

ISSN 1561-3607

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

КОСМЕТОЛОГИЯ

СЕКСОПАТОЛОГИЯ

2-3 (4)

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ 2001 ЖУРНАЛ

Ukraine Ministry of Public Health
Dnipropetrovsk State
Medical Academy
Sexual Health Center

DERMATOVENEROLOGY

COSMETOLOGY

SEXOPATHOLOGY

2-3(4) '2001

SCIENTIFIC MEDICAL JOURNAL
ESTABLISHED IN JUNE 1997



Editorial board

Editor-in-Chief - V.P. Fedotov

Deputy Editor-in-chief -

A.A. Frankenberg

Deputy Editors -

R.I. Vasilishin, I.I. Gorpichenko,
G.V. Dzyak, A.D. Dyudyun,
V.K. Zakharov, G.H. Kogon,
A.V. Lyulko, A.I. Makarchuk,
O.E. Malevich, V.I. Mamchur,
K.V. Semenukha, I.S. Shponka,
T.V. Svyatenko, N.I. Yushchishyn

Executive secretary -

V.V. Gorbuntsov

Scientific Editorial board

R.F. Aizyatulov (Donetsk), I.A. Babyuk
(Donetsk), V.A. Bocharov (Vinnytsa),
O.V. Buyanova (Ivano-Frankivsk), I.I.
Voloshenko (Kyiv), A.I. Glinchenko
(Kharkiv), B.T. Glukhenko (Kyiv), A.M.
Datschuk (Kharkiv), N.A. Dudchenko
(Poltava), A.I. Zaychenko (Lviv), O.A.
Kadenko (Khmelnitsky), A.D.
Kaljuzhnaya (Kyiv), L.N. Kovalyova
(Odesa), V.G. Kolyadenko (Kyiv), V.G.
Kravchenko (Poltava), V.V. Kryshtal
(Kharkiv), A.A. Kubanova (Moscow),
V.V. Kulaga (Lugansk), Ya.F.
Kutasevich (Kharkiv), V.M. Leschenko
(Moscow), G.I. Lobanovsky (Odesa),
V.P. Logunov (Zaporizhzhya), I.N.
Lyashenko (Vinnytsa), I.I. Mavrov
(Kharkiv), G.I. Mavrov (Kharkiv), O.A.
Pritulo (Simferopol), T.V. Protchenko
(Donetsk), V.G. Radionov (Lugansk),
V.N. Romanenko (Donetsk), P.P. Ryzko
(Kharkiv), V.I. Savchak (Ternopil), V.A.
Samsonov (Moscow), A.V. Samzov
(St. Petersburg), Yu.K. Skripkin
(Moscow), V.I. Stepanenko (Kyiv), V.E.
Tkach (Ivano-Frankivsk), S.M. Fyodorov
(Moscow), A.I. Khara (Ternopil), V.V.
Chebotaryov (Stavropol), A.D.
Yutskovsky (Vladivostok), N.Z.
Yagovdik (Minsk)

Ukraine, 49001,

Dnipropetrovsk, Artema str., 3a,
"Sexual Health Center"
Tel.: (0562) 44-05-62
Fax: (056) 744-31-40

© Центр Сексуального здоровья 2001

Министерство здравоохранения Украины
Днепропетровская государственная
медицинская академия
Центр сексуального здоровья
(Городская общественная организация)
г. Днепропетровск



ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ
КОСМЕТОЛОГИЯ
СЕКСОПАТОЛОГИЯ
2-3(4) '2001

НАУЧНО - ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ОСНОВАН В ИЮНЕ 1997 ГОДА

выходит два раза в год

Редакционная коллегия:

Главный редактор В. П. Федотов

Зам. главного редактора А. А. Франкенберг

Р.И. Василишин, И.И. Горпинченко, Г. В. Дзяк, А. Д. Дюдюн,
В. К. Захаров, Г. Х. Когон, А. В. Люлько, А.И. Макачук,
О.Е. Малевич, В.И. Мамчур, К. В. Семенука, Т.В. Святенко,
И.С. Шпонька, Н. И. Ющишин

Ответственный секретарь В. В. Горбунцов

Редакционный совет:

