

Л.Д. Калюжна, К.О. Бардова

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Київ

Необхідність спеціального косметичного догляду за шкірою хворих на грибкові захворювання

Використання шампуню-гелю для душу «Тербінакод» на основі тербінафіну як додатковий засіб до загальноприйнятої схеми терапії при грибкових ураженнях дасть змогу підвищити ефективність лікування, а використання його з профілактичною метою після закінчення курсу лікування запобігатиме виникненню рецидивів.

Ключові слова

Грибкові захворювання, мікоз стоп, висівкоподібний лишай, себорейний дерматит, тербінафін.

Грибкові захворювання шкіри (мікози) — збір- на назва групи інфекційних дерматозів, голов- ним етіологічним чинником яких є різноманітна грибкова флора. Деякі гриби зумовлюють виник- нення захворювання шкіри тільки у людини (антропофільні), інші — тільки у тварин (зоо- фільні), ще інші — і в людей, і у тварин (антропо- зоофільні або зооантропофільні).

Останніми роками у світі спостерігається зростання кількості випадків грибкових захво- рювань шкіри. Деякі дослідники стверджують, що ними уражена п'ята частина населення планети [1]. Особливо зростає поширеність мікозів стоп і оніхомікозу, які рееструють у кожного дру- гого, що пояснюється насамперед погіршенням екології, соціально-економічними умовами, від- віданням спортивних закладів, басейнів, саун (пов'язаним з популяризацією здорового спосо- бу життя), широким застосуванням антибіотиків, цитостатиків, гормональних препаратів, особли- во глюкокортикоїдів, оральних контрацептивів, інших хіміотерапевтичних засобів, збільшенням кількості хворих з порушеним імунологічним статусом, еволюцією патогенних і умовно-пато- генних грибів [3].

Офіційна статистика мікозів не відображає всієї картини поширення інфекцій, тому що біль- ша частина населення з епідермофітією і оніхомі- козом стоп не вважає себе хворими і не зверта- ється до лікувально-профілактичних закладів. Ці захворювання виявляються випадково, найчасті-

ше під час звернення до дерматовенеролога або сімейного лікаря з будь-якого іншого приводу.

До дев'яностих років ХХ століття лікування мікозів і оніхомікозів було складним завданням через тривалість, часто неефективність і числен- ність алергійних ускладнень. На сьогодні сані- тарна пропаганда наслідків грибкових захворю- вень і поява широкого арсеналу ефективних лікарських засобів сформували інший погляд на проблему. Питання про доцільність лікування мікозів і оніхомікозів тепер практично не диску- тується, оскільки населення завдяки обізнаності вже розуміє, що продукти життєдіяльності гри- бів створюють небезпеку розвитку полівалентної сенсibiliзації, яка збільшує частоту розвитку алергійних захворювань, зокрема і лікарської хвороби з алергією на пеніцилін та його аналоги. Крім цього, мікогенна сенсibiliзація може обтя- жувати перебіг деяких захворювань і робить час- тішими їх рецидиви. Є ймовірність ускладнення грибкових захворювань вторинною бактеріаль- ною інфекцією з формуванням бешихи і слоно- вості, а також розвитком долонно-підшовних бородавок і аногенітальних кондилом.

На сьогодні відомо близько 500 видів збуд- ників мікозів. У більшості випадків грибкова флора представлена сапрофітами та факультативно-патогенними грибами. Патогенні влас- тивості і вірулентність грибів залежить не тіль- ки від антигенних властивостей, а й від реак- тивності макроорганізму, а також зовнішніх

умов, під впливом яких гриби можуть змінюватися, що пояснює їх поліморфізм і розвиток стійкості.

Для проникнення гриба в шкіру і розвитку мікозу потрібні певні умови, насамперед наявність патогенного і вірулентного збудника (його розташування, мікроскопічні і культуральні особливості, біохімічна активність, імуногенні властивості).

