную. Заболевание проявляется появлением мелких пятен различных оттенков от желтого до темно-коричневого. Высыпания могут увеличиваться в диаметре, сливаться, образуя крупные очаги. Преимущественная локализация микоза – спина, боковая поверхность туловища, грудь. В результате разрыхления грибом рогового слоя эпидермиса на поверхности очагов отмечается едва заметное отрубевидное шелушение, более интенсивное при воздействии инсоляции и искусственного ультрафиолетового облучения. На фоне загорелой кожи создается картина псевдолейкодермы. Заболевание может продолжаться многие годы без субъективных ощущений.

В группу исследования вошли 26 пациентов с диагнозом отрубевидный лишай, подтвержденным микроскопическим исследованием чешуек кожи, осмотром очагов поражения под лампой Вуда и йодной пробой Бальцера.

Все больные получали крем «Залаин» содержащий сертаконазол, который представляет собой азоловый матрикс и бензотиафен, обладающий широким спектром противогрибкового и антибактериального действия. «Залаин» наносили 1-2 раза в день на пораженные участки кожи тонким слоем и слегка втирали. Продолжительность лечения составила до 4 недель. В качестве профилактики проводилась дезинфекция нательного и постельного белья, а также коррекция потливости.

Выраженность клинических проявлений уменьшилась в конце первой недели применения препарата у 22 (85%) больных.

Клиническая и микробиологическая эффективность терапии с использованием крема «Залаин» наблюдалась у 25 (96%) пациентов. Таким образом, крем «Залаин» обладает выраженным противогрибковым действием, хорошей переносимостью и может быть использован в лечении отрубевидного лишая.

ВЛИЯНИЕ АНТИФУНГАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕЦИДИВИРОВАНИЕ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С МИКОЗОМ СТОП

Корнишева В.Г., Пак Е.Ю.

Кафедра дерматовенерологии Санкт-Петербургской МАПО

Санкт-Петербург

Цель исследования – оценить эффективность антифунгальной терапии на рецидивирование рожистого воспаления нижних конечностей у больных с микозом стоп.

Объекты и методы. Обследовано 53 больных с рецидивирующим рожистым воспалением нижних конечностей, страдающих микозами стоп

(возраст 32 - 71 года) с давностью рожистого воспаления от 2 до 23 лет.

Основной возбудитель микоза стоп - *Trichophyton rubrum* (78%). Частота обнаружения *Trichophyton mentagrophytes var.interdigitale* составила 15%. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* (5%), плесневые грибы (2%) выявлялись редко. В зависимости от частоты рецидивирования рожистого воспаления и проводимой антифунгальной терапии обследованные больные подразделены на две группы: первая группа - 29 пациентов, получавших антимикотическую терапию и, имевших частое рецидивирование рожистого воспаления (рецидивы 2 - 5 раз в год в 31% случаев, более 5 раз в год в 69% случаев); вторая группа – 24 больных, которые не получали антимикотики и имели редкое рецидивирование рожистого воспаления (рецидивы 1 в год в 25% случаев, от 2 до 5 раз в год в 31,5% случаев, более 5 раз в год в 43,5% случаев).

У пациентов первой группы особенностями клинической картины и течения дерматомикоза явились длительность и распространенность микотического поражения, преобладание интертригинозных форм микоза стоп, с мацерацией и сквамозно-гиперкератотическим поражением кожи подошв, тотальным и субтотальным поражением ногтевых пластин стоп. У больных второй группы микоз стоп характеризовался стертым течением с преобладанием сочетанного поражения кожи стоп с краевым поражением ногтей и скудными клиническими проявлениями.

Больным первой группы была назначена комбинированная антифунгальная терапия с применением системных (тербинафин гидрохлорид по 250 мг в сутки, курс -6 –12 недель) и топических антимикотиков. Клиническое и микологическое выздоровление наступило у 87% больных. После проведенного курса лечения больные находились под диспансерным наблюдением в течение года. У больных первой группы рожистое воспаление нижних конечностей не рецидивировало. У больных второй группы заболевание рецидивировало с такой же частотой, как и прежде (один рецидив в год в 32% случаев, от 2 до 5 раз в год в 68% случаев). Антифунгальная терапия микоза стоп у больных с рецидивирующей рожой нижних конечностей приводит прекращению рецидивирования данного заболевания.

Таким образом, назначение антифунгальной терапии по поводу микоза стоп является достоверно значимой в профилактике рецидивов рожистого воспаления.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЗАЩИТЫ ЧЕЛОВЕКА ОТ МИКОЗОВ

Королев С.В., Разуваев А.В., Ширяева Ю.К.

Объединение «Специальный текстиль»

ЗАО «КорХимКолор»

НИИ Общей патологии и патофизиологии РАМН

Шуя – Долгопрудный – Москва

Эпидермофития стоп — распространенное инфекционное заболевание человека, характеризующееся хроническим рецидивирующим течением. За последние годы заболеваемость заметно выросла, и ожидается ее дальнейший рост. Грибковые заболевания встречается у 20...25% взрослых людей, причем 40% больных составляют лица старше 65 лет. Болезнь может продолжительное время протекать бессимптомно, однако при повышенной потливости стоп, перенапряжении нервной системы и др. может наступить обострение заболевания, чаще в жаркое время года. Микозы могут вызываться одновременным действием двух и более патогенных грибов и дополнительно осложняться бактериальной инфекцией.

Контаминация наружных покровов тела человека или предметов обихода патогенными микроорганизмами осуществляется различными путями. Общественные бани, душевые, бассейны, спортивные залы – типичные места распространения микозов. Поражение микозами в отдельных профессиональных группах достигает 65...80%. Длительное ношение плохо вентилируемой (обычно профессиональной) обуви обуславливает нарушение процесса местной теплоотдачи, что является провоцирующим фактором развития гипергидроза и, как следствие, постоянной влажности стоп. До 30% случаев заражения происходит в семье, от родственника, больного грибок. Обычно инфекция передается через общую обувь, в том числе и домашнюю. В России переносчиком грибковой инфекции зачастую являются так называемые «гостевые» тапочки, которые гостеприимные хозяева предлагают гостям. Нередко происходит самоинфицирование вылечившегося человека через обувь и носки, которые носил этот человек ранее, будучи больным микозом.

Методы профилактики микозов вытекают из путей заражения, профилактику делят на общественную и личную. Общественная состоит в выявлении и лечении случаев заболевания. В России для личной профилактики рекомендуется пользование только своей обувью, носками, частое мытье ног, профилактическое применение местных противогрибковых средств при посещении бассейнов, бань, а для профилактики после лечения – смена обуви или ее дезинфекция (чаще всего формалином), кипячение и глажка белья, всех вещей, с которыми соприкасался больной. За рубежом известны более современные методы личной профилактики.

Известно, что текстиль – это «вторая кожа», защищающая человека от разнообразных неблагоприятных внешних факторов: холода и жары, дождя и снега, избыточного солнечного излучения и укусов насекомых и т.д. Десятки лет во всем мире ведутся работы по созданию нового поколения «умного текстиля»: текстильных волокон, материалов и изделий, обладающих различными уникальными свойствами, в том числе бактерицидным и бактериостатическим действием. К сожалению, результаты, достигнутые отечественными учеными, не нашли широкого применения при производстве текстильных товаров народного потребления. Между тем, не только в Европе и США, но и в Азии, для профилактики эпидермофитии широко применяются текстильные изделия с биоцидными свойствами.

Объединение «Специальный текстиль» занимается разработкой и производством текстильной продукции с антимикробными и противогрибковыми свойствами. Имеет первый в России опыт использования биоцидных препаратов «Sanitized AG» (Швейцария), поставляемых в Россию ЗАО «Корхимколор». В настоящее время применяется продукция «Carrington» (Великобритания) и другие технологии,

обеспечивающие бактерицидные и бактериостатические свойства текстильных материалов: на основе β -(5-нитрофурил-2) акролеина и препаратов, содержащих триклозан – (2,4,4-трихлор-2-гидроксифенилэфир), а так же ткани с отделкой Permagard, использующей механизмы «силанной» химии и текстильные полотна с нанослоем серебра. Указанные технологии проверены по европейским стандартам «Oeko-tex 100», допускающему контакт с кожей ребенка, и “Blue Sign”. С 1995 года производятся носки «Гигиена-грибок», которые прошли лабораторные и клинические испытания, были сертифицированы и выпускаются в соответствии с ТУ 8430-002-40452930-95, зарегистрированными Госстандартом РФ.

Для отделки профессиональной, спортивной и повседневной одежды, постельного и нижнего белья, носков и т.д. компания SANITIZED AG разработала ряд мигрирующих и немигрирующих отделок Sanitized:

- T-99-19 – немигрирующий препарат на основе четвертичного аммониевого соединения кремния;

- T-25-25 – немигрирующий препарат, содержащий хлорид серебра. T-25-25 отличается толерантным действием на кожу человека, обладает бактерицидным действием против грамположительных и грамотрицательных бактерий, в том числе «множественно-резистентного стафилококка» (MRSA). Воздействуя на мембрану клетки микроорганизма, препарат ингибирует функции клетки;

- T-96-21 – мигрирующий препарат на основе триклозана, обладает бактерицидным действием против грибов и бактерий. Воздействуя на их клетки, он предотвращает их активность, рост и размножение.

По сообщениям разработчиков Sanitized T-99-19 и Permagard бактериостатическая активность этих отделок обусловлена действием на нано-уровне (от 1 до 100 нм). За счет ковалентной связи молекул препарата с текстильными волокнами молекулы ориентируются перпендикулярно поверхности волокна в виде «наношпаг», образуя упорядоченную структуру в форме «колючей проволоки». Физическая модель взаимодействия состоит в том, что молекула препарата вступает в контакт с микроорганизмами сопоставимых размеров, находящимися в непосредственной близости к текстильному волокну, разрушая мембрану микроорганизма. Таким образом, текстильный материал становится защитным барьером на пути проникновения микробов к телу человека, а молекулы препарата не переходят на кожу человека. Исходя из этой модели, специалисты из SANITIZED AG и CARRINGTON делают два важнейших вывода:

1. Указанная выше отделка придает текстильному материалу бактериостатические свойства, препятствующие проникновению транзитной патогенной микрофлоры извне, из окружающей среды.

2. Текстильный материал не влияет на свойства собственной (резидентной) микрофлоры человека, не подавляет ее и не создает условий для выработки у патогенных микроорганизмов иммунитета к препарату.

Проведенные нами лабораторные исследования свидетельствуют о том, что на поверхности ткани с подобной отделкой патогенные микроорганизмы погибают, т.е. ткань обладает бактерицидным действием.

Мигрирующие препараты, например, все препараты на основе триклозана, не только перемещаются по текстильному материалу, но могут частично переходить с субстрата на кожу человека и обладают бактерицидными свойствами. Результаты проведенных исследований показывают, что текстильные изделия, обработанные мигрирующими препаратами различной концентрации, в условиях лабораторного эксперимента формируют зону задержки роста патогенной микрофлоры до 25 мм. Биологическая активность сохраняется у этих изделий после неоднократных стирок. *Немигрирующие* - препараты, не переходящие в процессе эксплуатации текстильного изделия на кожу человека и обладающие бактериостатическими свойствами. Применение немигрирующих препаратов существенно повышает устойчивость изделий к стирке. К немигрирующим

препаратам относятся вещества, образующие прочную ковалентную связь с волокном и препараты на основе серебра. Использование наночастиц серебра для обработки текстильных изделий обеспечивает биоцидную активность, которая превышает активность соответствующих ионов. Этот эффект достигается за счет значительной удельной поверхности, и, как следствие, высокой реакционной способности. Точный механизм действия наночастиц до конца не изучен, однако уже сейчас они применяются при производстве текстильных изделий, как за рубежом, так и в России.

Варьируя различными технологиями биоцидной отделки, мы создали гамму текстильных изделий для использования в бытовых условиях: носки, домашние тапочки, домашние сапожки, стельки для обуви, которые обеспечивают надежную защиту человека от патогенной микрофлоры. Эти изделия применяются как независимо, так и в комплекте, например: носки + стельки, стельки + домашние сапожки, носки + тапочки, и др. Кроме того, эти изделия могут быть успешно использованы в комплексном подходе в борьбе с микозами, сочетающем медикаментозные и немедикаментозные методы борьбы с эпидермофитией. Эффективность профилактики микозов стоп при использовании системы: противогрибковые носки + стельки, обработанные Sanitized T-96-21, достигает статистически достоверного ($p < 0,05$) снижения заболеваемости в 3 раза (через год наблюдений) и в 3,8 раза (через два года).

Совместная работа медицинских микологов и специалистов, занимающихся разработкой биоцидных текстильных изделий, будет способствовать более четкой постановке прикладных исследований и результативному практическому решению проблем микозологии человека в целях снижения риска заболеваний, вызываемых патогенными грибами.

АНАЛИЗ ДАННЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ДЕРМАТОМИКОЗОВ В МОСКВЕ В 2008 г.

Курбатова И.В., Кириллова Н.Н.

КВКД № 1 ДЗМ

Москва

В 2008 году в лабораторию КВКД № 1 ДЗМ было направлено 1967 больных с подозрениями на трихофитию и микроспорию волосистой части головы и гладкой кожи, что составило 95% от всех зарегистрированных больных микроспорией и трихофитией по Москве. Было выделено 1180 культур грибов, из них:

Microsporum canis – 1125 (95,3%), *M.gypseum* – 4 (0,3%), *T. mentagrophytes v.gypseum* – 36 (3,1%), *Trichophyton rubrum* – 6 (0,5%), *T.violaceum* – 2 (0,2%), *T.tonsurans* – 2 (0,2%), *T.verrucosum* – 4 (0,3%), *Epidermophyton floccosum* – 1 (0,1%). Высеваемость – 60%.