Р. Ф. Айзятуллов (Донецк), И.А. Бабюк (Донецк), В.А. Бочаров (Винница),
О.В. Буянова (Ивано-Франковск), И. И. Волощенко (Киев), А.И. Глинченко
(Харьков), Б. Т. Глухенький (Киев), А. М. Дашук (Харьков), Н. А. Дудченко
(Полтава), А.И. Зайченко (Львов), О.А. Каденко (Хмельницкий),
Л. Д. Калюжная (Киев), Л. Н. Ковалёва (Одесса), В. Г. Коляденко (Киев),
В. Г. Кравченко (Полтава), В.В. Крышталь (Харьков), А.А. Кубанова
(Москва), В.В. Кулага (Луганск), Я.Ф. Кутасевич (Харьков), В.М. Лещенко
(Москва), Г.И. Лобановский (Одесса), В.П. Логунов (Запорожье),
И.Н. Ляшенко (Винница), И. И. Мавров (Харьков), Г.И. Мавров (Харьков),
О.А. Притуло (Симферополь), Т.В. Проценко (Донецк), В.Г. Радионов
(Луганск), В.Н. Романенко (Донецк), П. П. Рыжко (Харьков), В. И. Савчак
(Тернополь), В. А. Самсонов (Москва), А. В. Самцов (Ст.Петербург),
Ю.К. Скрипкин (Москва), В.И. Степаненко (Киев), В.Е. Ткач (Ивано-
Франковск), С.М. Фёдоров (Москва), А.И. Хара (Тернополь),
В.В. Чеботарев (Ставрополь), А. Д. Юцковский (Владивосток),
Н.З. Яговдик (Минск)

Издательство: 49001, г. Днепропетровск, ул. Артёма, 3а, "Центр сексуального здоровья". Свидетельство на издательскую деятельность:

Серия **КВ № 2687** от 16.06.1997г.

Адрес редакции: 49001, г. Днепропетровск, ул. Артёма, 3а

"Центр сексуального здоровья" Редакция журнала "Дерматовенерология.
Косметология. Сексопатология"

Тел.: (0562) 44-05-62 Факс: (056) 744-31-40

Зав. редакцией: Н.И. Темник

Отпечатано в ГКБ «Южное», Подписано в печать 18.12.2001
49008, г. Днепропетровск, Формат 84x100/16, Печ. л. 15.
ул. Криворожская, 3

г. Днепропетровск Центр Сексуального здоровья 2001

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ : «МИКОЛОГИЯ»

✓ Федотов В.П. Современные вопросы диагностики и терапии дерматомикозов.....	5
Кущинский М.Г., Мельникова С.К. Урогенитальный кандидоз (этиология и эпидемиология, особенности патогенеза и клинического течения, современные методы диагностики и терапии) – I.....	11
Терханова И. В. Значение сосудистых и неврологических нарушений в развитии дерматомикозов у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих психоневрологической и сердечно-сосудистой патологией	17
✓ Федотов В.П., Лукьяненко А.И. Новый подход к терапии онихомикозов с использованием системного антимикотика Ламизила.....	23
Глухенький Б., Глухенькая А., Заруцкая Н., Гунченко Л. Эффективное и безопасное лечение онихомикозов Орунгалом.....	26
Радионов В.Г., Белоусова И.П. Перспективы применения Орунгала для профилактики биологических осложнений антибиотикотерапии.....	33
Козленко В. В., Козленко М.В., Макиша Н.А. Заболеваемость онихомикозом среди работников металлургического комбината г. Днепрорудного Запорожской обл.	36
Дюдю А.Д., Захаров В.К., Захаров С.В., Сеница В.Н., Янчуков В.В. Комплексное лечение урогенитального кандидоза у женщин с применением аутоцитокинотерапии.....	40
Коваленко Ю.Б., Ланкина И.А. Опыт применения Орунгала в лечении микозов у детей.....	43
Баркалова Е. Л. Ефективність лікування хворих на хронічний рецидивуючий кандидозний вульвовагініт.....	46

ДИСКУССИИ

✓ Захаров В.К., Федотов В.П., Дюдю А.Д. Вновь возвращаясь к проблеме скрытого сифилиса.....	51
Касянчук М.Г., Лещинський С.Б. Про прирахування гомо- та бісексуалів до груп ризику стосовно ВІЛ та захворювань, що передаються статевим шляхом.....	64

