

ДЕРМАТОЛОГІЯ

УДК 616.5-002.-828-36-08

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЕ
ГРИБКОВЫХ БОЛЕЗНЕЙ КОЖИ

Р.Ф.Айзятұлов, Н.Ф.Рыбалко, Я.А.Полях

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: грибковые болезни, эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, системные и местные антимикотики, лечение.

Актуальность темы. Грибковые болезни широко распространены на всех континентах [3, 4, 5, 6, 10, 12]. В последние годы микотическая инфекция носит смешанный характер и в 90% случаев дерматологи одновременно должны лечить дерматофиты, дрожжи, плесневые грибы, которые способствуют сенсibilизации организма человека, восприимчивости к сапрофитирующей и патогенной флоре, снижают защитные силы макроорганизма, вызывают осложнения (экзематизация, аллергизация, присоединение вторичной инфекции) [2, 5, 6, 8, 9]. Преобладающее количество грибов являются условно патогенными микроорганизмами, которые при неблагоприятных факторах становятся патогенными и в зависимости от особенностей взаимодействия организма с грибами, условий внешней среды возникают локализованные или распространенные поражения кожи и ее придатков с различной степенью остроты воспалительных изменений [1, 3, 4, 5, 10]. В разных странах мира онихомикозами болеют 10-20% населения, а в отдельных группах населения до 40-50% (лица, страдающие сахарным диабетом и сосудистой патологией, имеющие возраст старше 60 лет, горнорабочие угольных шахт, военнослужащие, спортсмены) [2, 5, 7, 8, 9, 11, 13]. В пожилом возрасте возникновению и развитию микозов

способствуют обменные и нейроэндокринные нарушения, иммунодефицит, болезни желудочно-кишечного тракта, расстройства кровообращения нижних конечностей [3, 4, 5, 6, 10].

В последние годы одной из важнейших проблем дерматологии является лечение микотической инфекции в виду резистентности к проводимым методам терапии и, поэтому необходим поиск современных противогрибковых препаратов системного и топического действия.

Материалы и методы. Имеется большое количество классификаций грибковых болезней. Некоторые авторы предлагают классификацию грибковых болезней по локализации патологического процесса (mycosis):

Грибковое поражение кожи (микоз) стоп - *tinea pedis*.

Грибковое поражение (микоз) гладкой кожи туловища - *tinea corporis*.

Грибковое поражение кожи (микоз) кистей - *tinea manum*.

Грибковое поражение кожи (микоз) конечностей - *tinea cruris*.

Грибковое поражение кожи (микоз) лица - *tinea barbae*.

Грибковое поражение волосистой части (микоз) головы – *tinea capitis*.

Грибковое поражение ногтей, онихомикоз – *tinea unguim* (onychomycosis).

Грибковое поражение кожи стоп. Распространенное заболевание во всех странах мира (среди взрослого населения - 60-80%) [3, 4, 5, 9].

Этиологическим фактором в развитии заболевания являются грибы *Trichophyton rubrum*, *T.interdigitale*, *M.gypseum*, *T.violaceum*, *T.tonsurans*, *T.mentagraphytes*, *Epidermophyton floccosum*, *Candida albicans* [4, 5, 6]. Немаловажную роль играют анатомо-физиологические особенности стоп у людей, так в узких межпальцевых промежутках при ношении тесной обуви отмечаются гипергидроз и микротравмы кожи (являются входными воротами для проникновения грибов), что объясняется более высокой заболеваемостью микозами стоп и онихомикозами у таких людей [1, 3, 5, 10]. Предрасполагающим фактором в развитии микозов стоп, онихомикозов является также плоскостопие, при котором у пациентов выявляются трофические изменения кожи, расширение вен, отеки, гипергидроз, что приводит к усилению активности грибов [2, 4, 5]. Согласно клиническим наблюдениям ряда авторов у людей с плоскостопием наблюдается более упорное клиническое течение микозов стоп, онихомикозов с склонностью к рецидивам и упорством к проводимым методам терапии. Выделяют клинические разновидности микоза стоп. *Сквамозная форма* - на сводах стоп, в межпальцевых складках между 5 и 4, 4 и 3 пальцами стоп выявляются легкая эритема, шелушение; субъективно – незначительный зуд. *Интертригинозная форма* - в межпальцевых складках между 5 и 4, 4 и 3 пальцами стоп определяются эритема, мацерация кожи, везикулы, трещины; субъективно - зуд, жжение. *Дисгидротическая форма* - на сводах стоп, в межпальцевых складках отмечаются эритема, пузырьки, пузыри с мутным содержимым, мокнущие эрозии с серозным или гнойным отделяемым. Пациентов беспокоит зуд, болезненность. Могут возникать осложнения: лимфангит, лимфаденит, вторичная аллергическая сыпь (эпидермофитиды). *Сквамозно-гиперкератотическая форма* - на стопах в области подошв имеются участки утолщения кожи, которые проявляются по типу оомозелости, пластинчатое шелушение, болезненные трещины.