Певна важлива роль у розвитку грибкових захворювань відводиться стану макроорганізму (вік, зниження реактивності, порушення обмінних процесів, авітаміноз, ендокринопатії). Не менш важливе значення при інфікуванні грибами має стан шкіри (мацерації, травми, тріщини, потертості, порізи, тісне взуття, підвищене потовиділення). Вік (деякі грибкові захворювання розвиваються тільки у дітей, наприклад, мікроспорія волосистої частини голови), стать (хронічна трихофітія гладенької шкіри буває переважно в жінок), порушення обміну (при діабеті часто розвиваються кандидози), розлади кровообігу у вигляді венозного застою, трофічні порушення, підвищене потовиділення, особливості хімізму поту, травми, тертя, мацерація, дисбактеріоз, дисбаланс вітамінів є найважливішими чинниками ризику. Особливо часто грибкові захворювання розвиваються в астенизованих осіб, які перенесли інфекційні захворювання або мають нервові та ендокринні розлади.

Зараження відбувається трьома шляхами: від хворої людини, від хворих тварин (коти, миші), а також через предмети побуту (головні убори, гребінці, постільну білизну, лазневі килимки).

Аналіз рівня захворюваності на мікози в Україні також свідчить про його зростання, особливо з кінця вісімдесятих — початку дев'яностих років минулого сторіччя.

У загальній структурі захворюваності на мікози найбільшу частку становлять поверхневі мікози, а серед них — грибкові ураження стоп. В Україні протягом останніх 10 років захворюваність на мікози стоп збільшилася у 2–3 рази. В деяких соціальних групах (військовослужбовці, спортсмени, шахтарі) мікоз стоп виявляють у 20–50 % осіб.

Провідна роль у виникненні мікозів стоп належить дерматофітам. До них належать гриби роду *Trichophyton*, *Microsporum*, *Epidermophyton*, які об'єднують за основною властивістю — тропністю до тканин, що містять кератин. Тому ці збудники викликають поверхневий мікоз шкіри, нігтів і волосся. Гриби-збудники дерматофітії — гетерофіли, тобто мікроорганізми, які живляться органічними сполуками з кератолітичними ферментами.

Загальноприйнятої класифікації грибкових уражень немає. Найчастіше використовують таку класифікацію:

1. Кератомікози (висівкоподібний лишай), розвиваються тільки в роговому шарі епідермісу без вираженої запальної реакції.
2. Епідермомікози (епідермофітія пахова, епідермофітія стоп, руброфітія, трихофітія, мікроспорія, фавус), супроводжуються запальною реакцією внаслідок проникнення токсинів гриба в епідерміс і дерму.
3. Трихомікози (трихофітія, мікроспорія, фавус), уражують волосся.
4. Глибокі мікози (бластомікози, споротрихоз, хромомікоз, аспергільоз, гістоплазмоз, муко-роз, цефалоспориоз, риноспоридіоз), уражують власне шкіру, підшкірну клітковину, внутрішні органи.
5. Кандидоз (поверхневий, хронічний, генералізований, вісцеральний).
6. Оніхомікози.
7. Мікіді (алергійні висипи).
8. Псевдомікози (еритразма, актиномікоз).

Таким чином, класифікація відображає різноманітність клінічних виявів при мікотичних ураженнях — від поверхневих незапальних уражень шкіри та слизових до станів, які загрожують життю.

Матеріали та методи

Під спостереженням перебували 25 хворих з різними грибковими ураженнями: 10 — з мікозом стоп, 8 — з висівкоподібним лишаем, 7 — із себорейним дерматитом.