С учетом приведенных данных клинический диагноз микроспории волосистой части головы, в ряде случаев, был заменен на трихофитию.

Таким образом, систематический анализ динамики состава возбудителей дерматомикозов в Москве позволял своевременно уточнять клинический диагноз микоза, определять и осуществлять проведение адекватных организационных, противоэпидемических и санитарных мероприятий, способствующих снижению заболеваемости населения, обусловленных дерматомицетами.

ПРИМЕНЕНИЕ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ В ДИАГНОСТИКЕ РУБРОМИКОЗА

Кухар Е.В., Акимбаева А.К., Муканов К.К.

Казахский агротехнический университет имени С.Сейфуллина
Астана, Казахстан

В настоящее время разработан ряд серологических способов диагностики грибковых заболеваний, основанных на выявлении в сыворотке крови человека и животных антител, специфичных к возбудителю болезни: РА, РСК, РП, РГА, РИЛ. Из всех перечисленных реакций с целью диагностики дерматомикозов применяются РА и РСК. Реакции, по мнению авторов, не обладают достаточной чувствительностью и специфичностью, титры антител при трихофитии в этих серологических реакциях регистрируются в разгар заболевания (РСК) или же через месяц после иммунизации или появления выраженных клинических признаков с последующим снижением их уровня через 6-8 месяцев (РА).

Моноклональные антитела (МКА), полученные с помощью гибридомной техники (Д.Келер и Ц.Милштейн, 1975), специфичные к одной антигенной детерминанте, открывают широкие возможности для создания диагностикомов нового поколения.

Цель работы – определить возможность использования моноклональных антител для диагностики рубромикоза, для чего нами отработывался точечный сэндвич вариант ИФА (dot-ИФА) с применением МКА для выявления антител в сыворотках крови людей.

В работе использовали антиген гриба *T. rubrum* с концентрацией белка 0,25 мг/мл, МКА к вышеназванному антигену и сыворотки крови людей из случайной выборки поликлиник г. Астаны и добровольцев. У добровольцев проводили осмотр на наличие поражений и отбирали пробы материала. В качестве положительного контроля использовали сыворотку крови больной К., 67 лет с клинически выраженным гипертрофическим онихомикозом большого пальца левой ноги, подтвержденным микроскопией и выделением чистой культуры. Результаты анализа в dot-ИФА сравнивали с общепринятым тестом - реакцией агглютинации в микроварианте (РМА).

Для постановки сэндвич dot-ИФА использовали полоски нитроцеллюлозной бумаги (Millipor, США), куда последовательно наносили МКА с 2-кратно убывающей концентрацией, BSA (Sigma, США) для блокирования свободной поверхности носителя и антиген в рабочей концентрации. После отмывки носитель переносили в раствор с опытными сыворотками, полоски отмывали после инкубации и выдерживали в растворе конъюгата. При наличии антител в испытуемых сыворотках к *T. rubrum* на бумаге образовывался комплекс: МКА – антиген к *T. rubrum* – антитела сыворотки. При добавлении субстрата 4-хлор-1-нафтола в присутствии H_2O_2 комплекс определяли по образованию серо-фиолетовых точек. РМА выполняли по описанной ранее методике (Кухар, 2005).

В результате исследований при анализе случайных сывороток получены положительные результаты в 89,6% случаев в dot-ИФА и в 15,6% в РМА. Средний титр антител к *T. rubrum* составил в сэндвич dot-ИФА – $1:489 \pm 1,53$, в РМА $1:8 \pm 1,7$. Показания титров антител у явно больных составляет в сэндвич dot-ИФА $1:800 - 1:3200$, в РМА от $1:2$ до $1:32$. Титры специфических антител, выявленные в dot-ИФА в значениях $1:800$ и выше, являются диагностическими, что подтверждено клинически и лабораторно. Положительный контроль имел значения в РМА – $1:32$, в сэндвич dot-ИФА – $1:3200$.

Полученные в сэндвич dot-ИФА результаты вполне достоверны с учетом, что случайно взятые сыворотки включают в себя и здоровых в отношении руброфитии людей, а также больных и зараженных *T. rubrum*. Высокий процент выявления специфических антител в случайных сыворотках в сэндвич-варианте ИФА полностью согласовываются с литературными данными. Следует учитывать, что это сыворотки людей обратившихся в поликлинику, т.е. больных. Заболевание организма свидетельствует о снижении

иммунного статуса, а это общеизвестный факт для создания благоприятных условий проявления грибковых инфекций.

Таким образом, нами определена возможность использования сэндвич dot-ИФА с применением МКА для выявления антител к *T. rubrum* в сыворотках крови людей.

ДОКЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ И ОЦЕНКА СТАБИЛЬНОСТИ ОПЫТНОГО БИОПРЕПАРАТА НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ

Лукманова К.А.¹, Галимзянова Н.Ф.², Актуганов Г.Э.², Мелентьев А.А.², Киреева Р.М.¹, Салихова Н.Х.¹

1 – Башкирский государственный медицинский университет Росздрава

2 – Институт биологии Уфимского научного центра РАН

Уфа

Ранее нами была продемонстрирована эффективность штамма бактерий-антагонистов *Bacillus subtilis* ИБ-54 в подавлении грибов-дерматофитов и его перспективность для противогрибкового геля (Актуганов Г.Э. и др., 2007; Лукманова К.А. и др., 2008) как безопасной альтернативы и дополнения к существующим синтетическим средствам. Цель настоящей работы заключалась в экспериментальной разработке антимикотического препарата на основе данного штамма и изучение его эффективности на модели дерматомикоза у белых мышей.

В качестве экспериментальной лекарственной формы был использован препарат в виде геля на основе карбопола (Ultres 21) с оптимизированным составом, содержащий жидкую культуру бактерий (титр – не менее 10^8 КОЕ на 1 г лекарственного препарата). Изучение эффекта геля на модели дерматомикоза лабораторных животных проводили в соответствии с методическими указаниями по изучению противогрибковой активности фармакологических веществ. Стабильность препарата в форме геля при хранении оценивали на основе учета жизнеспособности бактериальных клеток и их антимикотических свойств по отношению к тест-штаммам дерматофитов *in vitro*. В течение срока наблюдения (9 мес.) гель сохранял исходные показатели биологической активности при разведениях до 10^8 . На лабораторных животных (белые мыши) была воспроизведена модель зоофильного дерматомикоза с использованием в качестве инфицирующего агента суспензии спор (не менее 10^7 на 1 мл) *Trichophyton gipseum*. В работе использовали 75 голов белых мышей массой 12-14 г. Заражение производили нанесением и втиранием 0,05 мл суспензии спор на выстриженные и скарифицированные участки кожи (2x2 см) на боковой поверхности туловища животных. Результаты регистрировали с 3-го по 30-й дни. В первой серии опытов препарат применяли профилактически, на следующий день после заражения. Во второй серии опытов лечение препаратом начинали при возникновении инфекционного процесса. В качестве препарата сравнения использовали синтетическое средство «Экзодерил» (1%-ный крем) фирмы “Sandoz”. Контрольная группа животных получала гелевую основу (карбопол) без *B. subtilis* ИБ-54. В качестве критерия эффективности препарата использовали различие в сроках излечения подопытных и контрольных групп животных. В течение срока наблюдения в группах, получавших профилактическое лечение исследуемым препаратом и «Экзодерилом», больных животных не выявлено. Таким образом, профилактическое применение геля на основе *B. subtilis* ИБ-54 защищало животных от инфицирования. Заболевших мышей подразделяли на три группы: группу 1 (контроль), где животные продолжали получать гелевую основу без *B. subtilis* ИБ-54, группу 2 и 3, в которых мышей лечили с применением испытуемого препарата и экзодерила, соответственно. В группах, получавших лечение препаратом на основе *B. subtilis* ИБ-54 и экзодерилом, на 21-е сутки наступало излечение всех животных, тогда как в группе - плацебо больные животные оставались до 30 дня.

Таким образом, гель на основе *B. subtilis* ИБ-54 стабилен при хранении в течение 9 месяцев и проявляет противогрибковую активность как *in vitro*, так и *in vivo*. Полученные результаты демонстрируют перспективность экспериментального препарата для разработки технологии его промышленного получения и последующего внедрения в медицинскую практику.

ВЛИЯНИЕ ВКЛЮЧЕНИЯ РЕГУЛЯРНЫХ УМЕРЕННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК В КОМПЛЕКС СИСТЕМНОЙ АНТИМИКОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В МОНГОЛИИ

Лыкова С.Г. ¹, Энхтур Ядамсурен ²

1 – Новосибирский государственный медицинский университет

2 – Монгольский государственный медицинский университет

Новосибирск – Улан-Батор, Монголия

Микотические инфекции кожи и ее придатков являются общепризнанной медицинской проблемой в силу ее распространенности. Крупное исследование, проведенное в Азии в конце 1990-х годов, показало, что частота онихомикозов (ОМ) колеблется от довольно невысокой в тропических странах до очень значимой в странах с субтропическим и умеренным климатом. В дерматологии Монголии до определенного момента акцент делался в основном только на зоофильные микотические инфекции, что связано с тем, что Монголия является скотоводческой страной, но в настоящее время процесс урбанизации происходит и в ней. Не вызывает сомнения факт, что на фоне нарушений углеводного обмена распространенность микотических инфекций еще более увеличивается. Согласно данным национального монгольского исследования 2006 года распространенность сахарного диабета (СД) оценивается в 8,2%, 21,8% популяции в возрасте 15-64 лет имеет избыточный вес и 9,8% - ожирение той или иной степени, у 22,2% отмечается повышенный уровень артериального давления. Регулярные физические нагрузки улучшают гемодинамические показатели и нивелируют состояние инсулинорезистентности, являющееся патогенетической основой метаболического синдрома (МС). На фоне данных, что 23,1% жителей Монголии физически неактивны или малоактивны, исследование влияния фактора умеренной физической нагрузки на эффективность системной антимикотической терапии представляется весьма актуальным. С целью изучения эффективности включения регулярных умеренных физических нагрузок в комплекс системной антимикотической терапии у пациентов с МС проведено открытое рандомизированное проспективное контролируемое исследование. Было отобрано 160 пациентов в возрасте 30-60 лет с ОМ стоп, всем им были проведены инструментальные и лабораторные исследования для диагностики, оценки тяжести ОМ стоп и МС и определения характера сопутствующей патологии, пациенты получили пульс-терапию итраконазолом. Две подгруппы пациентов (с МС без компонента СД 2 типа (А1) и с МС с сахарным диабетом 2 типа (В1)) использовали регулярные умеренные физические нагрузки в качестве немедикаментозного средства коррекции МС в течение 18 месяцев наблюдения. Группы, не использовавшие физические упражнения, соответственно А2 и В2. Использование регулярных умеренных физических нагрузок в течение 18 месяцев позволило добиться положительной гемодинамической динамики у всех пациентов. В группе А1 отмечено уменьшение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) между левым плечом и лодыжкой на – 9,4%, между правым плечом и лодыжкой на – 6,3%, снижение индекса САVII снизился на 10,34%; в группе В1 зафиксировано уменьшение в среднем по группе СРПВ между правым плечом и лодыжкой на – 4,8%, между левым плечом и лодыжкой на – 4,6 %, снижение индекса САVII на 5,4%. Вычисляя динамику индекса КИОТОС по сравнению с исходной средней величиной, были получены следующие результаты - в группе А1 положительная динамика индекса составила 84,9%, в группе А2 – 59,1%, в группе В1 – 70,4%, В2 – 53,2%, в группе С – 86,4%. Таким образом, показано, что включение регулярных физических нагрузок в комплекс системной пульс-терапии итраконазолом у данной группы пациентов позволяет улучшить гемодинамические показатели и положительно влияет на динамику индекса КИОТОС.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ РУБРОФИТИИ ПРИ СИНДРОМЕ ХАКСТХАУЗЕНА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Мельник А.П., Яковлев И.М.

ГУЗ ОКВД № 4

Магнитогорск

Одной из причин развития микоза стоп является нарушение гормонального баланса, что приводит, в том числе, и к формированию вторичного иммунодефицита. В последнее время увеличилось число больных с эстрогенной недостаточностью, снижением функции щитовидной железы, что в климактерическом периоде вызывает появление дисгормональной кератодермии или синдрома Хакстхаузена (СХ).

Целью исследования явилось изучение распространённости руброфитии и её влияния на клиническое течение СХ. За период 2004-2007 гг. обследованы с последующим лечением 32 женщины с СХ в возрасте от 45 до 58 лет, с длительностью заболевания от 1 года до 9 лет, состоящих на учёте у гинеколога-эндокринолога.

Все больные связывают начало заболевания с менопаузой, когда появились нервозность, раздражительность, приливы, артериальная гипертензия, приступы тахикардии, потливость. На фоне увеличения концентрации фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов при снижении уровня эстрадиола изменилась функция щитовидной железы (у 6), появились ожирение (у 4), сахарный диабет (у 3), миалгии и артралгии (у 18). На ладонях и подошвах гиперкератоз на местах давления, эритема на боковых поверхностях, глубокие болезненные трещины, сухость и зуд. Гистологически: акантоз, массивный гиперкератоз, участки паракератоза, гранулёз. В дерме – периваскулярный лимфоцитарный инфильтрат.

