

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

©Р.Ф.Айзятұлов

УДК 616.5-002.828

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГРИБКОВЫХ БОЛЕЗНЕЙ КОЖИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ

Р.Ф.Айзятұлов

Донецкий национальный медицинский университет (Лиман, Украина)

Цель работы. Изучить эффективность комплексной терапии грибковых болезней кожи и ее придатков с применением системных антимикотиков и наружных средств.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 135 пациентов с различными клиническими формами грибковых болезней кожи и ее придатков.

Результаты и обсуждение. Комплексный метод терапии грибковых болезней кожи и ее придатков, включающий поливитамины, диету с ограничением углеводов, антигистаминные средства, вазоактивные и иммуностимулирующие препараты, а также системные антимикотики и противогрибковые средства наружной терапии хорошо переносится пациентами, не вызывает побочных явлений, приводит к выраженному клиническому эффекту.

Выводы. Хорошие терапевтические результаты могут служить основанием для более широкого применения предложенных системных антимикотиков и противогрибковых средств местного действия при лечении грибковых болезней кожи и ее придатков в амбулаторных и стационарных условиях врачами практического здравоохранения, что будет способствовать излечению больных и улучшать качество их жизни.

Актуальность темы

В настоящее время согласно литературным источникам грибковыми болезнями кожи и ее придатков страдает более 20% населения земного шара, а грибковая инфекция приобрела смешанный характер (дерматофиты ассоциируют с дрожжевыми, плесневыми грибами и другими микроорганизмами) [2, 4, 6, 7, 12]. Грибы обитают в почве, на растениях, паразитируют на животных и человеке [1, 3, 7]. Развитию заболевания могут способствовать обменные и эндокринные нарушения, гиповитаминоз, высокая температура окружающей среды, а также определенные условия (вирулентность возбудителя, повышенная потливость, микротравмы кожи, антисанитарное состояние и др.) [5, 8, 13, 14]. Грибковые болезни кожи довольно часто осложняются аллергическими высыпаниями и экзематизацией, что приводит к хро-

ническому рецидивирующему течению [1, 4, 7, 11]. Под влиянием предрасполагающих факторов (вегетососудистая дистония, расстройства кровообращения нижних конечностей, снижение реактивности, травмы ногтевых пластинок и др.) наблюдается частое (более 40% случаев) поражение грибами ногтевых пластинок стоп и кистей (онихомикозы) [2, 6, 10, 16, 17, 20]. Следует отметить, что избыточная влажность и изменение рН кожи приводят к обильному размножению микробов и их ассоциаций, разрушающих органические вещества, что вызывает раздражение и создает благоприятную среду для внедрения и размножения патогенных грибов [2, 4, 5, 14]. Инфицирование происходит при непосредственном контакте с больным человеком, а также через предметы обихода (головные уборы, расчески, белье,

обувь и др.), при несоблюдении правил личной гигиены (бани, бассейны, душевые), от больных животных (собаки, кошки, мыши и др.) [1, 3, 5, 7]. Одной из важных проблем дерматологии является лечение грибковых болезней, так как нередко в ряде случаев проводимая терапия приводит к отрицательным результатам и зависит от выбора оптимальных суточных и курсовых доз антимикотиков системного действия, а также правильной тактики наружного лечения [3, 7, 9, 15, 18, 19].

Цель исследования

Изучить эффективность комплексной терапии грибковых болезней кожи и придатков с применением системных антимикотиков и средств наружной терапии.

Материалы и методы

Под наблюдением в клинике кожных и венерических болезней Донецкого национального медицинского университета находились на лечении 135 больных с различными клиническими формами грибковых болезней кожи и ее придатков.

Результаты и обсуждение

В комплексной терапии грибковых болезней кожи и придатков применялись поливитамины, диета с ограничением углеводов, антигистаминные средства, вазоактивные и иммуностимулирующие препараты, средства наружного лечения. Применялись системные антимикотики.