Грибковое поражение гладкой кожи туловища. *Отрубевидный (разноцветный) лишай*. Возбудителем заболевания являются грибы *Pityrosporum orbiculare*, *Microsporum canis*, *M.ferrugineum*, *Trichophyton violaceum*, *T.faviforme*, *Epidermophyton inguinale*. На плечах, груди, спине, шее и нередко на волосистой части головы отмечаются розового или коричневого цвета пятна, склонные к слиянию (при поскабливании - отрубевидное шелушение). *Перхоть*. Хроническое невоспалительное заболевание кожи волосистой части головы, которое характеризуется чрезмерным образованием омертвевших эпидермальных чешуек (белых «хлопьев»). Каждый третий житель планеты старше 12 лет имеет перхоть или другие проявления себореи. Причиной является патогенный гриб сапрофит, который находится на коже волосистой части головы у каждого человека. Под влиянием неблагоприятных факторов (нейрогуморальные расстройства, нарушения обмена, функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта) происходит чрезмерное размножение гриба и появляется перхоть.

Грибковое поражение гладкой кожи туловища. Грибковое поражение кожи кистей. Грибковое поражение кожи конечностей. Грибковое поражение кожи лица. Выявляются эритематозно-сквамозные очаги поражения, округлой формы, с четкими приподнятыми краями и тенденцией к периферическому росту. По краю очагов отмечается инфильтрированный валик, состоящий из пузырьков, узелков, корок. В центре очагов поражения бледная окраска, уплощение, незначительное шелушение на поверхности.

Грибковое поражение волосистой части головы. Чаше наблюдается у детей. Вызывается грибами *Microsporum canis*, *Trichophyton violaceum*, *Trichophyton crateriforme*, *Trichophyton faviforme*, *Trichophyton gypseum*. *При микроспории* определяются эритематозно-

шелушающиеся очаги поражения с нечеткими краями. Волосы обломаны не все на расстоянии 5-8 мм над уровнем кожи и окружены серым чехликом, состоящим из спор гриба. В очагах имеются видимо здоровые волосы, вокруг мелкие эритематозно-сквамозные пятна, розовато-ливидные папулы. При трихофитии выявляются очаги поражения с нечеткими границами, слабовыраженным воспалением и шелушением. Волосы обломаны на уровне кожи ("черные точки"), на расстоянии 2-3 мм от поверхности кожи. В очаге поражения есть здоровые волосы. Фавус (парша). Возбудителем является гриб рода *Trichophyton schonleinii*. Патологический процесс локализуется на волосистой части головы, но могут поражаться кожа, ногти и внутренние органы. Выделяют скутулярную, импетигиозную и сквамозную форму фавуса. При скутулярной форме вокруг волоса определяется скутула (щиток) – сухой, блюдцеобразный, желтый элемент от 2-4 мм до 2-3 см в диаметре с вдавлением в центре. Волосы тусклые, серые, легко выдергиваются. Отмечается рост очагов по краю с разрешением в центре. После регресса остается атрофия с облысением. При импетигиозной форме пустулы засыхают в желтые, сухие псевдокорки (споры гриба). После разрешения на месте очагов поражения определяется атрофия со стойким выпадением волос. При сквамозной форме фавуса в очаге поражения отмечается гиперемия кожи, желто-белые чешуйки. Волосы тусклые, сухие ("запыленный" вид). После регресса выявляется атрофия, выпадение волос (от больных исходит "мышинный" запах). Могут поражаться лимфатические узлы.