При проведении бактериоскопического и культурального исследований *Tg.rubrum* был обнаружен у 18 чел.(56,2%), *Tg.rubrum* + *S.albicans* у 1 чел.(3,1%). Обращает на себя внимание то, что ногтевые пластинки были поражены лишь у больных, имеющих гипотиреоз (6чел. – 18,8%). Течение СХ в сочетании с руброфитией носило более мягкий характер. Отсутствовали глубокие, болезненные трещины, слабо были выражены воспалительные явления, хотя гиперкератоз имел место в более высокой степени.

Пероральная гормональная заместительная терапия эстрогенами приводила к ремиссиям продолжительностью $247,2 \pm 21,4$ дня. Применение в комплексном лечении системных антимикотиков по известным схемам способствовало увеличению сроков ремиссии до $371,5 \pm 18,6$ дней, ($p < 0,001$), причём последующие обострения имели менее выраженный характер.

Таким образом, сочетание руброфитии и дисгормональной кератодермии не является редким явлением. Применение в комплексном лечении системных антимикотиков способствует удлинению сроков ремиссии, а последующие атаки, в большинстве случаев, носят субклинический или стёртый характер.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТРИХОМИКОЗОВ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Мельниченко Н.Е.

*Амурская государственная медицинская академия
Благовещенск*

Заболеваемость трихомикозами в Амурской области получила широкое распространение. Следует отметить, что область является практически постоянным лидером по грибковой патологии среди других территорий Дальневосточного федерального округа, за исключением нескольких лет, когда занимала второе место после Республики Саха, в связи с этим является одной из актуальных медико-социальных проблем области. Особую проблему создают наблюдающиеся эпидемические вспышки в отдельных коллективах. Результаты проведенного анализа заболеваемости дерматомицетами в области свидетельствуют о наличии эпидемиологических очагов в области. Интенсивный показатель заболеваемости трихофитией в 2008 г. составил 2,9 на 100 тыс. населения. Если в 2007 году заболеваемость трихофитией составляла 1,4 на 100 тыс. населения (аналогичные показатели были отмечены в 2005 году), то на сегодняшний день отмечается рост заболеваемости в 2,1 раза. Диагноз трихофитии устанавливался согласно протоколам ведения больных после лабораторной верификации культуры патогенного гриба. Однако в настоящее время не все лечебно-профилактические учреждения области имеют оснащение современным оборудованием для проведения культуральной и других видов диагностики. Заметный рост показателей заболеваемости в текущем году, вероятно, обусловлен существованием эпидемиологических очагов в помещениях, предназначенных для спортивных мероприятий: тренировки по контактным видам борьбы (вольная борьба, самбо). По данным нашего исследования, основным контингентом больных явились дети старшего возраста. В 2008 году средний возраст пациентов составил 14 лет. Согласно данным анализа обращаемости пациентов за медицинской помощью по поводу грибковой патологии выявлено наличие 4 вероятных очага инфекции - спортивные залы, где дети занимаются различными видами спорта. По данным эпидемиологического расследования установлено, что в спортивных помещениях грубо нарушалось санитарно-гигиеническое содержание залов. Так, за первые 6 мес. 2008 года лишь по г. Благовещенску взято на диспансерный учёт у врача-миколога 12 человек. Из них у 10 пациентов заражение произошло в связи с посещением спортивных секций. У всех юных спортсменов возбудителем заболевания явился антропофильный гриб – *Trichophyton violaceum* (фиолетовый трихофитон), способный вызывать хронические и малосимптомные формы заболевания, которое характеризуется коротким инкубационным периодом (до одной недели). Широкое распространение самолечения среди населения послужило причиной несвоевременного обращения больных за медицинской помощью и низким уровнем лабораторного подтверждения инфекции при наличии клинических проявлений заболевания. Заболеваемость микроспорией в 2007 г. составила 50,7 на 100 тыс. населения, в 2008 г. отмечалось снижение заболеваемости до 46,6 на 100 тыс. населения, наметилась тенденция к снижению в 1,1 раза. Анализируя заболеваемость микроспорией по социальным группам отмечена, как и в прошлом году, наибольшая заболеваемость отмечена среди учащихся школ, среди детей, посещающих детские дошкольные учреждения. Снижается активность выявления больных при проведении различного вида медосмотров. Процент активно выявленных в 2007 году составил 17,6%. Таким образом, на сегодняшний день остается нерешенным ряд проблем: несвоевременность обращения к специалистам, самолечение, недостаточная оснащённость лабораторной службы, недостаточная грамотность населения и др.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКОЗАМИ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Мельниченко Н.Е.

*Амурская государственная медицинская академия
Благовещенск*

Заболеваемость дерматофитиями, на сегодняшний день, остается актуальной проблемой дерматологии. За последние 10 лет заболеваемость микозами и онихомикозами во всем мире выросла в 2,5 раза, ежегодный прирост составляет около 5%. Выявление заболеваемости дерматофитиями в Амурской области, в частности микозами и онихомикозами, является актуальной проблемой. Говорить об истинной заболеваемости микозами и онихомикозами не представляется реальным, так как невозможно оценить полноту истинной заболеваемости в связи с необращением больных к специалистам по поводу изменения ногтей, поражения кожи стоп, ладоней, гладкой кожи из-за длительного отсутствия субъективных ощущений. В Амурской области заболеваемость микозами в 2008 году составила 53,8 на 100 тыс. населения, что ниже показателей 2007 г. в 1,5 раза (76,8 на 100тыс. населения).

При проведении опроса больных, обратившихся к дерматологу по поводу поражения кожи стоп, ногтей, кистей было отмечено, при выяснении причин развития заболевания 24,4% отмечали возникновение клинических проявлений после длительного хождения в резиновой обуви, сапогах; постоянный контакт с моющими средствами, работа на кондитерской фабрике выявлен у 19,3%; отсутствие ежедневной возможности гигиенического ухода за телом, в том числе ногами отмечено у 7,3% больных. 26,8% заразились при ношении чужой обуви (вахтовый метод работы на производстве, служба в Армии), при занятиях спортом – 4,9 %, в саунах и бассейнах – 32,3 %. А 27% больных занимаются самолечением, а качестве источника получения информации о клинической картине заболевания и лечении использовали рекламу центрального телевидения, газеты, журналы, и только в 11,7 % случаев, из числа опрошенных, больные обратились к дерматологу после направления врачами смежных специальностей и при проведении различного вида медицинских осмотров. Изменения кожи стоп, кистей, ногтей в семье (родители, дети) отмечены у 26,8% опрошенных. Анализируя истории болезней с хроническими дерматозами следует отметить, что онихомикозы довольно часто встречаются у больных псориазом, атопическим дерматитом, экземой и др. Грибковые поражение ногтей пластинок у больных хроническими дерматозами сохраняются длительно. У больных микозами и онихомикозами в 30% случаев было отмечено наличие соматической патологии. Только около 30% больных после выписки из стационара продолжают лечение дерматофитии. Около 60% обратившихся за медицинской помощью составили жители областного центра. Следует отметить, что в ряде районов регистрируются единичные случаи заболеваемости микозами и онихомикозами, что не отражает истинной заболеваемости. Это делает проблему выявления заболеваниями больных микозами очень актуальной. Отдаленность многих районов от городских и областных центров, отсутствие материальных средств для обращения в специализированное учреждение, текучесть кадров, недостаточная оснащенность лабораторной службы приводит к невозможности получения квалифицированной диагностической и лечебной помощи, недостаточной эффективности проведения профилактических и периодических медицинских осмотров. Поэтому, на сегодняшний день, составной частью борьбы с микозами является санитарно-гигиеническое просвещение, целью которого является воспитание сознательного отношения к проведению лечебно-профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий по профилактике заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ СИСТЕМНЫМИ АНТИМИКОТИКАМИ

Мельниченко Н.Е., Платонов А.В., Иванова М.А.

Амурская государственная медицинская академия

Благовещенск

Актуальность: Рост отдельных видов микотической инфекции, вероятно, связан с общим старением населения, а, следовательно, снижением естественной защиты организма и ухудшением экологической ситуации, также иммунными, нейро-эндокринными, обменными, сосудистыми дисфункциями организма.

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ 600 амбулаторных карт и историй болезни пациентов с микроспорией, находившихся на лечении в АОКВД г. Благовещенска за период с 2003-2007 г.г.

Результаты: У всех пациентов диагноз был подтвержден путем микроскопического и/или бактериологического исследования. У 121 (20,5%) из них наблюдалось поражение лишь волосистой части головы, у 48 (8,8 %) - волосистой части головы и гладкой кожи, у 421 (71,3%) - поражение только гладкой кожи.

Результаты анализа свидетельствуют о наиболее высокой эффективности лечения больных микроспорией с использованием препаратов кетоконазола и гризеофульвина. Следует отметить, что отрицательные результаты при первом и втором контрольных лабораторных обследованиях при лечении кетоконазолом отмечены в 96% и 100% случаях, гризеофульвином - в 93,9% и 98,2%, итраконазолом – в 87,5% случаев, тербинафином – в 77,2% и 94,7%, флуконазолом – в 56,5% и 79% случаев соответственно.

При лечении тербинафином в дозах, превышающих рекомендуемые схемы фирмам-производителей на 50-100%, отрицательные результаты микроскопического исследования и отсутствие люминесцентного свечения волос под лампой Вуда в 1 и 2 контроле наблюдались в 77,2% и 94,7% соответственно. Отмечена высокая эффективность и хорошая переносимость препарата «Орунгал» (итраконазол) при лечении детей старше 5 лет, в то время как при применении «Микосиста» лечение можно проводить достаточно эффективно с дозированием препарата из расчета 5-6 мг/кг массы тела ребенка в сутки. При этом какие-либо токсические и аллергические эффекты от его применения не наблюдались.

При подборе антимикотиков предпочтение отдается социально-экономической эффективности используемого препарата, которая выражается в доступности в приобретении, минимальными побочными действиями, возможностью санации больных в максимально короткие сроки. Учитывая возраст больных, вероятность побочных действий от применения противогрибковых препаратов, на сегодняшний день при лечении микроспории препаратом выбора является тербинафин.

Таким образом, преимуществом использования системных антимикотиков является высокая эффективность лечения при любой локализации очага поражения. Одной из важных преимуществ системных антимикотиков является также удобство их применения, по сравнению с препаратами местного воздействия.

ВЛИЯНИЕ МИКОТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ

Павлова О.В.

*Кафедра дерматовенерологии РГМУ имени Н.И. Пирогова
Москва*

Известно, что поражение кожи и ее производных, в том числе имеющие инфекционную природу, часто сопровождаются психическими нарушениями.

Целью нашего исследования было при помощи факторного анализа оценить взаимосвязь между состоянием кожных покровов и психическим статусом у больных микотической инфекцией.

Обследованы 15 больных (9 мужчин, 6 женщин) в возрасте от 18 до 65 лет, страдающих микотической инфекцией, вызванной *Trichophyton rubrum*. Длительность болезни колебалась от нескольких месяцев до 20 лет. Исследуемые факторы были распределены на три группы: первая группа — общие характеристики больных (возраст, пол, характер социальной активности), вторая группа — особенности кожного процесса (локализация, распространенность, длительность), третья — характеристики психического состояния (с преобладанием тревожного и ипохондрического компонента, с преобладанием депрессивного компонента, с преобладанием истерического компонента). У 5 человек (4 мужчины, 1 женщина) отмечалось поражение ногтевых пластинок стоп, у 4 человек (3 мужчины, 1 женщина) — ногтевых пластинок кистей и стоп, у 2 пациентов (1 мужчина, 1 женщина) — ногтевых пластинок стоп и кожных складок, у 1 женщины — ногтевых пластинок кистей, у 3 больных (1 мужчина, 2 женщины) — поражение кожных складок.

Показано, что корреляция психических нарушений с факторами первых двух групп существенно усиливалась только при их определенном сочетании. Так, у молодых социально активных лиц женского пола микоз с локализацией на открытых участках тела (ногтевые пластинки кистей) сопровождался преимущественно депрессией с истерическим компонентом (подавленное настроение, пессимистическая оценка собственных возможностей, преувеличение тяжести страдания, плаксивость). Для молодых мужчин независимо от характера социальной активности наиболее значимым оказалось поражение области паховых складок, сопровождающееся депрессией и/или тревогой, чувством неуверенности, боязнью быть отвергнутым и т.д. При более длительном течении болезни и большей распространенности поражения кожного покрова симптомы депрессии у пациентов независимо от пола и возраста преобладали над симптомами тревоги. Для лиц более старшего возраста локализация процесса имела меньшую значимость, чем для молодых пациентов; в психическом статусе на первый план выступали тревожные и ипохондрические расстройства. Характер социальной активности оказывал наибольшее влияние на выраженность психических расстройств в случае поражения ногтевых пластинок кистей рук.

Таким образом, характер психических расстройств у больных, страдающих микотической инфекцией, определяется рядом факторов, для уточнения иерархии которых требуется исследование с участием большего количества пациентов.

Обратный адрес: 107014, Москва, ул. 4-я Сокольническая, д. 3, кв. 55.

Тел. (499) 269-48-26. e-mail polynowska@yandex.ru

к.м.н. Павлова (Полыновская) Ольга Викторовна.

МОДУЛЯЦИЯ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА В УСЛОВИЯХ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ СТОП

Петрасюк О.А., Гафаров М.М.

