

УДК 616.5-002.828

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ МИКОЗОВ СТОП**М.Б. Усубалиев**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра семейной медицины до дипломного образования
и кафедра дерматовенерологии, г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: meikin78@mail.ru

Резюме. В статье даны результаты лечения микозов стоп, осложненных пиодермией. В основной группе больных применено комбинированное лечение, системный противогрибковый препарат флуконазол и для местной терапии крем скинзолин и кетоконазол. При этом отмечено более быстрое разрешение клинических проявлений микозов стоп по сравнению с группой сравнения.

Ключевые слова: микоз стоп, пиодермия, кетоконазол, скинзолин, лечение.

**КАБЫЛДАП КЕТКЕН БУТ КЕТМЕНИНИН
МИКОЗУН ДАРЫЛОО****М.Б. Усубалиев**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Дипломго чейинки үй-бүлөөлүк медицинаны окутуу кафедрасы жана
дерматовенерология кафедрасы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада пиодермия менен кабылдап кеткен бут кетменинин микозун дарылоонун натыйжалары берилген. Бейтаптардын негизги тобунда курама дарылоо колдонулган, системдик грибокко каршы флуконазол дарысы, ал эми жергиликтүү дарылоо үчүн скинзолин жана кетоконазол кремдери колдонулган. Ошону менен бирге, бут кетменинин микоздорунун клиникалык көрүнүштөрү салыштырмалуу топко караганда тезирээк кеткен.

Негизги сөздөр: бут кетменинин микозу, пиодермия, кетоконазол, скинзолин, дарылоо.

TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF FOOT MYCOSES

M.B. Usubaliev

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Family Medicine before undergraduate education and
Department of Dermatovenerology, Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The article presents the results of the treatment of foot mycosis with complicated pyoderma. In the main group of patients, combined treatment, a systemic antifungal drug fluconazole, and skinzolin and ketoconazole cream for local therapy were used. At the same time, a faster resolution of the clinical manifestations of foot mycoses was noted compared with the comparison group.

Key words: foot mycosis, pyoderma, ketoconazole, skinzoline, treatment.

Введение. Микоз стоп, широко и повсеместно распространенное заболевание и занимают одно из ведущих мест среди грибковых заболеваний, поражая разные возрастные группы [1, 2].

Микозы стоп оказывают негативное воздействие на качество жизни и общее состояние здоровья больных, поражая наиболее трудоспособное население, и делают эту проблему не только медицинской, но и социально-экономической. По данным различных авторов, клиника микозов стоп претерпевает в настоящее время определенные изменения – отмечается тенденция к быстрой хронизации и распространенности процесса, присоединяются различные осложнения [3, 4, 5].

На первый взгляд, лечение ограниченных микозов кожи не представляет сложности при имеющемся разнообразии современных антифунгальных препаратов для наружного применения. Однако, в ряде случаев, противогрибковые препараты для наружного применения не только не оказывают

необходимого эффекта, но и способствуют обострению воспалительного процесса, которое проявляется усилением зуда, гиперемией, экссудацией и появлением везикуляции и мокнутия. Отсюда возникает практическая необходимость настойчивых поисков и апробации лекарственных препаратов, обладающих широким спектром биологической активности [6,7].

Цель исследования: оценка эффективности комбинированного лечения микозов стоп, осложненной пиодермией.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 86 больных микозом стоп осложненной пиодермией. Возраст больных составил от 21 до 72 лет.

Пациенты были разделены на 2 группы: основная, состоящая из 46 человек, где применялось изучаемое терапевтическое вмешательство, и группа сравнения из 40 человек.

В основной группе местное лечение проводили дважды в сутки кремом скинзолин (кетоконазол/неомицин/кло-

бетазол) в течение 7 суток с последующим использованием 2% крема кетоконазол в течение 2 недель. В группе сравнения – традиционное лечение (10% серно-салициловая и клотримазоловая мази после снятия островоспалительных явлений) в течение 3-4 недель.

Критерии излеченности: отсутствие клинических проявлений и отрицательные результаты микроскопических и культуральных исследований на грибы.

До начала и сразу после окончания наблюдения были проведены следующие лабораторные исследования крови и мочи: общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимический анализ крови: билирубин общий, билирубин прямой, билирубин непрямой; тимоловая проба; аспаратаминотрансфераза (АСТ), аланинаминотрансфераза (АЛТ).

Лабораторное обследование включало в себя два компонента: микроскопию и культуральное исследование биологического материала больного после предварительной обработки 70% этиловым спиртом для удаления возможных остатков крема и мазей. Материал забирал на границе здоровой и пораженной кожи. Мелкие чешуйки и покрышки везикул собирали пинцетом в виде соскоба скальпелем.

Результаты и обсуждение. При культуральном исследовании рост грибов на среде Сабуро с циклогексимидом и хлорамфениколом отмечено у 71 (82,5%) пациента. Основными возбудителями микозов стоп являлись дерматомицеты. Они обнаруживались в 79,2% случаев: *Trichophyton rubrum* (65,6%) и *Trichophyton interdigitale* (13,6%). *Candida albicans* выделен у 8,4 % боль-

ных, плесневые грибы (*Aspergillus alternate* и *Penicillium chrysogenum*) у 3,4% больных. При этом грибковые ассоциации в виде дерматомицетов и *C. albicans* отмечено у 7,8% обследованных.