Діагностика висівкоподібного лишая не викликала труднощів. Захворювання починається з появи незапальних плям рожево-сірого кольору по периферії гирл волосяних фолікулів. Плями не виступають над рівнем шкіри і суб'єктивно не турбують. Поступово змінюються відтінки кольору плям — вони стають темно-бурими або кольору кави. Поверхня плям вкрита ніжними висівкоподібними лусочками, які від легкого пошкрябування відшаровуються у вигляді стружки внаслідок розпушення рогового шару грибом. Плями зазвичай точкові, різко обмежені й повільно ростуть по периферії, але можуть зливатися й охоплювати великі ділянки. Найчастіша локалізація — шкіра плечей, живота, спини, бічних поверхонь грудей, рідше стегон. Ніколи не уражаються кисті і стопи.

Перебіг захворювання тривалий (місяці й роки) з частими рецидивами. Влітку може наставати поліпшення і під впливом сонячних променів навіть одужання.

Мікози стоп — найпоширеніший дерматомикоз, що характеризується хронічним рецидивним

перебігом. Найбільш частими збудниками мікозу стоп є *Trichophyton rubrum* і *Trichophyton mentagrophytes*. Значно рідше мікоз стоп може бути викликаний *Epidermophyton floccosum*, а також дріжджоподібними і пліснявими грибами або їхнім поєднанням. Частота ураження стоп широко варіює: 70–95 % випадків припадає на *Tr. rubrum*, 7–34 % — на *Tr. interdigitale* і лише 0,5–1,5 % — на *E. floccosum*.

Зараження мікозами стоп зазвичай відбувається за умови користування спільними з хворою людиною предметами побуту (рушниками, губками, взуттям, шкарпетками, а також у душових, плавальних басейнах, лазнях). Факторами ризику є підвищена пітливість стоп, носіння тісного або взуття з ненатуральних матеріалів.

Процес тривалий час може бути безсимптомним або виявлятися незначними симптомами у вигляді незначного лущення, мацерації епідермісу в міжпальцевих складках, лущення на склепінні стоп, періодично з'являється незначний свербіж.

Такий стан може тривати багато місяців і років, не викликаючи особливого дискомфорту в людини. Хворий є джерелом зараження, особливо для членів родини і тих, разом з ким користується душовими і басейном. Крім того, порушення цілісності шкіри можуть стати вхідними воротами для бактеріальної інфекції. Так, клінічні вияви, які спостерігаються при інтертригінозній формі мікозів стоп, є наслідком взаємодії грибків і бактерій. Значною мірою зростає алергізація організму. На думку багатьох авторів, мікози стоп — одна з головних причин сенсibiliзації, виникнення контактного дерматиту, а також його переходу в алергійний дерматит та екзему. Закономірним результатом розвитку мікозу стоп є грибкове ураження нігтів — оніхомікоз.

Хвороба нерідко розвивається на тлі тривалого вживання лікарських засобів, що пригнічують захисні сили організму (глюкокортикоїдів, цитостатиків, антибіотиків широкого спектра дії), і ускладнює перебіг захворювань, у зв'язку з якими ці препарати призначають.

Себорейний дерматит є одним з найпоширеніших хронічних захворювань шкіри в осіб молодого віку (20–25 %). Але, незважаючи на багатий історичний досвід лікування хворих на себорейний дерматит і стрімкий розвиток фармацевтичної промисловості, в сучасному суспільстві спостерігається відсутність єдиного терапевтичного підходу до вибору засобів зовнішнього лікування хворих на різні клінічні форми себорейного дерматиту.

Ранні дослідження наводили як одну з найголовніших причин виникнення себорейного дер-

матиту наявність на шкірі *Pityrosporum Ovale* (в іноземній літературі — *Malassezia yeast*). Але в подальших дослідженнях було з'ясовано, що цей мікроорганізм виділяється зі шкіри волосистої частини голови та обличчя майже завжди також в осіб без клінічних ознак себорейного дерматиту і є домінуючим видом дріжджоподібних грибів ділянок шкіри, на яких розташована велика кількість сальних залоз.

У наших дослідженнях з'ясовано, що надлишок насичених жирних кислот на поверхні шкіри хворих на себорейний дерматит змішаної форми призводить до високого рівня контамінації шкіри мікроорганізмами, що зумовлює певну клінічну картину, характерну для маласезіозу шкіри, — комедони, фолікуліт, папули, пустули, проліферативні зміни залоз шкіри, лущення.

