

УДК 616.5:616-002.828:616.596:616-08-031.84

**КОМПЛЕКС ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ МІКОЗІВ СТОП,
КИСТЕЙ І ОНІХОМІКОЗІВ**

Я.Ф.Кутасевич, В.В.Савенкова, І.О.П'ятикоп, І.А.Безрученко
ДУ „Інститут дерматології та венерології НАМН України”

Ключові слова: мікоз кистей, мікоз стоп, оніхомікоз, вторинна профілактика, емолієнти, протигрибкові препарати, судинні препарати, полівітамінні засоби.

Актуальність проблеми. Мікози стоп, кистей і оніхомікози є одними з основних інфекційних дерматозів, зумовлених дерматоміцетами, дріжджовими і плісневими грибами. Звертає на себе увагу, що в теперішній час спостерігається збільшення кількості цих хворих, питомої ваги пацієнтів з розповсюдженими тяжкими формами, що торпідні до традиційних методів терапії, збільшення кількості пацієнтів з рецидивами і випадками повторного зараження [4, 6, 10]. Зазначений негативний патоморфоз захворювань пов'язують із зниженням резистентності організму людини на тлі несприятливих факторів зовнішнього середовища, збільшення кількості пацієнтів із групи ризику, що активно відвідують місця, де можливе зараження цією інфекцією, а також із загальним старінням населення, що має вікові особливості шкірного покриву і множинну супутню патологію [1, 11]. Актуальними постають питання про недостатню ефективність традиційних методів терапії і профілактики, у тому числі вторинної. Відомі комплекси профілактики включають лише загальні рекомендації і спрямовані на боротьбу зі збудником захворювання і факторами його передачі. До них належить суспільна профілактика, що включає профогляди з метою більш раннього виявлення захворювання і початку лікування; знешкодження можливих шляхів поширення інфекції (душові, лазні, басейни, спортзали тощо), а також санітарно-просвітня робота і методи

особистої профілактики, що включають особисту гігієну й індивідуалізацію предметів особистого користування [8]. Однак на фоні зниження адаптаційних можливостей організму відзначають недостатню ефективність зазначених методів. Тому потребують визначення патогенетичні ланцюги, що впливають на рецидив захворювання або реінфекцію, розвиток, перебіг інфекційних дерматозів і на їх підставі актуальним є розробка нових лікувально-профілактичних заходів, що підвищують якість життя хворих і перешкоджають поширенню інфекції. Це і було метою нашого дослідження.

Матеріал і методи дослідження. Нами було досліджено 55 хворих, у яких спостерігався рецидив мікозу чи повторне ураження стоп, кистей та оніхомікозу чи без нього, що перебували в умовах стаціонару та поліклініки ДУ „Інститут дерматології та венерології АМН України”. З них: 21 чоловік і 34 жінки, у віці від 21 до 65 років. Середній вік становив $(39,4 \pm 2,8)$ року. Використовуючи шкалу для оцінки ступеня тяжкості мікозів і оніхомікозів, хворі були розподілені за ступенем на легкий, середній, тяжкий [2].

Пацієнти були поділені на дві терапевтичні групи, репрезентативні за статтю, віком і ступенем тяжкості. Хворі Іа групи (14 осіб), які рідко відвідували місця можливого ураження, на фоні загальних профілактичних рекомендацій (індивідуальний рушник, запобігання контакту шкіри з поверхнями в приміщеннях, де можуть поширюватися мікози і т.ін.), використовували комплекс вторинної профілактики із застосуванням реваліду залежно від ступеня тяжкості по 1-2 т. 3 рази на день протягом 1-2 місяців, мазь клотримазол одразу після

відвідування потенційно небезпечних для ураження мікозом місць, Бальзамед Інтенсив при легкому і середньому перебігу дерматозу 2 рази на добу протягом 1-3 місяців, Бальзамед Базаль при тяжкому перебігу дерматозу 2 рази на добу протягом 2-3 місяців. Хворим Іб групи (14 осіб), які часто відвідували місця можливого ураження мікозом, було призначено на фоні зазначених загальних профілактичних рекомендацій комплекс вторинної профілактики з використанням реваліду по 1-2 т. 3 рази на день протягом 1-2 місяців, плівкоутворюючий розчин Ламізил Уно 1 раз на 2 тижні, Бальзамед Інтенсив при легкому і середньому перебігу дерматозу 2 рази на добу протягом 1-3 місяців, Бальзамед Базаль при тяжкому перебігу дерматозу 2 рази на добу протягом 1-3 місяців. Особам із виявленою патологією судин призначали пентоксифілін у якості антиагрегантного, ангіопротекторного і засобу, що поліпшує мікроциркуляцію, по 1 таблетці 3 рази на день протягом 1-1,5 місяців або детралекс по 1 таблетці 2 рази на день протягом 1-2 місяців залежно від тяжкості перебігу захворювання.

