

## Раздел 13

# МИКОЗЫ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК

### МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Анكيرская А. С.

Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН,  
117997, Москва, ул. Опарина, д. 4

Вагинальный кандидоз (ВК) — самая частая причина обращения к врачу-гинекологу. За последние 30 лет частота выделения дрожжевых грибов из влагалища у женщин репродуктивного возраста увеличилась, по нашим данным, с 3–4% до 15–17%. В настоящее время в различных группах риска, особенно во время беременности, частота эпизодов ВК достигает 20–35%, доля 1–2 место с бактериальным вагинозом. К эпидемиологическим особенностям современного ВК следует отнести устойчивую тенденцию к росту хронических рецидивирующих форм. Меняется также этиологическая структура ВК: абсолютное доминирование вида *Candida albicans*, достигавшее 98%, сменилось нарастанием этиологической роли видов не-*albicans*, частота выделения которых, по нашим данным, составляет 16–20%. Можно полагать, что регистрируемая заболеваемость не отражает истинного распространения этой патологии, возбудители которой являются представителями оппортунистической группы микроорганизмов и могут быть в составе нормально-микробиоценоза кишечника и влагалища. В определенных условиях, при снижении иммунокомпетентности грибы становятся или причиной моноинфекции (ВК), или в ассоциации с другими условно-патогенными микроорганизмами вызывают развитие дисбиотических процессов влагалища в первую очередь бактериального вагиноза. При ВК у беременных необходимо учитывать возможность вертикальной передачи инфекции, и хотя генерализованные формы кандидоза у плода встречаются редко, интранатальное заражение отмечается в 70–80% случаев.

К настоящему времени получены убедительные доказательства преимущественно эндогенного источника инфицирования влагалища, в то время как половой путь заражения встречается скорее как исключение. Патогенез ВК остается мало изученным, особенно механизмы развития рецидивов. Показана способность *C. albicans* проникать в глубокие слои вагинального эпителия, сохраняя жизнеспособность. С этим связывают возможность активации инфекции в условиях сочетания ряда факторов, снижающих сопротивляемость организма-хозяина. Уровень половых гормо-

нов, состав микроценоза влагалища, состояние местного иммунитета — взаимовлияние этих компонентов, определяющих колонизационную резистентность влагалища, в настоящее время остаются не раскрытыми. Возможность изучения системы антиинфекционной защиты влагалища появилась только в самое последнее время. Методические сложности связаны с тем, что урогенитальный тракт — единственная в макроорганизме система, в которой отсутствует лимфоидная ткань. Пока установлено, что расстройства иммунитета при ВК носят преимущественно местный характер. Отмечается связь ВК с атопическими состояниями и повышением уровня IgE вагинальной жидкости. Нарушение соотношений реакций Th1 и Th2 профилей, по-видимому, определяют различные варианты течения ВК.

Диагностика ВК в современных условиях должна быть клинико-микробиологической. Микроскопия вагинального отделяемого, хотя и отличается высокой корреляцией с клиническими проявлениями ВК, не может считаться достаточной. Только культуральное исследование позволяет провести видовую идентификацию гриба, определить степень обсемененности очага инфекции, выявить состояние бессимптомного носительства. Эти микробиологические показатели течения инфекционного процесса важно учитывать при выборе тактики этиотропного лечения, которая должна включать и способ введения препарата — системно или местно, учитывая преимущества и недостатки их в каждом конкретном случае. Что касается проблемы неудач лечения, то в настоящее время она редко связана с развитием резистентности у грибов. Наши исследования показали, что более 95% штаммов *C. albicans*, выделенных при ВК, являются чувствительными к имидазолам и триазолам. Остальные имеют промежуточный тип устойчивости к итраконазолу и/или миконазолу. Не было выявлено штаммов *C. albicans* устойчивых к флуконазолу. Среди видов не-*albicans* в основном преобладали дозависимые варианты резистентности, которые могут быть преодолены с помощью увеличения курсовой дозы антимикотика.

## СВЕДЕНИЯ О КЕРАТИНОФИЛЬНЫХ ГРИБАХ АРМЕНИИ

**Бадалян С. М., Мушака Ж., Геворкян С. А.**

Ереванский государственный университет, кафедра ботаники  
Армения, 375025, Ереван, ул. А. Манукяна, д. 1,

Национальный Музей Истории Природы, лаборатория криптогамии  
Франция, 75005, Париж, ул. Бьюффона, д. 12

До настоящего времени в Армении не проводились систематические исследования кератинофильных грибов (КГ). Между тем работы в этом направлении представляют не только научный, но и большой практический интерес, так как КГ в качестве источника питания используют специфический белок кожи, волос и ногтей — кератин и являются потенциальными возбудителями микозов у человека и животных. Однако среди них основными патогенами являются около 40 видов дерматофитов из близких родов *Microsporum*, *Trichophyton* и *Epidermophyton*.

На основании первичного субстрата КГ подразделяются на три группы: антропогенные, зоофильные и геофильные (почвенные). В данном сообщении приводятся первые сведения о геофильных КГ Армении, выделенных методом приманок из 8 типов почв (солончаки, бурая, каштановая, альпийско-луговая, каштаново-бурая, чернозем, горно-луговая, лесная). В чистую культуру были выделены 148 штаммов и 11 видов, относящихся к 5 родам (*Stenomyces*, *Chrysosporium*, *Myceliophthora*, *Microsporum*, *Trichophyton*). Из идентифицированных микромицетов 10 видов (*Chrysosporium*

*keratinophilum*, *Ch. xerophilum*, *Chrysosporium* анаморфа *Arthroderma cuniculi*, *Myceliophthora vellerea*, *Myceliophthora Stenomyces serratus*, *Microsporum gypseum*, *M. cookei*, *Trichophyton ajelloi*, *T. terrestre*, *Trichophyton sp.*) относились к митоспоровым грибам (Mitosporic fungi или Deuteromycetes), а 1 вид — *Stenomyces serratus* — сумчатым (Ascomycetes).

КГ обнаружены были во всех исследованных почвенных образцах. Причем, наблюдалась зависимость видового разнообразия грибов от типа почв. Наиболее богатым видовым составом отличились альпийско-луговая (4 рода, 6 видов), бурая (5 рода, 5 вида) и каштановая (3 рода, 5 вида) почвы. Только 1 вид *C. keratinophilum* был отмечен в солончаках и каштаново-бурой почве. По частоте встречаемости наиболее распространенными в почвах Армении были виды *T. ajelloi* (43 штаммов) и *Ch. keratinophilum* (19 штаммов), выделенных соответственно в пяти и четырех типах почв. Виды *M. gypseum* (25 штамма) и *T. terrestre* (17 штаммов) обнаружены были в трех типах почв. Среди выделенных КГ два вида — *M. gypseum* и *Ch. keratinophilum* являются патогенными.

## О ЧАСТОТЕ МИКОЗОВ У БОЛЬНЫХ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

**Бахметьев А. А.**

Воронежская государственная медицинская академия имени Н. Н. Бурденко  
Воронеж

У 53 больных ограниченной склеродермией проведено клиническое, бактериоскопическое и бактериологическое обследование на патогенные и условно-патогенные грибы. Среди больных были 31 женщина и 22 мужчин. В возрасте от 18 до 33 лет было 9 человек, от 31 до 40 — 10, от 41 до 50 — 12, от 51 до 60 — 20, старше 60 — 2. Обнаружены грибковые поражения кожи у 24-х больных (45,4%), в том числе микоз стоп у 18 больных (75%). По этиологическому признаку микоз стоп, вызванный интердигитальным трихофитом, был у 2-х больных (8,3%). У 16 больных (66,7%) поражение кожи межпальцевых складок и подошв было вызвано красным трихофитом. У 6 человек (25%) поражение кожи было кандидозным. Микоз стоп протекал в интертригинозной, сквамозно-гиперкератотической форме, в виде муковидного шелушения. У 8

больных (33,3%) имелось поражение и ногтей пластинок. У наблюдаемых больных наблюдались гипогидроз, сосудистые нарушения, эндокринная и соматическая отягощенность. В лечении больных нами использована системная терапия (тербинафин/«ламизил») и наружная терапия. По нашим данным повышенной восприимчивости к микозам у больных склеродермией способствуют нарушение кровоснабжения и питания тканей, сухость кожи, иммунологический дефицит. Обнаруженное число грибковых поражений указывает на необходимость микологического обследования больных склеродермией. Частота ассоциации с грибковыми поражениями должна учитываться при лечении больных склеродермией, сенсбилизации, лекарственной непереносимости.

## МИКОТИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ В ГИНЕКОЛОГИИ

**Бажина Л. В., Бажин Ю. А.**

МЦ «Здоровье семьи»

Калининград

Воспалительные заболевания женской половой сферы носят социальный характер, поскольку влия-

ют как на скорость воспроизведения человеческой популяции, так и на его качество. К сожалению, увлек-

шись диагностикой и лечением заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП), врачи, занимающиеся репродуктивным здоровьем, выпустили из поля своего внимания иные патогены, по-прежнему способных не менее коварно разрушать это самое репродуктивное здоровье. Среди них, как нам кажется, возбудители микотических заболеваний.

Целью настоящего исследования являлось выявление микотического компонента, сопровождающего и влияющего на клинику гинекологических заболеваний. В обследовании приняли участие 14 женщин репродуктивного возраста страдающих различными воспалительными заболеваниями репродуктивной системы. Для этого содержимое цервикального канала и влагалища после соответствующей процедуры консервации подвергалось исследованию методом газовой хроматографии — масс-спектрометрии путем определения жирных кислотных кислот (ЖКК) микроорганизмов.

Полученные результаты исследования показали, что нокардиоформные актиномицеты были представлены четырьмя разновидностями, при этом *N. Asteroides* присутствовала у шестерых женщин, и у трех из них это имело клиническое значение. Остальные разновидности идентифицировать не удалось. Из них два вида обнаруживались у шестерых женщин в повышенном количестве.

Из микроорганизмов рода *Rhodococcus* у трех человек был выявлен *Rhodococcus equi* и у трех типовой представитель этого рода — *Rhodococcus rhodochrous*.

Актинопланы были представлены родом *Micromonospora*, превышающим нормальное количество у 9 из 11 женщин.

Стрептомицеты оказались представлены родом *Streptomyces* и были выявлены у всех женщин, а у пятерых из них в клинически значимых количествах.

Мадуромицеты были представлены двумя разновидностями вида *Actinomadura*, один из которых был

выявлен у 10 женщин, из них у семерых в повышенном количестве, второй, еще не идентифицированный определялся у пятерых женщин. Этот, последний вид актиномадуры, являясь еще неизвестным науке, у двоих женщин, увеличен до пределов, способных иметь клиническое значение.

Нам показался интересным факт многократного превышения *Bifidobacterium* у двух женщин, на фоне их значительного снижения или полного отсутствия у остальных.

У девяти женщин было обнаружено повышенное содержание туберкулостеариновой кислоты — маркера ЖКК *Mycobacterium tuberculosis*, что потребовало консультации фтизиогинеколога.

*Propionibacterium* были обнаружены в повышенном содержании у 11 женщин.

Представитель актиномицетов рода *Pseudonocardia*, в повышенном до клинического интереса количестве, был обнаружен у трех женщин.

Не идентифицированные разновидности актиномицетов были обнаружены у всех, при этом у двух женщин их количество могло определять клиническую картину гинекологического заболевания.

Грибы рода *Aspergillus* были выявлены у двух женщин и у обеих в количествах, превышающих норму.

*Candida albicans* были выявлены у всех женщин, а у 10 в количествах, требующих лечения.

Не идентифицированные грибы двух видов были обнаружены у четырех женщин, при этом у одной женщины обе разновидности могли иметь клиническое значение.

Таким образом, нами показано, что определенную роль в формировании репродуктивных потерь в гинекологии играет микотический компонент, где не последнее место занимают лучистые грибки — актиномицеты.

## ТРУДНОСТИ РАСПОЗНАВАНИЯ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИОФИТИИ

**Быстрицкая Т. Ф., Гребенюк В. Н., Степанова Ж. В., Мокроусов М. С., Метлинова Е. В., Степченкова Т. И.**

*Кожно-венерологический клинический диспансер № 8  
Москва*

В последнее время зооантропонозная трихофития встречается несколько чаще и представляет определенные трудности при диагностике.

За последние 3 года в КВКД № 8 наблюдали 10 случаев заболевания детей этой формой микоза. Больные (4 мальчика и 6 девочек) были в возрасте от 5 до 12 лет. Они поступили в Городской лечебно-консультативный центр с различными диагнозами: микроспория (4), стрептодермия (2), красная волчанка (1), себорейная (1) или микробная экзема (1), кольцевидная эритема (1).

Длительность заболевания была в пределах от 2 до 8,5 месяцев, чаще составляла 5–6 месяцев. Анамнестически установлены контакты с различными животными, которые явились источниками заболевания — с белыми мышами, хомячками, кошками, телятами.

Процесс на коже характеризовался розово-красноватой эритемой (размеры очагов от 0,8 до 3,5 см) с нежным периферическим валиком и мелкими узелками. Очертания, отечность и инфильтрация пораженной кожи вначале были выраженными. На фоне местной кортикостероидной терапии высыпания или исчезали, или регрессировали частично. Они отличались сухостью, шелушением, слабой гиперемией и размытыми границами. Но с прекращением лечения воспалительные явления нарастали, размеры очагов поражения медленно увеличивались, появлялись высыпания на новых местах. Располагалась сыпь чаще на открытых участках тела: на лице, шее, груди, руках и ногах.

В 3 случаях лечение проводилось родителями самостоятельно (различными гормональными и другими мазями и кремами). Еще 5 больных по назначе-

нию врачей наружно применяли противогрибковые средства (тербинафин/«ламизил», клотримазол, «тридерм» и др.).

При микроскопическом обнаружении мицелия из очагов поражения и даже при его отсутствии, учитывая удлиненный инкубационный период (1-2 мес.), названные особенности клинических проявлений больных направляли в микологическую лабораторию ЦНИКВИ МЗ России на бактериологическое обследование. Возбудителями грибковых поражений являлись зоофильные грибы *Trichophyton mentagrophytes* var.

*gypseum* и *T. verrucosum*.

Хороший терапевтический эффект достигнут применением гризеофульвина и наружных противогрибковых средств, в частности, 1% крема бифоназола («микоспор»), крема с циклопироксоломином («батрафен»).

Избегать диагностических ошибок помогает микологическое (микроскопическое и бактериологическое) обследование в случаях упорного течения кожного процесса, подозрительного на грибковую инфекцию, анамнестические данные.

### ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА ПРИ МЕДИЦИНСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ ДЕКРЕТИРОВАННОГО КОНТИНГЕНТА

*Богущ П. Г., Лапина Т. П., Каухова О. Я., Абдуразакова Р. Р., Татишвили Е. М.*

*Кожно-венерологический клинический диспансер №1  
117071, Москва, Ленинский проспект, д. 17*

Урогенитальный кандидоз (УГК) в последние десятилетия является одним из наиболее распространенных микозов и ИППП. Отмечается рост стертых и атипических форм УГК, что побуждает к использованию возможных резервов активного выявления данной инфекции. Значимость подобного выявления возрастает в связи с тем, что обнаружение УГК служит серьезным, а часто первым сигналом наличия различной природы и степени иммунодефицита макроорганизма.

Резервом для активного выявления УГК могут являться профилактические медицинские осмотры декретированного контингента, где наряду с обязательным бактериоскопическим исследованием на гонорею и трихомониоз параллельно обнаруживаются возбудители УГК.

Нами в отделении медицинских осмотров обследовано бактериоскопически 26890 женщин. Забор ма-

териала проводился из цервикального канала и уретры. УГК обнаружен у 859 человек, т. е. у 3,1% обследованных. На 1000 обследованных УГК выявлен у работников ДДУ — 86,7 случая, общепита и торговли продуктами — 30,6; пищевой промышленности — 24,2; медицинских работников — 3,4; у остальных профессий — 19,2.

В 76% случаев (у 20436 обследуемых) на момент обследования отсутствовали какие-либо клинические проявления УГК. У 24% (6453) присутствовали различной степени клинические проявления в виде гиперемии, отечности слизистых наружных половых органов, хлопьевидных творожистых выделений.

Таким образом, выявление при медицинском обследовании урогенитального кандидоза позволяет рекомендовать пациентам обследование иммунного статуса и адекватную терапию.

### ТЕХНОЛОГИЯ ОРГАНИЗАЦИИ БОРЬБЫ С МИКРОСПОРИЕЙ В Г. МОСКВЕ

*Бондарев И. М., Пономарев Б. А.*

*Отдел по организации борьбы с венерическими заболеваниями  
и ЗППП Комитета здравоохранения г. Москвы.  
117071, г. Москва, Ленинский проспект, д. 17.*

Темп снижения заболеваемости микроспорией (М) москвичей уменьшился с 4,5% в год (1990-1999 гг) до 1,5% в 2000 году, что свидетельствует об уменьшении результативности использования ресурсов, выделяемых для организации борьбы с М.

Финансовая оценка не использованных в 2000 году ресурсов (по одному из критериев) составляет 607905 рублей. На эти средства можно было предупредить заболевание М у 1196 москвичей.

Именно поэтому ОргМетодОтдел по дерматовенерологии (ОБВЗ и ЗППП) Комитета здравоохранения г. Москвы (КМЗ) разработал современную технологию (учение о мастерстве) организа-

ции борьбы с М, существо которой состоит в разработке доказательных количественных рекомендаций, получаемых на основании корреляционного, регрессионного и других видов анализа данных об эффективности деятельности кожно-венерологических диспансеров (КВД). Это позволяет выявить наиболее существенные факторы, оказывающие доказательное влияние на эпидемиологическую ситуацию по М в г. Москве.

Реализация количественных управляющих рекомендаций ОБВЗ и ЗППП КЗМ обеспечила увеличение темпов снижения заболеваемости М москвичей в 6,22 раза по сравнению с 2000 г., а заболе-

ваемость М в 2001 г. составила 38,46 на 100 тыс. москвичей ( в 2000 г. – 47,8), что показывает перс-

пективность применения современной технологии организации борьбы с М в г. Москве.

## ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТА «ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ»

*Бучинский О. И., Мокина Е. В., Сергеев А. Ю., Сергеев Ю. В.*

*Национальная академия микологии  
117218, Москва, Б. Черемушкинская ул., д. 34*

В настоящем сообщении мы представляем данные, полученные на основании анализа результатов первой волны первой массовой кампании по выявлению и лечению больных онихомикозом – проекта «Горячая линия», прошедшего с апреля по декабрь 2001 г.

Основные эпидемиологические характеристики онихомикоза были получены при изучении анкет обращений пациентов к операторам «Горячей линии» с 09. 04. 2001 г. по 23. 08. 2001 г. Всего было изучено 57 291 анкет, из которых 41 766 были внесены в единую базу данных и далее анализированы. Из них расширенной статистической обработке подвергнуто 25 459 (случайная выборка). Среди них онихомикоз диагностирован у 24564 (96,5%), негрибковая патология ногтей – у 0,8%.

При изучении демографических характеристик данной группы было установлено, что в ней преобладали женщины с частотой 67,5% (мужчин было соответственно 32,5%). При изучении соотношения пол/возраст было установлено, что средний возраст обратившихся женщин составил 52,08 года, а мужчин – 48,49 лет. В обеих группах снижение обращаемости отмечается после 55 лет. На 50-летний возраст приходится наибольшая обращаемость, а до этого возраста обращаемость постоянно повышается.

Общая частота предъявления жалоб на микоз стоп у опрошенных не превысила 15% (14,8%). При изучении частоты жалоб на микоз стоп достоверно низкая обращаемость с жалобами на микоз стоп отмечалась как у женщин (14%), так и мужчин (16%). Частота обнаружения имевшегося ранее диагноза онихомикоза возрастала с переходом в более старшую возрастную группу. Встречаемость жалоб на микоз стоп снижалась, но незначительно.

При изучении влияния возраста на назначавшееся

ранее лечение выявлено, что средний возраст у не получавших лечение составил 49,84 года, а у получавших – 51,81. Нами было проанализировано также соответствие назначавшегося лечения и поставленного ранее диагноза онихомикоза. Из 13875 пациентов, которым были назначены те или иные антимикотики или принимавших какие-либо препараты самостоятельно, имело диагноз онихомикоза 8914 (64,2%). Остальные 4961 (35,8%) лечились самостоятельно.

Среди обратившихся, которым раньше назначалось лечение от микоза стоп или онихомикоза, проигнорировало лечение или не соблюдало его 8730 (34,4%). Из них только 7,8% имело ранее поставленный диагноз онихомикоза, остальные 92,2% (8072) должны были лечиться от микоза стоп. Среди мужчин не лечившихся или не соблюдавших схему лечения было 35,7%, женщин – 33,7%. Разница оказалась достоверной в тесте Фишера при  $p = 0,002$ .

Таким образом, нами получен современный портрет больного, обращающегося по поводу онихомикоза. Значительное преобладание женщин в числе больных расходится с современными данными о большей распространенности заболевания у мужчин. Это свидетельствует о проблеме «скрытого пациента», не обращающегося к врачу, но имеющего заболевание. По нашему мнению, к категории «скрытых пациентов» чаще относятся мужчины в связи с менее выраженным влиянием болезни на качество жизни. Кроме того, пациенты-мужчины реже начинали лечиться и реже соблюдали схему лечения. Выявленное распределение по возрасту совпадает с современным возрастным распределением заболеваемости. В то же время, лица старше 50–55 лет, имеющие онихомикоз, обращаются к врачу реже.