Изол (итраконазол) - синтетический триазоловый противогрибковый препарат. Обладает высокой противогрибковой активностью в отношении *Trichophyton* spp., *Microsporum* spp., *Epidermophyton floccosum*, *Aspergillus* spp., *Histoplasma* spp., *Paracoccidioides brasiliensis*, *Sporothrix schenckii*, *Blastomyces dermatitidis*, дрожжевых грибов *Candida* spp. (включая *Candida albicans*), *Cryptococcus neoformans*. Исследования *in vitro* показали, что итраконазол ухудшает синтез эргостерола за счет действия на зависимый от системы цитохрома P450 фермент 14 α -деметилазу (жизненно необходимый компонент клеточных мембран грибов), а в свою очередь нарушение образования эргостерина вызывает фунгистатический эффект. После приема перо-

ральной дозы через 3-4 час достигается максимальный уровень в плазме (концентрация итраконазола в коже в 5 раз больше, чем в плазме); в кератине ногтя сохраняется 6 мес после 3-х месячной терапии; в легких, почках, костях, желудке и селезенке концентрация в 2-3 раза выше, чем в плазме.

ДермазолTM (кетоконазол) - фунгицидный эффект против дерматофитов (*Microsporum* spp., *Trichophyton* spp., *Epidermophyton floccosum*), дрожжеподобных грибов (*Candida*, *Cryptococcus*, *Torulopsis*, *Pityrosporum*), диморфных грибов (*Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides*, *Paracoccidioides*), эумицетов и др. ДермазолTM замедляет биосинтез эргостерола и изменяет состав других липидных компонентов клеточной мембраны грибов. После приема внутрь биодоступность 75%, а максимальный уровень в плазме (в среднем 3,5 мкг/мл) на протяжении 1-2 часов после перорального приема дозы 200 мг вместе с едой. Основной путь выведения из организма с желчью. При дерматофитии и параккокцидиоидомикозе клиническая эффективность наблюдается в 80% случаев.

Фуцис (флюконазол) - является системным противогрибковым препаратом из группы азолов (синтетическое производное бистриазола) с широким спектром противогрибкового действия против грибов рода *Candida*, *Cryptococcus neoformans*, дерматофитов, *Malassezia* spp. и «классических» диморфных возбудителей *Histoplasma capsulatum*, *Blastomyces dermatitidis*, *Paracoccidioides brasiliensis*, *Coccidioides immitis*. Наиболее чувствительны грибы *C. albicans*, *C. tropicalis* и *C. parapsilosis*. Флюконазол угнетает синтез эргостерола (основной компонент мембраны грибов), действуя на фермент 14 α -деметилазу, который входит в систему цитохрома P450. В плазме не более 12% связывается с белками, а основное содержание находится в свободной форме и хорошо проникает во все жидкости (в цереброспинальной жидкости до 80-90%, в слюне и перитонеальной жидкости концентрация как в плазме). Незначительно метаболизируется печенью,

выводится с почками (в моче отмечается более 100 мг/л) и до 75% от содержания в плазме выходит в неизменной форме.

L-ЦЕТ® (в 1 табл левоцетиризина дигидрохлорида 5 мг) - антигистаминный препарат последнего поколения назначался при аллергизации микотической инфекции перорально взрослым и детям старше 6 лет по 5 мг однократно вечером (10-14 дней и более). После приема антиаллергический эффект развивается через 15 мин и длится 24 час. Препарат не проникает через гематоэнцефалический барьер, отсутствует седативный эффект. Биодоступность левоцетиризина достигает 100%.

Крем Дермазол™ (2% кетоконазол) - оказывает фунгицидное и фунгистатическое действие путем ингибирования биосинтеза эргостерола клеточной мембраны грибов. Активен против дерматофитов (*Trichophyton*spp., *Microsporum*spp., *Epidermophyton*floccosum), дрожжевых и дрожжеподобных грибов (*Candida*spp., *Pityrosporum*ovale и др.) и др. Дермазол™ крем обладает сродством к кератинизированным тканям. При нанесении на кожу эффективные концентрации сохраняются внутри и на поверхности эпидермиса в течение 72 час после отмены. При наружном применении кетоконазол практически не поддается резорбции и при длительном применении не определяется в крови. Так как крем применяется только наружно и кетоконазол практически не всасывается в кровеносную систему, симптомы передозировки маловероятны. Дермазол™ крем имеет антиоксидантное и антиандрогенное свойства, уменьшает и нормализует выделение кожного сала, используется для местного лечения грибковых болезней: микоз гладкой кожи, паховая эпидермофития, эпидермофития стоп, кандидоз кожи, отрубевидный лишай, себорейный дерматит, вызванный *Pityrosporum*ovale. Его концентрация, подавляющая рост *Malassezia*furfur (*Pityrosporum*ovale) в 25-30 раз меньше, чем концентрация других местных противогрибковых препаратов, применяемых в терапии себорейного дерматита. Устойчивости *Malassezia*furfur к кето-

коназолу не выявлено. Кетоконазол *in vitro* эффективней, чем другие азолы (клотримазол, эконазол, миконазол).