Пацієнти ІІ терапевтичної групи (27 хворих) одержували лише загальні профілактичні рекомендації. Хворих досліджували через 1, 3 і 6 місяців протягом двох років, що характеризувало час, який необхідний для відростання ураженої частини нігтьової пластини, та дозволяло контролювати можливість рецидиву захворювання.

Групою контролю були 10 здорових осіб, репрезентативних за віком і статтю.

Клінічне дослідження хворих включало вивчення скарг, анамнестичних даних та даних об'єктивного огляду, при необхідності обстеження та консультації суміжних спеціалістів. Клініко-біохімічні дослідження крові та сечі проводилися за уніфікованими методами [3].

Для встановлення наявності грибкової інфекції у хворих проводили мікроскопічне дослідження, яке здійснювалося в такий спосіб: матеріал

обробляли 10–30% гідроксиду калію для розчинення кератину і вивчали під світловим мікроскопом. Щоб краще помітні були частини міцелію плісеневих грибів, інколи до розчину гідроксиду калію додавали чорнила. При мікроскопії виявляли ниткоподібні гіфи грибів чи клітини, що купкуються. Таким чином, мікроскопія надавала висновок тільки про грибкову природу інфекції, але не про вид гриба-збудника. В подальшому проводилося культуральне дослідження. Для виділення культури грибка проводився засів патологічного матеріалу на живильне середовище. Для вирощування дерматофітів використовували три живильні середовища: “оригінальне” середовище Сабуро, середовище Сабуро на дріжджовій воді, середовище Сабуро без глюкози (середовище для зберігання дерматофітів). Засіви розташовували в термостат при 30 °С и дивилися 2 рази на тиждень. Визначали культуру віком 7-14 днів, на підставі вивчення форми, характеру поверхні, кольору колоній та їхніх мікроскопічних особливостей [5].

Обчислювальна і статистична обробка отриманих результатів, а також їхня графічна інтерпретація виконана за допомогою стандартного пакета прикладних програм “Office Professional XP” фірми Microsoft Corporation на ПК типу “Pentium”. Обчислювали значення середньої арифметичної (M), середнього квадратичного відхилення (G), похибки визначення середньої арифметичної (m), за допомогою t-критерію Ст’юдента-Фішера визначали достовірність розходжень (p) порівнюваних групових середніх [7].

Результати дослідження. Треба відзначити, що давнина захворювання у дослідних хворих коливалася в межах від 4 місяців до 18 років і в більшості пацієнтів сягала в середньому ($4,5 \pm 0,4$) року. Нами встановлено, що у цих хворих спостерігалися наступні фактори впливу на рецидив захворювання (табл. 1). Найчастіше пацієнти відзначали наявність супутньої патології (87,3%). У 15 пацієнтів

нами відзначено реінфекцію захворювання. З цих хворих 5 пацієнтів з мікозом стоп та 3 хворих на мікоз і оніхомікоз активно відвідували басейни і сауни; 10 пацієнтів з мікозом стоп та 10 хворих на мікоз і оніхомікоз відмічали тісний контакт із хворими на мікози та оніхомікози. Спостерігалася пряма залежність рецидивів захворювання з розповсюдженістю оніхомікозу, пізньою зверненістю, тривалим перебігом. З анамнезу встановлено, що у 34% хворих із наявністю супутньої патології через 2-3 роки розвивався рецидив захворювання або реінфекція. У такому випадку перебіг хвороби був тривалим і мав ускладнення (екзематизація, приєднання вторинної інфекції). Привертає увагу факт, що строки лікування хворих з рецидивом захворювання збільшувалися, що призводило до збільшення витрат. Як відомо, 85% коштів у хворих на оніхомікоз витрачаються на придбання системних антимікотиків [9].