## МИКОЗЫ СТОП У БОЛЬНЫХ «КЛАССИЧЕСКОЙ» САРКОМОЙ КАПОШИ

*Чистякова И. А., Новикова Н. В.*

*ГУ Центральный научно-исследовательский  
кожно-венерологический институт МЗ РФ  
107076 г. Москва, ул. Короленко, д. 3*

В течение 30 лет наблюдали более 300 больных «классической» саркомой Капоши с кожными и слизисто-кожными проявлениями, у которых антитела к ВИЧ не обнаруживались. Преобладали мужчины пожилого и среднего возраста, в анамнезе которых нередко имелись ранения, отморожения, травмы, рожистое воспаление нижних конечностей с исходом в

лимфостаз. Эти изменения, способствующие нарушениям кровообращения, а также возраст больных, предшествующая цитостатическая терапия, комплекс иммунных нарушений со снижением гуморального и клеточного звеньев создавали условия для внедрения грибковой инфекции.

Микроскопические исследования, проведенные в

1989 и 1995 гг., показали, что микотическое поражение кожи и ногтей стоп наблюдалось у 40-56,5% пациентов (Н. И. Горшкова, И. А. Какезай). У 40 больных, лечившихся в последние 2,5 года, грибковая инфекция кожи и ногтей определялась в 27 случаях (66,6%). Из них поражение стоп было у 21 человека (77,7%), кистей — у 6 человек (22,2%), сочетанное поражение кистей и стоп у 4 человек (14,8%). Клинические проявления были характерны для рубромикоза.

Применяли системные антимикотики (тербинафин, итраконазол), средства, улучшающие кровообра-

щение нижних конечностей, а также иммуномодулирующий препарат «Имунофан».

«Имунофан» стимулирует продукцию гормона тимуса — тимulina, корригирует антиоксидантный и иммунный статус пациентов. «Имунофан» применяли ежедневно в течение 10 дней по 1 мл. 0,005% раствора в/в. При необходимости курсы повторяли с интервалом в 2–3 мес. Комплексное лечение предусматривает также ношение ортопедической обуви при наличии деформации стоп, дезинфекционных мероприятий.

## МИКОЗЫ СТОП У БОЛЬНЫХ ЛЕПРОЙ

**Дегтярев О. В., Рассказов Н. И.**

Астраханская государственная медицинская академия.  
414056, г. Астрахань, ул. Максаковой, д. 6

Известно, что грибковая инфекция значительно чаще развивается у иммунокомпроментированных пациентов. В определенной степени в эту группу можно отнести и больных лепрой, у которых имеются глубокие нарушения иммунной системы.

Под нашим наблюдением в стационаре НИИ по изучению лепры находилось 79 больных с микозами стоп, подтвержденных культуральными исследованиями. При культуральном исследовании патологического материала (кожные и ногтевые чешуйки) был выделен в 27 случаев *T. mentagrophytes var. interdigitale*, 20 — *T. rubrum*, 42 — дрожжеподобные грибы рода *Candida*, плесневые грибы из родов *Alternaria*, *Aspergillus*, *Fusarium*, *Scopulariopsis*. Средний возраст больных составил от 60–75 лет.

Поражение микотическим процессом стоп протекало в основном сквамозно-гиперкератотической фор-

ме, реже «стёртой» эритематозно-сквамозной. Наши наблюдения показали, что микоз стоп на фоне выраженного иммунодефицита, у больных лепрой в зрелом возрасте протекает на фоне выраженного гиперкератоза, склонностью к вялотекущим, стёртым формам в основном у больных страдающими периферическими невритами нижних конечностей. Следует отметить, что развитие очагов грибковых поражений проходило чаще на тех конечностях, где сильнее всего были выражены и трофические расстройства.

Таким образом, при нарушении функций нервной системы влекущий за собой изменение трофики ткани, приводит к более благоприятным условиям для развития грибковых заболеваний стоп. Особенностью поражения является их вялое течение, без выраженных реактивных состояний, в виде миконительства.

## ПОЛИОКСИДОНИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КАНДИДОЗА ГЕНИТАЛИЙ

**Дегтярев О. В., Рассказов Н. И.**

Астраханская государственная медицинская академия.  
414056, г. Астрахань, ул. Максаковой, д. 6

В последние годы отмечается значительный рост заболеваний, обусловленных дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Генитальный кандидоз, относится к числу инфекций, развивающихся на фоне иммуносупрессии макроорганизма. Поэтому, наряду с противогрибковыми препаратами при лечении больных данной категории, целесообразно применение методов иммунокоррекции. С этой целью в качестве иммуностимулирующего препарата мы использовали полиоксидоний. Комплексному клинико-лабораторному обследованию было подвергнуто 140 женщин больных урогенитальным кандидозом. У всех больных была кандидозная моноинфекция. В качестве возбудителя у 50% больных выделены *C. albicans*, у 14,2% — *C. tropicalis*, 10,7% — *C. krusei*, 14,2% — *C. pseudotropicalis*, 7,1% — *C. glabrata* и у 3,5% — *C. guilliermondii*. При изучении неспецифических фак-

торов защиты у больных урогенитальным кандидозом до лечения полиоксидонием статистически достоверным было снижение фагоцитарной активности нейтрофилов ( $58,4 \pm 3,0\%$  против  $8,7 \pm 6,9$  у здоровых людей ( $p < 0,05$ ), а также значительное увеличение уровня ЦИК  $98,6 \pm 6,2$  единиц оптической плотности. Отмечается также значительное снижение средних показателей числа спонтанных розеткообразующих нейтрофилов как в относительных, так и в абсолютных цифрах. Мы обнаружили статистически достоверные ( $p < 0,05$ ) снижение активности НСТ — теста —  $1,72 \pm 0,04\%$  против  $2,2 \pm 0,12\%$  в контроле, особенно у лиц с рецидивирующим урогенитальным кандидозом. Отмечено достоверные изменения показателей гуморального иммунитета (IgA, IgM). К концу лечения больных хроническим рецидивирующим урогенитальным кандидозом препаратом полиоксидоний

отмечена нормализация иммунного статуса таким образом в результате проведенной терапии констатирован отчетливый терапевтический эффект использования полиоксидония в комплексной терапии урогени-

тального кандидоза наряду с традиционно назначаемыми противогрибковыми препаратами. Отмечено выраженные стимулирующие действия его на показатели фагоцитоза при иммунологическом мониторинге.

### РОЛЬ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ В ДЕПИГМЕНТАЦИИ КОЖИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ PITYROSPORUM

Де Люка К., Деев А. И.

Дерматологический институт Ордена Непорочной Девы Марии  
Российский Государственный Медицинский Университет  
117869, Москва, ул. Островитянова, д. 1

Одним из проявлений отрубевидного лишая (*pityriasis versicolor*), вызываемого *Pityrosporum orbiculare*, является депигментация пораженных участков кожи (псевдолейкодерма). Исследование кожи, пораженной *P. orbiculare*, обнаруживает значительное повреждение меланоцитов, которое выражается как в наличии поврежденных меланосом и митохондрий в этих клетках, так и полной дегенерации клеток. Известно, что *P. orbiculare* способен окислять *in vitro* ненасыщенные жирные кислоты, образуя при этом дикарбоновые кислоты, являющиеся ингибиторами тирозиназы. Однако количество этих производных слишком мало, для того чтобы вызвать заметную депигментацию кожи. Обнаружение в культуре *P. orbiculare* методом газовой хроматографии гидроперекисей указывает на наличие липопероксидазной активности гриба. Липоксигеназа *P. orbiculare* стереоспецифически атакует С-11 атом линолевой кислоты на первом этапе окисления, образуя радикал I, который быстро изомеризуется в промежуточный радикал II, формирующий в присутствии кислорода перокси-радикал и, соответственно, гидроперекись на С-9

атоме линолевой кислоты. Под воздействием следов металлов переменной валентности происходит разветвление цепей в реакциях перекисного окисления липидов, вызывающее структурно-функциональные повреждения в мембранах клеток. Кроме того, источником токсичных для меланоцитов радикалов может быть активация образования пероксисом в клетках гриба. Методом электронной микроскопии было отмечено заметное возрастание числа пероксисом в клетках *P. orbiculare* при его выращивании на среде с линолевой кислотой, имеющей две ненасыщенные связи. Увеличение числа пероксисом не наблюдалось при выращивании *P. orbiculare* в средах с мононенасыщенными или насыщенными жирными кислотами. При неполном разрушении каталазой перекиси водорода, продуцируемой пероксисомами, она может в присутствии металлов переменной валентности ( $Fe^{2+}$ ) вступать в реакцию Фентона, образуя наиболее опасный и токсичный гидроксильный радикал, атакующий самые различные компоненты клетки и, тем самым вызывающий повреждение меланоцитов кожи.

### НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У ЖЕНЩИН

Дубенский В. В.

ГУ Тверская медицинская академия  
Тверь

Проблемы, связанные с лечением и профилактикой урогенитальных кандидозов, обусловлены широкой распространенностью и частыми рецидивами заболевания.

**Цель исследования:** изучение распространенности и причин возникновения кандидозов урогенитальной сферы у женщин с ВЗОМТ инфекционной этиологии.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 186 женщин, страдающих ВЗОМТ, в том числе 41 больная ранее получала повторные курсы антибиотиков. Проведены клинико-инструментальные и лабораторные исследования.

**Результаты и обсуждение.** У женщин с ВЗОМТ

диагностированы уретриты, вульвиты, кольпиты, эндоцервициты, хронические сальпингоофориты. В 92,4% выявлены урогенитальные инфекции, в том числе сочетание двух и более микробных агентов (81,1%).

Урогенитальные кандидозы в виде уретрита, вульвовагиниты и кольпиты, установлены у 28 больных, ранее получавших антибиотики и у 64 при сочетанных инфекциях и ВЗОМТ.

В лечении с успехом использовали сочетание системных и местных антимикотиков, а для профилактики (при назначении антибиотиков) — топические антимикотики в форме вагинальных суппозиторий и таблеток.

**Выводы.** Кандидозы урогенитальной сферы могут развиваться вследствие приема антибиотиков или как проявления иммуносупрессии и нарушений биоценоза

при сочетанных урогенитальных инфекциях. В лечении используются системные и топические, а для профилактики – местные антимикотики.

### CANDIDA SPP. И LACTOBACILLUS SPP. КАК ПРЕДСТАВИТЕЛИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА

**Ермоленко Е. И., Зарх Г. А., Дмитриева Е. Н.  
Геффен Г. Е., Ермоленко Д. К.**

Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова  
Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6/8

Лактобациллы и грибы рода *Candida* – являются представителями нормальной микрофлоры влагалища у женщин. Известно, что увеличение количества *Candida spp.* и наоборот уменьшение количества *Lactobacillus spp.* в указанной экологической нише могут способствовать возникновению инфекционного патологического процесса. Проблема взаимодействия *Candida spp.* и *Lactobacillus spp.*, чрезвычайно актуальна, однако изучена недостаточно.

Целью настоящего исследования явилось выявление частоты встречаемости и количественного соотношения грибов рода *Candida* и лактобацилл при исследовании микробиоценоза влагалища у женщин с хроническим кольпитом.

Микроскопическим и культуральными методами исследованы пробы, содержащие отделяемое из влагалища 118 женщин детородного возраста (18-45 лет) с хроническим кольпитом вне обострения (по клинической картине). *Candida spp.* выделены в 17,8% случаев. При этом диагноз «кандидозный кольпит» (на основании обнаружения псевдомиецелия и увеличения количества КОЕ грибов более чем  $10^3$  на 1 мл материала) был установлен у 9,4 % женщин. Лактобациллы выявлены в 51,7% проб в количестве от  $10$  до  $10^6$  КОЕ на 1 мл отделяемого из влагалища. В подавляющем большинстве случаев

количество *Lactobacillus spp.* составляло  $10^3$ - $10^6$  КОЕ на 1 мл материала, что соответствовало величинам, позволяющим оценить микробиоценоз влагалища как нормальный. У большинства пациенток (65,6%) лактобациллы из влагалища были выделены без грибов. В ряде случаев (19,7%) грибы рода *Candida* выявлялись при низком содержании *Lactobacillus spp.* Благодаря проведенному корреляционному анализу установлена обратная зависимость между наличием, а также количеством лактобацилл, и частотой выявления грибов в исследуемой экологической нише. Исключение составляли *Candida spp.*, обнаруженные в 9 пробах (14,8%), содержащих *Lactobacillus spp.* в нормальном количестве. Обращало на себя внимание, что у 5 женщин при этом был диагностирован кандидозный кольпит.

Таким образом, показано, что обнаружение большого количества лактобацилл во влагалище является благоприятным прогностическим признаком, не позволяющим тем не менее, исключить возможность возникновения кандидозного кольпита. При одномоментном выявлении лактобацилл и грибов рода *Candida spp.* однозначно оценить состояние микробиоценоза влагалища сложно, так как антагонистическая активность *Lactobacillus spp.* по отношению к грибам рода *Candida* не всегда одинакова.

### АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗА

**Файзуллина Е. В.**

Казанский государственный медицинский университет  
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49

Целью исследования явилось разработать методику индивидуального прогноза лечения больных с онихомикозами. Выявлены факторы, влияющие на эффективность лечения больных с грибковой патологией ногтей. Под наблюдением находилось 785 больных, составивших исследовательскую выборку, на основании которой были вычислены прогностические коэффициенты успешности лечения, и контрольную (163 человека), на основании которой были проверены соответствия исходов лечения ожидаемым результатам. Методика положена в основу программы для персонального компьютера, облегчающей трудоемкий процесс прогнозирования.

Программа выполнена средствами языка Visual Basic 5. 0 как 32-битное приложение для операционных систем Windows 95/98/ME/NT/2000. Установка программы производится стандартным образом с двух дискет запуском файла setup. exe.

При запуске программы открывается диалоговое окно, содержащее списки признаков и ряд управляющих кнопок. Программа имеет интуитивно понятный интерфейс, каждый элемент снабжен контекстной справкой, поясняющей его назначение при наведении курсора. При прогнозировании необходимо для каждого признака указать его значение, выбрав соответствующую строку из ниспадающих списков.



После нажатия кнопки “Результат прогноза” появляется панель с результатом экспертной диагностической оценки в виде сообщения “вероятность положительного результата от 5 до 20%” или “от 80 до 95%” и т. д. (если часть признаков случайно осталась не указанной, панель результата не появляется и подается предупреждающий звуковой сигнал). При нажатии кнопки “Следующий прогноз” диалоговое окно очищается и можно продолжить про-

гнозирование со следующим пациентом.

Итак, с помощью разработанной компьютерной программы возможно осуществить скрининг-методом оценку эффективности результатов лечения у больного с ониомикозом. Врач-дерматолог, выбирая препарат для пациента, может осуществить прогноз результатов лечения с определенной долей вероятности, напрасно не обнадёживая больного и не вводя его в лишние материальные расходы.

---

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ

**Федотов В. П.**

*Днепропетровская государственная медицинская академия*

*Украина, г. Днепропетровск, ул. Байкальская, д. 9-а, кафедра дерматовенерологии*

Крупномасштабный проект «Ахиллес», проведенный в Украине фирмой «Янсен-Силаг», позволил выявить 30% больных микозами стоп, из них 47% – ониомикозом. Это позволило привлечь внимание общественности, государства и медицинских работников к этой проблеме. Следует учесть, что к дерматомикозам относятся трихофития, фавус, микроспория, плесневые микозы, также вызывающие поражение ногтей. Повышенный интерес к этой группе заболеваний обусловлен дерматомицетами связан со значительной частотой регистрации, наличием диссеминированных и осложненных форм, отсутствием современных методов диагностики, НИР по вопросам микологии. Для внедрения гриба в кожу имеет значение как патогенность и вирулентность возбудителя, так и состояние макроорганизма, что особенно важно для

условно патогенных (дрожжеподобные и плесневые грибы). Диагностика дерматомикозов включает как традиционные лабораторные тесты, так и новые (люминисцентные и ПЦР). Особого подхода в диагностике требуют плесневые ониомикозы, поскольку грибы широко распространены в природе и рост их почти закономерен при любых микологических исследованиях. Лечение дерматомикозов не подлежит дискуссии, поскольку они способствуют развитию осложнений, аллергических реакций. Лечение следует проводить комплексно с использованием системных антимикотиков (итраконазол, тербинафин, флуконазол), патогенетических препаратов, а также наружных средств. Представлены материалы по эффективности комплексной терапии больных ониомикозом и микроспорией с использованием системных антимикотиков и наружных средств.

---

## ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ МАЛАССЕЗИОЗА КОЖИ У ЖИТЕЛЕЙ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА УКРАИНЫ

**Федотов В. П., Горбунов В. В.**

*Днепропетровская государственная медицинская академия*

*Украина, г. Днепропетровск, ул. Байкальская, д. 9-а, кафедра дерматовенерологии*

Таксономическая ревизия рода *Malassezia*, проведенная в 1996 г., делает необходимым пересмотр ряда данных относительно экологии и патогенности для человека этих липофильных дрожжеподобных грибов. Было обследовано 124 человека в возрасте от двух недель до 84 лет, имевших проявления таких наиболее распространенных клинических форм малассезиоза кожи как: чешуйчатые (разноцветный лишай, простой педириаз волосистой части головы новорожденных (гнейс) и взрослых (перхоть), кероз (Дарье), простой распространенный и ограниченный педириаз кожи туловища и конечностей); воспалительные (себорейный дерматит кожи головы, туловища и конечностей детей и взрослых); фолликулярные (фолликулярный экзематид Дарье, негнойный фолликулит кожи туловища и конечностей взрослых и детей, комедо-

ны). Диагноз устанавливался при наличии у больных типичной клинической картины дерматоза; выявлении псевдомицелиальной или дрожжеподобной форм гриба в окрашенных метиленовой синью или чернилами препаратах с идентификацией рода в посевах на среду Сабуро под слой оливкового масла или среду Диксона; при наличии достаточно большого (не менее  $8 \times 10^5$  на см. кв.) числа КОЕ в количественных посевах (в контроле у здоровых –  $5 \times 10^5$  КОЕ на см. кв.). Для изучения состояния иммунитета в развитии малассезиоза кожи больным было проведено комплексное иммунологическое обследование. Статистический (корреляционный и дисперсионный) анализ полученных данных достоверно показал наличие возрастных и половых особенностей распространения и сочетания отдельных

клинических форм малассезиоза кожи; наличие взаимосвязи степени и характера выявленных иммунологических нарушений, вида клинических про-

явлений и степени распространения отдельных клинических форм малассезиоза кожи у исследованных больных.

### АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ЛЕЧЕНИЯ МИКРОСПОРИИ У ДЕТЕЙ

**Федотов В. П., Каденко О. А., Лукина О. Е.**

*Днепропетровская государственная медицинская академия*

*Украина, г. Днепропетровск, ул. Байкальская, д. 9-а, кафедра дерматовенерологии*

При изучении заболеваемости зооантропонозной микроспорией в различных областях Украины установлено циклические временные изменения ее уровня, зависящие от геофизических особенностей региона. Интервалы между максимальными подъемами заболеваемости составляет 4 и 9 лет. Количество случаев среди городских жителей, заболевших микозом, в 12 раз выше, чем среди жителей села, которые чаще болеют микроспорией волосистой части головы и сочетанными формами микоза. У городских жителей регистрируется микоз гладкой кожи. Наиболее часто болеют мальчики (57,3%), у которых преобладает поражение волосистой части головы. Причиной развития микоза в 75,1% случаев установлен контакт с бродячими кошками. Дети больные микроспорией страдали сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечно-

го тракта, а у 68% нами установлены нарушения кислотообразующей функции желудка и у 75% – всасывательной способности тонкого кишечника. Поэтому в комплексную терапию больных детей, наряду с системными антимикотиками, мы рекомендуем включать фитокислородный напиток, молочно-эмульсионную смесь, «лиобил», «мезим-форте», «лактобактерин». В связи с нарушением иммунного статуса у детей мы назначали нуклеинат натрия, метилурацил, «апилак», «сапарал». При противопоказаниях приема системных антимикотиков мы проводим только наружную терапию с использованием разработанных нами 5% мезетизоловой мази или 1% нитроксолинового крема, что позволило добиться клинико-микологического выздоровления у 85% наблюдаемых больных микроспорией.

### ДРОЖЖЕПОДОБНЫЕ ГРИБЫ РОДА CANDIDA В ГИНЕКОЛОГИИ И ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ПРОТИВОГРИБКОВЫМ ПРЕПАРАТАМ

**Фокин Ю. А., Евдоченко И. И., Комарова Г. Т.,**

**Порубова Е. В., Смотрица Г. П.**

*Городская больница № 4*

*г. Красноярск, ул. Кутузова, д. 71*

По данным литературы неспецифическим воспалительным заболеваниям половых органов женщин в 100% случаев предшествуют нарушения микробиоценоза влагалища. У 15% больных гинекологических стационаров наблюдается кандидозный кольпит.

В бактериологической лаборатории нашей больницы выполняются исследования отделяемого половых органов гинекологических больных. За период 1998-2001гг. из 9159 анализов с диагностически значимым ростом в 19,7% были обнаружены дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Причем в 65,5% случаев они были

выделены в монокультуре.

Среди выделенных грибов преобладал вид *C. albicans* (99,1%). Значительно реже обнаруживались *C. krusei* и *C. tropicalis*.

По данным нашей лаборатории высеваемость грибов рода *Candida* у беременных в 2,6 раза выше, чем у не беременных.