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Коган Б.Г., Степаненко В.І. Морфологічні, біологічні та функціональні особливості збудників демодикозу людини – кліщів <i>Demodex folliculorum</i> та <i>Demodex brevis</i> на сучасному етапі.....	70
Захаров С. В., Захаров В. К. Особенности уровня цитокинов, показателей клеточного и гуморального иммунитета, их динамика у больных сифилисом.....	77
Горпинченко І. І., Мірошников Я. О. Вміст аланіну, валіну та аргініну у пацієнтів з розладами ерекції.....	81
Ивашков Е.А., Юцковский А.Д., Юцковская Я.А. Урогенитальные инфекции у беременных в Дальневосточном регионе.....	84
Луценко А.Г. Система коррекции сексуальной дезадаптации супружеской пары при асинхрониях психосексуального развития у одного или обоих супругов.....	92

Коляденко Е.В. Псориаз и противоопухолевая функция кожи.....	95
Семиряд Ю.В., Радионов В.Г. Иммунологические нарушения при псориазе и возможные методы их коррекции.....	98
Шмыгло М.М. Сенсibilизация к клещам домашней пыли у больных atopическим дерматитом.....	101

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Дюдю А.Д. Урогенитальный хламидиоз.....	104
Захарян Э.Г., Федотов В.П. Этиология, патогенез и терапия патоспермии, обусловленной инфекциями, передаваемыми половым путём.....	114
Святенко Т.В. Психопатологические расстройства у больных дерматозами и ИППП.....	120
Турчина И.П. Патогенетическое значение нарушений процессов перекисного окисления липидов, периферической гемодинамики у больных экземой и нейродермитом с локализацией в области нижних конечностей.....	126
Ковальчук М.Т. Патогенез atopического дерматиту.....	132

ЛЕКЦИИ

Шлопов В.Г., Волос Л.І. Пріон-асоційовані захворювання.....	138
Юнко П.Ф. Профилактика и ранняя диагностика опухолей кожи.....	144

ОБМЕН ОПЫТОМ

Решетник Д.А. Опыт организации телемедицинского узла связи в кожно-венерологическом диспансере.....	148
Фисталь Э.Я., Андреев О.В., Самойленко Г.Е. Функциональные и эстетические возможности пластической хирургии термических поражений.....	153
Федотов В.П., Захаров В.К., Дюдю А.Д., Ющисин Н.И. Актуальные проблемы и задачи вузовской и послевузовской подготовки врачей по дерматовенерологии.....	157
Шаева Л.Н. Технология информационного поиска в научной литературе при планировании НИР на примере дерматовенерологии.....	160
Беляев Г.М., Гребенюк В.Н. Кальций и псориатическая артропатия.....	163
Жунько И. Д., Мильман И. А., Кирилук М. Л., Жунько Д. В. Роль реакции иммуноферментного анализа в диагностике урогенитального хламидиоза у беременных женщин.....	167
Гончарова Я.А. Опыт применения лазерной дермабразии в лечении рубцов постакне.....	170
Тазбаш И.Е., Дычко Е.Н. Комплексное лечение глоссалгии.....	173
Аврамов П.С. Лечение больных рецидивирующим генитальным герпесом.....	175

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Бабюк И.А., Толстопятов А.М., Дубровин М.О. Комплексное лечение мужчин, страдающих трихомонадным уретропростатитом.....	179
---	-----

Актуальные вопросы МИКОЛОГИЯ

Раздел редактирует д-р мед. наук, проф. Лещенко В.М. (Москва)

УДК 616.5 - 002.828 - 07 - 08

Современные вопросы диагностики и терапии дерматомикозов

Федотов В.П.

Днепропетровская государственная медицинская академия

СУЧАСНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ ДЕРМАТОМІКОЗІВ Федотов В.П.

Закворюваність на дерматомикози в Україні зростає, що пов'язано з погіршенням соціально-економічних і екологічних умов. Патогенез дерматомикозів складний і пов'язаний з ендогенними та екзогенними факторами. Діагностика дерматомикозів складається з бактеріоскопічних, мікологічних досліджень. Особливі умови необхідні для діагностики плісневих мікозів, оскільки плісеневі гриби є сапрофітами і не можуть самостійно викликати оніхомікоз із-за відсутності кератолітичних ферментів, хоча при посівах нігтя вони часто зростають на різних середовищах. Найчастіше вони викликають пневмомікози, досить рідко – оніхомікози. Тербінафін (Ламізіл) – препарат першого вибору у лікуванні оніхомікозів, найбільш ефективний та економічний, на відміну від Орунгалу (ітраконазолу), не викликає ускладнень, як за результатами LION-досліджень у Європі, так і нашими даними.