Грибковое поражение ногтей (онихомикоз). Наиболее распространенное заболевание, которое является проявлением микозов стоп или других грибковых заболеваний [3, 4, 5, 7, 10]. Частыми возбудителями онихомикозов являются грибы *T.rubrum*, *T.interdigitale*, *M.gypseum*, *T.violaceum*, *T.tonsurans*, *T.mentagraphytes*, *Epiderm.*

floccosum, *Candida albicans*, плесневые грибы. [4, 5, 6, 9]. Выделяют типы поражений ногтевых пластинок - нормотрофический, гипертрофический и атрофический. *Нормотрофический* – в толще ногтевой пластинки отмечаются белые, желтые пятна, полосы. Свободный край ногтевой пластинки иногда зазубрен. *Гипертрофический* - ногтевая пластинка серовато-бурая, тусклая, утолщенная, деформированная (подногтевой гиперкератоз). Легко крошится. *Атрофический* - тело ногтя истонченное, вплоть до его отторжения (онихолизис).

Результаты и их обсуждение. В клинике кожных и венерических болезней Донецкого национального медицинского университета им.М.Горького в комплексной терапии при лечении грибковых болезней назначались системные антимикотики (по показаниям), иммуномодуляторы, антигистаминные препараты, вазоактивные средства, витамины. До и во время лечения антимикотиками проводились лабораторные исследования (общий анализ крови, печеночные энзимы, тест на беременность). При острых явлениях аллергии и экзематизации применялись антигистаминные препараты. В случае присоединения вторичной пиококковой инфекции назначались антибиотики. Проводилось лечение сопутствующих заболеваний и санация фокальной инфекции. Рекомендовалась диета с ограничением углеводов и аллергизирующих пищевых продуктов. Проводилось местное лечение.

Грибковое поражение кожи стоп. Грибковое поражение ногтей (онихомикоз). При множественных очагах поражения на гладкой коже и поражениях ногтевых пластинок применялся "Эсзол" (итраконазол; синтетический триазоловый системный антимикотик), который назначался внутрь по 1 капсуле (100 мг) 1 раз в день (10-15 и более дней). Пациентам проводилась также пульс-терапия (200 мг 2 раза в сутки в течение 1 недели, затем перерыв 3

недели и всего таких 2-4 курса лечения). “Эсзол” обладает фунгицидной активностью против дерматофитов (Trichophyton, Microsporum, Epidermophyton), дрожжевых грибов (Candida spp., Cryptococcus neoformans др.), смешанной инфекции.

У части пациентов применялся “Дермазол” (кетоконазол; системный противогрибковый препарат) внутрь по 1 таблетке (200 мг) 1 раз в день (10-15 дней и более) с широким спектром действия и фунгицидной активностью на дерматофиты (Microsporum, Trichophyton, Epidermophyton), дрожжеподобные грибы (Candida, Cryptococcus, Torulopsis, Pityrosporum). диморфные грибы (Histoplasma capsulatum, Coccidioides, Paracoccidioides) и другие грибы. При местных острых воспалительных явлениях (аллергизация, экзематизация) на стопы применялись противовоспалительные примочки, ванночки 1 раз в день в течение 15-20 мин (38⁰С) с отваром дубовой коры (из расчета 20 г на 3-4 л воды), ромашки (из расчета 10 г на 3-4 л воды). После стихания острых воспалительных явлений на пораженную кожу тонким слоем наносился 2% крем “Дермазол ТМ”, слегка втирая 2 раза в сутки. При сквамозно-гиперкератотической форме микоза стоп и онихомикозах на стопы рекомендовались мыльно-содовые ванночки 1 раз в неделю, после которых проводилась механическая чистка гиперкератотических участков кожи на подошвенной поверхности стоп и пораженных ногтевых пластинок. Затем в межпальцевые складки стоп, на подошвенную поверхность и ногтевые ложа наносился 2% крем “Дермазол ТМ” тонким слоем, слегка втирая 2 раза в сутки. При лечении онихомикозов назначалась мыльно-содовая ванночка 1 раз в неделю и проводилась механическая чистка пораженных ногтевых пластинок. Каждый день на ногтевые ложа применялся 2% крем “Дермазол ТМ”, который наносился тонким слоем слегка втирая 2 раза в сутки до отрастания новых ногтевых пластинок. *Отрубевидный разноцветный лишай. Перхоть.*