У 1788 выделенных штаммов *C. albicans* была определена чувствительность к некоторым противогрибковым препаратам. Данный вид был чувствителен к клотримазолу в 89,3%, амфотерицину В – в 85,1%, нистатину – в 76,5%.

### СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ИХТИОЗОМ И МИКОЗОМ СТОП

**Фризин В. В., Кужлин В. Т., Батыршина С. В.,**

**Федоренко М. П., Куклина З. В.**

*Казанская государственная медицинская академия*

*Казань, 420012, ул. Муштаря, д. 11*

Мы изучали состояние клеточного и гуморального иммунитета у больных с наличием микотической ин-

фекции, протекающей на фоне основного заболевания – ихтиоза (1-я группа – 20 больных), имеющих

ихтиоз (2-я группа – 28 пациентов), а также у пациентов, страдающих микозом стоп (3-я группа – 23 больных). В качестве контроля была группа практически здоровых лиц.

Динамика изменения лейкоцитов у пациентов свидетельствует о том, что суммарное абсолютное их количество было повышенным в 1-й группе пациентов, сниженным во 3-й и в границах нормальных значений оно оставалось у пациентов 2-й группы.

Достоверное повышение абсолютных и относительных значений уровня В-лимфоцитов отмечено у пациентов, страдающих ихтиозом, тогда как у пациентов, имеющих микотическую инфекцию, оно практически не отличалось от нормы. У пациентов 1-й группы уровень В- лимфоцитов был умеренно повышенным по сравнению с нормой. Относительно 2-й и 3-й групп его значения были средними между умеренным снижением в 3-й и достоверно повышенным во 2-й группе пациентов.

Наиболее значимым снижением уровня IgA в сыворотке крови в сравнении с контролем было у пациентов, страдающих ихтиозом (3-я группа). Снижение IgA в периферической крови косвенно может свидетельствовать о том, что происходит увеличение его секреторного компонента, обеспечивающего местную резистентность тканей, которая более выражена у пациентов, страдающих ихтиозом. Также имелось снижение и IgM. Однако в большей степени оно характерно для пациентов 1-й группы, что свидетельствует о давнем внедрении инфекции и о хроническом течении микотического процесса, учитывая, что продукция Ig класса M является ранней реакцией в иммунном ответе и учитывается при более длительном течении инфекционного процесса.

Таким образом, функциональная активность В-системы иммунитета была различной для каждой из групп, но имелась общая тенденция ее снижения.

Оценку клеточного звена иммунитета проводили в результате анализа данных, полученных при подсчете общего числа лимфоцитов, абсолютного и относительного количества зрелых Т-лимфоцитов, определении CD3+, CD4+, CD8+ лимфоцитов и подсчете иммунорегуляторного индекса (CD4+/CD8+).

Изменения значений лимфоцитов отмечались во всех группах в сравнении с контролем. Достоверно сниженным как относительное, так и абсолютное их значение было четко отмечено у пациенток, страдающих микотической инфекцией (3-я группа). Умеренно сниженные значения установлены в 1-й группе, а умеренно повышенные в 2-й группе.

Суммарное значение CD3+ лимфоцитов во всех группах регистрировались как сниженное в сравнении с нормой. Наиболее значимым, достоверным снижением отмечено у пациентов 3-й группы. В этой же группе абсолютное значение CD4+ лимфоцитов было в 2 раза ниже контрольных. Достоверно ниже контрольных определялись и относительные значения. При этом супрессивное влияние за увеличение CD8+ лимфоцитов было более выраженным в группе больных, имеющих микотическую инфекцию. Сниженным было и соотношение CD4+/CD8+.

В значительно меньшей степени в сравнении с 3-й группой Т-супрессорное влияние возбудителя отмечено в 1-й группе.

Таким образом, отклонения показателей, характеризующих Т- и В-системы иммунитета обнаруживаются в каждой группе. Наибольшие изменения отмечены у больных, имеющих микотическую инфекцию.

---

## РОЛЬ ДРОЖЖЕПОДОБНЫХ ЛИПОФИЛЬНЫХ ГРИБОВ РОДА *MALASSEZIA* В ФОРМИРОВАНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ (УГРЕЙ) У БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЕЙ И РОЗАЦЕА

**Горбунов В. В., Джигриль Васим А., Лукьяненко А. И.**

*Днепропетровская государственная медицинская академия*

*Украина, г. Днепропетровск, ул. Байкальская, д. 9-а, кафедра дерматовенерологии*

Морфологическая изменчивость дрожжеподобных липофильных грибов рода *Malassezia* в течении ряда лет затрудняла определение их роли в патогенезе ряда дерматозов человека. Нами было проведено исследование роли грибов рода *Malassezia* в формировании патологических проявлений (угрей) у больных себореей и розацеа. Было обследовано 28 больных себореей, у 12 из которых имелись проявления розацеа. Микологическое исследование проводилось с учетом клинической картины и морфологических проявлений заболевания. Микроскопически в окрашенных метиленовой синькой или чернилами Papkeг чешуйках кожи и соскобах эпидермиса с мест поражения было выявлено большое количество дрожжеподобных клеток гриба. Идентификация рода была проведена при помощи посевов на среду Сабуро под слой оливкового

масла или среду Dixon agar с инкубацией при 37 градусах Цельсия в течении 6 дней. В количественных посевах у больных было выявлено повышение до  $9 \cdot 10^5$  числа КОЕ на см. кв. кожи в очагах поражения, что почти в 2 раза превышало показатели у здоровых лиц группы контроля. Гистологическое исследование показало также значительную обсемененность дрожжеподобными грибами верхних утолщенных и разрыхленных слоев эпидермиса и, особенно, устьев фолликулов сальных желез у исследуемых больных. Выявление повышенной обсемененности грибами рода *Malassezia* кожи больных себореей и розацеа в местах поражений, на наш взгляд может свидетельствовать об определенной роли этих дрожжеподобных грибов в формировании патологических проявлений этих дерматозов, что требует дальнейших углубленных исследований.

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ АНАЛИЗ ГРИБКОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

*Гребенников В. А., Петров С. С.*

*Ростовский Государственный Медицинский Университет  
г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, д. 29*

*Областной кожно-венерологический диспансер  
г. Ростов-на-Дону, ул. Баумана, д. 70*

Оценены особенности клиники и течения осложняющего атопический дерматит (АД) микоза, а также его влияние на АД. При этом проанализированы истории болезни 97 пациентов с АД и сопутствующими ему грибковыми поражениями кожи и слизистых оболочек (мужского пола – 45 и женского пола – 52). Диагноз микоза у больных устанавливали на основании характерных клинических проявлений, а также микроскопического выявления в чешуйках соскобов мицелия либо почкующихся дрожжевых клеток. Возраст пациентов составил от 2-3 нед. до 3 лет у 76 (78%) детей, от 3 лет до 12 – у 18 (19%) больных и от 12 до 18 лет – у 3 (3%) человек. Давность АД варьировала от 2 нед. до 18 лет. Клинические проявления АД среди пациентов до года наблюдались в виде отечной эритемы, везикулизации, красного цвета островоспалительных эрозий. В более старшем возрасте экссудативный компонент высыпаний уменьшался и определялись пруригинозные, узелковые зудящие элементы. У большинства больных АД, осложненным микозом, диагностировалась экссудативная клиническая форма дерматоза (78%), значительно реже – эритематосквамозная (18%) и лихеноидная (4%). Микоз, осложняющий АД, клинически в младенческой группе (от 2 мес. до 3 лет – у 76 пациентов) проявлялся преимущественно кандидозом слизистой оболочки полости рта: наблюдались гиперемия, отек; слизистая оболочка щек, языка, губ, десен была покрыта белесоватым, легко снимающимся налетом. Кроме того, у ряда больных диагностировались кандидозные заеды с щелевидными трещинами, окруженными белесоватой каемкой набухшего, мацерированного рогового слоя и обрывками эпителия по периферии. При кандидозном

поражении ладоней у детей наблюдали гиперемию и отек, напряженные, красного цвета, поверхности. Иным вариантом дрожжевого поражения у детей анализируемой группы был кандидоз околоногтевых валиков (паронихии) с гиперемией, выраженным отеком, иногда каплей гнойно-экссудативной жидкости при надавливании, а также шелушением по краю ногтевого валика. Среди пациентов детской группы (от 3 до 12 лет – 18 детей) были отмечены такие признаки кандидоза как паронихия (гиперемия застойно-красного цвета, кожа напряжена, тонкая, блестящая; ногтевые валики болезненны, нависают над ногтевой пластинкой, отсутствует эпонихий), кандидозное интертриго межпальцевых складок кистей (эрозии с сухой либо мокнущей, гладкой, блестящей поверхностью, по периферии с воротничком мацерированного набухшего рогового слоя эпидермиса, с нависающими краями), кандидоз слизистой оболочки полости рта (гиперемия, диффузная или очаговая десквамация эпителия, его отечность, белесоватые налеты), кандидоз углов рта (красноватые эрозии, окруженные белесоватой каемкой набухшего, мацерированного рогового слоя эпидермиса). В более старших возрастных группах наблюдения были немногочисленны (3 пациента) и характеризовались поражением слизистой оболочки полости рта, а также микозом стоп.

Согласно нашим наблюдениям, микологические осложнения наблюдались чаще при АД тяжелого течения с распространенным поражением, экссудативными проявлениями, частыми рецидивами. Назначение больным противогрибкового лечения оказывалось полезным относительно проявлений микоза, а также и атопического дерматита.

## МИКРОСПОРИЯ-2000 В РОССИИ И ЕЕ РЕГИОНАХ

*Яцуха М. В., Толчина Л. В.*

*ГУ Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт МЗ РФ*

*107076 г. Москва, ул. Короленко, д. 3*

В 2000 г. в России было зарегистрировано 82359 больных микроспорией, составивших 56,9 случая на 100000 населения, из них 65863 детей до 14 лет включительно или 80,0% к числу всего зарегистрированных и 249,8 случая на 100000 детского населения. Однако в ряде территорий среднероссийский уровень заболеваемости микроспорией оказался почти в 2 раза и более выше; в Рязанской области – 139,6 случая на 100000 населения (в том числе дети – 579,5 случая), в Камчатской соответственно – 137,5 (596,2), в Сахалинской – 119,3 (511,3), в Костромской – 106,1 (448,2),

в Еврейской АО – 110,0 (381,0), в Оренбургской – 103,1 (384,6), Хабаровском крае – 102,3 (392,5). Вместе с тем в ряде территорий был зарегистрирован минимальный уровень заболеваемости микроспорией. Так, в Чукотском автономном округе в течение года микроспория диагностирована всего у 2 детей (12,7 случая), в республике Тува у 20 больных (6,4 случая), в том числе у 15 (75,0%) детей (15,7 случая), в Кабардино-Балкарской республике у 98 больных (12,5 случая), в том числе у 77 (78,6%) детей (40,2 случая), а в 9 территориях из 89 не было диагностировано ни од-

ного больного (Ненецкий, Коми-Пермятский, Ханты-Мансийский, Ямало-Ненецкий, Таймырский, Эвенкийский, Усть-Ордынский, Агисский, Бурятский, Карякский автономные округа). В г. Москве было

зарегистрировано 4196 больных (49,1 случаев) микроспорией, из них 3319 (79,1%) детей (254 случая), а в Московской области соответственно 6383 (98,7 случаев), детей 5004 (78,4% и 52,3 случая).

## ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ДЕРМАТОФИТИЙ В Г. МОСКВЕ В 1991-2000 ГГ.

*Яцуха М. В., Толчина Л. В.*

*ГУ Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт МЗ РФ*

107076 г. Москва, ул. Короленко, д. 3

Актуальность проблемы дерматомикозов столицы связаны с высокой инфицированностью детского населения микроспорией и более пожилого возраста населения микозами стоп. Ретроспективный анализ эпидемического процесса при микроспории показал, что динамика распространения ее в г. Москве имеет тенденцию снижения в 1,7 раза числа зарегистрированных больных с 7080, составивших 79,5 случая на 100000 населения в 1991г. до 4196 или 49,1 случая в 2000г., при этом число заболевших детей снизилось почти в 2 раза с 6570, составивших 29,8% от числа всех зарегистрированных и 410,6 случая на 100000 детского населения (0–14 лет) в 1991г. до 3319, 79,1% и 261,8 случая соответственно в 2000г. среднегодовой показатель всего зарегистрированных за 10 лет составил 5390 больных и 62,2 случая, а детей – 4718 (86,8%) и 316,7 случаев на 100000 детского населения. Заболеваемость микозами стоп, находясь на более высоком уровне числа зарегистрированных больных, наоборот, имела тенденцию к увеличению с

некоторыми колебаниями с 18924, составивших 212,6 случаев в 1991г. до 29012 или 339,8 случаев в 1998 г. с последующим снижением к 2000 г. до 19909 больных или 233 случая; среднегодовой показатель за изучаемый период составил 17185 больных или 198,7 случаев на 100000 населения. Таким образом, за 10 летний период число ежегодно регистрируемых больных микозами стоп более чем в 3 раза превышало число больных микроспорией и продолжает увеличиваться, а заболеваемость микроспорией детского населения, несмотря на снижение числа зарегистрированных больных, превышала общую заболеваемость более чем в 5 раз. Следовательно, сложившаяся эпидемическая ситуация с заболеваемостью дерматофитиями характеризуется высокой напряженностью и требует повышения противоэпидемической работы лечебно-профилактических учреждений и других немедицинских организаций в очагах инфекций и при проведении профилактических осмотров различных групп населения.

## ОСОБЕННОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ КАНДИДОЗЕ ГЕНИТАЛИЙ

*Игнатъева С. М., Мирзаболаева А. К.*

*Санкт-Петербургская Медицинская академия последипломного образования, Научно-исследовательский институт медицинской микологии имени П. Н. Кашкина,*

*г. Санкт-Петербург, ул. Сантьяго-де-Куба, д. 1/28*

В последние годы при урогенитальных инфекциях возрастает роль грибов рода *Candida*. Тяжесть и продолжительность течения хронического рецидивирующего кандидоза гениталий (ХРКГ) зависит от степени обсемененности биосубстратов грибами, характера иммунных нарушений, способности макроорганизма к антителообразованию. Методом иммуноферментного анализа изучали иммунный ответ на антигены *Candida albicans* у двух групп пациенток (124 чел.) репродуктивного возраста (18-45 лет) с длительностью заболевания ХРКГ от 8 месяцев до 20 лет. Определяли специфические IgG и субизотипические IgG1, IgG2, IgG3 и IgG4. В 1 группу вошли 98 женщин с фоновой гинекологической патологией и ХРКГ, у 32 женщин 2 группы ХРКГ протекал на фоне сахарного

диабета (СД), из них в 54,6% случаев обнаружены экстрагенитальные очаги кандидоза. У женщин 1 группы имела место смешанная инфекция, обусловленная грибами рода *Candida* и возбудителями ИППП, в то время как у пациенток 2 группы была обнаружена только микобиота. Результаты иммунологических тестов показали, что в сыворотках крови обеих групп присутствовали IgG-антитела к грибам рода *Candida* в титрах от 1:800 до 1:3200 и были представлены всеми подклассами IgG, среди которых преобладал IgG2 (42%). В период обострения ХРКГ наблюдали усиление иммунного ответа за счет увеличения синтеза IgG3.

У больных с СД отмечали более высокие титры специфических антител, чем у больных 1 группы и изменение спектра субизотипических антител в сто-

рону значительного увеличения (в 2 раза) концентрации IgG1. У больных 1 группы с увеличением титра суммарного IgG, синтез IgG1 не изменялся, а резко увеличивалось накопление антител подклассов IgG2 и IgG4 (в 3 раза). В ходе антимикотической терапии концентрации IgG2 и IgG4 достоверно снижались (при  $p < 0,05$ ).

Таким образом, выявлены особенности специфического иммунного ответа при ХРКГ, обусловленные разнообразным синтезом подклассов IgG- антител к грибам рода *Candida* на разных стадиях и при различных формах инфекции. Полученные результаты позволяют уточнить роль специфических антител в механизмах формирования резистентности при кандидозе.

### ИММУНОТЕРАПИЯ ПРИ ПОВЕРХНОСТНЫХ КАНДИДОЗАХ: ИСТОРИЯ ОДНОГО ПРЕПАРАТА

**Караулов А. В.**

*ММА имени И. М. Сеченова*

*Москва, ул. Большая Пироговская, д. 2/6*

Исследования иммунитета при поверхностных кандидозах показывают стандартные отклонения, характерные для Т-иммунодефицита: снижение числа Т-хелперов со снижением реакции на митогены и реакций гиперчувствительности на антигены *Candida*. Зачастую снижаются показатели, отражающие завершенность фагоцитоза нейтрофилов и способность макрофагов к кислородному взрыву в ответ на специфический антиген. Вместе с тем иммунотерапия этого вида кандидоза практически не разработана, также как и анализ действия большинства иммуномодуляторов. На протяжении более чем десяти лет мы изучали действие препаратов, полученных из *Echinacea purpurea* в лечении рецидивирующих респираторных заболеваний и обострений хронического бронхита. В начальный период этих исследований был отмечена интересная закономерность: кандидоз слизистых кишечника, индуцированный приемом антибиотиков, исчезал после назначения эхинацина в качестве средства иммунореабилитации. Дополнительные средства для лечения кандидоза больные либо вообще не принимали, либо использовали препараты, малозффективные, не способные повлиять на течение процесса.

Последующий за этим детальный анализ литературы показал наличие протективного действия полиса-

харидов эхинацина в экспериментальных исследованиях при введении даже больших доз *Candida albicans*. Последующие клинические наблюдения не только подтвердили наличие положительного действия эхинацина, но и показали ряд его механизмов действия, опосредованных через влияние на макрофаги с усилением их цитотоксической активности и секреции ряда ключевых интерлейкинов. В настоящее время, при наличии современных средств иммунотерапии мы не назначаем эхинацин. Однако, благодаря широкой рекламе, в нашей практике осталось мало больных, которые не «пьют» эхинацин для «усиления фагоцитоза». Более того, в большинстве случаев, при анализе системного иммунитета и местных факторов защиты органов дыхания, мы зачастую его действие относим к фоновым, учитывая достаточно бесконтрольный и длительный прием препаратов эхинацина в сочетании с триовитом и другими витаминами.

Тем не менее, клинический опыт убеждает нас в практическом отсутствии кандидоза слизистых у достаточно большой группы наблюдаемого нами контингента. Является ли это результатом продуманной этиотропной терапии, либо результатом действия эхинацина — на этот вопрос у нас нет ответа.

### ОСОБЕННОСТИ МИКОЗОВ КОЖИ В ВОИНСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ

**Карпов В. В.**

*Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД России  
143963, г. Реутово-3 Московской области*

Рост заболеваемости микозами кожи (МК) в настоящее время обусловлен неблагоприятными социально-экономическими и экологическими условиями жизни, ростом иммунодефицитных состояний, недостаточностью медицинской помощи, ухудшением эпидемиологического контроля. Все это в полной мере относится к армейским коллективам — части нашего общества.

В структуре дерматологической заболеваемости военнослужащих МК занимают второе место после пидермии. Этим определяется актуальность вопросов,

связанных с их профилактикой и рациональным лечением. Военнослужащие входят в группу риска по МК по причинам:

1. повышенная потливость у молодых мужчин, занимающихся тяжелым физическим трудом и спортом;
2. проживание в условиях скученности (казарма) и посещение общей бани;
3. повышенная нагрузка на нижние конечности, как статическая, так и динамическая (строевая подготовка, длительное стояние на посту, несение патрульной службы — военнослужащий, кроме 8 часового сна, постоянно находится в форменной обуви, что

вызывает нарушение местного кровообращения);

4. особенности военной обуви (грубый материал для пошива сапог и ботинок, неудачная конструкция обуви, дефекты ее пошива, плохая вентилируемость, недостаточная индивидуальная подгонка под строение стопы – причина потертостей, гипергидроза);

5. недостатки в санитарно-гигиеническом уходе за кожей нижних конечностей (невозможность просушить ноги, обувь в холодную погоду; неумелый уход за ногами и обувью; отсутствие возможности принять после занятий, связанных с загрязнением кожи, теплый душ, сменить белье).

Для определения распространенности микозов и обсемененности микрофлорой кожи стоп мы обследовали (клинический осмотр, соскобы со стоп на грибы, мазки-отпечатки на количественный и качественный рост микрофлоры со стоп) группу из 100 солдат несущих службу в одинаковых условиях и считавших себя дерматологически здоровыми. Результаты обследования: клинические проявления микоза стоп – 58 обследованных; выраженная клиника микоза – 6 (10,3% от всех выявленных больных микозом); у 52 (89,7% от всех выявленных с микозом) стертая форма микоза (мелкопластинчатое шелушение подошвенных поверхностей); у 48 (82,8% от всех с клинически-

ми проявлениями микоза) в соскобах со стоп бактериоскопически выявлен грибок; у 96 (96%) исследуемых получен сплошной рост микроорганизмов.

Среди госпитализируемых с МК у военнослужащих по призыву (солдаты) на первом месте идет эпидермофития стоп, затем – отрубевидный лишай, паховая эпидермофития, микозы гладкой кожи, онихомикозы. Течение эпидермофитии стоп у солдат, как правило, острое и характеризуется выраженным экссудативным процессом с наличием везикул, пузырей, лихорадки, а при присоединении бактериальной флоры, с осложнениями в виде отеков, вторичных аллергидов (микидов), лимфангитов, лимфаденитов, рожистого воспаления.

Течение МК у военнослужащих по контракту (офицеры, прапорщики) чаще монотонное по «сухому» типу (сквамозно-гиперкератотический тип). В этой группе преобладают онихомикозы в той или иной степени выраженности.