THE MODERN QUESTIONS OF DIAGNOS- TICS AND TREATMENT OF DERMATOMY- COSES Fedotov V.P.

In Ukraine the number of dermatomycoses diseases is getting increased, that is connected with the deterioration of social, economic and ecological conditions. The dermatomycoses pathogeny is complex enough and connected with the endogenic and exogenic factors. Diagnostics of dermatomycoses consists of bacterioscopic, mycological tests. Special conditions are necessary for diagnostics of the mould mycoses, because moulds are saprophytes and are not capable to cause the onychomycoses independently owing to the ceratolic enzymes absence, though at the nail crops they are frequently enlarged on different media. More often they can cause pneumomycoses and quite seldom – onychomycoses. Terbinafin (Lamisil) is the first preparation to chose to treat the onychomycoses and is most effective and economic one, in comparison with Orungal (itraconazol); and according to our facts and the results of LION (European researches) it would not cause any complications.

К дерматомикозам или грибковым заболеваниям кожи, обусловленным нитчатými грибами, относятся микозы стоп, рубромикоз, паховая эпидермофития, а также трихофития, микроспория и фавус, плесневые микозы. Особый интерес и пристальное

внимание ученых привлекают микозы стоп, рубромикоз и микроспория, в связи с их значительной частотой регистрации, изменением в последние годы характерных клинических черт, с развитием диссеминированных форм, поражением ногтевых пластинок, лимфатических

узлов, простаты, появлением инфильтративно-нагноительных и абсцедирующих разновидностей [1-4].

Это мы объясняем ухудшением социально-экономической и экологической обстановки в Украине, снижением должного внимания к этой патологии со стороны руководства здравоохранением, плохой осведомленностью врачей, отсутствием современных методов диагностики и профилактических мероприятий. Необходимо отметить, что в последние годы НИИР по вопросам микологии практически не проводятся, а терапия больных микозами из-за высокой стоимости противогрибковых препаратов и обнищания населения невозможна.

Грибы – возбудители дерматомикозов являются гетерофилами, т.е. микроорганизмами, нуждающимися в питании готовыми органическими веществами, что обусловлено наличием кератолитических ферментов. Дерматомицеты являются аэробами и не присутствуют в природной флоре человека и животного, в классификации они отнесены к патогенным плесневым [5,6].

Для внедрения гриба в кожу и развития микоза определенное значение имеет патогенность и вирулентность возбудителя (место его обитания, микроскопические и культуральные особенности, биохимическая активность, иммуногенные свойства и возможность заражения животных этим грибом). В последние годы важная роль в развитии дерматомикозов отводится состоянию макроорганизма (возраст, снижение реактивности, иммуносупрессия, нарушение обменных процессов, авитаминоз, эндокринопатии, функциональные нарушения и др.). Нельзя не учитывать и состояние кожи как один из способствующих факторов к инфицированию дерматомицетами (трещины, мацерация, потертость, травмы, порезы, тесная обувь и др.) [7-9].

Диагностика грибных поражений кожи и волос (руброфития, микроспория, трихофития, паховая эпидермофития, фавус) не представляет сложностей. При достаточной квалификации лабораторных работников, наличии посуды и реактивов проводят микроскопию патологического материала, предварительно заливая его *KOH* или *NaOH*. При этом обнаруживают мицелий или споры гриба. Окончательный вид гриба определяется при посеве патологического материала на питательную среду Сабуро.

В последние годы были разработаны новые методы диагностики дерматомикозов. Так, M.Ghannoum (2001) предлагает как более специфический и информативный тест использовать флюоресцентные методы обнаружения гриба. Этот автор предлагает использовать метод ДНК-диагностики гриба, что позволяет выделить 4 типа *T. rubrum*. Конечно, ПЦР представляет собой довольно сложную диагностическую проблему из-за своей дороговизны, и может быть использована в основном для научных целей.

Определенные сложности возникают при диагностике онихомикозов. Здесь важно первоначально проводить дифференциальный диагноз клинически от псориазических поражений ногтей, при красном плоском лишае, экземе, генодерматозах и различных ониходистрофиях, как при определенных дерматозах и других системных общих заболеваниях организма, так и не выясненной этиологии [10, 11].