Шампунь Дермазол™ Плюс (2% кетоконазол) - применяется при местной терапии больных грибковыми заболеваниями и различными дерматозами волосистой части головы. Многочисленные исследования доказали, что причиной перхоти является патогенный грибок, который находится на коже волосистой части головы у каждого человека и в обычных условиях является сапрофитом. Под влиянием внешних и внутренних факторов (неблагоприятный экологический фон, функциональные нарушения вегетативной нервной системы, нейрогуморальные расстройства, нарушения обмена веществ и функции желудочно-кишечного тракта и др.) может произойти чрезмерное размножение гриба, что приводит к появлению перхоти. Шампунь Дермазол™ Плюс в своей структуре содержит противогрибковый препарат кетоконазол, который оказывает фунгицидное действие на дерматофиты (*Trichophyton*spp., *Microsporum*spp., *Ep. floccosum*), дрожжевые и дрожжеподобные грибы (*Candida*spp., *Pityrosporum*ovale и др.) и другие патогенные грибы. Цинк пиритион устраняет бактериальную и грибковую инфекцию и оказывает антипролиферативное действие на клетки эпидермиса (эффективность для устранения шелушения кожи). Алоэ вера - увлажняет волосы и обогащает их витаминами, микроэлементами. Рекомендуются как эффективное лечебное средство против перхоти. Кроме того, активный компонент шампуня кетоконазол обладает способностью длительно сохраняться в волосах и защищать их от повторного появления перхоти. Шампунь Дермазол™ Плюс не раздражает кожу даже при ежедневном его применении, а после мытья волосы становятся чистые, здоровые, блестящие, с приятным запахом и ароматом свежести. Отрубевидный (разноцветный) лишай. На плечах, груди, спине, шее, волосистой части головы отмечались розовые, коричневые пятна с отрубевидным шелушением на поверхности. При хрони-

ческих рецидивирующих и распространенных формах отрубевидного лишая назначались противогрибковые антибиотики: Фуцис - 50 мг в сутки (2-4 недели); Изол - 200 мг в сутки (7 дней) и др. При разноцветном лишае позволяло получить полное излечение у 100% пациентов следующая методика. Одномоментный прием препарата Дермазол™ 400 мг вместе с кислым соком; затем через 2 часа интенсивная физическая нагрузка до пота и еще через 1 час душ и чистое проглаженное белье; через 1 неделю все лечебные процедуры повторяются. Наружно: 20% эмульсия бензилбензоата; 5% резорциновый спирт; 5% салициловый спирт (утром) и 5% салициловая мазь (на ночь). Крем Дермазол™ - наносился на пораженные участки 2 раза в сутки 2-4 недели. Курс лечения необходимо проводить в течение 2-3 недель 2-3 раза с месячным перерывом.

Эпидермофития паховая. Очаги поражения локализовались в складках кожи (паховые, межъягодичные), где выявлялись розовые с шелушением в центре пятна, по краю которых определялся отечный валик, состоящий из пузырьков, корок, чешуек. Субъективно зуд. Лечение: очаги поражения смазывались 5% раствором йода 2 раза в день (2-3 недели). Крем Дермазол™ - наносился на пораженные участки 2 раза в сутки (4 недели и более).

Эпидермофития стоп. *Эпидермофития стоп, сквамозная форма:* на сводах стоп, в межпальцевых складках между 5 и 4, 4 и 3 пальцами - эритема, шелушение.

Эпидермофития стоп, интертригинозная форма: в межпальцевых складках стоп между 5 и 4, 4 и 3 пальцами - эритема, везикулы, трещины. Субъективно зуд.

Эпидермофития стоп, дисгидротическая форма: на сводах стоп, в межпальцевых складках - эритема, пузырьки, пузыри с мутным содержимым, эрозии, серозное или гнойное отделяемое. Субъективно зуд.