Лечение больных МК проводится нами в основном по старым общепринятым в гражданском здравоохранении методикам, т. к. наши пациенты не могут себе позволить лечение современными дорогостоящими системными противогрибковыми средствами.

---

## ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА

**Кисина В. И.**

*ГУ Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт МЗ РФ*

107076 г. Москва, ул. Короленко, д. 3

Ключевым звеном в патогенезе рецидивирующего кандидозного вульвовагинита (РКВВ) является установление механизмов перехода кандидоносительства к клинически выраженному заболеванию. Патогенез РКВВ характеризуется многофакторностью и сложным взаимодействием между микро- и макроорганизмом. Наряду с фактором вирулентности дрожжевых грибов, включающим чувствительность к противогрибковым препаратам, трансформацию бластоспор *Candida* в гифы, генотипические и фенотипические изменения и способность к секреции протеиназы, выделяют иммунологические и неиммунологические особенности макроорганизма.

В последних исследованиях в области физиопатологии РКВВ приводятся данные, что фундамен-

тальным звеном колонизации, адгезии и инвазии *C. albicans* в вагинальный эпителий является способность штаммов грибов секретировать аспартам – протеиназу. Говоря о значении чувствительности *Candida* к противогрибковым препаратам, следует отметить, что феномен резистентности обычно связан с инфицированием *C. krusei*, *Saccharomyces cerevisiae* и некоторыми штаммами *C. glabrata* и *C. tropicalis*. В связи с этим, важное значение приобретает определение видового состава и чувствительности выделенных штаммов дрожжеподобных грибов у больных РКВВ для выбора рациональной тактики их ведения, которая включает применение комбинации системных и местнодействующих антимикотиков.

---

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРИХОФИТИИ КОЖИ И ВОЛОС

**Климова И. Я., Погорелова С. В., Корсунская И. М., Дударева Н. В., Шаповалова Ф. С., Дударева Л. А., Багинская Ю. Н.**  
*Кафедра дерматовенерологии с курсом лабораторной диагностики РМАПО*

107076, Москва, ул. Короленко, д. 3, корп. 3

Среди микозов с поражением кожи и волос основным заболеванием является микроспория. Однако в последние годы отмечается рост трихофитии, вы-

зываемой как зоофильными, так и антропофильными грибами. Из возбудителей вызывающих инфильтративно-нагноительную трихофитию чаще встречается

ся *T. gypseum*, резервуаром которого являются мышевидные грызуны. Ж. В. Степанова отмечает следующую эпидемиологическую цепь: “ мышевидные грызуны – кошки, собаки – человек”.

Так, например, в ДМО больницы № 14 им Короленко за период 2000 – 2001 года проходили лечение 28 больных с диагнозом трихофития, из них 26 детей в возрасте от 1,7-15 лет, и 2 – взрослых 23-27 лет. Зоонозная трихофития, вызванная *T. gypseum* выявлена у 18 человек, *T. verrucosum* – у 1. Антропонозная трихофития, вызванная *T. violaceum* – у 5. Обращает на себя внимание следующее: в 11-ти случаях направляющий диагноз был: Микроспория волосистой части головы, гладкой кожи и пушковых волос. При дальнейшем клинико-лабораторном исследовании этим больным был установлен диагноз: трихофития. В 13 случаях предварительный диагноз: трихофития подтвердился. Следует отметить, что в 4-х случаях при поступлении диагноз был: Трихофития, инфильтративно-нагноительная форма, который в последствии не подтвердился. После культурального и люминесцент-

ного исследования был установлен окончательный диагноз: микроспория, инфильтративно-нагноительная форма.

Таким образом приведенные выше данные свидетельствуют о трудностях, возникающих при постановке диагноза, которые обусловлены общностью клинико-эпидемиологических признаков трихофитии и микроспории, особенно при инфильтративно-нагноительной форме: наличие очагов поражения, локализации, источников заражения. Микроскопическая же картина при трихофитии и микроспории разная, но не всегда в запущенных случаях можно выявить эти различия. Особенно в тех случаях, когда ранее назначалось антимикотическое лечение. Зачастую широко используемый метод люминесцентной диагностики может дать недостоверные результаты.

Поэтому целесообразнее при подозрениях на трихофитию проводить культуральную диагностику. Во всех приведенных нами случаях диагноз был установлен после проведения культурального исследования.

## ХРОНИЧЕСКИЙ КАНДИДОЗ КОЖИ, СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК И ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ

*Корнишева В. Г., Соколова Г. А.*

*Медицинская академия последипломного образования, г. Санкт-Петербург  
Санкт-Петербург, ул. Восстания, д. 45, кафедра дерматовенерологии*

Обследовано 25 больных с хроническим кандидозом кожи и слизистых оболочек (ХККС) в возрасте от 15–40 лет. У 16 больных был кандидоз слизистых оболочек полости рта, эзофагит, онихии и паронихии (первая группа). У 9 больных, помимо стоматита, глоссита, заед, хейлита, онихий паронихий, эзофагита, имелась гнездная алоpecia (вторая группа). В первой группе хроническим кандидозом болели одинаково, как мужчины так и женщины. У больных второй группы алоpecia чаще встречалась у мужчин (у 7 из 9 пациентов). Из 9 больных, имевших алоpecia, у 7 ХККС сочетался с полиэндокринными нарушениями: аутоиммунный тиреоидит с гипотиреозом (0,55), гипопаратиреоз (0,33), первичная хроническая недостаточность надпочечников (0,55), сахарный диабет (0,11). Первые очаги облысения отмечены у больных к 10–11 годам жизни. Признаки заболевания эндокринных органов выявлялись позже: к 12–13 годам. Исключение составлял один больной, у которого гнезд-

ная алоpecia появилась после развития эндокринной патологии. У пациентов первой группы иммунные нарушения (снижение CD3+, высокие титры к *S. albicans*, отсутствие антител к тканям эндокринных желез) были связаны с инфекционным синдромом. У пациентов второй группы выявлены иммунные нарушения (снижение CD8+, наличие антител к ткани эндокринных желез и к антигенам *S. albicans* в высоких диагностических титрах, повышение мелких ЦИК), которые подтверждали наличие аутоиммунного процесса к тканям желез внутренней секреции.

Таким образом, при хроническом кандидозе кожи и слизистых оболочек гнездная алоpecia является одним из клинических проявлений заболевания, которое развивается спустя несколько лет после очередного обострения кандидоза и имеется у больных на фоне высокого уровня хелперной активности Т-лимфоцитов и сочетается с эндокринопатиями аутоиммунной природы.

## К ВОПРОСУ О МИКСТ-ИНФЕКЦИИ ПРИ МИКОЗЕ, ОБУСЛОВЛЕННОМ *TRICHOPHYTON RUBRUM*

*Корнишева В. Г., Колб З. К.*

*Медицинская академия последипломного образования  
Санкт-Петербург, ул. Восстания, д. 45, кафедра дерматовенерологии*

Целью работы явилось выявление смешанной инфекции при микозе, обусловленном *T. rubrum*. Проведено микологическое обследование 481 больному, стра-

дающему микозом гладкой кожи, стоп, кистей с онихомикозом. По возрасту больные распределялись следующим образом: от 15 до 21 года – 87 больных, от 22-



40лет-142 больных, от 41-55 лет- 132 больных, от 56-69 лет- 109 и старше 70 лет-11 больных. При микологическом обследовании из 76,73% положительных посевов патологического материала из всех очагов поражения рост одного *T. rubrum* был отмечен только в 28,72%. Наилучшая высеваемость *T. rubrum* отмечена из чешуек гладкой кожи (57,38%), наименьшая- из кожных и ногтевых чешуек стоп (20,97%). В 48,01% получен смешанный рост *T. rubrum* с дрожжеподобными (*C. albicans*) и плесневыми грибами (*Aspergillus spp.*, *Penicillium spp.*). При посеве кожных чешуек из очагов поражения с гладкой кожи смешанный рост дерматофита только с плесневыми грибами выявлен в 27,87% посевов. При культуральном исследовании кожных и ногтевых чешуек кис-

тей рост *T. rubrum* с плесневыми и дрожжеподобными грибами был в 9,88%. При посеве кожных и ногтевых чешуек стоп смешанный рост грибов получен в 58,47%. Следовательно, процент высеваемости микромицетов — ассоциантов поэтапно возростал сверху вниз (кисти-стопы).

Таким образом, у 48,01% больных микозом, обусловленным *T. rubrum*, возбудитель образует ассоциации с дрожжеподобными (*C. albicans*) и плесневыми грибами (*Aspergillus spp.*, *Penicillium spp.*), что осложняет течение заболевания и снижает эффективность проводимой противогрибковой терапии, так как только единичные антимикотики обладают широким противогрибковым действием на выявленные микромицеты-ассоцианты.

---

### МИКРОСПОРИЯ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

*Корсунская И. М., Яковлев А. Б., Климова И. Я.,  
Дударева Н. В., Шаповалова Ф. С., Дударева Л. А.*

*Российская медицинская академия последипломного образования,  
курс детской дерматовенерологии при кафедре детских инфекционных болезней,  
ГКБ №14 имени Короленко В. Г., КВД №16  
Москва*

В последние годы участились случаи микроспории у взрослых. Мы в ДМО больницы №14 и КВД №16 в течение 2001 наблюдали 367 детей и 34 взрослых, из них 12 случаев заболевания семьи количество инфицированных в очагах 27 человек. Из 34 взрослых только 15 человек были инфицированы внутри семьи. 19 человек не имели контакта с детьми, а источником инфицирования были домашние животные. В отличии от взрос-

лых диагностировать микроспорию у детей не трудно. Обращает на себя внимание, что взрослые начинали лечение самостоятельно различными официальными мазями, что приводило к распространению очагов микроспории и позднему обращению к врачу.

Для предупреждения подобных случаев необходимо усилить санитарно-просветительскую деятельность среди населения.

---

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ МИКОЗОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Корсунская И. М., Трофимова И. Б., Резникова М. М., Дворянкова Е. В.*

*Российская медицинская академия последипломного образования,  
курс детской дерматовенерологии при кафедре детских инфекционных болезней,  
ГКБ №14 имени Короленко В. Г.  
Москва*

У больных сахарным диабетом 1 и 2 типов очень часто встречаются онихомикозы, микозы гладкой кожи и крупных складок. Течение микозов у данной группы пациентов характеризуется острым течением, появлением большого количества очагов, часто сопровождающееся экзематизацией и присоединением вторичной инфекции.

Под нашим наблюдением находилось 37 больных с микозом гладкой кожи, онихомикозом на фоне сахарного диабета легкой и средней тяжести 1 и 2 типов. У 16 пациентов было сочетание онихомикоз сочетался с микозом гладкой кожи, у 21 пациента имелись множественные микотические очаги на гладкой коже и в крупных складках. Все больные предъявляли жалобы на интенсивный зуд в области высыпаний. Ди-

агноз был подтвержден при микроскопическом и культуральном исследовании, причем у 40% пациентов была выявлена смешанная флора (дерматофиты и *Candida*).

У таких пациентов местная терапия антимикотиками в большинстве случаев не дает положительного эффекта. Мы назначали тербинафин «ламинил» при онихомикозах по 1 таблетке в сутки в течение 3 месяцев, при микозе гладкой кожи по 1 таблетке однократно в течение 2-3 недель.

Интенсивность зуда уменьшалась на 3-4 сутки от начала приема тербинафина. Очаги на гладкой коже разрешились в течение 2-3 недель. Отрастание здоровых ногтевых пластинок отмечено у 14 пациентов через 5-7 месяцев от начала лечения. У 2 пациентов

ногтевые пластинки оставались деформированными, но при многократных микроскопических исследованиях грибы выявлены не были.

Системное применение тербинафина у больных

сахарным диабетом с микозами ногтей и гладкой кожи является предпочтительным, учитывая особенности течения основного заболевания и быстрое достижение клинической излеченности больных.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ МИКОЗОВ СТОП У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Кулагин В. И., Бурова С. А., Дзущева Э. И.*

*РГМУ, кафедра кожных и венерических болезней лечебного факультета.*

*Москва*

Цель исследования: определить влияние итраконазола («орунгал») на организм больного сахарным диабетом (СД) и онихомикозом по уровню малонового диальдегида. (МДА) токсичного продукта перекисного окисления липидов и показать целесообразность применения антиоксиданта диквертина в комплексном лечении.

Обследовали 37 пациентов с онихомикозом стоп и кистей, протекающим на фоне компенсированного СД 1 и 2 типа, в возрасте 30 до 69 лет.

В клинической картине преобладали ангиопатия нижних конечностей и полинейропатия. Тяжесть заболевания и тактику лечения определяли в соответствии со значением КИОТОС. Проводилась традиционная терапия СД, кроме того в 1-ой группе (20 больных) назначали итраконазол, во 2-ой группе (17 боль-

ных) — итраконазол и диквертин.

Оценивали содержание МДА до начала приема орунгала и после окончания антимикотической терапии. Уровень МДА в 1-й и 2-й группах больных до начала приема итраконазола находился на верхней границе нормы (6,64±-0,32 мкмоль/мл). во второй группе после приема итраконазола и диквертина уровень МДА в сыворотке крови достоверно ( $p < 0,05$ ) снижился (5,39±- 0,19 мкмоль/мл).

Таким образом, отсутствие повышения МДА в сыворотке крови больных на фоне приема итраконазола, указывает на нетоксичность препарата и безопасность его применения у больных СД. Снижение уровня МДА на фоне приема итраконазола вместе с диквертином свидетельствует о выраженной антиоксидантной способности диквертина.

## ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ ИММУННЫЕ КОМПЛЕКСЫ ПРИ КАНДИДОЗНОМ И АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТАХ

*Лебедева Т. Н., Соболев А. В., Митрофанов В. С., Соколова Г. А.,*

*Баранцевич Е. П., Гяргиева О. Х., Зуева Е. В., Мишина С. В.*

*НИИ Медицинской микологии имени Кашкина П. Н.*

*Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования*

*194291, С.-Петербург, ул. Сантьяго-де-Куба, д. 1/28*

Образование иммунных комплексов являются одним из результирующих феноменов иммунных реакций организма. В последние годы накапливается все больше данных о важном иммуномодулирующем действии циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Установлено, что они оказывают влияние на формирование иммунной реакции к чужеродным антигенам и в зависимости от особенностей строения могут либо активизировать развитие защитного иммунного ответа (Th-1 путь), либо стимулировать развитие аллергической реакции (Th-2 путь). Исследования иммуномодулирующих свойств ЦИК проводится в основном *in vitro*, что ограничивает оценку их значимости в практической медицине. Цель настоящей работы заключалась в оценке иммуномодулирующего действия ЦИК при воспалительных и аллергических заболеваниях, вызванных *C. albicans*. Мы обследовали 16 больных кандидозным и кандидозно-бактериальным дерматитом, 12 больных атопическим дерматитом, сопровождающимся увеличением концентрации общего иммуноглобулина Е и повышенной чувствительностью немедленного типа к аллергену гриба, а также 20 прак-

тически здоровых лиц. Все больные находились на стационарном или амбулаторном лечении в НИИ медицинской микологии С.-Пб. МАПО и были обследованы в стадии выраженного обострения заболевания. ЦИК изучали методом преципитации в полиэтиленгликоле с молекулярной массой 6000 Да, для определения крупных и мелких ЦИК использовали 3% и 6% растворы полэтиленгликоля соответственно.

Установлены значительные различия исследуемых показателей между отдельными группами обследованных. При инфекционном дерматите отмечено снижение крупных иммунных комплексов и выраженное увеличение концентрации мелких ЦИК по сравнению с теми же показателями контрольной группы. Напротив, у больных с атопией отмечалось повышение концентрации крупных иммунных комплексов и значительное снижение мелких ЦИК. Соотношение концентрации мелких ЦИК к крупным в контрольной группе составляло в среднем  $2,2 \pm 0,03$  при атопии —  $0,7 \pm 0,063$ , у больных дерматитом —  $3,9 \pm 0,06$ . Таким образом, при атопическом дерматите в циркуляции преобладали крупные иммунные комплексы, в то вре-

мя как при воспалительном поражении кожных покровов, вызванном инфекцией, — мелкие. In vitro было показано, что крупные ЦИК при взаимодействии с клеточными рецепторами T-2-хэлперов и моноцитов к Fc-фрагменту иммуноглобулина G индуцируют синтез противовоспалительных цитокинов IL-10 и IL-6,

подавляющих Th ответ 1 типа. Снижение баланса Th-1/Th-2 в свою очередь может способствовать развитию атопии. Напротив, при преобладании мелких иммунных комплексов, не взаимодействующих с клетками и не оказывающих влияние на синтез цитокинов, иммунный ответ, видимо, протекает по Th-1 типу.

---

## ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Лесняк Е. В., Мирзабалаева А. К.

НИИ медицинской микологии имени П. Н. Кашкина, СПб МАПО  
194291, Санкт-Петербург, ул. Сантьяго-де-Куба, д. 1/28

Проблема диагностики генитальных микст-инфекций, протекающих с участием грибов рода *Candida*, приобрела особую актуальность в связи с увеличением частоты этих инфекций. Особенностью этиологии хронического рецидивирующего генитального кандидоза (ХРГК) является достигающая 89,1% частота сочетания грибов р. *Candida* с другими возбудителями генитальных инфекций.

Цель нашей работы — выявление цитоморфологических особенностей взаимодействия грибов рода *Candida* с другими участниками микробиоты влагалища и оценка их значимости в диагностике ХРГК.

Проведено цитоморфологическое исследование мазков со слизистых оболочек влагалища и цервикального канала у 282 женщин репродуктивного возраста, страдающих ХРГК. При монокандидаинфекции пре-

обладают псевдомицелиальные формы *Candida spp.* (69,7%). При этом воспалительная клеточная реакция на уровне вагинального эпителия не выражена. При микст-инфекциях (грибы *Candida*, *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Chlamydia trachomatis*) у подавляющего большинства больных обнаружены лишь бластоспоры гриба на фоне значительно выраженной воспалительной реакции (с преобладанием нейтрофильных гранулоцитов).

Таким образом, цитоморфологическое исследование, являясь скрининговым методом, позволяет оценить степень инвазивности процесса, состояние влагалищного эпителия, охарактеризовать воспалительные клеточные реакции, что необходимо в комплексной диагностике хронического рецидивирующего генитального кандидоза.

---

## НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕАРПИИ ОНИХОМИКОЗОВ У РАБОЧИХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДЕКСА КИОТОС

Лукьяненко А. И.

Днепропетровская государственная медицинская академия,  
кафедра дерматовенерологии  
Украина, г. Днепропетровск, ул. Байкальская 9-а

Исследованию подвергнуто 2042 рабочих крупного машиностроительного завода, из них 1997 мужчин и 45 женщин в возрасте от 28 до 70 лет со стажем работы на производстве от 5 до 30 лет. Диагноз онихомикоз установлен у 670. Возбудителем онихомикоза у 77% был красный трихофитон, у 16% — межпальцевой трихофитон, у 5% — дрожжеподобные грибы и у 2,0% — плесневые. Наиболее высокая заболеваемость была у рабочих “горячих” цехов, связанных с воздействием на организм высокой температуры, вибрации, повышенной влажности и запыленности. Для назначения адекватной терапии больным мы использовали индекс КИОТОС (Клинический Индекс Оценки Тя-

жести Онихомикоза Сергеева) — единую градацию оценки клинических параметров и факторов, обуславливающих скорость роста ногтя. Учитывали форму онихомикоза, глубину поражения и степень гиперкератоза. Продолжительность лечения зависела от ростового индекса: возраст и локализация пораженных ногтей. Лечение проводили итраконазолом («орунгал») или тербинафином («ламизил») в зависимости от показаний, а также с учетом показателей индекса КИОТОС по трем группам. Побочных эффектов не отмечено. Клинико-микологическое излечение, независимо от использованного препарата получено у 86% пациентов.

## ВТОРИЧНАЯ ПИОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ И ПРОЛИФЕРАЦИЯ ГРИБОВ РОДА *CANDIDA* В КИШЕЧНИКЕ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ

**Маркин А. В., Корнишева В. Г., Горланов И. А.**  
Кафедра дерматологии ГОУ ВПО СПбГПМА,  
Кафедра дерматологии СПб МАПО  
Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

Нами было обследовано 110 детей больных атопическим дерматитом (АД) в возрасте от 1 до 15 лет. Из них 32 больных имели осложнения вторичной пиококковой инфекцией в виде стрептококкового импетиго, стрепто-стафилодермии, рецидивирующего фурункулеза. 16 из них получали антибактериальную терапию. Больные были обследованы микологически. Проводилась микроскопия соскобов с языка, чешуек кожи, делались посевы из зева и кала. У больных с вторичной пиококковой инфекцией в 2 раза чаще выявлялся дисбактериоз кишечника с пролифераци-

ей грибов рода Кандида, чем у больных без пиодермии. Уровень антител IgG в (ИФА) имел достоверную связь с частотой пиококковой инфекции. У 26 из 31 больного с пиококковой инфекцией были выявлены титры 1/400 и более, у 13- 1/800 и более. Отмечена прямая корреляция между частотой пиококковой инфекции и уровнем антител к *C. albicans*. Таким образом, вторичная пиококковая инфекция при АД предрасполагает к осложнению течения дерматоза кандидозной инфекцией, что необходимо учитывать при лечении этих детей.