Однако для постановки диагноза «онихомикоз» обязательно микроскопическое и микологическое исследование на грибы. Недопустимо лечение больных с поражением ногтей системными антимикотиками без лабораторного подтверждения диагноза [12, 13].

Поскольку выбор системного антимикотика во многом зависит от возбудителя онихомикоза, необходимо точно знать вид и род гриба. Возбудителями онихомикозов в 80-94 % случаев являются *T. rubrum* и *T. mentagrophytes interdigitale*, реже – *T. violaceum*, *T. tonsurans*, *T. gypseum*, *T. verrucosum*, дрожжеподобные грибы. Крайне редко, чаще как казуистика, описывают плесневые грибы в качестве возбудителей онихомикозов. Как известно, плесневые грибы являются условно патогенными и у них отсутствуют достаточные факторы агрессии, особенно наличие кератолитических ферментов. В связи с этим, внедриться в ноготь и вызвать онихомикоз они не могут, исключая *Scopulorhiza brevicaulis*, который содержит кератолитические ферменты. Они чаще поражают ногти на первых пальцах стоп и у лиц старше 60-70 лет, нередко вторично, с изменением цвета ногтевой пластинки (желтого, зеленого, синего, коричневого, черного).

Мы проводили, как и требует мировая литература, тщательную помывку конечностей

а ногтевой пластинки физиологическим раствором или 70° спиртом. Материал брали на границе пораженного и здорового участков, используя стерильное сверло минимального размера, насаженное на специальный карандаш от стоматологической бормашины. Выращивание на среде Сабуро проводили при 20°-30° С, но не более.

Диагностическим критерием плесневого микоза является повторное получение одного и того же вида плесневого гриба, но для большей убедительности следует сделать парный посев на пробирки со средой Сабуро. В одну часть среды следует добавить актидион (циклогексимид) в расчете на 0,1-0,5 мл среды. Другая часть материала засеивается на среду без актидиона. Если на среде с актидином, который подавляет рост плесневых грибов, вырастают дерматомицеты (*T. rubrum* или *T. interdigitale*), то плесени как возбудитель исключаются, независимо от наличия роста их на среде без актидиона. Как известно, рост плесневых грибов на любой среде будет всегда, поскольку они попадают из воздуха, споры их находятся в виде «грязи» и на здоровых ногтях, на коже и тем более в разрыхленных пораженных дерматомицетами ногтях. Поэтому если не выполнять все вышесказанное, рост плесневых грибов можно получить в 100 %, особенно в предварительно измененных ногтевых пластинках. Помимо роста плесневого гриба (чаще всего *Scopulariopsis brevicaulis*) имеются и характерные микроскопические признаки его патогенности. В препарате из ногтевой пластинки должны быть видны крупные споры (2-5 мкм), собранные в изогнутые цепочки, имеющие шероховатую поверхность, цвет – от сероватого до коричневого.

Фирмой «Янсен-Силаг» был проведен крупномасштабный проект «Ахиллес», который позволил в Украине выявить 30 % больных микозами стоп, из которых 47 % составили онихомикозы. Это позволило привлечь внимание общественности, государства и медицинских работников к этой проблеме. Однако мы не согласны с тем, что авторы у значительного числа исследованных установили плесневые микозы. Обнаружение этих грибов не является свидетельством их этиологического значения. Эти исследования требуют серьезного пересмотра и анализа с учётом тех критериев диагностики, которые были приведены выше.

Мы считаем, что плесневые грибы в большинстве случаев при онихомикозах являются сапрофитирующей микрофлорой.

Поскольку в последние годы эта проблема постоянно муссируется в прессе, на конференциях и съездах, необходимо остановиться на раскрытии некоторых особенностей этой условно-патогенной флоры. В 1856 г. Вирхов первый описал аспергиллёз лёгкого и назвал его пневмомикоз. Позднее аналогичные поражения легких были описаны другими авторами, особенно у лиц со снижением защитных сил организма (при туберкулезе, лейкомиях, сепсисе и др.), а также у лиц, которые длительно получали антибиотики, кортикостероиды, цитостатики.

Плесневые грибы могут крайне редко поражать кожу (эпидермодермиты, псориазиформные абсцедирующие, гуммозные поражения), слизистые оболочки (лейкоплакия), иногда ногти (расслоение пластинок). Изредка бывает поражение ЖКТ (черный волосистый язык), почек, мозга, глаз, ушей, сепсис. Но чаще всего поражаются органы дыхания, поскольку для развития плесеней необходимо много кислорода. Бывают первичные аспергиллёзы лёгких, которые протекают остро и очень злокачественно. Но это бывает очень редко. Всего в мире описано до 120 случаев.