Башкирский государственный медицинский университет

Уфа

В ряду наиболее значимых факторов в патогенезе инфекционных заболеваний большое значение имеют иммунологические реакции макроорганизма, индуцированные инфекционным агентом. При этом эффекторный механизм этих реакций связан с цитокинами [Мазуров В.И., 2002; Капулер О.М., 2002]. Цитокины – белки, регулирующие и определяющие характер иммунных реакций, вовлечены, фактически во все аспекты иммунитета и воспаления. Они определяют характер ответной иммунной реакции: гуморальный, клеточный или аллергический. Цитокины продуцируются рядом клеток, в том числе и не гематогенных. В частности, к таковым относят и многочисленные клетки кожи человека, что объясняет высокую вероятность указанных механизмов при микозах стоп. В настоящей работе мы поставили задачу оценить как уровень провоспалительных и Т клеточных цитокинов в сыворотке больных и, кроме того, цитокин-продуцирующую способность мононуклеаров в 24-часовой культуре цельной крови. При изучении Т клеточных цитокинов оценивались уровень Th1-цитокина - $IFN\gamma$, Th2-цитокина –IL-4 и, основного “ростового фактора” Т лимфоцитов, IL-2, продуцируемого как Th1/Th0, так и Th2 лимфоцитами, а также характер изменений цитокинового статуса в процессе комплексной терапии с использованием вобэнзима. Следует, однако, отметить, что показатели индуцированной продукции, а, следовательно, и индекса активации были в группе больных были выше. Поскольку, Т лимфоциты больных онихомикозом обладали сниженной способностью к индуцированной митогеном продукции $IFN\gamma$, можно сделать предположение, что моноциты этих больных характеризовались более высоким “провоспалительным” потенциалом. В условиях комплексной терапии наблюдалось статистически значимое снижение уровня $IFN\gamma$ в сыворотке крови больных, содержание которого снизилось даже ниже среднего в контрольной группе. При этом, индуцированная продукция цитокина несколько увеличилась, равно как и индекс стимуляции, причем достоверных различий последнего с контрольной группой не было. Что касается IL-2, то его уровень в сыворотке незначительно возрос, равно как спонтанная, так и индуцированная продукция, что свидетельствует о и некотором возрастании функциональной активности Т лимфоцитов. Сывороточный уровень IL-4 после лечения значимо не изменился, но имел некоторую тенденцию к снижению, а спонтанная и индуцированная продукция несколько возростала. Существенно, однако, что в процессе терапии несколько уменьшились явления Th1/Th2 дисбаланса отношение индекса продукции $IFN\gamma$ к IL-4 лечения составило 10.1 ± 1.7 , после лечения хотя и не достигало контрольного уровня, но возростало и составило 14.2 ± 4.1 . Таким образом, при онихомикозах выявлялись значимые нарушения цитокинового статуса, которые отражали нарушения активности Т-звена иммунитета (функциональная недостаточность секреторной активности Т лимфоцитов, явления Th1/Th2 дисбаланса с преимущественно Th2 типом реагирования при стимуляции. Наряду с этим, наблюдалась закономерное для воспалительной реакции возрастание сывороточного уровня провоспалительных цитокинов (в первую очередь IL-1 α и TNF α , а также IL-6). Комплексная терапия с использованием вобэнзима способствовала выраженному снижению уровней провоспалительных цитокинов (IL-1 α , TNF α , IL-6, $IFN\gamma$) в крови, что может быть связано с увеличением их клиренса. Известно, что под влияние протеаз возрастает содержание естественной антипротеазы α_2 -M, которая, в свою очередь, связывает провоспалительные цитокины и способствует их элиминации, предотвращая длительную, чрезмерную активацию клеток, что препятствует хронизации воспаления (Лысикова М. и соавт., 2004; LaMarre et al., 1991). Полученные данные свидетельствует о

целесообразности применения препаратов системной энзимотерапии, и в частности вобэнзима в комплексной терапии микозов стоп.

ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ СТОП

Петрасюк О.А. , Гафаров М.М., Шарипова Л.М., Махиянов А.М.

Башкирский государственный медицинский университет

Уфа

Известно, что среди патогенетических факторов, способствующих возникновению и развитию микозов стоп и, в частности ониомикозов, важная роль принадлежит нарушениям кровообращения и трофики тканей. Рядом исследований выявлены частые нарушения микроциркуляции в дистальных отделах нижних конечностей, пораженных микотическим процессом. Повышение частоты ониомикозов у лиц с сосудистыми заболеваниями нижних конечностей, связано с нарушением у них метаболических процессов в коже, которые в свою очередь находятся под регулирующим влиянием в том числе и вегетативной нервной системы. Существенную помощь в диагностике патологии вегетативного отдела нервной системы оказывают нейрофизиологические методы.

В связи с этим, нами было обследовано 39 человек у которых был диагностирован микоз и ониомикоз стоп (18 – мужчин и 21 – женщина в возрасте от 21 до 60 лет). При этом клинически в 21 случае имела место сквамозная форма микоза, в 9 – сквамозно-гиперкератотическая, в 6 – интертригинозная и в 3 – дисгидротитическая. Сопутствующий микозу ониомикоз был констатирован у всех обследованных больных. Функциональное состояние периферического отдела вегетативной нервной системы изучали методом стимуляционной электронейромиографии. Оценивались латентный период возникновения начального отклонения вызванного кожного симпатического потенциала и амплитуда потенциала от пика до пика. В качестве контрольной группы были обследованы 35 здоровых человек, у которых также были изучены аналогичные параметры, представляемые в дальнейшем как показатели средних величин.

В результате проведенных исследований у 32 (87%) больных мы выявили изменения вызванного кожного симпатического потенциала (ВКСП), которые проявлялись в снижении амплитуды ВКСП в 27 (69%) случаях и в удлинении латенции у 32 (87%) больных (при средних показателях латенции и амплитуды – $1,39 \pm 0,07$ мс и $235 \pm 30,1$ мкВ соответственно). Анализ полученных результатов в зависимости от клинических форм выявил снижение амплитуды ВКСП у больных микозом стоп всех клинических форм. Одновременно наблюдалось удлинение латентного периода ВКСП у всех пациентов вне зависимости от клинических проявлений относительно показателей нормы. Сравнительный анализ полученных данных с результатами в группе контроля выявил, что снижение амплитуды ВКСП и удлинение латенции имело достоверный характер во всех клинических формах, кроме интертригинозной, при этом наиболее значительные изменения наблюдались у больных со сквамозно-гиперкератотической формой микоза стоп.

По данным литературы, амплитуда ВКСП более переменчива, чем латентный период [Бадалян Л.О., Скворцов И.А.,1986], что объясняется высокой чувствительностью симпатической нервной системы к эмоциональным и внешним влияниям. Полученные результаты исследований больных микозом стоп выявили изменения как латенции, так и амплитуды ВКСП, обусловлены нарушением сосудодвигательных немиелинизированных нервных волокон, что свидетельствует о существенных нарушениях функциональной активности вегетативной нервной системы у пациентов с данной патологией. Полученные данные несут дополнительную информацию о роли и механизмах влияния на течение микозов стоп вегетативных нарушений.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ МИКОЗОВ СТОП У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕМОДИАЛИЗ

Пушкина А.В., Полякова И.Я.

Центр экстракорпоральной терапии ООО «Компания «Фесфарм»

Институт аллергологии и клинической иммунологии

Москва

По данным регистра Российского диализного общества в настоящий момент около 17 тысяч пациентов получает гемодиализ (ГД) по поводу терминальной стадии хронической почечной недостаточности (тХПН) в России. В связи с ежегодным приростом обеспеченности заместительной почечной терапией, количество таких больных увеличивается, в среднем, на 14% в год. Наши предыдущие исследования продемонстрировали, что среди больных, получающих лечение амбулаторным ГД, широко распространены микозы стоп, причем около 65% пациентов страдают распространенными формами заболевания. Более того, распространенный грибковый процесс негативно влияет на один из основных показателей, определяющий качество жизни пациентов, а именно успешность коррекции анемии. Учитывая вышеизложенное, актуальной становится проблема лечения и профилактики этой патологии. Вместе с тем, при выборе терапии необходимо помнить, что подавляющее число пациентов на ГД являются инвалидами I группы и принадлежат к малообеспеченной части населения.

Целью исследования явился подбор оптимальной, с учетом уровня социальной незащищенности, схемы лечения микозов стоп у пациентов с тХПН, получающих амбулаторный программный ГД.

Материалы и методы: изучено 63 пациента, 38 мужчин и 25 женщин в возрасте от 19 до 78 лет (средний возраст 57 ± 14 лет), страдавших распространенной формой рубромикоза. В соответствии с заинтересованностью в лечении пациенты разделились на три группы: первую составили 19 человек, активно желающие лечиться от грибковой инфекции, вторую-26 человек, согласные следовать рекомендациям, и третью- 18 пациентов не считающих необходимым проводить противогрибковое лечение.

При выборе схемы лечения, учитывая полиорганное поражение вследствие основного заболевания, от приема пероральных противогрибковых средств было решено воздержаться. Пациенты из 1 группы (n=10) обрабатывали ногтевые пластинки 1% раствором Экзодерила 2 раза в день в течение 2 месяцев, в последующем применяли лак Батрафен по существующей схеме. Этим пациентам проводилась аппаратная чистка ногтевых пластинок 1 раз в 30 дней. Кожа стоп 2 раза в день смазывалась 1% кремом Экзодерил в течение 2 месяцев, а затем, мазью Микозолон. Пациентам из второй группы (n=20) еженедельно после применения мыльно-содовых ванн в домашних условиях было рекомендовано проводить чистку ногтевых пластинок с последующей их обработкой раствором иода и применением повязок с мазью Микозолон. Кожу рекомендовалось смазывать 1% кремами Термикон, Фунготербин и Клотримазол, чередуя их по неделе. Все пациенты ежемесячно проводили дезинфекцию обуви. Пациентам 3 группы было настоятельно рекомендовано проведение дезинфекции обуви, а также ежедневное применение наружных противогрибковых средств.

Полученные результаты. Срок наблюдения составил 3 месяца. У всех пациентов 1 группы отмечено клиническое улучшение, которое проявилось отрастанием $\frac{1}{2}$ здоровой ногтевой пластины. Кожа стоп находилась в стадии клинического излечения. У пациентов 2 группы кожа стоп без проявлений микоза, ногтевые пластинки находятся в стадии лечения.

Выводы. Полученные результаты демонстрируют, что наиболее эффективным оказалось комплексное лечение с применением аппаратной санации очагов инфекции. Вместе с тем, принимая во внимание высокую стоимость такого лечения, а также позитивные сдвиги в состоянии пациентов 2 группы, авторы считают возможным рекомендовать вышеуказанную схему лечения для широкого применения, ввиду того, что препараты

тербинафина входят в Федеральный перечень льготных лекарственных средств. Также необходимы дополнительные образовательные мероприятия среди населения, освещающие важность лечения грибковых заболеваний в виду их широкой распространенности.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АКТИНОЛИЗАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ КОЖИ.

Рассовская Н.Е., Заторская Н. Ф.

КВД №13 УЗ САО

Москва

Бактериальные инфекции кожи остаются одной из актуальной проблем дерматологии. Гноеродные бактерии повсеместно распространены в окружающей среде и постоянно находятся на поверхности кожи, одежды, предметах обихода, во вдыхаемом воздухе и т.д. При нормальном состоянии кожа способна защищать организм от различных вредных воздействий, в том числе и от гноеродных микробов. Лишь при нарушении целостности кожи и снижении защитных сил возникают различные заболевания, в том числе и пиодермии. Нередко принимающие хроническое рецидивирующее течение с потерей трудоспособности и требующие продолжительной терапии. Поэтому вопросы лечения пиодермий остаются чрезвычайно актуальными.

В последние годы под влиянием антибактериальных препаратов, экологических и физических факторов изменились некоторые биологические свойства гноеродных микроорганизмов. Стало больше встречаться устойчивых форм, переход условно-патогенной флоры в патогенную, чем объясняется упорное течение бактериальных инфекций. Наряду с вышеуказанными причинами, в развитии рецидивирующих или резистентных к терапии инфекций играет иммунологический дисбаланс организма. Поэтому, наиболее перспективны для терапии и профилактики рецидивов хронических пиодермий препараты, вызывающие иммунную перестройку.

В связи с этим наше внимание привлек отечественный препарат актинолизат, который был разработан еще в 1950г. советскими учеными.

Актинолизат – свежеприготовленный, стабилизированный, поливалентный фильтрат культуральной жидкости нескольких самопроизвольно лизирующихся штаммов актиномицет рода *Actinomyces* и *Micromonospora*. Он мобилизует и активирует макрофаги, стимулирует фагоцитоз, через специфические внутриклеточные рецепторы иммунокомпетентных клеток, стимулирует выработку антител к различным патогенам, оказывает мощное иммуномодулирующее действие, повышает резистентность организма. Актинолизат блокирует медиаторы воспаления, тормозит гиперпродукцию воспалительных цитокинов, тем самым снижает интенсивность воспалительного процесса. Он снимает усталость, способствует общей активности.

В цитогенетических исследованиях *in vivo* и *in vitro* признаков хромосомных мутаций не обнаружено. 50-летний опыт применения данного препарата показал, что актинолизат не оказывает эмбриотоксического действия и не влияет на репродуктивную функцию. Поэтому, можно применять его как у детей, так и у беременных.

Мы применяли данный препарат 15 больным: при угревой болезни (n=5), при хроническом фурункулезе (n=4), при сикозе (n=2), при актиномикозе (n=1), при микробной экземе (n=3). Использовали актинолизат по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю, на курс 10-20 инъекций. Побочных явлений мы не наблюдали. Учитывая особенности препарата, удалось сократить сроки лечения, длительность применения антибиотиков. Хорошая переносимость, эффективность лечения и возможность использования препарата в амбулаторных условиях позволили нам рекомендовать актинолизат для лечения различных гнойных заболеваний кожи.

ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ ОНИХОМИКОЗОВ

Саркисян Э.Ю.¹, Нелипович Д.В., Осипян Л.Л.¹.

Ереванский государственный университет

«NEW MED» медицинский центр

Ереван, Армения

В последние годы в научных публикациях широко обсуждается проблема онихомикозов и их диагностика, лечение, влияние на качество жизни пациентов.

С медицинской точки зрения онихомикозы - это резервуар инфекции, обусловленный дерматофитами и оппортунистическими плесневыми грибами. Последние могут усиливать местный патологический процесс, продуцируя не только кератиолитические ферменты, но и различные биологически активные вещества: например, токсические метаболиты (Сергеев А.Ю., 2000). Почти 30% видов микромицетов, которые известны как возбудители онихомикозов, являются потенциально опасными для жизни человека (Hoog G.S., Guarro J., 2000). Микромицеты широко распространены в окружающей среде и могут находиться на поверхности здоровых ногтевых пластинок в качестве сапротрофов-контаминантов. Но при механических повреждениях ногтей, особенно у больных диабетом, микромицеты способны ко вторичной инвазии в ногтевые пластинки с последующим развитием клинических проявлений дистального, проксимального, поверхностного, тотального дистрофического онихомикоза. Нередко развивается подногтевой гиперкератоз, при котором крошащиеся массы приподнимают ноготь. Он становится тусклым, легко крошится со свободного края. В его толще видны полосы и пятна.

В 2008 году нами проведен анализ 48 больных, обратившихся в медицинский центр «NEW MED» по поводу изменения ногтевых пластинок. Среди них онихомикоз диагностирован у 40 больных в возрасте от 10 до 63 лет с давностью от 1 года до 30 лет. В данной группе женщин было 25, а мужчин - 15. Онихогрифоз ногтей был отмечен у 4 больных, а Hallux Valgus - у 2 больных. Почти у всех больных болезнь ногтей сочеталась с межпальцевым поражением и поражением кожи стоп. Микоз стоп диагностирован у 2 пациентов.

Для идентификации возбудителей онихомикоза применяли прямую микроскопию с раствором щелочи (10%-ого КОН) и окрашивание метиленовым синим взятых образцов. Срезы ногтя получали при помощи стерильного скальпеля или лезвия. Для получения культур возбудителей использовали разные питательные среды / среда Сабуро, кукурузный агар, картофельный агар, среда Чапека и др./ . Состояние разрушенного ногтя оценивали по клиническому индексу / КИ / как 1-2, 3-4 и 5 балла, который составлен на основании клинической классификации онихомикозов. Каждый палец осматривали, фиксировали характер поражения и его состояние соответственно КИ.

Для пожилых больных характерны длительное течение процесса, выраженный гиперкератоз и неровности пластинки, КИ=5. Более чем у половины больных имелось распространенное поражение ногтей большого пальца стоп. Дистально - латеральная форма онихомикоза большого пальца наблюдалась в 87% всех случаев, причем 35% больных этой формой имели поражения, охватывающие более 1/3 длины ногтя, а 51% - более 2/3. Проксимальная форма большого пальца была выражена в 13% всех случаев.

У исследованных ногтевых пластинок по КИ в 1-2 балла (25%) был обнаружен *Trichophyton rubrum*, который преобладал в монокультуре. У больных с признаками онихомикоза, оцениваемого по КИ в 3-4 балла (46%), преобладали в основном оппортунистические грибы из родов *Aspergillus*, *Penicillium*, реже - *Alternaria* и *Cladosporium*. Заметна была особенность локализации *Trichophyton rubrum*: в менее разрушенных ногтях он преобладал в угловой части ногтевой пластинки и в коже под ней, а в более разрушенных ногтях - в коже, особенно в угловой части ногтя.

Наблюдения показали, что *Trichophyton rubrum* выделяется чаще у больных с начальными стадиями патологического процесса (КИ=1-2) в монокультуре, а в ассоциациях с микромицетами – при более активном развитии поражения (КИ=3-4).

ИССЛЕДОВАНИЕ IgG И IgE АНТИТЕЛ К АНТИГЕНАМ *T. RUBRUM* У БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗОМ

Свирищевская Е.В., Матушевская Е.В., Айрапетян Н.Р., Лещенко В.М.

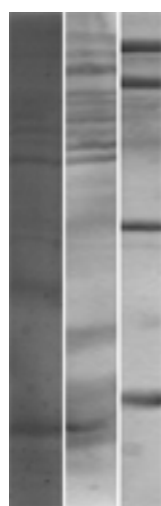
Институт Биоорганической химии имени М.М.Шемякина и Ю.В.Овчинникова РАН

Российский государственный медицинский университет

КВКД №1 ДЗМ

Москва

В настоящее время регистрируется высокий уровень заболеваемости онихомикозом, особенно осложненными формами. Наличие хронически текущей микотической инфекции предрасполагает к сенсibilизации иммунной системы антигенными структурами клетки гриба. В этом случае возможно параллельное развитие атопической реакции макроорганизма и формирование аллергодерматозов. Целью данной работы было выявление антител Е класса к антигенам гриба *T.rubrum* в сыворотке крови больных онихомикозом, осложненным аллергодерматозами. В качестве антигена использовали экстракт мицелия гриба *T.rubrum*. Сыворотки крови были получены от 20 больных онихомикозом, осложненным аллергодерматозом, а также от 10 здоровых добровольцев. Мицелий наращивали в ротационных культурах на среде Сабуро с добавлением жмыха свеклы и 1% глюкозы. Перед выделением антигенов мицелий отмывали, обезвоживали, замораживали в жидком азоте и получали пудру. Выделение белков из пудры проводили с помощью солиubilизации мембран 0,1% SDS. Выход тотального белка был значительно ниже, чем при выделении белков из других грибов с более крупным мицелием, например, *Aspergillus fumigatus* и *Penicillium*. Экстракт концентрировали, диализовали, доводили концентрацию до стандартной (1 мг/мл), аликвотили, замораживали и хранили при -20oC до использования. Анализ состава белков гриба из разных культур показал некоторые различия, хотя основной пул антигенов выявлялся во всех случаях (Рис.1). Для идентификации белков, распознаваемых



№1 №2 М

Рис.1. Гель-электрофорез в 10% акриламидном геле белков из экстрактов гриба *Trichophyton rubrum*. На дорожках #1 и 2 приведены форезы выделений из двух разных культур. Справа приведен маркер молекулярных весов (Хеликон, Москва). Веса соответствуют фосфолипазе В (130 кДа), бычьему сывороточному альбумину, яичному альбумину, ингибитору трипсина из соевых бобов, лизоциму (17 кДа).

IgG и IgE антителами больных онихомикозом, проводили блотирование экстракта гриба на нитроцеллюлозную мембрану. Для анализа использовали пулированную сыворотку от 20 больных и 5 доноров. Показали, что в сыворотках больных выявляются IgG антитела, распознающие антигены гриба. Однако IgE антител в пулированной сыворотке даже при разведении 1:10 не было (Рис.2). Поскольку пул

сывороток распознает все возможные белки экстракта, а индивидуальные сыворотки могут распознавать только часть из них или вообще не распознавать белков гриба, то мы проанализировали методом иммуно-ферментного анализа часть индивидуальных сывороток. В качестве группы сравнения использовали сыворотки здоровых доноров. На подложку наносили экстракт гриба в концентрации 100 мкг/мл. Подбор титров сыворотки провели на пулированном образце. Показали, что при разведении 1/50 – 1/200 пулированная сыворотка больных достоверно распознает антигены гриба по сравнению с пулом сывороток доноров. Поэтому для тестирования индивидуальных сывороток использовали разведение 1/100. Анализ индивидуальных сывороток показал, что у 50% больных онихомикозом, осложненным аллергодерматозами выявляются антитела к

антигенам гриба (Рис.3). Индекс антител определяли по формуле: $(\text{ОП онихомикоз} - \text{фон}) / (\text{ОП доноры} - \text{фон})$, где ОП – оптическая плотность значений сывороток больных или доноров, а фон – значения в лунках без добавления сывороток. Для подсчета ОП доноров использовали пулированную сыворотку доноров,

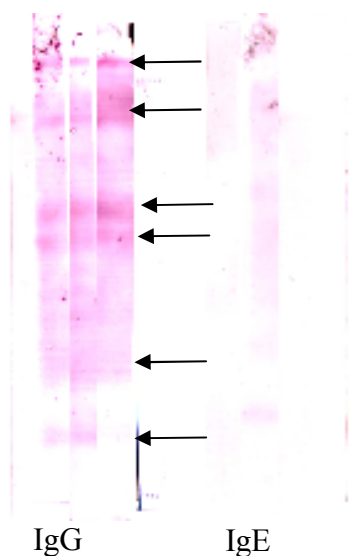


Рис.2. Распознавание антигенов гриба *T.rubrum* иммуноглобулинами G и E из пула сывороток больных онихомикозом. Экстракт гриба переносили на нитроцеллюлозную мембрану и добавляли пулированную сыворотку больных в разных разведениях (1:10; 20; 40; 80 и 160). Проявляли антителами к IgG и IgE человека. Стрелками указаны полосы, соответствующие распознаваемым белкам. Не выявили полос, распознаваемых IgE антителами.

которую вводили в каждый эксперимент в качестве контроля. Полученные данные подтвердили наличие IgG антител в сыворотках больных онихомикозом. Наличие IgE антител к антигенам *T.rubrum* выявлено не было, из чего мы заключили отсутствие связи аллергодерматоза с микотической инфекцией.

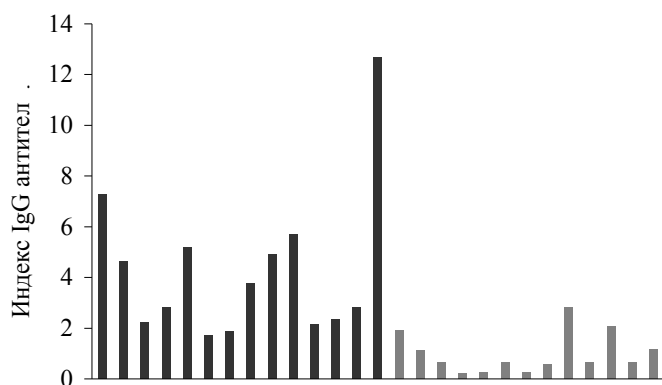


Рис.3. Индекс IgG антител к антигенам гриба *T. rubrum* в сыворотках больных онихомикозом (черные столбики) и здоровых доноров (серые столбики). Сыворотки разводили в 100 раз.

Таким образом показано, что при онихомикозе, осложненном аллергодерматозами, не наблюдается сенсбилизации антигенами гриба *T.rubrum*, но происходит распознавание этих антигенов иммунной системой, формирующей протективные IgG антитела.

МИКОЗЫ КОЖИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ У ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Сергеева И.Г.

ГОУ ВПО «Новосибирский Государственный университет» (Новосибирск)

Для изучения распространенности микозов у городского населения Западной Сибири были активно осмотрены 328 городских жителей в возрасте 61 – 96 лет. Наиболее распространенным заболеванием кожи являлся микоз стоп, выявленный у 197 (60%) человек, другие дерматозы встречали в 8% случаев и реже. Частота микозов стоп не увеличивалась в группах 61–70, 71–80 и 81 года и старше: 81 (58,3%) случай, 84 (60,4%) и 32 (64%) соответственно

Изучение обращаемости к дерматологу 468 пожилых пациентов позволило выявить заболевания, обращения по которым наблюдаются достаточно часто как в группе соматически компенсированных пациентов (СК), так и при сцепленных с возрастом заболеваниях - гиперлипидемии (ГЛ), сахарном диабете 2 типа (СД), гипотиреозе (ГТ): микозы стоп и кистей, экзема, аллергический дерматит, кандидоз кожи и слизистых, чесотка, микоз гладкой кожи туловища.

Наиболее распространенной грибковой патологией кожи и ее придатков является микоз стоп, на долю которого приходится 33,9% обращений СК пациентов, при сцепленной с возрастом патологии частота обращений достоверно увеличивалась ($p < 0,05$): 50,9% пациентов с ГТ, 53% больных СД, 61,5% - с ГЛ. Микоз кистей был диагностирован у 11% СК, 11,4% СД, 7,9% ГТ, 11,5% ГЛ ($p > 0,05$). Кандидоз складок встречали у 7,6% СК, 12,1% СД, 9,6% ГТ, 11,5% ГЛ ($p > 0,05$). Микоз гладкой кожи туловища - у 5,9% СК, 10,6% СД, 7,6% ГЛ ($p > 0,05$).

Среди форм микоза стоп наиболее распространенной являлся онихомикоз, наблюдаемый у 79,6% СК пациентов, 88,6% СД, 55,2% ГТ, 84,4% ГЛ. Сквамозная форма отмечена у 64,1% СК, 100% СД, 74,1% ГТ, 81,3% ГЛ; гиперкератотическая – у 12,5% СК, 15,7% СД, 13,8% ГТ, 31,3% ГЛ. Интертригинозная форма встречалась среди СК пациентов (7,8%) и при ГЛ (9,4%), дисгидротическая – при СД (2,5%) и ГТ (7,2%).

Осложнение микозов стоп микотической экземой в области нижних конечностей наблюдали у 17,2% СК пациентов, 21,4% СД, 29,3% ГТ, 6,4% ГЛ.