Назначался лечебный шампунь премиум класса “Дермазол® плюс”, в состав которого входит 3 препарата. Кетоконазол оказывает противогрибковое действие на дерматофиты (Epidermophyton spp., Microsporum spp., Trichophyton spp.), на дрожжеподобные грибы (Candida spp., Malassezia furfur, Pityrosporum ovale). Цинк пиритион - устраняет бактериальную и грибковую инфекцию и оказывает антипролиферативное действие на клетки эпидермиса (устранения шелушения кожи). Алоэ вера - увлажняет волосы, обогащает волосы витаминами, микроэлементами. Шампунь премиум класса “Дермазол® плюс” наносился 2 раза в неделю на влажные волосы на 5 мин, затем волосы промывались водой. Курс лечения рекомендуется проводить в течение 1-2 месяцев.

Грибковое поражение гладкой кожи туловища. Грибковое поражение кожи кистей. Грибковое поражение кожи конечностей. Грибковое поражение кожи лица. Назначался “Дермазол ТМ” крем 2% 2 раза в день (2-3 недели и более). При нанесении на кожу эффективные концентрации сохраняются внутри и на поверхности эпидермиса в течение 72 час после отмены препарата.

Грибковое поражение волосистой части головы. При поражении волосистой части головы и гладкой кожи, пушковых волос; наличии более 3-х очагов на гладкой коже назначались системные антимикотики. “Дермазол” (кетоконазол) применялся при массе тела до 29 кг 50 мг 1 раз в день, 20-40 кг 100 мг 1 раз в день (6-8 недель). Части пациентам назначался “Эсзол” (итраконазол) при массе тела до 25 кг 100 мг 1 раз в сутки, более 25 кг 100 мг утром и 100 мг вечером (30 дней). В комплексную терапию включались витамины (А, С, поливитамины), общеукрепляющие средства, вазоактивные препараты, иммуномодуляторы, гепатопротекторы. Проводилось бритье волос, мытье головы мылом и щеткой 1 раз в 7-10 дней. На очаги поражения на

волосистой части головы наносился 2 раза в день 2% крем “Дермазол” 2-3 недели. При аллергизации микотической инфекции применялся антигистаминный препарат последнего поколения “L-ЦЕТ®” (левоцетиризин дигидрохлорид). После приема внутрь антиаллергический эффект развивается через 15 мин и длится на протяжении 24 час. Препарат “L-ЦЕТ®” не проникает через гематоэнцефалический барьер, без седативного эффекта. Биодоступность достигает 100%. “L-ЦЕТ®” назначается внутрь взрослым и детям старше 6 лет по 5 мг однократно вечером (от 10-14 дней и более).

После начала лечения у большинства пациентов на 3-4-й дни отмечалось прекращение зуда, а позднее в среднем через 2-3 недели уменьшение (вплоть до исчезновения) клинических проявлений заболевания на коже, где на местах бывших патологических изменений отмечались легкое шелушение и незначительная пигментация. При лечении онихомикозов у большинства пациентов через 2 месяца после начала приема препаратов “Эсзол” (итраконазол) или “Дермазол” (кетоконазол) наблюдалось отрастание на 80% здоровых ногтевых пластинок, а через 3 месяца у большей части отмечался рост здоровых ногтевых пластинок. Во время лечения побочных эффектов не наблюдалось. В клиническом анализе крови изменений не выявлялось. Для профилактики проводилась коррекция нарушений обмена, борьба с повышенной потливостью, дезинфекция предметов обихода, профилактическое смазывание стоп кремом “Дермазол™” 1-2 раза в течение 2-3 недель.