Вторичные аспергиллёзы протекают по типу подострых и хронических. Эти поражения бывают бронхопульмональные и полостные (аспергиллёз лёгких), которые вызывают в основном микотоксикозы и заканчиваются, если не присоединяется вторичная инфекция, самоизлечением.

Поэтому очень важно комплексно подходить к терапии с использованием антимикотиков широкого спектра действия, а также различных патогенетических препаратов, позволяющих устранить способствующие факторы и активизирующие защитные механизмы макроорганизма. Это позволяет обеспечить высокий процент излечения, получить длительные ремиссии при хорошей переносимости, минимальном количестве побочных реакций и осложнений.

Не подлежит дискуссии вопрос о необходимости лечения дерматомикозов. Необходимость лечения поражений кожи и её придатков объясняется тем, что существенно нарушается функция пораженных органов,

возникает угроза диссеминации грибкового процесса с развитием даже эритродермий, и при длительном хроническом течении нередко возникают осложнения вторичной бактериальной флорой с формированием рожистого воспаления, слоновости. Весьма важно, что довольно часто, при наличии в организме патогенных грибов, они могут индуцировать развитие микогенной аллергии с формированием новой патологии – экземы, нейродермита, бронхиальная астма, вазомоторный ринит и др. Грибы нередко способствуют появлению лекарственной непереносимости, в частности, антибиотиков, развитию вторичного иммунодефицита.

Мы наблюдали 284 больных микозом стоп, обусловленным красным трихофитом, и 36 больных руброфитией с поражением кожи не только стоп, но и кожи ладоней, крупных складок лица, туловища. У всех 320 больных диагностирован онихомикоз с поражением от 3 до 16 ногтевых пластинок. Возраст больных был 29-60 лет, мужчин – 210, женщин – 110. Диагноз во всех случаях подтвержден микроскопически и культурально. Лечение проводилось под контролем общеклинических исследований и биохимических тестов (анализ крови, исследования мочи, активности трансфераз, билирубина, креатинина, щелочной фосфатазы).

Из препаратов общего действия в последние годы определились два основных „лидера“ в лечении дерматофитий: Ламизил (тербинафин), разработанный швейцарской фирмой Novartis Pharma AG и Орунгал (итраконазол), выпускаемый бельгийской фирмой Janssen Pharmaceutica. Ламизил, относящийся к группе аллиламинов, блокирует синтез эргостерола. Орунгал, который относится к группе триазолов, ингибирует синтез эргостерола, фосфолипидов и триглицеридов клетки гриба, влияя на стерольный метаболизм.

По поводу эффективности и преимуществ этих двух препаратов имеется много противоречивых мнений, что дало повод провести крупномасштабное сравнительное исследование непрерывной терапии тербинафином и пульс-терапии итраконазолом у больных онихомикозами. Это многоцентровое (38 центров в странах Европы) рандомизированное двойное слепое исследование проведено на 496 больных (LION). При этом изучалась эффективность, безопасность и переносимость тербинафина и итраконазола на

протяжении 72 недель, что по длительности сопоставимо с периодом, необходимым для отрастания здорового ногтя. Средний возраст больных составил 50,1 года, длительность заболевания – в среднем 10,6 года, количество пораженных ногтей – в среднем 5,8, площадь поражения ногтя большого пальца – в среднем 70,45, что свидетельствует о тяжелом характере микотического поражения ногтей. Больные были разделены на 4 группы и получали тербинафин в дозе 250 мг/сут. в течение 12 или 16 недель или итраконазол в дозе 400 мг/сут. в течение одной недели каждого месяца на протяжении 12 или 16 недель. На 72-й неделе исследования излечение, по данным микологического исследования, составило 76 % в группе больных, получавших тербинафин в течение 12 недель, и 81 % в группе больных, получавших тербинафин в течение 16 недель. Непрерывная терапия тербинафином практически вдвое превосходила по эффективности пульс-терапию итраконазолом, при которой излечение, по данным микологического исследования, составило 38 % и 49 % для групп больных, получавших 3 или 4 пульса, соответственно. Высокая эффективность тербинафина объясняется его фунгицидным действием в отношении дерматомицетов, которые являются основной причиной онихомикозов, и длительным – до 48 недель сохранением тербинафина в ногте в концентрациях, существенно превышающих минимальную ингибирующую концентрацию (МИК) для дерматомицетов. МИК тербинафина в отношении *T. rubrum* – 0,00001 мкг/мл. Для сравнения – МИК итраконазола для дерматомицетов составляет 0,01-1,0 мкг/мл.