## ПУВА-ИНАКТИВАЦИЯ СПОР *MICROSPORUM CANIS* В МОДЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ.

**Мошин М. В., Леценко В. М., Ахтямов С. Н., Танков Ю. П.**  
Дерматологическая клиника Псориаз-центр МИФИ  
Москва

Успехи в лечении микозов различной этиологии в последнее время связаны, прежде всего, с широким внедрением в клиническую практику высокоэффективных антимикотиков.

Однако, несмотря на успехи современной микологии, проблема поиска эффективного местного антимикотического средства продолжает оставаться актуальной, так как системные антимикотики, в отличие от местных препаратов, обладают фунгистатическим эффектом, кроме того, у части пациентов наблюдаются гепатотоксические и диспептические явления, что часто ограничивает возможность применения препаратов этой группы.

Принципиально иным подходом к лечению дерматомикозов является комбинированное воздействие фурукумаринов и длинноволнового УФ-света, извест-

ное как ПУВА-терапия и широко применяемое для лечения псориаза, нейродермита и других дерматозов.

Взвесь спор *M. canis* в физиологическом растворе, культуру мицелия этого дерматофита в чашках Петри, а также чешуйки эпидермиса, полученные с очагов поражения у больных микроспорией облучали УФА-светом в присутствии фурукумаринов.

Как в модельных условиях, так и при ПУВА-воздействии на материал, полученный от больных, наблюдали устойчивый фунгицидный эффект, который выражался в гибели спор и вегетативных форм возбудителя. В контрольных посевах интактных чешуек наблюдался отчетливый рост колоний *M. canis*.

Полученные результаты предполагают дальнейшее изучение фунгицидного эффекта ПУВА-воздействия в модельных системах и в клинике.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВИДОВОГО СОСТАВА И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИМИКОТИКАМ ГРИБОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Муравьева В. В., Анкирская А. С., Фурсова С. А.,  
Миронова Т. Г., Королева Т. Е., Гриненко Е. В.**  
Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН  
117997, Москва, ул. Опарина, д. 4

Цель: оценить динамику видового состава и чувствительности к антимикотикам грибов, выделенных из отделяемого влагалища у женщин в период с 1997 по 2001 год.

Методы: для видовой идентификации использовали тест-систему «Mycotube» (BVL) и дополнительные тесты (характер колоний, способность формировать ростковые трубки, псевдомицелий, хламидоспоры).

Чувствительность грибов к антимикотикам оценивали с помощью тест-системы «Fungi-test» («Biorad»), производящей стандарт М-27 NCCLS. Тест включает 6 препаратов: 5-флюороцитозин, амфотерицин В, итраконазол, флуконазол, миконазол, кетоконазол.

Результаты: при обследовании 2132 пациенток клиники невынашивания беременности в период с 1997 по 2001 год грибы были обнаружены в вагинальном

отделяемом у 17,4% женщин. Динамика показателя по годам составила: 14,2; 17,8; 16,8; 17,2; 20,9%. В течение всего периода наблюдения доминирующим видом был *C. albicans* (83,7–84,8%). Прочие виды выделены у 15,2–16,3% женщин. Сравнение видового спектра грибов не – *C. albicans* не выявило существенной разницы как видового спектра, так и частоты выделения отдельных видов. Наиболее часто идентифицировали *C. glabrata* (40,0–43,3%), *C. krusei* (15,0–30,0%) и *C. parapsilosis* (6,7–16,7%). Другие виды выделяли значительно реже: *C. tropicalis* (3,–8,3%), *C. pseudotropicalis* (1,7–3,3%), *Saccharomyces cerevisiae* (3,3–13,3%), *Geotrichum candidum* (3,3–6,7%), *Trichosporon sp.* (1,7%). Несмотря на многовариантность биохимического профиля, собственного каждому виду, за период наблюдения отмечена тенденция более частого выявления одних и тех же биовариантов. При сравнении чувствительности грибов к антимикотикам в 1997–1998 и в 2001 годах, отмечено, что

большинство штаммов *C. albicans* были чувствительны ко всем препаратам (96,2 и 82,0% соответственно), остальные имели промежуточный тип устойчивости к итраконазолу и/или миконазолу. Не выявлено изолятов *C. albicans*, устойчивых к флуконазолу. Среди видов не-*C. albicans* значительная часть штаммов имела 1–4 маркера устойчивости промежуточного типа (42,6–45,0%). В их числе *C. glabrata* и *C. krusei* составили соответственно 81,8 и 88,8%. Если в 1997–98 гг. среди триазолов чаще наблюдалась устойчивость к итраконазолу, то в 2001 году частота устойчивости промежуточного типа к итраконазолу и флуконазолу была одинаковой.

Обсуждение: таким образом, за пятилетний период наблюдения видовой спектр грибов и частота выделения отдельных видов практически не изменились, так же, как не отмечено нарастания устойчивости выделенных грибов к антимикотикам.

## МИКРОЭКОЛОГИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ КАНДИДОЗЕ

Наумкина Е. В., Рудаков Н. В., Белкина Л. В., Иванова В. М.

Омская Государственная медицинская академия  
644099, Омск, ул. Ленина, д. 12

Вагинальный кандидоз является одной из наиболее часто встречающихся форм инфекционной патологии нижнего отдела половой системы, занимающая от 26 до 40–45% в структуре воспалительных заболеваний влагалища.

Большинство инфекций сопровождаются сдвигами в составе нормальной микрофлоры, оказывающими влияние на течение патологического процесса, эффективность лечения и сроки выздоровления.

Целью настоящего исследования явилось комплексное изучение микроэкологии половых путей женщин при урогенитальном кандидозе и определение значимости условно-патогенных микроорганизмов и нормальных симбионтов как сопутствующих этиологических факторов заболевания.

Нами было проведено комплексное микробиологическое обследование 239 женщин с жалобами на выделения различного характера.

Дрожжеподобные грибы рода *Candida* были выделены у 63 больных (26,4%), при этом у 48 (76,2%) возбудитель выделялся в высоком титре –  $10^5$  и более КОЕ/мл. Выраженная воспалительная реакция со стороны слизистой оболочки (наличие в мазке большого количества лейкоцитов, слизи, слущенного эпителия) отмечалась у 31,2% больных, в остальных случаях (68,8%) микроэкологические нарушения не сопровождались кольпитом, т. е. могли быть расценены как дисбактериоз влагалища.

Урогенитальному кандидозу сопутствовали следующие изменения в составе нормальной микрофлоры. Дефицит лактобактерий (менее 104 КОЕ/

мл) отмечался в 37,5% случаев, у остальной части больных наряду с высоким титром *Candida* выделялись лактобактерии в количестве  $10^5$  и более КОЕ/мл. *Ureaplasma urealyticum* была выделена у 31,3% больных, микоплазмы – у 8,3%. В 12,5% случаев наряду с кандидами в высоком титре выделялись гарднереллы и у двух больных урогенитальный кандидоз сочетался с трихомониазом. Условно-патогенные микроорганизмы в титре  $10^5$  и более КОЕ/мл были выделены у 29,1% больных, у 16,6% отмечалось выделение УПМ в ассоциациях из 2 и более видов.

Характер микроэкологических нарушений при кандидозных вагинитах несколько отличался от тех случаев, когда не наблюдалось воспалительной реакции. В частности, значительно чаще отмечался дефицит лактобактерий – 73,3% по сравнению с 21,2% в группе больных без выраженного воспаления. Несколько более часто выделялись УПБ в высоком титре (40% и 24,2% соответственно). Значимых различий в частоте выделения уреаплазм и микоплазм отмечено не было. Бактериальный вагиноз в сочетании с кандидозом во всех случаях не сопровождался воспалительной реакцией.

Таким образом, наиболее значимым показателем, определяющим степень компенсированности патологического процесса, вызванного кандидами, является уровень лактобактерий, далее следуют условно-патогенные микроорганизмы, которые в высоком титре выступают как сопутствующие этиологические агенты. Урогенитальные микоплазмы, часто сопутствуя кандидозу, не влияют существенно на выраженность воспалительного процесса.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ

*Нестеров А. С.*

*Ульяновский государственный университет  
432700, Ульяновск, ул. К. Либкнехта, д. 1*

В последние годы на фоне социальных и экологических стрессов населения обострилась проблема инфекций, передающихся половым путём (ИППП). В настоящее время удельный вес урогенитального кандидоза в структуре ИППП составляет 15-16%. Особую остроту проблема урогенитального кандидоза (УК) приобретает на фоне развивающейся эпидемии наркомании. Однако, имеются лишь единичные ссылки на связь между распространением урогенитального кандидоза и приёмом наркотических веществ.

Целью работы явилось изучение частоты встречаемости и особенностей клинических проявлений урогенитального кандидоза у больных героиновой наркоманией.

Проведено клинико-лабораторное обследование 115 больных героиновой наркоманией, находившихся на стационарном лечении в областном наркологическом диспансере г. Ульяновска.

Урогенитальный кандидоз выявлен у 17 больных наркоманией, из них женщин 6, мужчин — 11 человек.

Заболевание протекало в виде моноинфекции в 4-х случаях (2 женщины и 2 мужчин), как смешанная инфекция — у 13 человек (4 женщины и 9 мужчин). При смешанной форме урогенитальный кандидоз протекал на фоне хламидиоза, уреаплазмоза и генитального герпеса. Наиболее часто встречающимся ассоциантом урогенитального кандидоза у больных героиновой наркоманией являлась герпесвирусная инфекция.

Из 6 женщин с выявленным кандидозом у 1 заболевание протекало остро. У 5 пациенток УК имел

хроническое течение, давность проявлений составляла 3-4 месяца. Кандидозный процесс локализовался в области наружных половых органов и влагалища. Слизистые оболочки были гиперемизованы, часто эрозированы, отделяемое влагалища белое, количество его увеличено. У 2-х женщин кандидозный вульвит распространился на кожу перианальной области. На влагалищной части шейки матки, сводах влагалища часто локализовались точечные эрозии. Кандидозный эндоцервицит отмечался во всех случаях вагинита, он проявлялся наличием густого слизистого отделяемого в области шейки матки и/или наличием слизистой пробки, свисающей на заднюю губу шейки матки. В 2 случаях больные отмечали дизурические расстройства — рези, жжение, болезненность при мочеиспускании. У одной больной наблюдался острый кандидозный цистит, её беспокоили ложные позывы на мочеиспускание, тупые боли в нижней части живота и болезненность при мочеиспускании.

У мужчин урогенитальный кандидоз проявлялся в виде баланопостита, уретрита и простатита. Клиническая картина характеризовалась гиперемией, отёчностью, мацерацией кожи в области крайней плоти. Реже отмечались инфильтрация и мелкие эрозии, покрытые беловатым налётом. В 8-и случаях был обнаружен простатит.

В результате проведённого исследования установлено, что течение урогенитального кандидоза у больных героиновой наркоманией характеризуется более тяжёлым течением заболевания с широким вовлечением в процесс органов мочеполовой системы.

## КОРРЕКЦИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАНДИДОЗНЫМ БАЛАНИТОМ И БАЛАНОПОСТИТОМ

*Ольховская К. Б., Перламутров Ю.Н.*

*Московский государственный медико-стоматологический университет  
Москва, ул. Делегатская, д. 20*

В последние годы по данным ВОЗ количество больных кандидозным баланитом и баланопоститом возросло. Лечение кандидозного баланита и баланопостита, как правило, местное. Однако, нередко у больных кандидозными баланитами наблюдаются рецидивы заболевания и хроническое течение болезни, вследствие нарушений функций иммунной системы больных. (Лешенко В. М., 1983; Macdonald D. M., 1994).

Целью настоящей работы явилась разработка новых методов терапии больных кандидозным баланитом и баланопоститом с использованием гелий-неонового лазерного излучения.

Под нашим наблюдением находилось 55 больных кандидозным баланитом и баланопоститом с

длительностью заболевания от 2-х месяцев до нескольких лет. Возраст исследуемых больных колебался от 20 до 73-х лет.

При оценке иммунорегуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов — Т-хелперов (CD4) и Т-супрессоров (CD8) у больных до лечения выявлено снижение Т-хелперов  $34,75 \pm 2,96 \%$  ( $p < 0,05$ ) с нарушением нормального соотношения Т-хелперов и Т-супрессоров (1,1). При анализе гуморального звена выявлена дисглобулинемия за счёт снижения уровня Ig A,  $1,5 \pm 0,26\%$  ( $p < 0,05$ ).

У больных кандидозным баланитом и баланопоститом резко снижены показатели фагоцитарной активности нейтрофилов: процент фагоцитоза  $28,25 \pm 2,00$  ( $p < 0,01$ ) и фагоцитарный индекс  $2,8 \pm 0,55$  ( $p < 0,05$ ).

Всем больным проводилась местная терапия и кожное лазерное облучение венозной крови. Воздействие проводили низкоинтенсивным гелий-неоновым лазерным излучением (632,8 нм., 10000 Гц, 60 мВт/см<sup>2</sup>) в проекции кубитальной вены, неинвазивным способом, однократно – экспозиция 30 минут.

После проведенного лечения в сыворотке крови, повысились показатели (CD4) от 36,64±2,97 % до 49,36±1,70 % (p<0,01), снизилось содержание (CD8+) клеток от 26,75±1,73 до 14,47±2,6 (p<0,05), восстановилось нормальное соотношение CD4+/CD8+ (1,8) ФИ

увеличился с 1,8±0,4 % до 3,69±0,25 % (p<0,01); ПФ увеличился с 28,25±5,05 % до 69,0±4,5 (p<0,01), отмечалась нормализация показателей IgA (1,9±0,2 p<0,05).

Таким образом, лазерное излучение, при его применении в качестве НЛОК, обладая иммуномодулирующим действием, оказывало шадающее и нормализующее действие на клеточные и гуморальные звенья иммунитета, активизируя недостаточно адекватный и ослабляя чрезмерно бурный иммунный ответ, что позволило достичь клинико-лабораторного выздоровления в 97 % случаев.

## ИССЛЕДОВАНИЯ ВИДОВОГО СОСТАВА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ДЕРМАТОМИКОЗОВ В ЛИТВЕ

Пашкявичюс А. Ю.

Институт ботаники

Литва, 2021, Вильнюс, ул. Жалюю эжеру, д. 49

Дерматомикозы составляют широко распространенную группу кожных заболеваний, возбудителями которых являются микроскопические грибы. Точная этиологическая диагностика необходима для выявления эпидемиологической цепочки и назначения рационального лечения.

В Литве в течение 1996–2000 годов были обследованы 29608 больных. Выделены и идентифицированы около 25 000 культур. Результаты исследований показали, что среди выделенных и идентифицированных культур по частоте встречаемости наиболее распространенными были виды рода *Trichophyton* Malmsten. В Литве распространены следующие виды рода *Trichophyton*, вызывающие дерматомикозы: *T. rubrum* (Castellani) Sabouraud, *T. mentagrophytes* (Robin) Blanchard var. *gypseum* Bodin, *T. mentagrophytes* (Robin) Blanchard var. *interdigitale* Pristly, *T. violaceum* Sabouraud et Bodin, *T. verrucosum* Bodin, *T. flavum* Bodin, *T. tonsurans* Malmsten. Самая высокая частота встречаемости установлена в распространении вида *T. rubrum*, изоляты которого составили 46,45% от всех выделенных культур. Редко встречались виды *T. mentagrophytes* var. *interdigitale* и *T. mentagrophytes* var. *gypseum*, изоляты которых составили 2,03 и 0,47% соответственно. Ежегодно выявляются и другие виды рода *Trichophyton*, составляющие от 0,1 до 0,5%.

Второе место среди дерматофитов по встречаемости занимают грибы рода *Microsporium* Gruby. За

время исследований в Литве были зафиксированы только два вида этого рода: *M. canis* Bodin, *M. gypseum* (Bodin) Guiart et Grigorakis. Возбудители вида *M. canis* составили 25,78, а вида *M. gypseum* – 0,23%. Анализируя данные за 1979–1992 годы, установлено, что наибольшее количество больных с диагностированной микроспорией наблюдалось в Литве в 1991 году, когда встречаемость вида *M. canis* составила 49,5%.

Третье место по частоте встречаемости занимают кандидамикозы, возбудители которых дрожжи рода *Candida* Berkhout. Встречаются следующие виды рода *Candida*, вызывающие дерматомикозы: *C. albicans* (Robin) Berkhout, *C. tropicalis* (Castellani) Berkhout, *C. krusei* (Castellani) Berkhout, *C. guilliermondii* (Castellani) Langeron et Guerra. Дрожжи данного рода за период исследования составляли 15,58% от всех идентифицированных дерматофитов. При помощи классических методов идентификации установлено, что вид *C. albicans* составляет 61,25% от всех выделенных дрожжей рода *Candida*. Следует отметить, что распространение дрожжей данного рода быстро увеличивается. Например, если в 1979 году виды рода *Candida* составляли 10% от всех выделенных дерматофитов, то в 1998 году – 21,52%.

Установлено, что увеличивается количество заболеваний трихофитией и кандидозов, а число заболеваний микроспорией уменьшается.

## ГРИБКОВАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Перепанова Т. С., Хазан П. Л.

НИИ Урологии МЗ РФ,

Москва, 3 Парковая ул., д. 51

Грибковая инфекция составляет 12% в структуре внутрибольничных инфекций и 40% в структуре инфекционной летальности. Грибковая инфекция мочевых путей (ИМП) встречается достаточно редко.

Развитию ИМП грибковой этиологии в первую

очередь способствуют:

- иммуносупрессивные состояния, которые в урологической практике наиболее часто встречаются при системном гемодиализе, у онкологических больных и у пациентов после трансплантации почки;

- кроме того, группой риска по развитию ИМП грибковой этиологии являются пациенты с постоянными дренажами в мочевых путях (уретральный катетер, цистостома, нефростома, внутренний стент), на внутренней поверхности которых формируются бактериально-грибковые ассоциации;

- у женщин, страдающих кандидозным вульвовагинитом, велик риск развития восходящей грибковой ИМП в виде грибкового уретрита, цистита, пиелонефрита;

- длительно проводимая нерациональная антибактериальная терапия хронической ИМП, также способствует развитию дисбактериоза кишечника, влагалища и грибковой ИМП.

Из современных противогрибковых препаратов с доказанной эффективностью и безопасностью является флуконазол («дифлюкан»), который отличается удобством применения (1 раз в сутки) и хорошими фармакоэкономическими показателями – стоимость/эффективность.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИКОТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ И ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У РАБОЧИХ ВИБРООПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

Потапов Л. В., Будумян Т. М.

Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии  
620076, Екатеринбург, ул. Щербакова, д. 8

Высокая заболеваемость микозами стоп отмечена на различных промышленных предприятиях, где условия труда способствуют инфицированию рабочих, а во многих случаях и определяют развитие микотического процесса. Изменчивость возбудителей, частота выявления сочетаний различных видов грибов, а также грибов и бактериальной флоры, играют существенную роль в характере клинических проявлений и длительности течения грибковой инфекции.

Целью исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей течения грибковой инфекции стоп у рабочих виброопасных производств.

Нами установлен высокий уровень заболеваемости микозами стоп среди рабочих на предприятиях шахтного способа производства, составляющий 34,3–48,9%. При этом среди рабочих подземных виброопасных профессий заболеваемость грибковой инфекцией значительно превосходила таковую у рабочих невиброопасных условий труда в 1,7–2,0 раза, отличалась своеобразием клинических проявлений и течением патологического процесса.

К основным неблагоприятным производственным факторам, воздействующим на работающих при подземном способе производства, отнесено: интенсивный шум, вибрация, неблагоприятный микроклимат. Профессионально обусловленное воздействие вибрации является доминирующим фактором, несмотря на опосредованность его влияния на течение грибкового процесса, определяя достаточно высокий уровень заболеваемости микозами стоп.

Наибольший уровень заболеваемости грибковой инфекции стоп выявлен в возрастной группе от 31 до 40 лет (51,61%), а также отмечено, что с увеличением вибрационного стажа работы от 6–10 лет и более увеличивается число заболевших микозами в 3 раза по сравнению с непродолжительным периодом работы в виброопасных условиях.

При культуральной диагностике микозов стоп среди рабочих виброопасных профессий установлено, что доминирующим возбудителем остается *T. rubrun*, что составляет 68,7%. *T. mentagrophitos var. interdigitale* составляет 10,5%. Среди остальных возбудителей грибковой инфекции можно отметить дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Плесневые грибы (*Scopulariopsis brevicaulis*, *Penicillium crustaceum*, *Aspergillus niger*), грибковые ассоциации (*T. rubrun* + плесневые грибы, *T. rubrun* + *E. floccosum*). Определены три типа *T. rubrun*: пушистый с пигментом – 88,1%, пушистый без пигмента – 9,5%, мучнистый без пигмента – 2,4%. Среди штаммов *T. interdigitale* отмечены также три морфотипа: мучнистый вариант – 70,7%; красный или бархатисто-ворсистый – 18,5% и пушистый – 10,8%.

Учитывая изменчивость биологических и физиологических свойств грибов в определенных условиях внешней среды, а также бактериологические особенности выделенных дерматофитов в эксперименте изучено влияние микроклимата на рост культур грибов. На основании проведения 27 серий опытов установлено, что физические факторы климата шахтных тоннелей – повышенная влажность, охлаждающие температуры, недостаточность естественного освещения и нарушение кислородного обеспечения, независимо от глубины выработок, стимулируют созревание и проявления физиологических свойств культур грибов.

Среди клинических особенностей микозов стоп отмечено, что распространенные формы микозов стоп с поражением подошв, межпальцевых складок, а также в некоторых случаях и крупных складок регистрируются чаще у лиц, занятых на виброопасном производстве.