Заключение. При лечении различных клинических форм грибковых болезней системные антимикотики “Эсзол” (итраконазол), “Дермазол” (кетоконазол) и при местной терапии “Дермазол™” 2% крем являются эффективными препаратами, хорошо переносятся пациентами, не вызывают побочных эффектов.

При лечении отрубевидного разноцветного лишая, перхоти хорошие

терапевтические результаты получены при применении лечебного шампуня премиум класса “Дермазол® плюс”.

При аллергизации и экзематизации микотической инфекции выраженным антиаллергическим действием обладает антигистаминный препарат последнего поколения “L-ЦЕТ®”.

Представленное комплексное лечение различных клинических проявлений микозов может широко применяться врачами здравоохранения

Список литературы.

1. Айзятулов Р.Ф. Грибковые заболевания кожи //Журнал дерматовенерол. и косметологии им.Н.А.Торсуева. – 2001. – Т.1. - № 1. – С.35-49.
2. Айзятулов Р.Ф. Кожные болезни в практике врача (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). – Донецк: «Каштан». - 2006. – 360 с., ил.
3. Айзятулов Ю.Ф. Стандарты диагностики и лечения в дерматовенерологии. – Донецк: Каштан, 2010. – 560 с., ил.
4. Дерматология, венерология. Учебное пособие. /Под ред.В.И.Степаненко. – Киев: КИМ, 2012. – 902 с., ил.
5. Клінічна мікологія: Навчальний посібник для лікарів /За редакцією проф.Л.А.Болотної. – Харків: ИПЦ “Контраст”, 2004. – 96 с.: іл.
6. Кожные болезни и инфекции, передаваемые половым путем. Учебное пособие. Под редакцией проф.Ю.Ф.Айзятулова. – Донецк: «Каштан», 2013. – 712 с., ил.
7. Кутасевич Я.Ф., Зимина Т.В., Пятикоп И.А. Комбинированная терапия – перспективное направление в лечении онихомикозов //Дерматол. та венерол. – 2002. - № 2 (16). - С.27-31.
8. Свирид С.Г., Салюта М.Е., Бобруль З.А. Оценка фунгальной сенсibilизации при различном клиническом течении микозов стоп //Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2004. – № 1-2 (7). – С.53-54.
9. Федотов В.П. Современные вопросы диагностики и терапии дерматомикозов //Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2001. – № 2-3 (4). – С.5-10.
10. Федотов В.П., Кубась В.Г. Актуальные вопросы дерматофитий //Дерматовенерол., косметология, сексопатология. – 2000.–№ 2 (3).–С.6-11.
11. De Doncker P, Van Lant J, Dockx IR., et al. Pulse therapy with one-week itraconazole monthly for three or four months in the treatment of onychomycosis, Cartis 1995; 180-183.
12. Elewski BE. Onychomycosis: pathogenesis, diagnosis, and management. Clin Microbiol Rev 1998; 11: 415-429.
13. Gupta AK, De Doncker P, Scher RK et al. Intraconazole for the treatment of onychomycosis. Int J Dermatol 1998; 37: 303-308.

**КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ І ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ
ГРИБКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ**

Р.Ф.Айзятулов, М.Ф.Рибалко, Я.О.Полях

Відзначено епідеміологічні аспекти грибкових хвороб шкіри. Висвітлено питання етіології та патогенезу мікозів. Описана класифікація грибкових хвороб по локалізації патологічного процесу та клінічні прояви микотичної інфекції. Показана терапевтична ефективність системних антимікотиків і антимікотиків топічної дії.

**CLINICAL DISPLAYS AND PRINCIPLES ARE
TREATMENT MYCOTIC ILLNESSES OF SKIN**

R.F.Ayzyatulov, N.F.Rybalko, J.A.Poljah

The epidemiology aspects of mycotic illnesses of skin are marked. Lighted up etiology and pathogeny of mycosiss. Classification of mycotic illnesses is described for of pathological process and clinical displays of mycosiss infection. Therapeutic efficiency of system antimikotikov and antimikotikov topicheskogo actions is rotined.