Исследование LION подтвердило хорошую переносимость и безопасность тербинафина.

Частота рецидивов, наблюдаемых в течение 2-3 лет после лечения тербинафином, по данным различных исследований, в 2 раза ниже, чем таковая у больных, которым был назначен итраконазол. Скорее всего, причиной повторных заболеваний был рецидив латентной инфекции после лечения другими антимикотиками.

Исследования LION, изучение тербинафина в клиниках и микологических центрах более чем 80 стран мира, фармакоэкономические исследования свидетельствуют, что по соотношению стоимость/эффективность тербинафин превосходит все другие лекарственные средства, применяемые при

онихомикозах, и является основным препаратом в лечении этого заболевания [14-16]. Поэтому для нас не было проблем с выбором препарата; мы использовали для целей системной терапии Ламизил.

Ламизил назначали по 250 мг/сут. в течение 12-16 недель в зависимости от площади поражения ногтя. Наружное лечение гладкой кожи заключалось в смазывании её два раза в сутки кремом «Ламизил». Наблюдения проводились в течение 1-3,5 лет с осмотром и лабораторным исследованием каждые 2 недели во время лечения и каждые 3 месяца – после окончания лечения.

Клиническое выздоровление после лечения Ламизилом наступило у 86,4 % больных онихомикозом. Среднее время микологического излечения равнялось 24,2 недели, восстановление нормальной ногтевой пластинки – от 5 до 16 месяцев, что зависело от степени поражения ногтевых пластин, их локализации и возраста пациентов.

Переносимость препарата была хорошей, лишь у шести пациентов отмечены неприятные ощущения в области желудка, правом подреберье.

Исследования мочи, анализ крови и биохимические тесты как до, так и после лечения существенно не отличались от показателей у здоровых людей.

Рецидив онихомикоза зарегистрирован у восьми исследованных, что мы объясняем преклонным возрастом больных, а также недостаточно проведенными профилактическими мероприятиями.

Мы наблюдали 36 больных микроспорией волосистой части головы (женщин – 21, мужчин – 15) в возрасте 14-23 лет. Ламизил назначали из расчёта 4 мг/кг на протяжении 8-12 недель. Клинико-лабораторное излечение наступило у 35 из 36 больных. У одного больного с отсутствием эффекта лечения выявлена сопутствующая патология: гастродуоденит, гельминтоз, вторичный иммунодефицит. Мы не смогли зарегистрировать побочных реакций и осложнений при приёме Ламизила.

Итак, в последние годы отмечается рост заболеваемости населения Украины дерматомикозами, особенно микозами стоп, онихомикозами и микроспорией, что обусловлено ухудшением социально-экономической и экологической

обстановки. Целый ряд эндогенных и экзогенных факторов способствует внедрению грибов в кожу и ее придатки. Диагностика грибных инфекций сводится к бактериоскопии патологического материала, посеву его на питательные среды и получение культуры гриба, в редких случаях – проведению флюоресцентных исследований и постановки ПЦР.