Надлишок полінасичених жирних кислот, особливо лінолевої, яким притаманні високі стерилізувальні властивості, призводить до зменшення кількості сапрофітних стафілококів та мікроорганізмів роду *Bacillus*, що зумовлює розвиток дисбіозу у хворих на жирну форму себорейного дерматиту внаслідок зменшення антагоністичних властивостей нормальної мікрофлори шкіри, що клінічно виявляється більшою частотою виникнення ускладнень у вигляді вугрів та різних форм піодермії, що своєю чергою призводить до більш тривалого перебігу та частіших загострень.

Крім медикаментозного лікування, зазначеного в наказі Міністерства охорони здоров'я України від 08.05.2009 № 312 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання з лікування дерматоікозів», обстеженим пацієнтам було рекомендовано щоденне миття ураженої ділянки із шампунем-гелем для душу «Тербінакод»: нанести необхідну кількість, спінити, залишити на 1,5–2 хв, змити. Під час миття волосистої частини голови процедуру повторити.

«Тербінакод» (виробництво «Фітобіотехнології», Україна) містить тербінафін 1 % та пантенол.

Тербінафін становить собою аліламінову похідну широкого спектра протигрибкової дії. В низьких концентраціях тербінафін виявляє фунгіцидну дію щодо дерматофітів, дріжджоподібних грибів і деяких диморфних грибів. Дія на дріжджоподібні гриби може бути фунгіцидною або фунгістатичною залежно від виду грибів. Препарат специфічно гальмує ранній етап біосинтезу стеринів у клітині гриба. Тербінафін діє за рахунок пригнічення скваленоксидази в клітинній мембрані гриба. Це призводить до дефіциту ергостерину і внутрішньоклітинного накопичення сквалену, що спричинює загибель клітини гриба.

М'яка мийна основа не викликає додаткового подразнення шкіри, а пантенол сприяє відновленню поверхневої ліпідної мантії.

Усі члени родини підлягають огляду на предмет виявлення грибкових інфекцій. Потрібно продезінфікувати все взуття, яким користувалися пацієнти. Обробку проводять на початку лікування і після його закінчення. Для цього внутрішню поверхню взуття обробляють 25 % розчином формаліну, 40 % оцтової кислоти (79 % оцтовою есенцією розвести водою 1 : 1) або 1 % розчином хлоргексидину біглюконату. Ватний тампон змочити одним із розчинів, помістити всередину взуття, взуття покласти в поліетиленовий пакет, герметично закрити і залишити на 48 год. Потім висушити і провітрити до зникнення запаху. Бавовняні шкарпетки, білизну, одяг кип'ятять та прасують з двох боків. Потрібно стежити за чистотою підлоги у ванній кімнаті, килимових покриттів, предметів особистого користування (манікюрні та педикюрні приладдя, гребінці), регулярно обробляти мийними засобами.

Використання «Тербінакоду» було запропоновано за такою схемою:

- себорейний дерматит — 2 рази на тиждень протягом 1 місяця, потім 1 раз на місяць з профілактичною метою;
- мікоз гладенької шкіри і волосистої частини голови — увесь період лікування щоденно;
- висівкоподібний лишай — щоденно 2 тижні, потім 2 рази на тиждень протягом 1 місяця;
- мікоз стоп — щоденно увесь період лікування, потім 2 рази на тиждень 1 місяць.

З профілактичною метою рекомендовано миття стоп шампунем «Тербінакод» після відвідування басейну, сауни, тренажерного залу, а також шкіри — членам родини, які мають тісний побутовий контакт.

Усі хворі вказували на добру переносність препарату, випадків виникнення контактного дерматиту не спостерігалось.