Особым отличием является значительно большая площадь поражения кожи при генерализации грибкового процесса у больных микозами стоп и выявленной вибрационной болезнью.



**ОПЫТ МИКОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОНИХОМИКОЗОВ****Потиевский Э. Г., Селиванова Д. М.***Омская государственная медицинская академия  
Омск*

В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что грибковые поражения ногтей могут быть вызваны различными видами грибов или их ассоциациями. Сложность лабораторной диагностики ониомикозов обусловлена качеством исследуемого материала с одной стороны и определенными трудностями идентификации культур грибов. Поэтому процесс микологической диагностики начинается в кабинете дерматолога, где забор материала на исследование предусматривает отбор тканей с максимально вероятным содержанием жизнеспособных грибов.

В бактериологической лаборатории ЦНИЛ ОГМА в течение 2001 года было обследовано 17 больных (11 мужчин и 6 женщин) с поражением ногтей на пальцах рук и ног. Микроскопия пораженных тканей показала, что во всех случаях имели место явные признаки микозной природы заболевания.

Из материала от 10 больных (7 мужчин и 3 женщины) были выделены на среде Сабуро с антибиотиками культуры грибов, среди которых были идентифицированы дерматофиты (*E. floccosum*) и плесневые грибы родов *Aspergillus*, *Penicillium*, *Torulopsis* и др.

В 60% случаев отмечалась моноинфекция, в остальных случаях имела место смешанная инфекция типа «дерматофит и плесневые грибы». Среди плесневых грибов преобладали аспергиллы (60% изолятов).

При изучении чувствительности выделенных культур к антибиотикам (нистатин, амфотерицин В, клотримазол) было установлено, что абсолютное большинство грибов не чувствительны к амфотерицину В, клотримазолу и слабочувствительны к нистатину. Только 10% выделенных культур оказались чувствительны к нистатину и слабочувствительны к амфотерицину В и клотримазолу.

Полученные материалы согласуются с современными данными о полиэтиологичной природе ониомикозов.

Следует отметить, что, хотя роль микозов в патологии человека достаточно велика, микологическая диагностика пока еще недостаточно внедрена в практическое здравоохранение. Расширение лабораторной сети и улучшение обеспечения диагностическими препаратами будет содействовать повышению результативности диагностики микозов вообще и ониомикозов, в частности.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКОЗОВ В РЕГИОНЕ ДОНБАССА И ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИТРАКОНАЗОЛА У БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ****Радионов В. Г., Гусак О. С., Любимцева В. Н.,  
Семиряд Ю. В., Радионов Д. В.***Луганский государственный медицинский университет,  
кафедра кожных и венерических болезней  
Украина, 91017, Луганск, кв. 50 лет Оборона Луганска, д. 1*

циации патогенных грибов, оказывая выраженное сенсибилизирующее действие, приводят в последствии к появлению не только кожной, но висцеральной патологии.

Как показали проведенные клинические исследования по оценке эффективности и безопасности противогрибковых средств, более перспективным в плане, как адекватной терапии, так и профилактики локальных и висцеральных микозов является препарат III поколения триазолового ряда – итраконазол («орунгал»). Итраконазол – синтетический антимикотик широкого спектра действия, включающего влияние на дерматофиты, дрожжевые, мицелиальные и плесневые грибы. В основе механизма действия препарата лежит его способность нарушать синтез компонентов клеточной стенки (эргостерола), а также угнетать 14α-диметилазу.

В течение года под нашим наблюдением находилось 206 больных с тотальным и субтотальным ониомикозом кистей и стоп. Ранее 80% пациентов к врачам не обращались, считая ониомикоз косметическим дефектом, и не задумывались над тем, что данное заболевание может приобретать семейный характер. Всем наблюдаемым больным был назначен ит-

Нами обследовано более 10000 жителей региона, в том числе работники крупных промышленных предприятий, с целью выявления грибковых заболеваний и в первую очередь ониомикозов. Так, микозами кожи и ее придатков страдали 3941 человек, от общего числа обследованных, что составило 39%, а на долю поражения ногтей (ониомикозов) пришлось 62% из числа выявленных больных. Это один из высоких показателей в Украине. Проведенные лабораторные исследования свидетельствуют, что ведущая роль в возникновении ониомикозов отводится дерматофитам (*Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*), микромицетам рода *Aspergillus* и *Penicillium*, а также дрожжеподобным грибам рода *Candida*. Сложно определить, какой из паразитирующих грибов является первичным в возникновении ониомикозов, но на момент обращения пациентов в клинику, отмечался их смешанный рост в культуре. Изучение видового состава паразитирующих грибов показал, что преобладающее значение в возникновении заболевания имеют микромицеты в сочетании с дерматофитами и в меньшей степени дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Дополнительно надо сказать, что ониомикоз является «миной замедленного действия», так как указанные ассо-

раконазол, обладающий фунгицидным действием практически на все известные патогенные грибы, по методике пульс – терапии: 200 мг 2 раза в сутки после приема пищи в течение 7 дней, с последующим трехнедельным перерывом. В результате проведенных 3 курсов пульс – терапии, которые проводили на фоне приема гепатопротекторов, этиологическое излечение было достигнуто у 195 пациентов, что составило 94,7%, клиническое выздоровление у 199 чело-

век (96,6%). У 7 больных (3,4%) эффект от лечения отсутствовал, возможно в связи с изменением или нарушением схем лечения. Ухудшения со стороны локального статуса не наблюдалось ни у одного больного. Отдаленные результаты наблюдения сроком до двух лет свидетельствуют о клинической ремиссии у 87% больных. Таким образом, итраконазол является эффективным антимикотиком с удобной схемой приема для больного.

### ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКРОСПОРИЕЙ В РАЙОНЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ КВД № 13

*Рассовская Н. Е., Шульгина И. Г., Ващенко И. Я.,  
Сонетулина Н. Р., Шапаренко М. В.  
КВД № 13, кафедра дерматовенерологии с курсом  
лабораторной диагностики РМАПО  
Москва*

За период 1997-2001гг. в районе обслуживания зарегистрировано 652 больных микроспорией. В 1997 – 175, 1998 – 173, 1999 – 126, 2000 – 116, 2001 – 62 больных микроспорией.

В Москве заразились 365 человек (55, 98%).

За пределами г. Москвы заразились 287 (44,02%) человек.

Заражения микроспорией от больного человека выявлено не было.

Все больные заразились от больных микроспорией кошек (котят).

В организованных детских коллективах больных не зарегистрировано.

За указанный период времени выявлено 38 больных микроспорией при обследовании бывших в контакте с больными микроспорией. Однако, все они заразились от кошек.

Всего же осмотрено 10847 лиц, бывших в контакте с больными микроспорией.

Работа проводилась совместно с Госсанэпиднадзором и ветеринарной службой.

### ДИАГНОСТИКА ГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

*Богущ П. Г., Редченко Е. Б., Чулкова Г. В., Шатрова А. Э.  
Клинико-серологическая лаборатория кожно-венерологического  
диспансера №1  
117707, г. Москва, Ленинский проспект, д. 17*

Грибы рода *Candida* широко распространены в природе, они заселяют кожу и слизистые оболочки ротоглотки, носа, пищеварительного тракта человека. Часто сапрофитируют на слизистых оболочках мочевого тракта человека, являясь ассоциантом нормальной микрофлоры и при определенных условиях приобретают патогенные свойства.

В нашей лаборатории проводится диагностика ИППП, в том числе генитального кандидоза. Материалом для исследования служат соскобы со слизистой влагалища, вульвы, уретры, окружающей кожи. Для исследования под микроскопом материал окрашивается метиленовым синим или по Граму. При изучении мазков отмечают наличие дрожжевых клеток или псевдомицелия, обращают внимание на количество лейкоцитов, состав бактериальной флоры.

При исследовании 7563 мазков (4117 человек) в

2001 году грибы рода *Candida* были обнаружены у 168 человек (4,1%), чаще у женщин (у 95,2%). Обычно, наличие дрожжевых клеток и псевдомицелия в препарате сопровождается значительным лейкоцитозом (свыше 40-60 лейкоцитов в поле зрения) – 72,1%. Однако у части пациентов эта инфекция не сопровождается выраженной воспалительной реакцией. Материал, в котором выявляются дрожжи и псевдомицелий чаще всего содержит смешанную флору с преобладанием палочек Додерлейна (87%). Специально не отслеживалось сочетание *Candida* с другими ИППП и элиминацию *Candida* в процессе лечения противогрибковыми препаратами. Однако у ВИЧ инфицированной пациентки (больной Х. 1973 г.р.) отмечали стойкое наличие дрожжевых клеток и псевдомицелия в исследуемом материале в течение 3-х месячной противогрибковой терапии.

Наши исследования продолжаются.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗОВ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ ВЛИЯНИЮ КОМПЛЕКСА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ****Рощенок Л. В.***Областной клинический кожно-венерологический диспансер.**Украина, г. Харьков, улица Карла Маркса, д. 17.*

Научные публикации, посвященные проблеме онихомикозов, имеют более чем столетнюю историю. Несмотря на большой объём, накопленных данных, проблема онихомикозов остаётся весьма актуальной. При наличии современных средств диагностики и противогрибковых средств распространённость заболеваемости остаётся высокой, а лечение не всегда оказывается эффективным (Сергеев Ю. В., 2000).

Целью нашего исследования явилось изучение возбудителей онихомикоза у лиц – ликвидаторов аварии на Чернобыльской Атомной Электростанции (ЧАЭС). В обследование включены 288 жителей пос. Вильча Харьковской области – переселенцы из чернобыльской зоны. У 82% диагностирован онихомикоз – 236 чел. Возраст больных колебался от 17 до 76 лет, средний возраст – 46,5, причем в возрасте старше 45 лет было 146 (62%) человек, до 20 лет – 20 (8,6%) человек. Контрольная группа состояла из 60 больных не получивших радиационное облучение на ЧАЭС и не страдающих иммунодефицитным состоянием организма.

Длительность заболевания была 6 – 10 лет, количество поражённых ногтей в среднем – 5,8, площадь поражения ногтя большого пальца – в среднем 70,4%. Полученные данные свидетельствовали о тяжёлом характере микотического поражения, как ногтей, так и организма в целом.

При анализе онихомикоз стоп наблюдался у 182 (63%) больных, сочетанное поражение ногтей кистей и стоп – у 89 (31%), изолированное поражение ногтей кистей – у 17 (6%). Сопутствующий микоз гладкой кожи (кистей, стоп, паховый) наблюдался у подавляющего числа больных – 210 (89%). У 151 (64%) пациентов заболевание осложнилось аллергиями и

микогенной экземой. 88% больных были с различной соматической патологией, в том числе хронические заболевания печени, поджелудочной железы, сердечно – сосудистой системы, сахарный диабет, дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП). У всех больных в разной степени отмечались иммунодефицитные состояния организма. В контрольной группе онихомикоз стоп наблюдался – у 36 (60%) пациентов, сочетанное поражение ногтей кистей и стоп – у 19 (32%), изолированное поражение ногтей кистей – у 5 (8%).

Больные были пролечены различными антимикотиками по разным методикам и схемам. Среди антимикотиков системного действия, преимущество отдавалось итраконазолу («орунгал»), как препарату выбора при лечении микозов, сопровождающихся иммунодефицитом. По показаниям назначалась симптоматическая терапия.

В результате проведенных исследований было выявлено, что у больных онихомикозом в Харьковском регионе, получивших радиационное облучение на ЧАЭС, страдающих иммунодефицитом, поражение ногтей пластин было вызвано: дерматофиты – 32%, дрожжеподобные грибы – 19%, плесени – 18%, смешанная инфекция – 31% случаев, в контрольной группе – дерматофиты – 33%, дрожжеподобные грибы – 12%, плесени – 6%, смешанная инфекция – 49% случаев. Итраконазол в наиболее прогрессивной методике назначения, обеспечивающей высокий процент излеченности, сокращающей сроки и стоимость лечения, ещё раз доказал свою высокую эффективность в отношении всех видов патогенных для человека грибов – дерматофитов, дрожжей и плесеней и безопасность применения у иммунозависимых пациентов.

**МИКСТИНФЕКЦИЯ ПРИ ОНИХОМИКОЗЕ****Руденко А. В., Коваль Э. З., Заплавская Е. А.***Институт урологии и нефрологии АМН Украины**Украина, 01053, Киев, ул. Ю. Коцюбинского, д. 9а*

Успешное лечение онихомикоза во многом зависит от установления таксономической принадлежности возбудителя. Проблема усложняется в случае обнаружения нескольких патогенов, роль которых в течении инфекционного процесса остается дискуссионной, что не всегда отражает адекватность выбора методов и средств лечения. Согласно данным многих авторов, у больных онихомикозом в различных регионах все чаще обнаруживается микстинфекция, а состав возбудителей обычно включает, кроме дерматофитов, ряд видов других микроорганизмов.

В результате обследования 1564 больных онихомикозом из 14-ти городов Украины микстинфекция обнаружена у 75,1% пациентов. Преобладали ассоциации сложного компонентного состава: дерматофиты, микромицеты (мукоциальные аскомицетные и базидиальные дрожжи, аскомицеты, гифомицеты), бактерии. В двухкомпонентных ассоциациях дерматофитов и микромицетов прослеживалось синтрофное взаимодействие, а в многокомпонентных – чаще сбалансированное. Основными компонентами ассоциаций разных вариантов были *Trichophyton rubrum* и микромицеты: *Candida*

*albicans*, *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. utilis*, *Chaetomium globosum*, виды аспергиллов из группы *A. niger*, *Aspergillus flavus*, *A. sydowi*, и также *Penicillium decumbens*, *P. implicatum*, *Scopulariopsis brevicaulis*, *Paecilomyces lilacinus* и др. Все эти виды относятся к

группе потенциально опасных грибов (степень риска по BSL оценивается как 1-2 группа). Микстинфекции подобного состава могут быть как причиной оппортунистических онихомикозов, так и источником микозов иной локализации, вплоть до системных.

### ВОЗМОЖНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПАТОГЕННОСТИ МИКРОМИЦЕТОВ – ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОНИХОМИКОЗОВ

*Руденко А. В., Коваль Э. З., Заплавская Е. А.*  
*Институт урологии и нефрологии АМН Украины*  
*Украина, 01053, Киев, ул. Ю. Коцюбинского, д. 9а*

В результате обследования 1564 больных онихомикозом те или иные виды возбудителей выделены из образцов пораженных ногтевых пластинок с дистальной и проксимальной формой патологического процесса и образцов ткани ногтевого ложа. У 60% обследованных преобладали ассоциации дерматофитов и микромицетов. 26 из общего числа идентифицированных видов микромицетов относятся к группе потенциально опасных болезнетворных организмов (по BSL=2). В начальной стадии развития патологического процесса в ногте преобладали дерматофиты (хотя этот процесс зафиксировать практически невозможно), а при наличии микромицетов в начальной ста-

дии их развития, последние продуцируют комплексы органических кислот и ферментов, разрушающих кератин. В логарифмической стадии роста последние выделяют микотоксины (стеригматоцистин, роридин, нидулин, фунигаллин и др.), которые обеспечивают их конкурентноспособность и агрессивность. Очевидно, что механизмы, обуславливающие патогенность микромицетов, известных как факультативные паразиты и гетеротрофы, можно объяснить как многофакторный процесс, возникающий на основе продуцирования экзотоксинов, которые обеспечивают их функционирование в системе «патоген – макроорганизм».

### МИКОЗЫ СТОП – БОЛЕЗНЬ И ПРОБЛЕМА ВЕКА

*Рукавишников В. М.*  
*ГУ Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт МЗ РФ*  
*107076 г. Москва, ул. Короленко, д. 3*

Дерматофитии с преимущественным поражением ногтей – микозы стоп (МС) можно назвать болезнью века из-за их широкого распространения, тяжести последствий и осложнений. Нет такой сферы человеческой жизни, которой не коснулись бы МС. Психическое и физическое здоровье, качество жизни, работа и искусство, спорт и туризм зависят от наличия и выраженности МС.

МС – маркер иммунодефицитных состояний – спутников эндокринной, опухолевой и инфекционной, включая СПИД, патологий; болезней крови и дерматозов; плохой экологии и использования иммунодепрессантов.

В XX веке были выделены возбудители МС, изучены их аллергенные свойства, ферменты, токсины, антибиотические и пигментные вещества, взаимное влияние грибов, бактерий, вирусов.

Для оценки специфической сенсibilизации, клеточного и гуморального иммунитета стали применяться стандартные грибковые аллергены. Установлена роль

МС при аллергических, гиперкератотических и папилломатозных изменениях кожи в популяции, при эндокринопатиях, в условиях производства. Описаны типичные и атипичные варианты МС. Доказано лимфо-гематогенное распространение МС, их длительная персистенция в глубоких тканях.

Созданы эффективные системные антимикотики, разработаны принципы и методы терапии МС. Стали преуспевающими и процветающими фирмы, синтезировавшие наиболее эффективные и в то же время щадящие антимикотики тербинафин («Новартис») и итраконазол («Янсен-Силаг»).

Однако одним лечением многочисленной армии больных МС нельзя ограничиться. Усилия клиницистов окажутся тщетными, если на смену сотням излечившихся придут тысячи вновь заразившихся и заболевших.

Минувший век оставил нам много нерешенных проблем МС. Болезнь XX века – МС со всеми её проблемами спокойно и уверенно переходит в новый XXI век.

## АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКОЗАМИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АЗОВА РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*Русанов В. А., Данилейко Е. А.*

*Ростовский государственный университет  
344006, Ростов-на-Дону, ул. Б. Садовая, д. 105*

По статистическим данным каждый пятый житель планеты страдает тем или иным микозом, ежегодно более 2 млн. человек заболевают ими. Далеко не все дерматофиты, попадая в организм, способны вызвать заболевание, так возникновение и развитие микозов определяется не только свойствами их возбудителей, но и состоянием макроорганизма, индивидуальной устойчивостью его органов и тканей, факторами внешней среды. Физиологическая же реактивность организма, как известно, неодинакова у людей разного пола, возраста, зависит от индивидуальных особенностей и социальных условий жизни.

Данное сообщение призвано дать результаты комплексного компьютерного анализа положительной динамики заболеваемости микозами стоп, микроспорией и трихофитией населения приморского города Азова, вышедшего в конце 80-х годов XX века по числу зарегистрированных микозов на 1 место в Ростовской области.

Основой для анализа послужили истории болезней больных микозами стоп (1732 человека), а также больных микроспорией и трихофитией (1593 человека). В ходе анализа установлены следующие закономерности:

- климатические факторы влияют на заболеваемость дерматомикозами неоднозначно;
- повышение температуры при одновременном снижении влажности воздуха вызывает резкое увеличение заболеваемости;
- количество выпавших осадков не играет существенной роли при заболевании микозами стоп, а при микроспории и трихофитии основной процент заболевших регистрируется в момент наименьшего их вы-

падения;

- сезонная динамика заболеваемости имеет следующие особенности: максимум заболеваний микозами стоп регистрируется в июне-июле, микроспорией и трихофитией — в августе-сентябре; минимум заболеваний — соответственно в апреле и мае;

- впервые на основании компьютерного анализа значительного контингента больных микозами стоп (1732) получена формула прогноза заболеваемости ( $e$ ) в зависимости от температуры воздуха ( $t$ ) и месяца ( $mes$ ):

- $e = 30,51 + 0,62t - 0,79 mes$ ;

- заболеванию микозами стоп подвержены в основном лица среднего трудоспособного возраста (24-59 лет), чаще имеющие профессиональную принадлежность к рабочим;

- при анализе возрастного состава заболевших выявлена следующая интересная закономерность: пики заболеваемости повторяются через 7 лет (в 24, 31, 38, 52, 59 лет), исключение лишь для 45 лет; при этом не менее интересен тот факт, что пики заболеваемости наблюдаются через каждые 3 года после регистрируемого минимального числа больных (21, 28, 35, 49, 56 лет).

На основании полученных данных можно сделать вывод не только о возможности прогнозирования числа болеющих микозами стоп, зная долгосрочный климатический прогноз, но также и о существовании своеобразных возрастных групп риска (23-25, 29-33, 37-40, 50-54, 58-60 лет), в отношении которых следует предпринимать периодические профилактические осмотры.

## ИССЛЕДОВАНИЕ СОВРЕМЕННОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОНИХОМИКОЗОВ

*Сергеев А. Ю., Иванов О. Л., Сергеев Ю. В.*

*Медицинский центр УД Президента РФ,*

*Москва*

Эпидемиологические характеристики онихомикоза у современного городского населения России остаются недостаточно изученными. В связи с этим нами было предпринято исследование эпидемиологии онихомикозов в условиях сплошной ежегодной диспансеризации.

Основу эпидемиологического исследования составил анализ случаев дерматофитии и онихомикоза, зарегистрированных и выявленных впервые за период 1988–1998 гг. в Поликлинике Медицинского центра Управления делами Президента РФ, г. Москва (МЦ), в рамках программы сплошной ежегодной диспансеризации прикрепленного контингента. В указанный период информация о всех прикрепленных пациентах и результатах обследования регистрировалась автоматизированной информационно-статистической системой (АИСС), реализованной в виде электронной базы дан-

ных (БД). По отчетам, формируемым на основании запросов к БД АИСС, был проведен анализ эпидемиологических характеристик онихомикоза, в частности: распространенность (все зарегистрированные случаи за год); заболеваемость (впервые выявленные случаи); сравнительная заболеваемость (по классам заболеваний у больных онихомикозом и остального контингента). Данные показатели были рассчитаны на 1000 контингента. Среднегодовая численность контингента ПМЦ за 1988–1998 гг. составляла около 28 тыс. пациентов.