Эпидермофития стоп, сквамозно-гиперкератотическая форма: на подошвенной поверхности стоп - участки утолщения, пластинчатое шелушение, трещины.

Эпидермофития ногтей: в толще ногтевых пластинок 1, 5 пальцев стоп желтоватые пятна; свободный край ногтя рыхлый.

Руброфития (рубромикоз). *Руброфития стоп, интертригинозная форма.*

В межпальцевых складках стоп шелушение, трещины. На тыле и подошвенной поверхности гиперемия, инфильтрация, узелки, пузырьки, муковидное шелушение.

Руброфития стоп, дисгидротическая форма. На тыльной поверхности и сводах стоп - пузырьки, эрозии. Субъективно зуд кожи.

Руброфития стоп, сквамозно-гиперкератотическая форма. На подошвенной поверхности - гиперемия, сухость, гиперкератоз, выраженность кожных борозд, муковидное шелушение.

Руброфития кистей. На ладонях, тыле пальцев кожа красно-синюшная, муковидное шелушение. По периферии валик, состоящий из узелков, пузырьков, корок.

Типы поражений ногтевых пластинок.

Нормотрофический - в толще ногтевой пластинки белые, желтые пятна, полосы; свободный край пораженных пластинок неизменен, но иногда зазубрен.

Гипертрофический - ногтевая пластинка сероватобурая, тусклая, утолщенная, деформированная (подногтевой гиперкератоз). Легко крошится.

Атрофический - истончение ногтя, вплоть до отторжения (онихолизис).

Руброфития крупных складок. В складках желтовато-красные, шелушащиеся очаги с фестончатыми очертаниями. По периферии валик, состоящий из узелков, корок.

Руброфития гладкой кожи. На туловище, ягодицах, голенях - глубокие фолликулярно-узловатые элементы. Субъективно зуд.

Лечение: при обширных поражениях гладкой кожи и множественных поражениях ногтей внутрь назначались противогрибковые препараты. Дермазол™ - 200 мг 1 раз в сутки (6-7 мес) или Изол - 200 мг 2 раза в сутки в течение 1 недели, затем перерыв 3 недели и всего таких 3-4 курса лечения. При острых воспалительных явлениях - антигистаминные и гипосенсибилизирующие препараты. При хроническом течении - иммуномодуляторы, витамины, ангиопротекторы. При острых воспали-

тельных явлениях на стопы назначались ванночки 1 раз в сутки в течение 15-20 мин (37-38°C) с отваром дубовой коры (20 г на 3-4 л воды) или отваром ромашки (10 г на 3-4 л воды). На очаги поражения – прохладные примочки с раствором, резорцина (2%), танина (2%) и др. После стихания острых воспалительных явлений на пораженную кожу назначались анилиновые красители (1-2% растворы), спиртовой раствор йода (2%), фуорцин. Крем ДермазолTM наносился на пораженные участки кожи 2 раза в сутки в течение 3-4 недель и более. При сквамозно-гиперкератотической форме на стопы мыльно-содовая ванночка с последующей механической чисткой пораженных участков кожи. Затем 2 раза в сутки наносился крем ДермазолTM 1-2 мес и более. При поражениях гладкой кожи и стоп крем ДермазолTM назначался 2-3 раза в сутки, 10-20 дней. При лечении онихомикозов - мыльно-содовые ванночки, механическая чистка пораженных ногтевых пластинок 1 раз в неделю до отрастания новых ногтевых пластинок в течение 6 мес.

Трихофития. Поражение гладкой кожи. На разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов, тыле кистей, голенях, туловище - неправильной формы, розовато-синюшные очаги с шелушением на поверхности и нечеткими границами.

Инфильтративно-нагноительная трихофития волосистой части головы. Единичные, глубокие очаги поражения с яркой гиперемией, гнойными корками. В центральной части абсцесс с разрушением кожи и волосяных фолликулов. Волосы выпадают, а из опустевших фолликулов выделяется гной. Напоминает медовые соты, *Keigion Celsi* (медовая сота Цельса). После регресса остаются втянутые рубцы, нередко спаянные с апоневрозом.

Микроспория. Поверхностная микроспория гладкой кожи. Очаги отечные, гиперемированные, кольцевидные. По краям гиперемия, везикулы, корки, чешуйки.