У ході дослідження нами виявлено, що у 81,8 % хворих на мікози стоп, кистей та оніхомікози спостерігається підвищена сухість шкіри, що є одним із сприятливих факторів виникнення мікозів. Не випадково частота мікозів стоп підвищується з віком і сягає значних величин у групі людей похилого віку, у яких розвивається інволюційний гіпогідроз. Суха, малоеластична шкіра схильна до утворення гіперкератотичних нашарувань, оmozолістей, появі тріщин, що призводить до порушення бар'єрної функції епідермісу. При сухості шкіри, що супроводжується гіпогідрозом, реакція шкіри внаслідок недостатнього потовиділення і надходження в шкіру жирних кислот стає лужною. Усе це сприяє розвитку дерматофітів. Крім цього, стовщення рогового шару епідермісу призводить до погіршення проникнення й обмеження впливу зовнішніх протигрибкових препаратів у хворих з уже наявним мікозом стоп.

На підставі проведених вазографічних досліджень нами виявлено

судинні порушення у 34,5 % дослідних хворих обох груп, що є фактором обтяження перебігу дерматозів. У цих хворих спостерігаються порушення кровообігу і живлення тканин, що в цілому призводить до зміни біохімізму кератину нігтів і шкіри, зниження місцевої температури, надлишкової кератинізації, зміни рН середовища. З іншого боку, вплив токсичних і алергізуючих продуктів життєдіяльності грибів погіршують судинні порушення у хворих на мікози [9].

Що стосується клінічних проявів мікозів стоп, то у хворих, які перебували під нашим спостереженням, були діагностовані наступні форми мікозів шкіри. Так, з 55 хворих на мікози стоп у 27 спостерігалася сквамозно-гіперкератотична форма - шкіра підошов суха, помірно-гіперемована, інфільтрована, відмічалася дрібнопластинчасте лущення, рисунок шкірних борозен був підкреслений, що підсилювалося мукоподібним лущенням по борозенках (рис. 1). У 19 хворих на мікоз стоп спостерігалася інтертригінозна форма мікозу, що характеризувалася гіперемією, незначною набряклістю шкіри склепіння стоп, на гіперемованому фоні відзначалися ерозії, покриті сіро-білою масою мацерованого епідермісу, ерозії характеризувалися чіткими границями, обкреслені ободком рогового шару епідермісу. У 9 хворих на мікоз стоп діагностовано дисгідротичну форму з утворенням в ділянці склепіння стоп пухирців із щільною покришкою, місцями ерозовані поверхні з мацерованим епідермісом по периферії.

Під нашим наглядом знаходилося усього 24 хворих на оніхомікоз. Нами було діагностовано чотири основні клінічні форми оніхомікозів залежно від місця впровадження збудника: дистально-латеральна – 11 (45,8%), проксимальна – 7 (29,2%), поверхнева – 4 (16,7%), тотальна – 2 (8,3%) (рис. 2). Кількість уражених нігтів у більшості хворих, які були під спостереженням, коливалася від 3 до 10, причому в більшій частині (13 пацієнтів – 54,2%) інфекція охоплювала 4-6 пальців.

Таблиця 1

Екзогенні та ендогенні фактори впливу на рецидив захворювання

Фактор впливу	Хворі на мікоз кистей і/або стоп	Хворі на мікоз і оніхомікоз
Супутня патологія:		
- патологія судин	9	10
- ожиріння	7	6
- цукровий діабет	8	4
- остеоартропатія стопи	5	5
- інша патологія	11	8
Хворі, що тривало отримують кортикостероїдну терапію	5	7
Носіння тісного взуття	13	18