Сроки обращаемости к врачу-дерматовенерологу составили от 3 дней болезни до 18 лет. Наиболее часто в качестве места, где могло произойти заражение, называли бани, сауны, бассейны – 45 больных (46,9%), 16 пациентов (18,6%) в качестве источника заражения отметили членов семьи, остальные пациенты не смогли установить источник инфекции (34,5%).

Наиболее часто у больных микозами стоп, осложненных пиодермией, была констатирована дисгидротическая форма – 42 пациентов (48,9%), интертригинозная форма – у 21 (24,4%). Сочетание интертригинозной и дисгидротической форм встретились у 13 (15,1%), сквамозно-гиперкератотической с интертригинозной или дисгидротической формой микоза стоп – у 10 (11,6%) больных.

Системную антимикотическую терапию в обеих группах проводили препаратом флуконазол 100 мг по 1 капсуле 1 раз в день в течение 2 недель. В основной группе местное лечение при интертригинозной и дисгидротической формах или их сочетании проводили путем ножных ванночек с раствором перманганата калия 1:6000 2 раза в день, наложением примочек с раствором резорцина в течение 2-3 суток. После снятия отека и мокнутия на очаги поражения наносили крем скин-золин 2 раза в день в течение 7 суток,

после чего наносили 2% крем кетоконазол в течение 2 недель.

В группе сравнения больные в качестве местного лечения после ванночек и примочек с резорцином, участки поражения смазывались 10% серно-салициловую мазью дважды в день в течение 2 недель, с последующим нанесением на очаги поражения мази клотримазол также в течение 2 недель.

В ходе лечения положительная динамика, наблюдавшаяся у пациентов, как в основной группе, так и в группе сравнения, выражалась в уменьшении клинических проявлений. Исчезновение зуда и жжения кожи стоп в основной группе происходило в среднем на $5,3 \pm 0,6$ день, что на $2,9 \pm 0,1$ дней быстрее ($p < 0,01$), чем в группе сравнения – на $8,2 \pm 0,7$ сутки. Регресс эритемы в основной группе происходил в среднем на $8,5 \pm 1,6$ день, что на $3,2 \pm 0,5$ дней раньше, чем в группе сравнения. Эрозии у больных в основной группе эпителизировались в среднем к $8,1 \pm 2,3$ дню лечения, в группе сравнения – к $12,7 \pm 1,4$. Глубокие трещины кожи подошв и боковых поверхностей стоп исчезали в среднем на $10,2 \pm 1,5$ день в основной группе и на $14,6 \pm 1,8$ день в группе сравнения. Все вышеизложенные различия средних величин были статистически достоверны ($p < 0,05$), что говорит о большей эффективности лечения у больных в основной группе.

Патологических изменений в общеклинических анализах крови и мочи в обеих группах больных выявлено не было ни до, ни после лечения. Гепатотоксичности при применении предложенной методики в комплексном лечении микозов стоп, осложненной пиодермией не наблюдалось.

Побочных эффектов в процессе лечения не отмечено. Рецидивов микоза стоп при диспансерном наблюдении за больными в течение 6 месяцев не наблюдались.

Таким образом, достоинство предложенной нами схемы состоит в том, что применение комбинированного крема скинзолин с последующим применением 2% крема кетоконазол дает отчетливый противовоспалительный, антимикотический и антибактериальный эффект, достоверно превышавший таковой у 10% серно-салициловой мази и клотримазола. Благодаря этому действию достигался достоверно более быстрый регресс местных островоспалительных явлений при применении препарата скинзолин совместно с системным антимикотиком. Сроки этиологического и клинического излечения сокращаются соответственно на $3,2 \pm 0,6$ и $4,7 \pm 0,5$ дней. Это позволяет рекомендовать его в местном комплексном лечении микозов стоп осложненной пиодермией в практике врача-дерматовенеролога.

Литература

1. Соколова Т.В. Эпидемиология микозов стоп (Обзор литературы) [Текст] / Т.В. Соколова, Т.А. Малярчук // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2015. – Т. 14, № 1. – С. 70-74.
2. Позднякова О.Н. Современные особенности эпидемиологии зооантропофильных дерматомикозов, микозов стоп и кистей, онихомикозов в г. Новосибирске [Текст] / О.Н. Позднякова, Д.В. Чебыкин, С.Г. Бычков // *Journal of Siberian Medical Sciences*. – 2019. – №2. – С. 71-78.
3. К вопросу профилактики грибковых заболеваний кожи [Текст] / [Р.С. Фассахов, И.М. Хисматулина, Л.Е. Никитина и др.] // Вестник последипломного медицинского образования. – 2007. – №2. – С. 37-38.
4. Файзуллина Е.В. Эффективность терапии онихомикоза Ирунином (по результатам многоцентрового исследования 2010 и 2011 гг.) [Текст] / Е.В. Файзуллина, Л.В. Силина, В.А. Файзуллин // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – № 2. – С. 64-71.
5. Хисматуллина И.М. Микоз стоп: рациональная терапия [Текст] : дис. ... канд. мед. наук / И.М. Хисматуллина. – М., 2009. – 119 с.
6. Усубалиев М.Б. Этиологические и клинические особенности микозов стоп и онихомикозов у больных сахарным диабетом 2 типа [Текст] / М.Б. Усубалиев, П.Л. Итикеева // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2014. – № 2. – С. 89-92.
7. Valihanov U.A. Dynamics and structure of dermatomycoses [Text] / U.A. Valihanov, S.A. Hamidov, M.K. Baltabaev // *JEADV*. – 2004. – Vol.18, N 1. – P. 102-103.