Висновки

Лікування грибкових уражень інколи становить собою складний процес, оскільки найчастіше вони розвиваються у пацієнтів з тим чи іншим порушенням системи протиінфекційного захисту, що не завжди можливо нормалізувати. Обов'язковим компонентом лікування має бути комплекс протирецидивних заходів (гігієна, обробка взуття, місцева терапія), а також профілактика зараження контактних осіб, чим часто нехтують як лікарі, так і хворі, таким чином знижується ефективність лікування. Розроблення методів адекватної профілактики грибкових захворювань сприятиме зменшенню поширеності грибкових інфекцій і підвищенню ефективності лікування.

Використання шампуню-гелю для душу «Тербінакод» на основі тербінафіну як додатковий засіб до загальноприйнятої схеми терапії грибкових уражень дасть змогу підвищити ефективність лікування. А використання шампуню-гелю з профілактичною метою після закінчення курсу лікування запобігатиме виникненню рецидивів.

Список літератури

1. Адашкевич В.П., Шафранская Т.В. Лечение орунгалом больных микроспорией // Вестн. дерматол. и венерол.: науч.-практ. рец. журнал.— 2004.— № 4.— С. 53—55.
2. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней / Под. ред. А.Д. Кацамба и Т.М. Лотти.— М.: Медпресс-информ, 2008.— С. 331—335.
3. Елинов Н.П., Васильева Н.В., Разнатовский К.И. Дерматомикозы, или поверхностные микозы кожи и ее придатков — волос и ногтей. Лабораторная диагностика: научное

- издание // Пробл. мед. микологии.— 2008.— № 1.— С. 27—34.
4. Калюжна Л.Д., Бардова К.О., Брюзгіна Т.С. Вивчення ліпідних показників сироватки крові та поверхні шкіри у хворих на себорейний дерматит // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— № 1—16.— К., 2005.— С. 22—24.
5. Потекаев Н.Н., Брагіна Е.Е., Дмитриев Г.А. Влияние тербинафина на *Microsporum canis*. Исследование in vitro и in vivo // Вестн. дерматол. и венерол.: науч.-практ. рец. журнал.— М.: Медиа Сфера, 2002.— № 6.— С. 4—7.
6. Потекаев Н.С., Плиева Л.Р., Шкробец С.В. Микроспория взрослых // Клини. дерматол. и венерол.: науч.-практ. журнал.— 2008.— № 4.— С. 19—21.

Л.Д. Калюжная, Е.А. Бардова

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шутика МЗ Украины, Киев

Необходимость специального косметического ухода за кожей больных грибковыми заболеваниями

Использование шампуня-геля для душа «Тербинакод» на основе тербинафина в качестве дополнительного средства к общепринятой схеме терапии грибковых поражений позволит повысить эффективность лечения, а использование его с профилактической целью после окончания курса лечения будет предотвращать возникновение рецидивов.

Ключевые слова: грибковые заболевания, микоз стоп, отрубевидный лишай, себорейный дерматит, тербинафин.

L.D. Kalyuzhna, K.O. Bardova

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health Care of Ukraine, Kyiv

Need for special beauty treatment of skin affected by fungal diseases

Using shower gel «Terbinakod» based on terbinafine as an additional care to conventional therapies of fungal diseases will increase the efficiency of treatment and the use of the gel as a prophylactic measure after treatment will prevent recurrence.

Key words: fungal diseases, athlete's foot, pityriasis versicolor, seborrheic dermatitis, terbinafine. □

Дані про авторів:

Калюжна Лідія Денисівна, д. мед. н., проф., зав. кафедри дерматовенерології НМАПО імені П.Л. Шупика МОЗ України 04209, м. Київ, вул. Богатирська, 32. Тел. (044) 413-53-52, тел./факс (044) 249-46-56. E-mail: derma-nmaro@ukr.net

Бардова Катерина Олексіївна, к. мед. н., асист. кафедри дерматовенерології НМАПО імені П.Л. Шупика МОЗ України