Таким образом, микозы стоп в современных условиях являются наиболее распространенным кожным заболеванием пожилого городского населения, составляя значительную группу пациентов дерматолога. Наличие СД, ГТ и ГЛ значительно увеличивает обращаемость пациентов пожилого возраста с микозами стоп. Особенности течения микозов стоп у пожилых пациентов с СД является выраженный десквамативный процесс, ГТ - развитие дисгидротической формы заболевания и микотической экземы; ГЛ – гиперкератотическая форма поражения гладкой кожи стоп. Обращаемость по поводу микозов кистей, гладкой кожи туловища, кандидозов кожи и слизистых у пожилых больных не имеет значительной связи с рассматриваемой соматической патологией (СД, ГТ, ГЛ), что является особенностью развития данных заболеваний в пожилом возрасте.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРТОКОНАЗОЛА НА *MALASSEZIA SPP.* ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Соколова Т.В. Мокроносова М.А., Кливитская Н.А., Глушакова А.М.

ГИУВ МО РФ

НИИ вакцин и сывороток имени И.И.Мечникова

Москва

Липофильные дрожжи рода *Malassezia* играют роль триггерного фактора в патогенезе атопического дерматита (АтД). Особый интерес вызывает способность этих дрожжей индуцировать синтез IgE – антител, что играет ключевую роль в кожном воспалении.

Целью исследования явилось экспериментальное изучение специфической активности топического препарата Залаин (сертаконазол) в виде крема на липофильные дрожжи рода *Malassezia*, выделенные от больных АтД. Материалы и методы исследования. Использовали метод серийных посевов чешуек эпидермиса, соскобленных с участка площадью 1 см². Производили пересев материала в трехкратной повторности на селективную среду Notman-агар (LNA). Чашки с посевом инкубировали в термостате при температуре 32°C в течение двух недель. Видовую идентификацию представителей рода *Malassezia* проводили по морфологическим, физиологическим и хемотаксономическим признакам. Степень тяжести АтД оценивали по шкале SCORAD. Обследовано 10 больных АтД с поражением верхней части тела. Тяжесть АтД по шкале SCORAD колебалась от 29 до 45 баллов, составляя в среднем 39 баллов. Контрольную группу составили 10 человек без кожной патологии по данным клинического осмотра и в анамнезе. Забор материала на верификацию *Malassezia* проводили 4 раза: при первичном обращении и через 2, 3 4 недели после лечения. Соскоб чешуек эпидермиса у больных АтД с пораженных (лицо) и непораженных (область плечевого пояса) участков. У лиц контрольной группы – с кожи правого и левого плеча. Базисная терапия включала антигистаминные препараты, ферменты, пробиотики в зависимости от нарушений, выявленных при исследовании кала на дисбактериоз. Наружная терапия состояла в использовании на пораженные участки кожного покрова крема залаин на ночь и топического глюкокортикостероида утром.

Результаты исследования. С кожи больных АтД было выделено 3 вида *Malassezia* – *M. sympodialis*, *M. globosa*, *M. furfur*. У больных АтД (70%) и в контрольной группе (80%) абсолютно доминировал *M. sympodialis*. На втором месте по встречаемости, с большим отрывом от *M. sympodialis*, был *M. globosa* (10% и 20% соответственно). *M. furfur* выявлен только у больных АтД (20%). Численность *Malassezia spp.* на пораженной коже до лечения варьировала в пределах 10⁴-10⁷ КОЕ/см², на непораженной была на 2-3 порядка ниже (10² – 10⁵), а у лиц контрольной группы составляла 10¹– 10³. Достоверные различия выявлены между показателями численности *Malassezia* для пораженных участков кожного покрова по сравнению с непораженными участками и кожей здоровых лиц. Исследование, проведенное через неделю показало, что на пораженных участках кожного покрова, обрабатываемых топическим антимикотиком залаином на ночь, численность липофильных дрожжей рода *Malassezia spp.* уменьшалась на 3-6 порядков по сравнению с изначальной до лечения. Она сохранялась таковой на протяжении всего срока наблюдения и через 2-3 недели. Численность дрожжей во всех пробах не превышала 10³ КОЕ/см². Иная картина наблюдалась при сравнении образцов, взятых с непораженной кожи и, следовательно, не обрабатываемых залаином. Численность *Malassezia spp.* в этом случае уменьшалась только на 0-2 порядка и сохранялась у всех больных АтД на протяжении всего срока наблюдения. Это является прямым доказательством необходимости обработки антимикотиком не только пораженных участков кожного покрова, но и внешне неизменных, особенно себорейных участках кожи. Такой подход исключит распространение возбудителя по поверхности кожи на уже санированные участки. К концу 3 недели тяжесть АтД по шкале SCORAD уменьшилась практически в 2 раза. Она

колебалась от 18 до 28 баллов, составляя в среднем 20 баллов, что соответствовало легкому течению АтД.

Выводы. Проведенное исследование выявило высокую антимикотическую активность сертаконазола (залаина) в отношении липофильных дрожжей рода *Malassezia* у пациентов с АтД. Установлено, что залаин обладает способностью не только снижать численность грибов на 2-4 порядка уже через неделю, но и поддерживать ее в таком состоянии на протяжении всего срока использования препарата даже при сочетании с топическим глюкокортикоидом.. Это позволяет рекомендовать залаин для лечения АтД, ассоциированного с *Malassezia spp.* Не было выявлено ни одного случая побочных действий при использовании препарата.

СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ К ЛИПОФИЛЬНЫМ ДРОЖЖАМИ *MALASSEZIA SPP.* И ДРОЖЖЕПОДОБНЫМИ ГРИБАМ *CANDIDA SPP.* У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ.

Соколова Т.В., Кливитская Н.А., Мокроносова М.А.

ГИУВ МО РФ, НИИ вакцин и сывороток имени И.И. Мечникова

Москва

Атопический дерматит (АтД) – мультифакториальное заболевание. Этиопатогенез АтД связывают с полигенной системой и возможным наличием главного гена, детерминирующего поражение кожи. Этой системе свойственен пороговый эффект. Под воздействием различных факторов риска порог понижается и возникает манифестация болезни. К факторам риска относят различные экзогенные и эндогенные раздражители. Общеизвестна роль инфекционных аллергенов. Инфекционные триггеры, как правило, являются истинными аллергенами (белковыми веществами). Они вызывают аллергическое воспаление, включая известную классическую схему «атопической» реакции иммунной системы организма, реализуемой реакцией антиген-антитело, как правило, при участии иммуноглобулинов класса E. Рядом исследований показана роль в патогенезе АтД дрожжеподобных грибов *Candida spp.* и липофильных дрожжей *Malassezia spp.*

Цель исследования – изучение особенностей течения АтД, ассоциированного с сенсibilизацией дрожжеподобными грибами *Candida spp.* и липофильными дрожжами *Malassezia spp.*

Материалы и методы. Под наблюдением было 60 больных АтД в возрасте от 6 до 31 года, мужчин 31. Бактериологические методы использовали для идентификации *Candida spp.* в зеве, носу, влажной коже и при исследовании кала на дисбактериоз и *Malassezia spp.* с кожи. Для выделения дрожжей рода *Malassezia* образцы соскобов с кожи высевали в трехкратных повторностях на Notman-агар (LNA). Чашки с посевами инкубировали в термостате при температуре 32°C в течение двух недель. Видовую идентификацию представителей рода *Malassezia* проводили по морфологическим, физиологическим и хемотаксономическим признакам. Определение общего IgE (kUA/мл) в сыворотке крови и специфических IgE-антител к грибам рода *Malassezia* на приборе Immucap (Phadia, Швеция) с использованием стандартных реактивов. Степень тяжести АтД оценивали по шкале SCORAD. Группу сравнения составили 98 здоровых лиц в возрасте от 18 до 52 лет, проходивших обследование в НИИ вакцин и сывороток имени И.И. Мечникова.

Результаты исследования. Липофильные дрожжи *Malassezia spp.* выделены у всех больных АтД. Уровень колонизации пораженной кожи был достоверно выше, чем непораженной и у лиц контрольной группы. Высокий уровень колонизации (10^7 - 10^8 КОЕ/см²) зарегистрирован у 75% больных, средний (10^4 - 10^6) – у 25%. *S.albicans* выявлены в 60% случаев. Больные АтД были подразделены на 4 группы. 1 и 2 группы – верификация только моноинфекции *Malassezia spp.* со средними (10^4 - 10^6) и высокими (10^7 - 10^8) уровнями колонизации кожи липофильными дрожжами. 3 и 4 – верификация микст-инфекции (*Malassezia spp.* + *S.albicans*) со средними (10^4 - 10^6) и высокими (10^7 - 10^8) уровнями колонизации. Сравнение тяжести АтД по шкале SCORAD в группах показало, что она была наивысшей при микст-инфекции (*Candida*+*Malassezia*) с высоким уровнем (10^7 - 10^8) колонизации кожи последними и составляла $78,5 \pm 16,9$ баллов. Этот показатель был достоверно в 1,9-2,4 раза выше, чем при колонизации организма только *Malassezia spp.* независимо от уровня (10^4 - 10^6 и 10^7 - 10^8) ($32,4 \pm 10,8$ и $39,4 \pm 11,7$ баллов соответственно) и при одновременной колонизации обоими возбудителями со средним уровнем липофильных дрожжей ($36,9 \pm 17,3$). При оценке специфического иммунного ответа больных АтД по уровню IgE-антител к *Malassezia*, установлено, что он наивысший при высоком уровне колонизации кожи липофильными дрожжами, как при моно-, так и

микст-инфекции ($4,3 \pm 3,5$ и $5,5 \pm 2,6$ kUA/l соответственно). У больных АтД со средним уровнем колонизации этот показатель составлял $0,6 \pm 0,5$ kUA/l (моноинфекция) и $0,8 \pm 0,6$ kUA/l (микст-инфекция). Интересные данные получены при определении уровня общего IgE. При микст-инфекции с высоким уровнем колонизации *Malassezia spp.* он был наивысшим и составлял $869,3 \pm 260,3$ МЕ/л. При моноинфекции *Malassezia spp.* с высоким уровнем колонизации он был достоверно в 2,4 раза ниже ($360,2 \pm 290,4$). Однако оба этих показателя были достоверно выше при сравнении с группами больных АтД, имеющих средний уровень колонизации, как при моно - ($141,7 \pm 85,8$), так и при микст-инфекции ($188,4 \pm 79,5$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о наличии сенсibilизации больных АтД возбудителями поверхностных микозов – *Malassezia spp.* и *C.albicans*, что значимо влияет на тяжесть заболевания.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МИКОЗОВ ГЛАДКОЙ КОЖИ

Степанова Ж.В., Тарасова М.А., Степанова С.В., Ермошина Е.А., Дорофеева О.С.

Институт аллергологии и клинической иммунологии

ГУ РОКВД

МУЗ Поликлиника № 5 КВД

Москва – Рязань – Волгоград

При широкой распространенности грибковых заболеваний наиболее часто регистрируются микозы гладкой кожи. Из микозов с поражением гладкой кожи первое место занимает микоз стоп, частота его встречаемости в общей популяции колеблется от 5 до 20% и до 50% у больных с иммунодефицитом, эндокринными нарушениями, соматическими заболеваниями. Характерным для заболевания является клинический полиморфизм, упорное рецидивирующее течение, резистентность к терапии. Второе место по распространенности из микозов гладкой кожи занимает микроспория, далее разноцветный лишай и кандидоз.

Лечение микозов гладкой кожи проводится антимикотическими средствами для наружного применения в виде мази, крема, раствора или спрея. При их использовании клинические проявления разрешаются, но через некоторое время, в частности, при микозе стоп, разноцветном лишае, кандидозе возникает рецидив заболевания. В.Ф.Шабалиным (1973) при изучении клинико-морфологических особенностей микоза стоп, обусловленного *Trichophyton rubrum*, удалось обнаружить возбудителя не только в эпидермисе, но и в сетчатом слое дермы, а у некоторых больных и в гиподерме, поэтому при применении наружных антимикотических средств не достигается полной санации инфекции, грибы остаются в глубоких слоях кожи. Исходя из этих данных, чтобы достигнуть излечения необходимо проводить лечение с использованием антимикотика системного действия.

Целью исследования было оценить противогрибковую активность отечественного итраконазола (ирунина) при лечении микозов гладкой кожи в 2-х кожно-венерологических диспансерах (Рязань и Волгоград).

Под наблюдением находилось 106 больных в возрасте от 18 до 60 лет - (от 18 до 30 лет – 39, от 31 до 40 лет-34, от 40 до 50 – 14 и от 51 до 60 –19), 60 мужского и 46 женского пола. По диагнозам больные распределялись следующим образом: 30 - с микозом гладкой кожи стоп (дисгидротическая и/или интертригинозная формы с частыми обострениями, сквамозная и сквамозно-гиперкератотическая формы), 5 –с микозом гладкой кожи кистей, 10 -с микозом гладкой кожи туловища и конечностей (распространенная форма), 8 – микозом крупных складок, 4- микроспорией гладкой кожи с поражением пушковых волос, 42 – с разноцветным лишаем (распространенная форма), 7 - кандидозом (множественные очаги, при неэффективности местной терапии). Диагноз микоза у всех больных был подтвержден обнаружением гриба при микроскопическом исследовании , а у 50 и культурально, выделены грибы *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes var.interdigitale*, *Microsporum canis*, *Epidermophyton floccosum*, *Candida albicans*, *Malassezia furfur*. Давность заболевания составляла от нескольких месяцев до 20 лет. От проводимого ранее лечения наружными антимикотическими средствами терапевтический эффект был кратковременным.