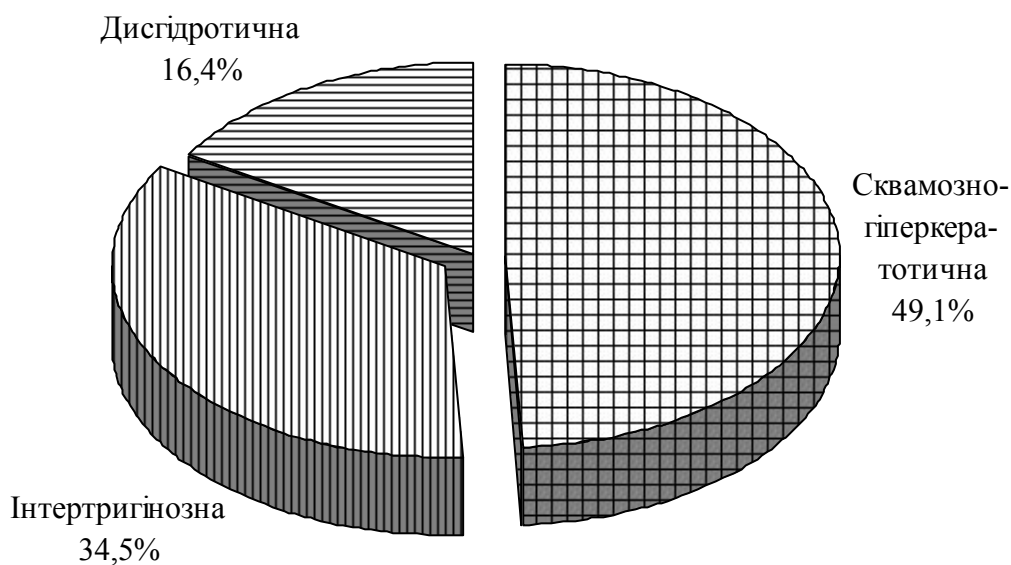


Рис. 1. Розподіл хворих за формою мікозу стоп.

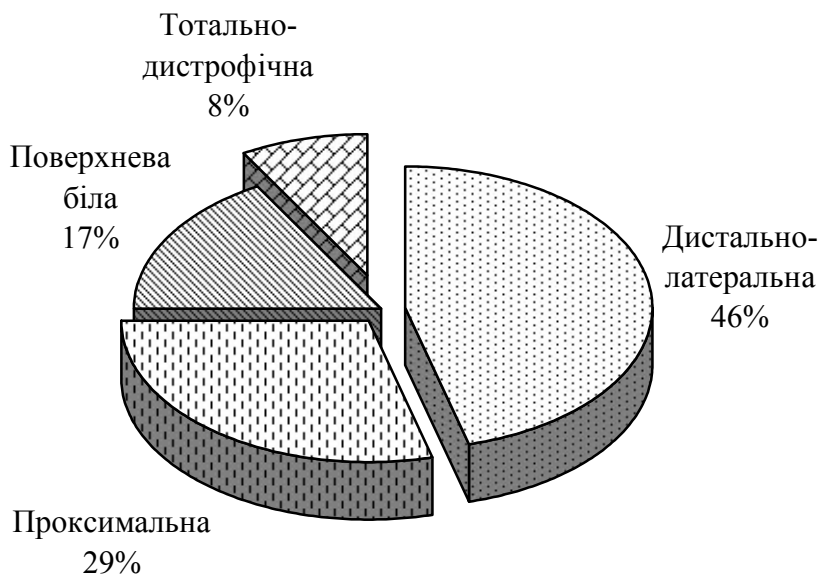


Рис. 2. Розподіл хворих за формою оніхомікозу.

Дистально-латеральна форма починалася зі з'явлення білуватих, жовтуватих або сірувато-жовтуватих плям і смуг у дистально-латеральній частині нігтя. З часом плями розповсюджувалися від вільного краю до кореня нігтя і на всю нігтьову пластинку. У хворих з великою давниною оніхомікозу дистально-латеральна форма перетворювалася на тотально-дистрофічну. Нігтьові пластинки в цих пацієнтів були брудно-сірого кольору, потовщені, з боку вільного краю частково або повністю зруйновані. Спостерігався значний піднігтьовий гіперкератоз, що в деяких хворих перетворювався у пароніхію.

У пацієнтів із поверхневою білою формою захворювання в переважній більшості випадків процес локалізувався на нігтьових пластинках стоп, де виникали білого кольору плями з чіткими межами, переважно у проксимальних відділах. Іноді ми спостерігали тотальне ураження нігтьової пластинки. У цих випадках конфігурація нігтя зберігалася, але відзначалося поверхневе руйнування пластинки над плямами. Поверхня нігтя була пухкою і легко зіскоблювалася у вигляді порошкоподібної маси.

У разі проксимальної форми оніхомікозу процес починався з проксимального відділу нігтьової складки. Проксимальну піднігтьову форму було діагностовано в усіх пацієнтів, які отримували попередню терапію оніхомікозу. У цьому разі нігтьові пластинки були брудно-жовтого кольору, легко кришилися як із боків, так і з вільного краю. У декількох хворих гіперкератоз призвів до виникнення оніхогрифозу.