Поверхностная микроспория волосистой части головы. Эритематозно-шелушающиеся очаги с нечеткими краями, волосы

обломаны не все на расстоянии 5-8 мм над уровнем кожи и окружены серым чехликом из спор гриба. В очагах видимо здоровые волосы. Вокруг эффоресценции (эритематозно-сквамозные пятна, фолликулярные, лихеноидные папулы).

Инфильтративно-нагноительная микроспория. Единичные, крупные, инфильтративные, гиперемированные очаги с четкими границами и серыми корками, чешуйками. Все волосы обломаны на уровне 6-8 мм. Вокруг пораженных волос серый чехлик из спор гриба. При поражении волосистой части головы и гладкой кожи с вовлечением в патологический процесс пушковых волос, наличии множественных (более 3-х) очагов поражений на гладкой коже применяются системные антимикотики. ДермазолTM - внутрь после еды, при массе тела до 29 кг - 50 мг в сутки; 20-40 кг - 100 мг в сутки (6-8 недель). Изол - внутрь после еды, при массе тела до 25 кг - 100 мг в сутки, более 25 кг - 100 мг утром и 100 мг вечером, 30 дней. Гепатопротекторы, витамины (А, С, поливитамины), вазоактивные средства, иммуномодуляторы. Наружное лечение: бритье волос, мытье головы мылом и щеткой 1 раз в 7-10 дней. Пораженные участки на волосистой части головы смазывают в течение 2-3-х недель. Утром 2-5% спиртовым раствором йода или препаратом К-2 (йод кристаллический 5,0 г, тимол 2,0 г, деготь березовый 10,0 г, рыбий жир 15,0 г, хлороформ 45,0 г, спирт камфорный 40,0 мл), а вечером крем ДермазолTM смазывают очаги 2 р/день.

Инфильтративно-нагноительная форма. На очаги поражения назначаются примочки (влажно-высыхающие повязки) с гипертоническими и дезинфицирующими растворами. После стихания воспалительных явлений накладывается 10% ихтиол-2% салициловая мазь в течение 7 дней. Крем ДермазолTM - на очаги 2 раза в сутки. Ручная эпиляция пораженных волос

Выводы

Комплексный метод терапии грибковых болезней кожи и ее придатков с применением указанных антимикотиков системного действия и противогрибковых

средств наружной терапии хорошо переносятся пациентами, не вызывает побочных явлений, приводит к выраженному клиническому эффекту. Хорошие терапевтические результаты могут служить основанием для широкого применения предло-

женной комплексной терапии при лечении грибковых болезней кожи и придатков в амбулаторных и стационарных условиях врачами практического здравоохранения, что будет способствовать излечению больных и улучшать качество жизни.