Итраконазол назначали по следующей схеме: по 200 мг в сутки в течение 7 дней, затем по 100 мг в сутки 14 дней (при необходимости продолжительность терапии увеличивалась еще на 7 дней). Контрольное обследование проводилось через 7 дней в течение 4 недель: оценивалась выраженность симптомов, переносимость препарата и проводилось микроскопическое исследование на грибы.

Разрешение клинических проявлений и отрицательный анализ на грибы наблюдали через 7 дней у 2-х больных интертригинозной формой микоза стоп, 10 – разноцветным лишаем,

через 14 дней у одного больного микозом гладкой кожи кистей, через 21 день – у 91 больного, через 28 дней излечение наступило у 2-х больных: с гиперкератотической формой микоза стоп и распространенной микроспорией с поражением пушковых волос. Переносимость итраконазола была удовлетворительной, побочные эффекты, не требующие отмены препарата, наблюдали у 2 больных.

На основании проведенного исследования была установлена эффективность и хорошая переносимость отечественного итраконазола (ирунина) при лечении больных, длительно страдающих микозом гладкой кожи стоп и кистей, крупных складок, туловища и конечностей, распространенной микроспорией с поражением пушковых волос, разноцветным лишаем и поверхностными формами кандидоза.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРЕМА «КАНДИДЕРМ» У БОЛЬНЫХ С МИКОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Хабилова Р.Х., Дукович Е.В., Титугина А.Ю., Балтер И.А., Табашникова А.И.

ГУЗ «Самарский областной кожно-венерологический диспансер»

Самара

В настоящее время значительно увеличилась заболеваемость микотической экземой, осложненной гнойной инфекцией у лиц, страдающих онихомикозами и микозами кожи. По последним данным, алергодерматозы и экзематозные поражения у больных с микотической инфекцией встречаются в три-четыре раза чаще, чем у пациентов с другой патологией. Повышенная алергизация организма больных микозами кожи и онихомикозами связана с формированием поливалентной сенсibilизации под воздействием грибов и продуктов их жизнедеятельности. Частым осложнением клинического течения алергодерматозов является присоединение пиококковой инфекции, что связано со снижением противомикробной резистентности поверхности кожи. Вследствие чего, увеличивается очаг воспаления, отек и мокнутие. Субъективно беспокоит сильный зуд.

В настоящее время для лечения микотической экземы наружно используют комбинированные препараты, содержащие кортикостероиды, противогрибковые и антибактериальные препараты.

Целью исследования явилось изучение терапевтической эффективности крема «Кандидерм» (фирма «Гленмарк») Фармакотерапевтическая группа: Глюкокортикостероид (беклометазона дипропионат 0,25 мг) + антибиотик - аминогликозид (гентамицина сульфат, что эквивалентно гентамицину 1мг.) + противогрибковое средство (Активные вещества клотримазол 10,0 мг). Данный крем обладает противовоспалительным, противоаллергическим, антибактериальным действием. Крем активен в отношении грибов: *trichophyton rubrum*, *trichophyton mentagrophytes*, *epidermophyton floccosum*, *microsporum canis*, *Candida albicans*, *malassezia furfur*.

Беклометазон оказывает противовоспалительное, противоаллергическое, антиэкссудативное и противозудное действие. Является не фторированным кортикостероидом. Гентамицина сульфат оказывает бактерицидное действие в отношении грамотрицательных бактерий: (*Pseudomonas aeruginosa*, *enterobacter aerogenes*, *Escherichia coli*, *proteus vulgaris*, *klebsiella pneumoniae*;) и грамположительных бактерий: (*streptococcus spp*, *staphylococcus aureus*).

В центре по лечению кожи стоп и ногтей ГУЗ СОКВД под наблюдением находилось 46 больных в возрасте от 49 до 67 лет (26 мужчин и 20 женщин) с клинически установленным и микологически подтвержденным диагнозом микоза стоп, онихомикоза, микотической экземой, осложненной гнойной инфекцией. На пораженный участок кожи крем наносили тонким слоем 2 раза в день утром и вечером. Продолжительность лечения составляла от 10 дней до 4 недель и зависела от распространенности процесса.

Одновременно всем пациентам назначали антигистаминные препараты в течение 10-14 дней и системные антимикотики.

Через неделю клиническое выздоровление зарегистрировано у 23% больных, значительное улучшение у 47%, улучшение у 30%. Через 2 недели у 48%, 48% и 4% соответственно. Через 3 недели выздоровление наблюдалось у 92% больных, а у 8 % значительное улучшение. Через месяц наблюдения полное клиническое и микологическое разрешение кожного процесса у всех пациентов.

На основании анализа проведенного лечения можно сделать вывод, что крем «Кандидерм» является высокоэффективным и безопасным для лечения больных с микотической экземой, осложненной гнойной инфекцией.

МИКОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СТОП У СОЦИАЛЬНО-ДЕЗАДАПТИРОВАННЫХ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Хейдар С.А., Кулешов А.Н.

Российский государственный медицинский университет

Городская клиническая больница №14 имени В.Г. Короленко

Москва

Под нашим лечением и наблюдением находилось 20 социально-дезадаптированных лиц больных различными формами сифилиса в возрасте от 20 до 54 лет. Все пациенты были госпитализированы во 2ое венерологическое отделение Городской клинической больницы № 14 имени В.Г. Короленко.

Из обследованных больных сифилисом у 9 было выявлено микотическое поражение стоп (3 женщин и 6 мужчин).

Клинические проявления микоза стоп были явно выраженными. У всех пациентов микоз стоп протекал в виде сквамозно-гиперкератотической формы. При осмотре отмечалось усиленное ороговение и сухость кожи подошв, наличие трещин с муковидным шелушением. Также отмечалось повреждение всех ногтевых пластин стоп по гипертрофическому типу поражения у 7 пациентов (2 женщины и 5 мужчин) и поражение двух ногтевых пластин у 2 пациентов (1 женщина и 1 мужчина). При микологическом исследовании патологического материала были выявлены дерматофиты.

Лечение сифилитической инфекции проводилось согласно существующим медицинским стандартам и инструкциям по современным методикам и с индивидуальным подходом к выбору проводимой терапии, исходя из анамнеза больного и клинической картины заболевания.

Все госпитализированные пациенты - это лица без определенного места жительства, основным занятием которых, явилось: бродяжничество, воровство, употребление чрезмерного количества алкогольных напитков.

Таким образом, несоблюдение правил личной и общей гигиены данным контингентом, ведение зачастую преступного образа жизни приводит к распространению различных инфекций среди социально-дезадаптированного контингента.

ПОЛИМОРФИЗМ КУЛЬТУР НЕКОТОРЫХ ГРИБОВ ДЕРМАТОФИТОВ В МАТЕРИАЛЕ ОТ БОЛЬНОГО

Хисматуллина З.Р., Мухамадеева О.Р., Попова Д.Р.

Башкирский государственный медицинский университет

Республиканский кожно-венерологический диспансер

Уфа

При изучении видового состава грибов, вызывающих дерматофитии, отмечено, что в середине 80-х годов в РБ произошла смена антропофильных дерматомицетов зоофильными. Обзор грибковой микрофлоры выделенной за последние 5 лет в бактериологической лаборатории РКВД, подтверждает, что преобладающими возбудителями дерматофитий является зоофильная группа грибов. На протяжении последних лет, наиболее часто выделяемым грибом является *M.canis*. Второе место занимает *T.verrucosum*. На третьем месте по частоте выделения находится *T. mentagrophytes var. gypseum*. Возбудители антропофильных инфекций составляют в структуре в среднем 4-5%. В общей структуре микозов, по данным РКВД, зооантропофильные дерматофитии занимают до 25 %. Высокий уровень заболеваемости трихофитией и микроспорией среди жителей Республики Башкортостан указывает на недооценку серьезности данных инфекций, а между тем эти микозы, в силу значительной контагиозности, множества источников инфекции и иногда трудностей в их диагностике, требует к себе усиленного внимания. Одной из причин высокой заболеваемости трихофитии и микроспории, является несвоевременное распознавание этих заболеваний, протекающих нередко в атипичных формах. Проведенные клинические наблюдения показали, что атипичные формы трихофитии наблюдаются у 17,3% больных. В таких случаях микроскопическая диагностика приобретает особую актуальность. Между тем микроскопическое исследование патологического материала не всегда дает данные к правильному суждению о природе заболевания из-за полиморфизма грибов в волосе. Причем полиморфизм, чаще проявляется у больных с начальными формами заболеваний. Для исследования полиморфизма культур возбудителей дерматофитий проведено исследование патологического материала (чешуйки кожи и волосы из очагов поражения) от 86 больных этими инфекциями, пролеченными в стационаре РКВД с января по июнь 2008года. Изучение патологического материала проводилось при помощи простой микроскопии нативных препаратов и культурального исследования. Изучение патологического материала у больных зооантропонозной трихофитией, вызванной *T. verrucosum*, показали поражение волос по типу крупноспорового эктотрикса у 74,8 % больных, а у 25,2 % имелись нетипичные для этого гриба поражения. Обычным типом поражения при трихофитии, обусловленной *T. verrucosum*, было наличие толстого, длинного, несептированного, спорулированного или артроспорового мицелия внутри и вне волоса и чехлика из крупных спор. В ряде случаев величина спор не была одинаковой, так у двух больных наблюдался мелкоспоровый эктотрикс, характерный для культуры *T. mentagrophytes var. gypseum*, однако при посеве материала был обнаружен *T. verrucosum*. У трех больных при микроскопии волос из очага поражения был обнаружен крупноспоровый эктотрикс, а при культуральном исследовании выделен *T. mentagrophytes var. gypseum*. У одного больного при поступлении в волосе были обнаружены диффузно расположенные споры мелкого размера, что дало предпосылки предположить микроспорию волосистой части головы. При проведении культурального исследования получен *T. mentagrophytes var. gypseum*. У одного больного нагноительной трихофитией области бороды и усов найден артроспоровый мицелий в чешуйках, без поражения волос. Приведенные материалы свидетельствуют о широком полиморфизме зоофильных грибов в волосе и указывают, что распознавание заболеваний, вызванных этими грибами, основанное только на клинических и микроскопических критериях, несомненно, не может считаться полноценным и применимо только в качестве ориентировочной диагностики.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИРОДНОГО БИОСТИМУЛЯТОРА В ЛЕЧЕНИИ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ФОРМ ТРИХОФИТИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Хисматуллина З. Р., Алиева Г. А., Биккулова Г. Х.

Башкирский государственный медицинский университет

Уфа

Высокая заболеваемость зооантропонозной трихофитией в Республике Башкортостан, большое количество нагноительных форм заболевания обуславливают актуальность данной проблемы. Этиопатогенез данной патологии сложен и индивидуален. Наружная терапия нагноительных форм нуждается в совершенствовании, так как при нагноительном процессе волосистой части головы формируется грубая рубцовая ткань.

Целью исследований стало совершенствование методов наружной терапии нагноительных форм трихофитии волосистой части головы, путём включения к комплекс процедур дерматоаппликаций природного биостимулятора регенерации.

В качестве природного биостимулятора регенерации выбран «Керакол», разработанный в Уфимском НИИ глазных болезней (ВФС 41-1895-89), на который получен Сертификат качества № 89/377/11 от 31.10.1990 г. Препарат разрешён к клиническому применению Приказом Минздрава СССР № 377 от 26.06.1989 г.

Препарат получают из рогаговицы крупного рогатого скота путём спецобработки и измельчения; представляет собой аморфный порошок желтоватого цвета, который при добавлении изотонического раствора натрия хлорида образует желе.

Методика применения «Керакола»:

1. Очищение язвенной поверхности ватным тампоном от некротических масс;
2. Наложение препарата в виде дерматоаппликации.

«Керакол» не обладает аллергизирующими свойствами и не имеет противопоказаний.

Исследования проведены на 12 пациентах возраста от 3 до 10 лет с нагноительными формами трихофитии волосистой части головы. Итоговые результаты сопоставлены с результатами лечения 10 больных с аналогичным диагнозом, которым проводилась традиционная терапия.

Использование «Керакола» в комплексе с традиционной терапией приводит к сокращению сроков лечения в среднем на 3 койко/дня по сравнению с контрольной группой.

Препарат оказывает положительное влияние на все стадии процесса заживления и приводит к образованию косметического дефекта в виде нежного рубца кожи. Специфическая активность препарата обусловлена повышенным синтезом гликозамингликанов в формирующемся регенерате и биологической активностью компонентов, входящих в его состав (Даутова З. А., 1992).

Доступность, дешевизна, простота методики применения и продолжительность сроков хранения даёт большие возможности применения «Керакола» как природного биостимулятора регенерации в дерматологии.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ ПРИЗЫВНИКОВ НАПРАВЛЕННЫХ НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР Г. УФА

Хисматуллина З.Р., Кудашев Н.Ю., Хаматнуров Р.Ф., Хабибуллин А.Ш.

Башкирский государственный медицинский университет

Республиканский кожно-венерологический диспансер

Уфа

Целью настоящего исследования явился анализ заболеваемости дерматомикозами и их места в структуре дерматологической патологии среди призывников направленных на стационарное лечение в Республиканский кожно-венерологический диспансер г. Уфа.

Материал получен при подведении итогов работы дерматовенерологической службы Республики Башкортостан за 2008 год. На базе поликлиники Республиканского кожно-венерологического диспансера был проведен детальный анализ амбулаторных карт 252 призывников. Данный контингент был направлен для уточнения диагноза и при необходимости дальнейшего стационарного лечения районными дерматовенерологами или районными комиссариатами Республики.