Піднігтьові зміни реєструвалися лише у хворих на дистально-латеральну та тотально-дистрофічну форму оніхомікозу. Кожна з форм оніхомікозів з часом може призвести до ураження всіх відділів нігтя, руйнування нігтьових пластин і втрати функції нігтя. Тобто призвести до тотально-дистрофічної форми.

На підставі спостереження за

пацієнтами обох груп було встановлено, що у хворих Іа і Іб групи, які отримували зазначений комплекс профілактичних заходів, через 1 місяць спостерігалася значне зменшення симптомів сухості шкіри, спостерігалася нормалізація термінів зростання нігтьової пластини (на 1-2 мм). У всіх хворих мікологічними дослідженнями констатовано відсутність грибів. Через 3 місяці симптомів сухості шкіри не спостерігалася. Виділені нігтьові пластини зросли на 4-5 мм. Мікологічні дослідження також були негативними в усіх досліджуваних пацієнтів. Через 6 місяців спостереження симптоми сухості шкіри були відсутні. Майже повністю відновилися структура нігтьових пластин ІІ-ІV пальців. При мікологічному дослідженні гриби не виявлені. Через 1 рік спостереження рецидив захворювання спостерігався у одного хворого (7,1%) Іа і одного хворого Іб групи (7,1%). Ці пацієнти при огляді скаржилися на появу лущення, незначну гіперемію. При клініко-лабораторному дослідженні було встановлено діагноз мікоз стоп. Хворим було призначено місцеву антифунгальну терапію: ламізил 2 рази на день, повторна обробка взуття дезрозчинами. Слід зазначити, що у одного з цих хворих спостерігалася гіпохромна анемія на фоні тривалого прийому нестероїдних протизапальних засобів з приводу деформуючого артрозу колінних суглобів, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, а у другого хворого – ураження судин нижніх кінцівок у вигляді облітеруючого ендартеріїту. Хворим було рекомендовано дослідження і лікування у фахівців відповідного профілю з приводу супутньої патології.

У хворих ІІ групи через 1 місяць спостерігалася лущення, шкіра була сухою, зростання нігтьових пластин не спостерігалася. При цьому при мікологічному дослідженні в усіх пацієнтів констатована елімінація грибів. Однак через 3 місяці на фоні посилення симптомів сухості шкіри у 4 хворих (14,8%) з'явилися тріщини в ділянці

міжпальцевих проміжків стоп. У цих пацієнтів при мікологічному дослідженні були виявлені гриби. Їм була призначена місцева антифунгальна терапія. Через 6 місяців рецидиви захворювання виявлені ще у двох хворих (7,4%). Через 1 рік ще у одного хворого (3,7%) був виявлений рецидив грибкового ураження шкіри. Отже, за один рік спостереження рецидив хвороби спостерігався у 7 хворих (25,9%).

Проведення клініко-лабораторних спостережень дозволило нам сформулювати комплекс вторинної профілактики мікозів стоп, кистей і оніхомікозів, що включає:

- особам, що проліковані з приводу мікозу стоп, оніхомікозу та належать до груп ризику (відвідувачам басейнів, лазень, спортзалів, тим, що контактують із хворими на мікози стоп, оніхомікози), використання зовнішніх антифунгальних засобів із різними термінами дії (клотримазол, ламізіл уно);
- особам з підвищеною сухістю шкіри стоп і тим, хто отримав лікування з приводу мікозу стоп, застосування зволожуючих засобів (бальзамед інтенсив, бальзамед базаль та ін.);
- застосування засобів, що поліпшують структуру нігтьових пластин (ревалід та ін.);
- особам із супутньою патологією, особливо периферичних судин, прийом

судинних препаратів (трентал, детралекс).