Список литературы

1. Айзятулов Р.Ф. Грибковые заболевания кожи //Журнал дерматовенерол. и косметологии им.Н.А.Торсуєва. – 2001. – Т.1. - № 1. – С.35-49.
2. Айзятулов Р.Ф. Клиническая дерматология (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). – Донецк: Донеччина, 2002. - 432 с.: ил.
3. Айзятулов Р.Ф. Кожные болезни в практике врача (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). – Донецк, «Каштан», 2006. – 360 с.
4. Айзятулов Ю.Ф. Стандарты диагностики и лечения в дерматовенерологии. – Донецк: Каштан, 2010. – 560 с.
5. Дерматология, венерология. Учебное пособие. /Под ред.В.И.Степаненко. – Киев: КИМ, 2012. – 902 с., ил.
6. Дерматовенерология. Навчальний посібник /М.О.Дудченко, К.В.Васильєва, І.Б.Попова та інші. – Полтава, 2011. – 319 с.
7. Клінічна мікологія: Навчальний посібник для лікарів /За редакцією проф.Л.А.Болотної. – Харків: ИПЦ “Контакт”, 2004. – 96 с.: іл.
8. Кожные болезни и инфекции, передаваемые половым путем. Учебное пособие. Под ред. проф.Ю.Ф.Айзятулова. – Донецк: «Каштан», 2013. – 712 с., ил.
9. Кутасевич Я.Ф., Зимина Т.В., Пятикоп И.А. Комбинированная терапия – перспективное направление в лечении онихомикозов //Дерматология та венерология. – 2002. - № 2 (16). - С.27-31.
10. Руденко А.В., Коваль Э.З., Рыжко П.П., Заплавская Е.А. Онихомикозы у жителей Украины (диагностика, этиология, эпидемиология, лечение). – Киев:ООО«ТСК», 2001. - 248 с.: ил.
11. Свирид С.Г., Салюта М.Е., Бобруль З.А. Оценка фунгальной сенсбилизации при различном клиническом течении микозов стоп //Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2004. – № 1-2 (7). – С.53-54.
12. Федотов В.П. Современные вопросы диагностики и терапии дерматомикозов //Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2001. – № 2-3 (4). – С.5-10.
13. Федотов В.П., Дюдюн А.Д., Степаненко В.І. Дерматовенерология. Навчальний посібник. – Дніпропетровськ-Київ, 2008. – 600 с., іл., 2 табл.
14. Федотов В.П., Кубась В.Г. Актуальные вопросы дерматофитий //Дерматовенерол., косметология, сексопатология. – 2000.–№ 2 (3).–С.6-11.
15. Федотов В.П., Терханова И.В. Эффективность и отдаленные результаты применения системных антимикотиков у больных с онихомикозом //Дерматология та венерология. – 2002. - № 2 (16). - С.32-34.
16. Elewski BE.Onychomycosis: pathogenesis, diagnosis, and management. Clin Microbiol Rev 1998; 11: 415-429.
17. Gupta AK, Baran R, Summerbell R. Onychomycosis: strategies to improve efficacy and reduce recurrence //Journal of the European academy of dermatology and venerology. – 2002. - Vol.16, № 6. - P.579-586.
18. GuptaAK, De Doncker P, Haneke E. Intraconazole pulse therapy for the treatment of Candida onychomycosis. JEADV 2000; 15: 112-115.
19. Moossavi M, Bagheri B, Scher RK. Systemic antifungal therapy. Dermatol Clin 2001; 19:35-52.
20. Sigurgeirsson B, Steingrimsson O. Risk factors associated with onychomycosis. JEADV 2004. - Vol.18, № 1. - P.48-51.

РЕЗЮМЕ

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА І СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ГРИБКОВИХ ХВОРОБ ШКІРИ І ЇЇ ПРИДАТКІВ

Р.Ф.Айзятұлов

Мета роботи. Вивчити ефективність комплексної терапії грибкових хвороб шкіри та її придатків із застосуванням системних антимікотиків і зовнішніх препаратів.

Матеріали і методи дослідження. Під спостереженням знаходилися 135 пацієнтів з різ-ними клінічними формами грибкових хвороб шкіри та її придатків.

Результати та обговорення. Комплексний метод терапії грибкових хвороб шкіри та її придатків, що включає полівітаміни, діету з обмеженням вуглеводів, антигістамінні засоби, вазоактивні та імуностимулюючі препарати, а також системні антимікотики і протигрибкові засоби зовнішньої терапії добре переносяться пацієнтами, не викликає побічних явищ, призводить до вираженого клінічного ефекту.

Висновки. Гарні терапевтичні результати можуть служити підставою для більш широкого застосування запропонованих системних антимікотиків і місцевих протигрибкових засобів при лікуванні грибкових хвороб шкіри та її придатків амбулаторно і стаціонарнопрактичними лікарями, що сприятимевилікуванню хворих і покращувати якість їхнього життя.

SUMMARY

CLINICAL DESCRIPTION AND MODERN GOING NEAR COMPLEX THERAPY OF MYCOTIC ILLNESSES OF SKIN AND HER APPENDAGES OF

R.F.Aizyatulov

Objective. To study efficacy of complex therapy of fungal diseases of the skin and its appendages with the use of systemic antifungals and external funds.

Materials and methods. The study included 135 patients with various clinical forms of fungal diseases of the skin and its appendages.

Results and discussion. Complex therapy of fungal diseases of the skin and its appendages, including multivitamins, diet with restriction of carbohydrates, antihistamines, and immunostimulating vasoactive drugs, and system antimicotic and antifungal topical treatment and well tolerated by patients, does not cause side effects, leads to a pronounced clinical effect.

Conclusions. Good therapeutic results can serve as a basis for more broad applications of the proposed system antimicotics and antifungals local action in the treatment of fungal diseases of the skin and its appendages in out patient and inpatient settings with doctors of practical health care that will contribute to the recovery of patients and improve their quality of life.