Требуется специальный подход к методике выделения плесневых грибов и доказательства их этиологической роли при онихомикозах. Огульный подход и невыполнение определенных условий приводит к частому, почти 100-процентному обнаружению плесневых грибов, не имеющих никакого отношения к причине заболевания. Эти сапрофиты „охотно“ растут на обычных питательных средах, попадая туда из воздуха, загрязнений пораженного дерматомицетам ногтя. Поскольку плесневые грибы, исключая *Scopulariopsis brevicaulis*, не имеют кератолитических ферментов, то они не могут самостоятельно вызывать поражение ногтевой пластинки. Поэтому плесневые грибы в основном поражают легкие и значительно реже, как казуистика, кожу и слизистые оболочки. Не вызывает сомнения необходимость лечения дерматомикозов, поскольку они нарушают функцию пораженных органов, способствуют диссеминации грибной инфекции, развитию осложнений, формированию аллергических реакций. По данным многоцентрового рандомизированного двойного слепого исследования LION доказано, что частота микологического и клинического излечения онихомикозов в случае приема Ламизила (тербинафина) значительно превосходит таковую при лечении Орунгалом (итраконазолом), особенно при наблюдении за больными в отдаленные сроки. Тербинафин (Ламизил) – препарат первого выбора в лечении онихомикозов является наиболее экономическим с оптимальным соотношением цена / эффективность, с минимальными побочными эффектами и осложнениями. Нами пролечена большая группа больных рубромикозом, онихомикозом и микроспорией с использованием Ламизила с достаточно высоким процентом клинико-лабораторного выздоровления, отсутствием рецидивов инфекции и минимальным числом осложнений, что соответствует данным мировой литературы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коляденко В.Г., Степаненко В.І. Плісеневі гриби – етіопатогенетичне значення у виникненні та розвитку мікозів. Міф чи реальність? Еволюція наукових досліджень // Український журнал дерматології, венерології, косметології.- 2001. - № 1. - С. 41-48.
2. Сергеев А.Ю. Опыт изучения онихомикозов, подходы к их терапии и профилактике // Русский медицинский журнал. – 2001. – Т. 9, № 11(130). - С. 461-466.
3. Степанова Ж.В. Анализ микрофлоры при онихомикозах и микозах гладкой кожи // Дерма. – 2001. - № 2. - С. 20-21.
4. Sigurgeirsson B., Evans G., Curran D., Gourmala N., Paul C. Prognostic factors of mycological cure following treatment of onychomycosis oral antifungal agents / 10th Congress EADV, Munich, 2001, October 10-14. - P. 279.
5. Linozencic J., Skerlev M. et al. A randomized double-blind parallel-group duration-finding study of oral terbinafine in children with tinea capitis due to *Microsporum* species / 10th Congress EADV, Munich, 2001, October 10-14.
6. Madani S., Barilla D., Cramer J. et al. Effect of Terbinafine on pharmacokinetics and pharmacodynamics of identified as CYP2D6 extensive metabolizers / 10th Congress EADV, Munich, 2001, October 10-14. - P. 209.
7. Кравченко А.В. Поширеність мікозу стоп та онихомікозу у хворих на цукровий діабет // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2001. - № 1. - С. 49-51.
8. Кулагин В.И., Бурова С.А., Дзюцева Э.И. Онихомикозы у больных сахарным диабетом // Вестник последипломного медицинского образования.- М., 2001. - № 1 (20).- С. 61-62.
9. Быстрицкая Т.Ф., Губенко В.Н., Мокроусов М.С., Василенко Т.И. Опыт лечения онихомикоза орунгалом и ламизилом больных пожилого возраста // Вестник последипломного медицинского образования. – М., 2001. - №1 (20). - С. 62-62.
10. Яковлев А.Б., Афанасьев Д.Б. Сравнительная безопасность лечения дерматофитийного онихомикоза ламизилом и орунгалом // Вестник последипломного медицинского образования. – М., 2001. - №1 (20). - С. 66-66.
11. Lazaro P., Iglesias L. et al. Interim analysis observational study of effectiveness and safety with Terbinafine in the onychomycosis treatment / 10th Congress EADV, Munich, 2001, October 10-14. - P. 118.
12. Delyado V., Cresto V. et al. Mycological results of the Efficacy and safety of Terdinafine for treatment of onychomycosis // 10th Congress EADV, Munich, 2001, October 10-14.
13. Ghannoum M.. New perspectives in the laboratory diagnosis of dermatophytes / Onychomycosis to tinea capitis: diagnosis, long-term treatment outcomes, complications and prognostic factors. Satellite Symposium held on the occasion of the 10th Congress of the EADV, Munich, 2001, October 11. - P. 12
14. Haugh M., Helon S., Boissel J.-P., Cribier B. Terbinafine in fungal infections of the nails: a metaanalysis of randomized clinical trials / 10th Congress EADV, Munich, 2001, October 10-14. - P. 121.
15. Волкова Е.Н. Ламизил в лечении онихомикозов // Русский медицинский журнал. – 2001. – Т. 9, № 11(130). - С. 471-473.
16. Friedlander S.F., Sterlev M. et al. Relationship between terbinafine dose and complete cure rate in tinea capitis: Analysis of phase II randomized trials // 10th Congress EADV, Munich, 2001, October 10-14. - P. 221.