Висновок

1. Розроблено комплекс вторинної профілактики мікозів кистей, стоп у поєднанні з оніхомікозом чи без нього, що включає лікування патогенетично значущої супутньої патології і використання вітамінного, мікроелементного засобу, протигрибкових препаратів з різними термінами терапевтичної дії та зволожуючих бальзамів і кремів. Використання цього комплексу дозволяє зменшити кількість рецидивів до 7,1 %, що у 2,6 разу менше, ніж у групі порівняння.
2. Розроблений комплекс дозволяє скоротити частоту рецидивів мікозів стоп і оніхомікозів, сприяє більш активному росту видалених нігтьових пластин, дозволяє зменшити ризик розвитку грибкових захворювань стоп і нігтів у найбільш уразливого контингенту населення.
3. Розроблений комплекс дозволяє попереджати ризик розвитку оніхомікозів у хворих з мікозами стоп і кистей, запобігає появі тяжких розповсюджених форм грибкової інфекції і може бути рекомендований до використання у практичній охороні здоров'я.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Болотная Л.А. Профилактика грибковых заболеваний стоп кремом «Кетодин» / Л.А.Болотная // Мистецтво лікування. – 2009. – № 7 (63). – С. 60–61.
2. Зіміна Т.В. Комплексні методи лікування хворих на ускладнені форми мікозів шкіри та оніхомікози з використанням нових вітчизняних препаратів зовнішньої терапії (клініко-експериментальне дослідження) / Т.В.Зіміна: Дис. ... канд. мед. наук: 14.01.20. – Харків, 2001. – 134 с.
3. Камышников В.С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям и лабораторной диагностике. – 2-е изд., перераб. и доп. / В.С. Камышников. – М.: Медпресс-информ, 2004. – 920 с.
4. Крибьер Б.Ж. Долговременная эффективность противогрибковых препаратов при лечении онихомикоза стоп: критический обзор / Б.Ж.Крибьер, К.Поль // Дерматология та венерология. – 2002. – № 3 (17). – С. 11–17/
5. Культуральна діагностика дерматомікозів: Метод. рек. / Уклад.: І.І. Мавров та ін. – К.: Т-во „Знання” України, 2004. – 21 с.

6. Кутасевич Я.Ф. Микозы стоп / Я.Ф.Кутасевич // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2007. – № 2 (7). – С. 23–28.
7. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием EXCEL / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич.– К.: Морион, 2000.– 320 с.
8. Мавров И.И. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии: Пособие для врачей, интернов и студентов / И.И. Мавров, Л.А.Болотная, И.М.Сербина. – Х.: Факт, 2007. – 792 с.
9. Рукавишникова В.М. Микозы стоп. – М. : Эликс Ком, 2003. – 332 с.
10. Сергеев В.Ю. Дерматофитии: новое в диагностике, терапии и профилактике наиболее распространенных микозов человека / В.Ю.Сергеев, А.Ю.Сергеев // Дерматология. – 2008. – № 1. – С. 43–49.
11. Усовершенствование методов комплексной терапии микозов стоп / С.А.Бондарь, И.Н.Ляшенко, С.К.Псюк и др. // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2010. – № 3 (38). – С. 179–180.

КОМПЛЕКС ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МИКОЗОВ СТОП, КИСТЕЙ И ОНИХОМИКОЗОВ

Я.Ф.Кутасевич, В.В.Савенкова, И.А.Пятикоп, И.А.Безрученко

На основании проведенных исследований определены патогенетические механизмы развития рецидивов заболевания и повторного заражения микозом стоп, кистей и онихомикозом. Разработан комплексный метод вторичной профилактики, включающей увлажняющие средства, препараты с разным сроком антифунгального действия, которые назначались в зависимости от частоты посещений пациентами мест с высоким риском инфицирования грибками; при тяжелом распространенном процессе, грибковом поражении ногтей и при нарушении периферического кровообращения дополнительно назначались препараты для улучшения роста ногтевых пластин и сосудостроительные средства. Использование разработанного метода позволяет уменьшить количество рецидивов до 7,1 %, что в 2,6 раза меньше, чем в группе сравнения.

THE COMPLEX OF SECONDARY PREVENTION OF FOOT, HANDS MYCOSES AND ONYCHOMYCOSIS

Y.F.Kutasevich, V.V.Savenkova, I.O.Pyatikop, I.A.Bezruchenko

On the basis of these studies identified pathogenetic mechanisms of relapses and reinfection of foot, hands mycoses and onychomycosis. A complex method of secondary prevention, including moisturizers, drugs with different term antifungal action which are prescribed depending on the frequency of patient visits to places of high risk of infection by fungi, with the spread of severe, fungal nail infections and the breach of peripheral blood was added to the drugs to improve growth of nail plates and vasostrengthening drugs. Using the proposed method can reduce the number of relapses to 7,1%, which is 2.6 times less than in the comparison group.