Микологическая патология выявлена у 23 пациентов, что составило 9,1 % в общей структуре дерматологической патологии выявляемой у призывников. Из них 21 или 91,3% являлись жителями отдаленных районов Республики. Делая детальный нозологический анализ, было выявлено, что господствующее положение занимает микотическое поражение стоп (10) и кистей (3) (43,5% и 13% призывников соответственно) с вовлечением в процесс ногтевых пластинок. В 21,7% случаев (5 призывников) был выявлен микоз стоп без поражения ногтей. У 3 пациентов (13%) выявлен микоз туловища и по 1 пациенту с трихофитией и паховой эпидермофитией.

Проведя ретроспективный анализ отчетов за 2006, 2007 годы тенденции к снижению или к росту заболеваемости микозами выявлено не было. Анализируя динамику частоты встречаемости дерматомикозов среди лиц проживающих в крупных городах и отдаленных районах была выявлена явная тенденция к ее снижению у призывников, проживающих в городах.

Вышеизложенный материал свидетельствует о недостаточной общественной и индивидуальной профилактике микологической патологии среди лиц проживающих в отдаленных районах и ее значительном улучшении среди городского населения Республики.

ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ДЕРМАТОФИТИЙ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 20 ЛЕТ

Чащин А.Ю., Кузнецова Н.П., Долженицина Н.А.

Иркутский государственный медицинский университет

Областной кожно-венерологический диспансер

Иркутск

Заболееваемость дерматофитиями в Российской Федерации до сих пор представляет серьезную проблему, несмотря на использование в лечении большого числа антимикотических препаратов. Среди дерматофитий значительный удельный вес составляет микроспория.

Целью нашего исследования было изучение показателей заболеваемости трихофитией и микроспорией за 20 лет по данным отчетов областного кожно-венерологического диспансера.

В результате анализа установлено, что с 1988 года по 1991 показатели заболеваемости дерматофитиями колебались от 83,5 до 91,7 с постепенным медленным увеличением числа больных, в основном, за счет микроспории. С 1992 по 1995г. показатели общей заболеваемости были выше 100,0 (108,3; 110,0), за счет микроспории. Показатели заболеваемости трихофитией сохранялись в пределах 2,3-2,5. С 1996 года заболеваемость дерматофитиями стала снижаться с 62,8 (в 1996 году) и в 2005 году достигла показателя 57,0. Закономерно снижалась заболеваемость микроспорией с 61,4 до 56,5. Число больных трихофитией также ежегодно снижалась при показателях от 1,6 до 1,2. За последние 5 лет (2003-2007) заболеваемость трихофитией составило всего 162 случая с ежегодной регистрацией 30-39 случаев, преимущественно среди сельского населения.

Заболееваемость микроспорией отмечена преимущественно у городского населения (82%), трихофитией одинаково часто (1,09%) регистрировалась у городского и сельского населения.

Таким образом, установлено, что микроспория и трихофития имеют устойчивую тенденцию к снижению числа больных. Что может быть обусловлено широким применением эффективных антимикотиков. В то же время следует отметить, что наряду со снижением микроспории и трихофитии увеличивается число больных с микозами стоп. Если в 1997 году было зарегистрировано 1428 больных, то в 2006 году больных микозами стоп увеличилось в 2,5 раза. Онихомикозы составили 67,4% от больных микозами стоп.

Основным возбудителем микозов стоп остается *trichophyton rubrum*. Нередко причиной микозов стоп и онихомикозов является ассоциация грибов дерматофитов, дрожжеподобных рода *Candida* и плесневых грибов. Наличие такой микст-инфекции требует применения антимикотических средств широкого спектра действия.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРОКОНАЗОЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИКРОСПОРИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ У ДЕТЕЙ.

Яковенко Г.Т., Асташина С. М.

Областной кожно-венерологический диспансер

Владимир

В лечении микроспории волосистой части головы чаще всего нами используется гризеофульвин в стандартной дозе 22мг/кг (для немикронизированной формы препарата). Однако среди большой группы успешно пролеченных пациентов есть дети, у которых обычно на первой неделе лечения возникают диспептические явления в виде тошноты, рвоты, болей в эпигастрии. Кроме этого есть маленькие пациенты, которые не могут физически принимать большое количество таблеток ежедневно. Применение препаратов группы тербинафина часто требовало длительного применения и повышения рекомендуемой дозы.

За 9 месяцев 2008 года 12 пациентам с диагнозом микроскопии волосистой части головы в возрасте с 8 до 14 лет при непереносимостью гризеофульвина нами проводилось лечение интроконазолом (применялся препарат ирунин фирмы «Верофарм». Диагноз микроспории был подтвержден микроскопически, а в дальнейшем и бактериологически (у всех отмечен рост *Microsporum canis*). Применяемая доза интроконазола у пациентов с массой до 30кг – 100 мг/сутки(5 пациента), с массой от 30 до 40кг – через день по 100 и 200 мг(6 пациентов), с массой от 40кг – 200мг ежедневно(1 пациент). В дополнение к системной терапии рекомендовалось выбривание очага, а при множественных элементах – полное бритье головы. Также применялись и наружные противогрибковые препараты.

Из 12 пациентов только у одного были проявления легкой диспепсии, которое не потребовало отмены препарата. Изменений в анализах отмечено не было. Через 2 недели лечения свечение под лампою Вуда прекратилось у 5 пациентов(41,7%) . У остальных произошло значительное ослабление свечения. Контрольные анализы проводились на 14, 21, 28 день лечения интроконазолом. У 9 человек(75%) все 3 контрольные анализа были отрицательные, продолжительность применения интроконазола составило 4 недели и дети были выписаны в школу. У 3 человек из-за повторного обнаружения нитей мицелия в первом контрольном анализе лечение интроконазолом было продлено еще на неделю. За период диспансерного наблюдения в течение 3 месяцев рецидива заболевания не наблюдалось.

Выводы:

- 1.Возможность использования интроконазола для лечения микроспории у детей школьного возраста.
2. Хорошая переносимость препарата.
- 3.Эффективность лечения микроспории, вызванной *Microsporum canis* препаратами интроконазола.

СЛУЧАЙ ФИКСИРОВАННОЙ ЭРИМТЕМЫ ОТ ТЕРБИНАФИНА

Яковлев А.Б.

КВД № 16

Москва

Настоящий случай представляет интерес как относительно редкое проявление токсидермии от тербинафина по типу фиксированной эритемы.

Больной Г., 79 лет, обратился к микологу 19.11.08 с жалобами на наличие высыпаний на головке полового члена.

Болен с 01.11.08 (18 дней), когда на венечной бороздке полового члена появились пятнистые элементы, сопровождавшиеся жжением. Через несколько дней пятна слились в один округлый очаг размером около 3 см, правильной формы, с переходом на головку полового члена. К моменту появления высыпаний получил 52 таблетки тербинафина, а к моменту обращения – еще 18, то есть всего 70 таблеток.



Локальный статус. Очаг эритемы правильной формы размером около 4 см, округлый, с четкими границами; расположен на бороздке полового члена с переходом на тело члена и на головку. В пределах очага определяются везикуляции, в центре – цианоз и пигментация.

На слизистой полости рта высыпаний нет.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь (ГБ), ИБС, хронический гайморит, варикозное расширение вен голени, доброкачественная гиперплазия простаты (ДГП); микоз стоп и онихомикоз (гипертрофический тип). По поводу сопутствующих заболеваний получает препараты: эналаприл (ГБ), тамсулозин (ДГП). Обострений гайморита за последние 3 месяца не отмечено.

Результаты обследования. РМП, ВИЧ, гепатиты В и С – отрицательно.

Анализ на грибы (*Candida*) с области венечной бороздки, в пределах очага – не обнаружены.

Общий анализ крови (01.12.08): эозинофилы – 5%. Общий ан. мочи (01.12.08) – без патологии.

Исследование на *Tr. pallida* – не обнаружена.

В виду необычности клинического случая был созван консилиум, приглашены еще два дерматолога и заведующая отделением (уролог). Мнение врачей совпало, и было единодушным: в данном случае речь идет о *фиксированной эритеме*.

Лечение: отменен системный тербинафин (крем тербинафиновый для наружного лечения стоп не отменялся, т.к. не вызывал у больного побочных явлений), на очаг эритемы назначен крем Акридерм на 14 дней, 1 раз в день.

Больной явился повторно 12.12.08: везикуляции в очаге разрешились, сохраняются стойкая пигментация и цианоз в очаге. Назначена мазь Актовегин.

В описаниях препарата тербинафинв имеются указание на возможное развитие аллергических реакций на это вещество с частотой от 1 до 10% (часто); указывается на возможность развития различных вариантов многоформной экссудативной эритемы, вплоть до синдромов Стивенса-Джонсона и Лайелла. Однако, ни в одном из описаний нет указаний на возможность развития фиксированной эритемы.

Данное наблюдение поднимает вопрос о включении тербинафина в перечень препаратов, которые могут вызывать фиксированную эритему.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ, БЕЗОПАСНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ТРАВОГЕН И ТРАВКОРТ У БОЛЬНЫХ ОГРАНИЧЕННЫМИ МИКОЗАМИ КОЖИ

Якубович А.И., Корепанов А.Р., Дошанова Е.С., Чернигова О.А., Солдатова Т.И., Чуприкова Т.В., Залуцкая М.Л.

Иркутский государственный медицинский университет

Областной кожно-венерологический диспансер

Иркутск

Дерматомикозы продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем дерматологии в силу их широкой распространённости среди различных групп населения и обилия нозологических форм.

Исследована эффективность, безопасность и переносимость кремов Травоген и Травокорт у больных ограниченными микозами кожи различной этиологии.

В открытом наблюдательном исследовании участвовало 30 пациентов с микозами разной этиологии и локализации, нуждающихся в наружной антимикотической терапии. Из всех микозов у наблюдаемых нами пациентов преобладали микоз стоп - 11 больных и отрубевидный лишай – 8 больных. Микроспория гладкой кожи выявлена у 6 больных, паховая эпидермофития у 3, кандидоз околоногтевого валика II пальца правой кисти у 1 и микоз кистей у 1 больного. Клинический диагноз подтверждался обнаружением мицелия в чешуйках кожи с очагов поражения. Из сопутствующих заболеваний у больных отрубевидным лишаем были выявлены хронический гастрит у 2 больных, а также одиночные случаи угревой болезни, хронического гайморита и хронического пиелонефрита. У больного кандидозом околоногтевого валика – хронический пиелонефрит. У больных микозами стоп выявлялись хронический гастрит у 1 и гипертоническая болезнь у 1 больного.

В терапии 19 больных был использован крем Травоген и у 11 - крем Травокорт. Двоим больным, которые в начале лечения получали Травокорт в процессе лечения после снятия островоспалительных явлений, был назначен крем Травоген.

Полученные клинические и лабораторные данные свидетельствовали о сохранении хорошего профиля эффективности, безопасности и переносимости препаратов Травокорт и Травоген, что позволяет рекомендовать указанные препараты в качестве актуальных наружных средств для лечения больных ограниченными микозами кожи различной этиологии: дерматомикозами, разноцветным лишаем, кандидозом кожи и локализации: микозы кистей и/или стоп, крупных складок кожи и гладкой кожи.

Степень удовлетворённости пациентов препаратами Травоген и Травокорт оказалась очень высокой: 16 пациентам препараты очень понравились, 13 пациентам понравились и только 1 пациент отнёсся безразлично. Все пациенты отметили удобство и простоту применения препаратов Травоген и Травокорт.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНЫХ БАЛАНОПОСТИТОВ

Якубович А.И., Корепанов А.Р., Чуприн А.Е.

Медицинский университет

Иркутск

Стремительный рост частоты грибковой инфекции связан с различными причинами, в том числе с широким использованием в лечении воспалительных заболеваний противогрибковых и антибактериальных препаратов. Продолжается поиск новых антимикотических препаратов, обладающих широким спектром действия и высокой активностью против резистентных к имидазольной группе форм грибов. Сертаконазол является одним из таких препаратов, который, кроме того, обладает способностью к глубокому проникновению и длительному накоплению в коже. В результате действия бензотиафена, содержащегося в сертаконазоле происходит прямое повреждение клеточной стенки, утечке цитоплазмы и гибели клетки гриба. Препарат в субингибирующей концентрации нарушает процесс превращения *Candida albicans* в мицелиальную форму, являющийся ключевым в патогенезе кандидоза.

Под нашим наблюдением находилось 32 больных с бактериологически подтвержденным диагнозом кандидозный баланопостит. Все мужчины находились в возрасте от 19 до 45 лет и имели несколько половых партнеров. Манифестация клинических проявлений была связана: у 15 (47%) мужчин - с половым контактом, у 12 (37%) – с приемом антибактериальных средств, у 5 (16%) – с употреблением алкоголя и переохлаждением. Клиническая картина характеризовалась гиперемией, наличием мелких папул и эрозий, белесоватого творожистого налета на головке полового члена и крайней плоти. Среди субъективных ощущений преобладали зуд и неприятный запах в области высыпаний.

В качестве антимикотического препарата нами использовался «Залаин» (сертаконазол) в виде крема, который применялся 1-2 раза в день в течение 2-3 недель. Разрешение клинических проявлений и уменьшение субъективных ощущений наблюдалось уже на 2-3 день использования у 27 (96%) пациентов. По окончании курса лечения у всех 28 пациентов наблюдалось клиническое и этиологическое выздоровление. В течение проводимой терапии побочных действий не наблюдалось.

Таким образом, крем «Залаин» (сертаконазол) обладает выраженным противогрибковым действием и может использоваться в лечении кандидозных баланопоститов.