Среднее число больных дерматофитией за 10 лет (период 1990–1999 гг.) составило 63,92 в расчете на 1000 контингента ПМЦ. За 10-летний период наблюдалось волнообразное изменение числа зарегистрированных случаев дерматофитии. Доля дерматофитии ногтей в общем числе зарегистрированных случаев

дерматофитии составила около 77%. Таким образом, онихомикоз (дерматофития ногтей) являлся преобладающим среди всех диагнозов дерматофитии. На втором по встречаемости месте стоял микоз стоп, на третьем — микозы гладкой кожи. Дерматофития ногтей регистрировалась более чем в 3 раза чаще, чем дерматофитии всех остальных локализаций, взятые вместе.

Дерматофитии, включая онихомикозы, составили значительную долю в дерматологической патологии (31%), а доля собственно онихомикоза составила 24%. Дерматофитии (включая дерматофитию ногтей) и собственно онихомикозы по рангу встречаемости заняли второе место, уступая только всем негрибковым и неонкологическим заболеваниям кожи, взятым вместе.

Общая распространенность (превалентность) онихомикоза, в пересчете на 1000 контингента, составила 54,5 (или 5,45%). Распространенность онихомикоза оказалась выше у мужчин во всех возрастных группах (в 1,8 раз), кроме группы 20–29 летних. При распределении показателей по возрасту было установлено, что с переходом в более старшую возрастную группу распространенность среди всех больных постоянно увеличивается (в среднем, в 2,46 раз). Разница в распространенности онихомикоза в зависимости от пола увеличивается с возрастом. Наиболее

высока распространенность у мужчин старше 80 лет. Средняя продолжительность заболевания по данным 1998 г. составила 21,9 лет (21,3 у мужчин и 22,4 у женщин).

Средние показатели заболеваемости за 11 лет составили  $1,51 \pm 0,51$  на 1000 контингента (42 впервые выявленных случая в год). Показатели заболеваемости между отдельными годами различались, до 2 и более раз. Разница в заболеваемости между первым и последним годами изученного диапазона составила 1,39 года (выросла в 2,24 раза). Наиболее высокой заболеваемость оказалась в группе 50–59 летних, наиболее низкой — у лиц моложе 29 лет. При использовании стандартизованных показателей также отмечался рост заболеваемости, достигающий 2,5 раз.

Среднегодовой темп прироста заболеваемости за изучаемый период составил 5,05%. За исключением 1990 и 1992 г., заболеваемость была выше у мужчин, причем наиболее выраженная динамика заболеваемости наблюдалась и может ожидать в группах 30–39 и 40–49 лет. У женщин заметный прирост заболеваемости наблюдался и прогнозировался в группах 40–49, 60–69 и старших 80.

Результаты проведенного исследования указывают на значительную распространенность и рост заболеваемости онихомикозом у современного городского населения России.

---

## ИНДЕКС КИОТОС: СИСТЕМА РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ

*Сергеев А. Ю.*

*ММА имени И. М. Сеченова  
Москва, ул. Б. Пироговская, д. 2/6*

До настоящего времени не существовало общепринятого, обоснованного подхода к терапии онихомикозов на основе клинических данных. Это затрудняет дальнейшее изучение проблемы онихомикозов, и в частности — исследования эффективности новых лекарственных средств.

Для определения схемы и продолжительности системной терапии нами разработан индекс КИОТОС. Индекс представляет собой универсальную систему принятия терапевтических решений при онихомикозе. В системе КИОТОС подход к терапии (местная, системная или комбинированная, необходимость удаления ногтевой пластинки) выбирается на основании комплекса клинических факторов, оказывающих наибольшее влияние на эффективность лечения. К ним отнесены: клиническая форма онихомикоза, распространенность поражения и выраженность подногтевого гиперкератоза. Степени изменения этих показателей соответствуют деления трехбалльной шкалы, а конечное значение клинического показателя КИ рассчитывается по специальной формуле.

При показателях, требующих системной терапии (КИ более 3) дополнительно рассчитывается ростовой показатель (РИ), учитывающий основные факто-

ры, определяющие скорость отрастания ногтевой пластинки. К ним отнесены локализация поражения и возраст пациента. Эти показатели также оцениваются по трехбалльной шкале, а конечное значение РИ рассчитывается по формуле.

Единое значение КИОТОС, являющееся произведением показателей КИ и РИ, указывает на необходимую продолжительность системной терапии. В целом, современные схемы интермиттирующей и пульс-терапии наиболее применимы при значениях КИОТОС выше 10, чему соответствует распространенное поражение или локализация процесса на медленно растущих ногтях. При КИОТОС от 16 и выше необходимы увеличение продолжительности лечения или комбинированная терапия. При этом на основе КИОТОС возможна последовательная комбинированная терапия, когда местные антимикотики назначаются не одновременно, а после стандартного курса системной терапии, когда КИОТОС снижается до значений, соответствующих местной терапии.

Для более удобного расчета КИОТОС практикующими врачами нами разработаны особая линейка и программное обеспечение — калькулятор «КИОТОС».

## ПЕРВАЯ МАССОВАЯ КАМПАНИЯ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗОМ

Сергеев Ю. В., Сергеев А. Ю., Бучинский О. И., Мокина Е. В.

Национальная академия микологии  
117218, Москва, Б. Черемушкинская ул., д. 34

Рост заболеваемости онихомикозами объясняет необходимость активных мероприятий, направленных на выявление и лечение больных, которое на уровне населения в целом не осуществимо только в рамках диспансерного наблюдения.

С этой целью в 2000 г. Национальная академия микологии начала проект «Горячая линия». Проект имеет три главных задачи:

1. Оповещение населения с помощью средств массовой информации;
2. Экспресс-консультация населения врачами-операторами «Горячей линии»;
3. Направление больных в медицинские центры, где проводится лечение онихомикоза.

В рамках первой задачи в средствах массовой информации (печатных, на многих каналах радио и телевидения) сообщалось о проблеме онихомикозов, ее важности, вероятных последствиях и возможности излечения. В конце каждого сообщения указывался телефон «Горячей линии». На этом этапе акцентировалась проблема онихомикоза как заболевания, одной из болезней ногтей, подлежащего лечению. Наличие промежуточного звена — врача, консультацию которого можно бесплатно и анонимно получить по телефону, существенно повышало мотивацию больных онихомикозом. Так, в течение только 2 первых месяцев работы проекта поступило более 54 000 обращений, что составило около 2,2/тыс. населения × мес. (по г. Москве).

Вторая задача «Горячей линии» осуществлялась в специально оборудованном центре, где находились операторы-регистраторы и операторы-врачи. Первые принимали исходные обращения и переключали их на операторов-врачей, соединенных специальной телефонной сетью. У каждого врача и регистратора на линии имелся компьютер, также соединенный в об-

щую сеть. В компьютере находилась база данных, содержащая как общие (время обращения, цель, возраст и пол обратившегося, телефон и пр.), вводимые регистратором так и специальные сведения, вводимые врачом. Врачами-операторами были квалифицированные дерматологи, прошедшие дополнительную подготовку. Нами был разработан алгоритм экспресс-диагностики онихомикоза в рамках «Горячей линии», показавший высокую чувствительность и специфичность. При сомнениях больного врач-оператор разъяснял ему необходимость лечения, профессионально, путем личной беседы повышая мотивацию к обращению в медицинский центр.

После установления диагноза пациент вновь переключался на регистратора, который записывал его на прием в один из более 10 участвовавших в проекте медицинских центров. В течение 2 первых месяцев работы «Горячей линии» записалось на прием более половины обратившихся (60,9%), а уже прошли обследование 42%. В медицинских центрах были выделены специальные кабинеты, где врачи-дерматологи посменно принимали больных. Состав медицинских центров, занятых в проекте, периодически изменялся.

Каждый день работало, в среднем, 4 центра. В медицинских центрах были выделены специальные кабинеты, где врачи-дерматологи посменно принимали больных. Всего с апреля по сентябрь 2001 г. было принято 136723 звонков, из них обработано операторами 71771. Значительное количество обращений затрудняло обработку всех входящих звонков сразу. Врачами-операторами было поставлено 53328 диагнозов онихомикоза, что составило 70,45% обработанных звонков. Записалось на прием в первый день обращения за 5 мес. 20559 человек, что составило около 43% диагностированных случаев.

## ASPERGILLUS CLAVATUS: НОВЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ОНИХОМИКОЗА

Сергеев А. Ю., Маликов В. Е., Сергеев Ю. В., Жарикова Н. Е.

Медицинский центр УД Президента РФ  
Москва

В последнее время большое внимание привлечено к грибам-недерматофитам. Среди них выделяют несомненных возбудителей онихомикоза, по патогенности не уступающих дерматофитам (*Candida* и *Scytalidium spp.*). Некоторые виды постоянно выделяются из пораженных ногтей и считаются возбудителями онихомикоза (некоторые *Aspergillus spp.*, *Fusarium oxysporum*, *Onychocola canadensis*, *Scopulariopsis brevicaulis*). Имеется также большая группа грибов, патогенность которых оспаривается (*Acremonium spp.*, *Alternaria spp.*, *Chaetomium spp.*, *Ulocladium spp.* и др.).

Некоторые виды *Aspergillus*, такие как *A. candidus*, *A. sydowii*, *A. terreus*, *A. versicolor*, описаны как самостоятельные возбудители онихомикоза. В 1997–2001 г.

*Aspergillus spp.* выделялись в 38% случаев недерматофитного плесневого онихомикоза в ПМЦ.

Ранее нами был описан новый вид *Aspergillus*, способный вызывать онихомикоз. При идентификации была установлена принадлежность к виду *Aspergillus ustus* гриба, выделенного из пораженных ногтей больного 74 лет. Признаком, позволившим идентифицировать вид, стало обнаружение многочисленных крупных клеток Хюлле.

Позднее из ногтей другого пациента в 1999 г. был выделен грибок, идентифицированный по макро- и микроморфологическим характеристикам как *A. clavatus*. Данный вид был выделен из ногтя I пальца стопы больной в возрасте 66 лет. Клинические проявления

не имели признаков, позволяющих утверждать о не-дерматофитной этиологии поражения. В то же время, поражение было изолированным. Обращал на себя внимание выраженный гиперкератоз. Исследование соскобов кожи не выявило дерматофитной инфекции. При изучении патологического материала из пораженных ногтей (соскоб из-под пораженной ногтевой пластины после удаления ее дистального фрагмента) был обнаружен мицелий плесневого гриба.

При посеве материала из ногтей на среде с циклогексимидом не было получено роста культуры. При посеве на среду без циклогексимида наблюдался рост культуры вокруг места инокуляции.

Больной был назначен курс пульс-терапии итраконазолом (3 цикла), с предварительной кератолитической терапией (мочевинно-салициловый пластырь). Через 16 мес. наблюдалось отрастание здоровой ногтевой пластины.

## СОВРЕМЕННАЯ ЭТИОЛОГИЯ ОНИХОМИКОЗА В РОССИИ

Сергеев А. Ю., Жарикова Н. Е., Сергеев Ю. В., Маликов В. Е.  
Медицинский центр УД Президента РФ,  
Москва

Для изучения современных этиологических характеристики онихомикозов нами было проведен анализ деятельности микробиологической лаборатории ЦКБ УД Президента РФ (МЛ ЦКБ) за период 1997–2001 гг. Всего за указанный период в МЛ ЦКБ было выделено 3075 культур из 12617 направленных из разных учреждений системы МЦ образцов материала, взятых из измененных ногтей.

Дерматофиты в среднем за период 1998–2001 г. выделялись в 73,3%; грибы рода *Candida* – в 9,6%, а плесневые грибы – в 16,9%. Среди идентифицированных до рода и вида грибов лидирующее положение занимал *T. rubrum* (71,06%), на 2 месте находились грибы рода *Candida* (8,8%), на 3 – *T. mentagrophytes* var. *interdigitale* (4,6%). Встречаемость разных видов различалась между годами. В основных группах возбудителей соотношение разных видов и родов грибов имело свои особенности. Так, среди дерматофитов *T. rubrum* явился беспорным лидером, составив 93,3% всей дерматофитии ногтей. *T. mentagrophytes* выделялся примерно в 15 раз реже. При этом следует отметить обнаружение *T. mentagrophytes* в 5 культурах (1,8%), выделенных из ногтей кисти. Среди остальных дерматофитов *M. canis* (микроспория ногтей) был выявлен в одном случае, а *E. floccosum* выделялся реже, чем *T. tonsurans*. Выделяемость *T. mentagrophytes* была подвержена значительным вариациям (0,81–11%).

Из ногтей стоп грибы выделялись (в разные годы) в 4–15 раз чаще, чем из ногтей кистей. Доля положительных культур, полученных из ногтей кистей, незначительно, но неуклонно повышалась, составляя от 5% в 1997 г. и до 7,3% в 2001 г. Доли основных групп

грибов, выделенных из ногтей кистей в 1997–2001 г., составили: для дерматофитов – 38,4%, для дрожжевых грибов *Candida* – 44,8%, для плесневых – 16,5%, для прочих – 0,4%. Таким образом, грибы рода *Candida* заняли лидирующее положение в этиологической структуре онихомикоза кистей.

Доли основных групп грибов для ногтей стоп составили 79,9% для дерматофитов, 5,3% для *Candida* spp., 14,3% для плесневых и 0,5% для прочих грибов. При выделении *T. rubrum*, как правило, были получены культуры и из ногтей стоп.

*Aspergillus* spp. и *Scopulariopsis brevicaulis* выделялись с равной частотой (по 23 случая за 5 лет или по 38,3%), на следующем месте находились *Penicillium* spp. (16,7%), а встречаемость остальных видов (*Acremonium*, *Alternaria*, *Fusarium* spp.) была единичной (по 1,7%). В то время, как отдельные идентифицированные виды плесневых грибов (*Acremonium*, *Alternaria*, *Fusarium*) регистрировались спорадически, *Aspergillus* и *Scopulariopsis* выделялись с неодинаковой частотой (в разные годы от 0 до 11%). Среди идентифицированных видов *Candida* *C. albicans* выделялся в 50% случаев, *C. glabrata* – в 30,8%, а прочие виды – *C. parapsilosis*, *C. tropicalis*, *C. guilliermondii*, *C. crusei* и *C. kefyr* лишь однократно. Случаев смешанной инфекции, т. е. одновременного выделения грибов, относящихся к разным группам возбудителей, и расцененных как истинная микст-инфекция, а не контаминация культуры, за 5 лет было всего 16 (0,5%).

Таким образом, в современной этиологической структуре онихомикоза стоп в России недерматофитные возбудители составляют не менее 20%, а онихомикоза кистей – более половины.

## СИНДРОМ АРЕСЕД: НОВЫЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН

Сергеев А. Ю., Земсков В. М., Иванов О. Л.,  
Сергеев Ю. В., Караулов А. В.  
ММА имени И. М. Сеченова,

Институт аллергологии и клинической иммунологии  
103104, Москва, М. Бронная ул., д. 20 стр. 1

Хронический кандидоз кожи и слизистых оболочек входит в аутоиммунный полигландулярный синд-

ром 1 типа (АРЕСЕД). Иммунопатологические феномены, обуславливающие образование аутоантител и



недостаточность противоинфекционного иммунитета, остаются во многом неизученными.

Под нашим наблюдением находилось 7 пациентов с синдромом APESED, в возрасте от 9 до 15 лет (из них 3 девочки, 4 мальчика). Гипопаратиреоз отмечался у 5, поражение щитовидной железы — у 4, гипокортицизм (с заместительной терапией кортикостероидными гормонами) — у 4 больных. У 3 (2 мальчика, 1 девочка) наблюдалась алопеция. Из проявлений кандидоза преобладали стоматит и глоссит (все больные), ангулярный стоматит (у 6), паронихия (у 4). У 4 пациентов одновременно наблюдалась дерматофитная инфекция кожи и/или ногтей, у 5 — часто рецидивирующий лабиальный герпес.

Иммунологический профиль и экспрессия рецепторов на лейкоцитах оценивались с помощью проточной цитометрии. У больных с гипокортицизмом, постоянно получавших кортикостероидные гормоны, отмечалось повышение абсолютного числа лейкоцитов большинства популяций.

Во всей группе отмечалась повышенная экспрессия рецепторов CD20 и CD21. Относительное содержание CD4+ лимфоцитов достоверно не отличалось от нормы, однако иммунорегуляторный индекс был достоверно ( $p < 0,01$ ) ниже. Достоверно снижена была

также экспрессия рецепторов CD16, апоптозного антигена CD95 на лимфоцитах и нейтрофилах. Экспрессия интегрина MAC-1 (CD11b) на лимфоцитах была также снижена, что в высокой степени коррелировало со снижением экспрессии антигенов HLA-DR на T-лимфоцитах и обратно коррелировало с иммунорегуляторным индексом.

У всех пациентов отмечалось повышение уровня антител класса IgM. Фагоцитарное звено отличалось снижением хемилюминесценции, индуцированной зимозаном. Кроме того, экспрессия CD71 (трансферриновый рецептор) на моноцитах была также достоверно снижена.

Результаты исследования указывают на наличие активного аутоиммунного процесса, характеризующегося пролиферацией В лимфоцитов, возможно поликлональной (активация через CD21 и синтез раннего IgM), на фоне снижения чувствительности лимфоцитов к апоптозу. Обнаруженное нами снижение экспрессии молекул CD11b и CD3/HLA-DR может свидетельствовать о сокращении или выпадении популяции супрессоров, которыми являются лимфоциты с фенотипом CD3+8+11b+. Изменения фагоцитарного звена говорят о снижении кислородного метаболизма, что ассоциируется с неэффективной микробицидной функцией.

---

## СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОЙ ТРИХОФИТИИ

*Шапаренко М. В., Петровский Ю. А., Алексеева Л. Р.  
Кафедра дерматовенерологии с курсом лабораторной  
диагностики РМАПО, КВД № 2  
Москва*

Наблюдались 3 мальчика больных трихофитией, в возрасте 10, 11 и 13 лет, жителей ЦАО г. Москвы. Из них 2 — члены одной семьи и 1 — сосед. У всех пациентов была поражена кожа рук, груди с вовлечением пушковых волос, а также волосистая часть головы. Все дети были направлены в ММЦ, где в результате микроскопического и бактериологического исследования у всех мальчиков был обнаружен *T. violaceum*. Члены семей заболевших, а также контакты (организованные коллективы, всего 200 человек) были осмотрены в течение 3-х дней после обращения, больных трихофитией среди них выявлено не было.

Лечение проводилось амбулаторно. Противогрибковая терапия проводилась препаратами: итраконазолом («орунгал») по 1 таблетке 1 раз в день в течение 14 дней и гризеофульвином по общепринятой методике; наружно применялись серно-салициловая мазь, крем тербинафина («экзифин») и крем кетоконазола («низорал»).

По месту жительства была проведена текущая и заключительная дезинфекция.

Клинико-этиологическое излечение достигнуто у всех пациентов. У пациента, получавшего итраконазол, уже после 14 дней лечения получены отрицательные лабораторные результаты.

---

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

*Сингур О. А., Туркутюков В. Б., Сингур Л. Г.,  
Тарасенко В. Е., Шимчик Е. А.  
Владивостокский государственный медицинский университет  
Владивосток, ул. Острякова, д. 2*

Урогенитальные кандидозы вносят существенный вклад в общую заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем. Кандидозы, протекающие как моно или микст инфекция, отягощают течение сопутствующих заболеваний урогенитального тракта

и усложняют тактику противомикробной химиотерапии. Из дрожжеподобных грибов наиболее частыми патогенами являются *Candida albicans* (79%), в меньшей степени *Candida tropicalis* (21%). Динамика поражений урогенитального тракта кандидами имеет прогресси-

рующий характер. Так, в Приморском крае заболеваемость данной инфекцией находится в пределах от 150,9 на 100 тыс. населения в 1993 г., до 220,5 – в 2001 г. В течение анализируемого периода (с 1993 по 2001 гг.), снижение заболеваемости отмечалось лишь в 1995 и в 1998 гг., составив 90,1 и 110,8 на 100 тыс. населения соответственно, выявив двухлетний период снижения и нарастания числа заболевших. Анализируя заболеваемость в различных возрастных группах населения обращает на себя внимание тот факт, что практически в 5 раз увеличилась заболеваемость кандидозами уrogenитального тракта в группе 0–14 лет, в 1,5 раза – в группах 15–17 лет и 30–39 лет. В остальных возрастных группах, кроме группы 40 и выше, где отмечено снижение в 2 раза, заболеваемость в анализируемый период увеличивалась на 10–15% ежегодно. Наиболее часто уrogenитальный кандидоз диагностирует-

ся у женщин (90%), у мужчин значительно реже (10%). Однако у мужчин кандидоз чаще выявляется как сопутствующая инфекция, в сочетании с гонореей, уреаплазмозом, хламидиозом, трихомонозом. Кандидоз, как сопутствующее заболевание, у них чаще выявляется при хронизации гонореи, выделении штаммов гонококков, продуцирующих бета-лактамазы. При сочетанном инфекционном процессе происходит значительное увеличение сроков лечения, усложняются схемы этиотропной терапии, что приводит к резкому росту финансовых затрат на лечение. Важным условием снижения заболеваемости уrogenитальным кандидозом является: своевременная и качественная диагностика микоза, как основного заболевания, так и при микст-инфекциях; применение рациональной противомикробной химиотерапии и адекватный контроль её качества и эффективности.

### ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССОВ ПОЛ У БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ СТОП НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Скурихина М. Е., Будумян Т. М.*

*Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии  
620076, г. Екатеринбург, ул. Щербакова, д. 8*

Микозы стоп занимают одно из ведущих мест в структуре инфекционных заболеваний кожи и слизистых и отличаются разнообразием эпидемиологических и патогенетических механизмов, трудностями диагностики, лечения и профилактики. В настоящее время уровень заболеваемости этой инфекцией, составляет в среднем 18% и достигает 30% населения в крупных промышленных центрах. Многие авторы отводят значительную роль сосудистым нарушениям в патогенезе микозов стоп, так как обнаруживаемые у больных трофические расстройства, а также связанные с ними угнетения окислительно-восстановительных процессов, способствуют развитию микотической инфекции.

Для оценки процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной активности сыворотки крови было обследовано 37 больных микозами стоп (25 женщин, 12 мужчин) в возрасте от 35 до 65 (средний возраст  $50,3 \pm 3,2$ ), находившихся под наблюдением в УрНИИ ДВ и И, которые были разделены на 2 группы: 1-я – больные микозом стоп на фоне хронической венозной недостаточности (20) и 2-я – больные микозом стоп без сопутствующей патологии (17). Изучение проводилось путём исследования показателей активности супероксиддисмутазы (СОД), малонового диальдегида (МДА) и гидроперекисей липидов (ГП), устойчивости мембран эритроцитов к перекисному гемолизу, а также антиокислительной активности (АОА).

В результате исследований установлено повыше-

ние уровня промежуточных, но наиболее токсичных продуктов перекисаации – гидроперекисей липидов в группе больных микозами стоп на фоне хронической патологии вен ( $0,25 \pm 0,01$  у. е.) в 2 раза превышающее показатели во второй клинической группе ( $0,15 \pm 0,03$  у. е.). Однако, несмотря на невысокую генерацию конечных продуктов ПОЛ (МДА) у пациентов микозами стоп, как в первой ( $2,88 \pm 0,86\%$ ), так и во второй ( $5,3 \pm 1,2\%$ ) группах наблюдалось снижение устойчивости эритроцитов к перекисному гемолизу, характеризующее степень нарушения функции и целостности мембран клеток, наиболее выраженные у больных с сочетанной патологией. Антиоксидантная активность сыворотки крови снижена в обеих группах и особенно у пациентов с микозами стоп на фоне ХВН ( $26,09 \pm 2,2\%$  торм.).

Таким образом, у больных микозами стоп наблюдается дисбаланс регуляторного механизма ПОЛ-АОА: наряду с невысокой генерацией продуктов ПОЛ у наших больных отмечалось угнетение функциональной активности АОА, усугубляющееся при интеркуррентных заболеваниях.

Наши исследования показали, что хроническая венозная недостаточность, являясь благоприятным фоном для заражения грибковой инфекцией, способствует несостоятельности естественных механизмов резистентности, что приводит к неадекватности ответа на инфекционные агенты, в частности грибы.

## ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА МИКОЗОВ

*Стерлигова Н. Д.*

*Городской микологический центр кожно-венерологического диспансера №1  
117707, г. Москва, Ленинский пр., д. 17*

Грибковые инфекции остаются важной проблемой для здравоохранения, т. к. они снижают «качество» жизни и социальную адаптацию больного. Кроме того, больные грибковыми инфекциями являются источниками их распространения, как в семье, так и в местах общего пользования.

Лабораторные исследования играют решающую роль, как в диагностике микозов, так и в организации борьбы с ними.

Городской микологический центр осуществляет лабораторную диагностику микозов населению г. Моск-

вы. Только в 2000-2001 гг. на наличие грибов лабораторно было обследовано 30743 человека. Из них взрослых и подростков было 27010 и детей до 14 лет 3733 чел. При этом им было сделано 83668 микроскопий патологического материала. У 64 больных был установлен диагноз микроспории, у 2 – трихофитии. Однако основную массу составили больные руброфитией, эпидермофитией и кандидозом. У 415 больных подтвержден диагноз ониомикоза, у 22 – кандидоза кожи и слизистых. Сейчас завершается оснащение микологической лаборатории для проведения культуральной диагностики.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РОСТОВОГО КОМПОНЕНТА КИОТОС У БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Сундукова И. О.*

*Национальная академия микологии  
Москва*

Нами проводился контроль роста ногтевых пластинок у больных с сочетанной патологией ониомикоз и варикозное расширение вен с хронической недостаточностью 2 степени, не применявших венотонизирующий препарат «детралекс». Результаты сравнивались с результатами в контрольной группе.

Все больные исследуемой и контрольной групп, входили в одну возрастную группу 40-59 лет, имели длительный анамнез ониомикоза (более 3 лет). Оцениваемые клинические параметры и индекс КИОТОС у больных обеих групп были сходными: 8,3 – в исследуемой группе и до 12 в контрольной. У каждого пациента наблюдалось поражение 1 пальца стопы. Системная терапия проводилась 4-мя курсами итраконазола («орунгал»). У всех больных исследуемой группы был длительный анамнез ВРВ.

На контрольных 4-м и 6-м месяцах у больных 1 группы видимых изменений клинической картины не отмечалось, на лабораторном исследовании нити мицелия обнаруживались.

На 9 месяце у больных с ХВН – 6 человек (все женщины): глубина поражения уменьшилась до 0,2 см (исходное поражение 0,5-0,6 см при средней длине ногтевой пластины 1,8 см). Гиперкератоз стал менее выраженным. При лабораторном исследовании

нити мицелия были найдены. У 1 человека (мужчина) видимых изменений мы по-прежнему не наблюдали.

На 12 месяце глубина поражения ногтей у больных в исследуемой группе была равна 0,1 см, нити мицелия в препарате отсутствовали. У мужчины показатели не изменились.

На 15 месяце наблюдения видимых изменений мы не наблюдали.

На 18 месяце мы получили микологическое и клиническое излечение у всех исследуемых больных в 1 группе. Исключение составил 1 человек (мужчина).

Наблюдая за больными в контрольной группе, мы получили полное отрастание ногтевой пластины 1 пальца стопы к 15 месяцу. Средний ежемесячный рост на фоне применения итраконазола составил 0,12 см.

В настоящем исследовании мы отметили увеличение сроков отрастания ногтевой пластинки, превышающее значения ростового компонента КИОТОС для соответствующей возрастной группы и локализации у пациентов с сосудистой патологией, не применявших венотонизирующих препаратов. Рост ногтевой пластины замедлился в 2 раза. В таких случаях может быть использован коэффициент-множитель для модификации конечного значения КИОТОС.

## ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ОНИХОМИКОЗОВ

*Суворов А. П., Суворов С. А.*

*Медицинский университет  
Саратов, ул. Провиантская, д. 22*

Недостатки микроскопического исследования затрудняют экспресс-диагностику ониомикозов, необходимость в которой очевидна, например, при проведении массовых профессиональных осмотров.

Как показали результаты проведенных исследований, сопротивление пораженной мицелием гриба ногтевой пластинки постоянному электрическому току снижается. Так, у больных ониомикозом

(клинический диагноз подтвержден микроскопическим исследованием) электросопротивление колебалось в пределах 70–200 Ком, а в группе контроля (у клинически и микроскопически здоровых лиц) во всех случаях было выше 500 Ком. Различия среднеарифметических результатов статистически достоверные (соответственно – 120,0+–18,7 и 635+–120 Ком;  $p < 0,001$ ). Последнее обусловлено тем, что мицелий гриба представляет собой круглую трубку и в тканях организма редко септирован. Из неорганических веществ в грибном теле содержание во-

ды достигает 99% (Кашкин П. Н., Шеклаков Н. Д., 1978).

Электросопротивление ногтевой пластинки у больных псориазом, красным плоским лишаем и кератомами 800 Ком и более.

Для экспресс-диагностики онихомикозов нами разработано специальное устройство, фиксирующее по мере продвижения электрода по ногтевой пластинке электросопротивление. При снижении его величины до 200 Ком и ниже делается заключение о наличии микотического поражения.

## КАНДИДО-ТРИХОМОНАДНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У ДЕТЕЙ

*Танков Ю. П., Коцевых Е. В., Князева Т. Ю., Романова С. Н.*  
Алтайский медицинский университет  
Барнаул

Наблюдали 8 девочек в возрасте от 2 до 15 лет с кожными высыпаниями в виде одиночных плоских эрозивных папул или конических пустул молочного цвета размером 2–3 мм, расположенных на лице, шее, предплечьях. Высыпания сопровождалось сильным зудом. Характерными, общими симптомами были: запоры, холецистит, поликистоз яичников (у старших детей: УЗИ – диагностика), периодические воспаления вульвы. У родителей девочек выявлен трихомоноз, подтвержденный культуральным исследованием. Соскобы с папул и содержимое пустул помещали в микроскопические камеры вместе с питательной средой (Диагност-Мед, Омск), далее камеры культивировали в микроаэробных условиях при 37°C. Нативную и классическую по Gimsa (светопольную, темнопольную, поляризационную, интерференционную и фазово-контрастную) микроскопию проводили на видеомикроскопе (Aristoplan/Leiz, видеокамера Sony SC370P) в сочетании с видеозаписью (Panasonic NV-L25 HQ), а также микроскопах серии Люмам (ЛМОМ) и Biolar (Польша). При необходимости одно или двухмерные образы трихомонад оцифровывали на сканер-компьютере (Epson film-scan 200) и далее анализировали в режиме Grayscale и RGB в редакторе изображений. Дополнительным, объективным параметром идентификации протиста служила гистограмма яркости тона (в градациях 0–255) компьютерного образа клетки трихомонады, а также матричный, по

пиксельный анализ изображений по автоматической компьютерной программе LZW сжатия. Разработанные методы позволяли отличить трихомонад от лейкоцитов. Применение разработанного культурально-цитологического метода позволило обнаружить в содержимом кожных высыпаний трихомонады и дрожжевые клетки рода *C. albicans*. В соскобе с вульвы также были найдены дрожжевые клетки и трихомонады. При культивировании протисты сохраняли морфологические свойства на протяжении 15 дней наблюдения, однако в отличие от *C. albicans* заметного деления клеток не наблюдали. Дополнительными характерными морфологическими признаками трихомонад, выделенных с кожи, явилась их булавоподобная, с хвостом форма, повторяющая рельеф межклеточных щелей эпидермиса. В содержимом пустул наблюдалось удивительно малое количество лейкоцитов. Применение анилиновых красок наружно (фулорцин) в сочетании с нистатином приводило к подсыханию и побледнению элементов сыпи, но инфильтрат папулы и зуд сохранялись. Дополнительное назначение «флагилы» привело к исчезновению болезни. Наши наблюдения показали, что обнаружение в нетипичных местах локализации высыпных элементов дрожжевых клеток (при малом числе лейкоцитов и неэффективности противодрожжевой монотерапии), является признаком-маркером возможности присутствия в коже трихомонад.

## ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА МИКОЗОВ СТОП У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Терханова И. В., Федотов В. П.*  
Днепропетровская государственная медицинская академия  
Украина, г. Днепропетровск, ул. Байкальская, д. 9-а, кафедра дерматовенерологии

Микозы стоп установлены клинически, микроскопически и культурально у 136 из 243 обследованных старше 60 лет, пребывающих в геронтологической клинике с генерализованным атеросклерозом (72%), ишемической болезнью (48%), гипертонической бо-

лезнью (62%) и варикозным симптомокомплексом (24%). У 89% больных высеян красный трихофитон. С помощью реовазографии выявлено уменьшение скорости кровотока, снижение кровоснабжения, увеличение венозного давления, снижение насыщенности

крови кислородом. При капилляроскопии выявили нарушения функции микроциркулярного русла, что нарушало трофику ткани. При исследовании электроэнцефалографии установлена десинхронизация и асимметричность, сглаженность зональных ритмов на фоне диффузного усиления медленноволновых колебаний, что свидетельствует о дисфункции структур мембранно-ретикулярного комплекса. С помощью дермографизма установлена инертность реагирования капилляров на механические раздражители. Итак, в патогенезе микозов стоп существует порочный круг

патологического взаимодействия нервной системы и сосудистой, что является ведущим в развитии микозов у лиц пожилого возраста. Это позволило нам рекомендовать в комплексную терапию микозов стоп, наряду с этиотропными препаратами (системные антимикотики, оригинальные предложенные нами лекарственные формы в виде мази, крема, лака с себетозолом), включить корригирующие средства, улучшающие деятельность желудочно-кишечного тракта, и сердечно-сосудистой системы, антидепрессанты, иммуномодуляторы, мелатонин.

## ПРОБЛЕМЫ МИКОЛОГИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Туркутюков В. Б.**

Департамент здравоохранения администрации Приморского края,  
Владивостокский государственный медицинский университет  
690002, Владивосток, пр. Острякова, д. 2

Современный этап реформирования здравоохранения, а также внедрение системы стандартизации лечения заболеваний, настоятельно требуют пересмотра и совершенствования системы диагностических стандартов. Это должно обеспечить единство подходов к клинико-диагностическим исследованиям, а опосредованно и совершенствованию материально-технического их обеспечения. Для проведения современных микологических лабораторных исследований необходимо чтобы лаборатории соответствовали международным требованиям: использовали стандартизованные методики исследования; применяли современное оборудование и лабораторную технику; использовали качественные расходные материалы и тест-системы; осуществляли эффективный внутрилабораторный контроль качества; оценивали качество проводимых исследований в системе вневедомственного контроля качества.

В настоящее время микологические исследования, проводимые только в лабораториях специализированных диспансеров, не отвечают основным требовани-

ям, предъявляемым к результатам микробиологических исследований — своевременности и этиологической значимости. В целях совершенствования микологической диагностики в клинической практике считаем целесообразным следующее: продолжить развитие сети специализированных микологических лабораторий; передать функции стандартизации и оценки качества профессиональной деятельности профессиональным общественным организациям; регламентировать обязательное современное материально-техническое оснащение и обеспечение эффективными расходными материалами; ввести систему вневедомственного контроля качества микологических исследований; проводить мониторинг качества отечественных и зарубежных тест-систем, питательных сред, оборудования.

Комплексное решение поставленных задач позволит повысить качество диагностических мероприятий, обеспечить эффективность и своевременность лечения микозов, что возможно при принятии Федеральной программы развития микологической диагностики в РФ.

## ДЕРМАТОМИКОЗЫ В ПРИМОРЬЕ

**Юцковский А. Д., Юцковская Я. А., Убранцева А. С.**

Владивостокский государственный медицинский университет.  
690002, Владивосток, пр. Острякова, д. 2

Анализ заболеваемости среди лиц, обратившихся в дерматологические учреждения Приморского края в течение 1991–2001 гг., позволил выявить различные дерматозы у 13,4%. Из них у 22,5% были диагностированы грибковые поражения кожи и ее придатков. Среди возбудителей преобладали *M. canis*, *T. verrucosum*, *T. rubrum*, *C. albicans*. Между тем, по видимому, с учетом особенностей края: географических, климатических, демографических, производственных регистрировались и грибковые поражения, обусловленные *S. schenckii*, *H. pedrosoi*, *A. flavus*,

*Nocardia tenuis*. Среди особенностей грибковых поражений выявлено нарастание инфекции, обусловленной *T. rubrum* и *C. albicans*, *T. verrucosum* в зависимости от возраста. Так, поражение ногтевых пластин, обусловленное *T. rubrum*, зарегистрировано у 4,7% обратившихся детей в 1999 г. и у 5,7% — в 2001 г. Поверхностный кандидоз кожи и слизистых выявлен у 6,5% в 1999 г. от числа обратившихся на прием детей, а в 2001 г. — у 15,6%. Микоз волосистой части головы (*T. verrucosum*) в 1998 г. был зарегистрирован у 4 взрослых, а в 2001 г. у 31 пациента. По краю ежегодно гриб-

ковое поражение, обусловленное красным трихофитом, регистрировалось в среднем у 3748 старших подростков и взрослых, а микроспория волосистой части головы и гладкой кожи диагностировалось в среднем у 1329 детей.

С учетом распространенности грибковых поражений, обусловленных красным трихофитом, и особенно ногтевых пластин на базе кафедральной клиники ВГМУ работает специализированный кабинет по лечению ногтевых пластин. Это позволило значительно улучшить диагностику изменений ногтевых пластин и уточнить их этиологию, оптимизировать методы терапии. В течение 2000–2001 гг. в кабинет обратилось 265 пациентов, из них у 115 диагностирован онихомикоз (*T. rubrum*). В их терапии использовали комплексное лечение: системные антимикотики (тербинафин, итраконазол), наружные противогрибковые средства (мази «экзодерил», «мебетизол») с одновременной обработкой ногтевых пластин особенно при гипертрофической форме поражения (механической, лазерной, кератолитиками). При использовании системных антимикотиков предпочтение отдавали мето-

ду пульс-терапии. Сравнительный анализ эффективности применений системных антимикотиков не выявил явного преимущества какого-либо одного из них. Эффективность терапии составила в среднем 85%. Между тем успех терапии коррелировал с клинической формой онихомикоза. Наименьший эффект наблюдался у лиц пожилого возраста, с площадью поражения ногтевой пластины более 50%, с ее гипертрофической формой поражения.

Итак, результат исследования свидетельствует не только о распространении различных дерматофитий среди населения Приморского края (22,5%), но и выявил рост поражений, обусловленных *T. rubrum*, *T. verrucosum*, *C. albicans*. Регистрация грибковых поражений, обусловленных не свойственными для региона видами грибов диктуют необходимость расширения информации о них среди дерматологов и судовых врачей. Наиболее эффективной при лечении онихомикозов оказалась комплексная терапия, включающая системные, наружные антимикотики с активной обработкой ногтевых пластин площадью поражения более 50% и гипертрофической формой ее поражения.

---

#### КЛИНИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ И ОНИХОМИКОЗАМИ

**Васенова В. Ю., Бутков Ю. С.**

*Российский государственный медицинский университет  
Москва*

Участившиеся случаи заболеваний микозами заставляют обращать более пристальное внимание на эту проблему. Основываясь на этом, мы провели клиническое, микологическое иммунологическое исследование у больных ладонно-подошвенными кератодермиями.

Под нашим наблюдением находилось 103 пациента с различными кератозами. Клинически процесс характеризовался диффузным или очаговым гиперкератозом ладоней и подошв. При анализе иммунограммы мы обнаружили достоверное увеличение общего количества лимфоцитов и снижению моноцитов. При этом у больных наблюдалась тенденция к снижению количества Т-лимфоцитов, достоверное увеличение цитотоксических клеток при существенном повышении количества В-лимфоцитов. Показано угнетение стимулированной и активация спонтанной хемилюминесценции нейтрофилов.

Мы разделили пациентов на 4 группы по характеру кератоза и наличию микоза. Уровень нейтрофилов и эозинофилов периферической крови оказался повышенным у больных с наличием микоза, более значимо у пациентов с приобретенными кератозами, также мы отметили усиление интенсивности кислородного метаболизма покоящихся нейтрофилов, что может быть объяснено сенсibiliрующим воздействием грибов. Наблюдающиеся снижение уровня моноцитов в периферической крови вероятно с их трансформацией в макрофаги при повреждении ткани и миграции к очагу поражения. Параллельно с этим отмечается тенденция к понижению уровня CD3+ клеток, достоверное угнетение стимулированной хемилюминесценции клеток, В-лимфоцитов, что подтверждает гипотезу о риске развития вторичного иммунодефицита и свидетельствует об активизации гуморального звена иммунной системы.

---

#### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ

**Воронина Л. Г., Лендерман Н. Г., Юлтыев А. В.**

*Оренбургская государственная медицинская академия  
460000, Оренбург, ул. Советская, д. 6*

В связи с высокой заболеваемостью онихомикозами в настоящее время нами была проведена работа с целью определения и оценки качества жизни (КЖ) 50 больных, страдающих данной патологией. Была ис-

пользована медикосоциологическая анкета Skin index, включающая вопросы, оценивающие психологическое воздействие онихомикоза на качество жизни больного, физическое и социальное воздействие. Допол-

нительно психологические воздействия были оценены с помощью теста Люшера. В результате исследования было установлено, что больные онихомикозами имеют низкий показатель КЖ ( $-61$ ). Наихудшее значение индекса качества жизни было у больных с поражением ногтей кистей и стоп. Большая часть обследованных (78%) считают свою жизнь в той или иной степени неполноценной и связывают это с косметическими дефектами. Среди больных, считавших свою жизнь неполноценной, преобладали пациенты молодого возраста, преимущество среди которых, составили женщины. Анализ результатов показал, что на значение индекса КЖ больных онихомикозами оказывает ряд факторов, связанных не только с физической стороной болезни, но и психологической и социальной. Процентное соотношение влияний онихомикозов на КЖ выглядит так: физическое – 24%; психологическое – 37%; социальное – 38%. У больных онихомикозами наблюдалось смещение основных цветов с первых позиций, что в соответствии с принятыми трактовками означало: пассивность, сочетающаяся с беспокойством и мнительностью, ощущение

непреодолимых трудностей, потребность в избавлении от их гнета, тревожное состояние, отсутствие спонтанной самореализации, усталость и плохое самочувствие.

По видимому, знание больных того, что болезнь носит хронический контагиозный характер, заставляет их по-прежнему волноваться за свое здоровье, за появления подобного заболевания у членов семьи и т. п. – это подтверждает проведенное нами анкетирование больных после лечения. Психологическое воздействие онихомикозов оказывается довольно высоким и достоверным (при  $p < 0,05$ ). Поскольку, онихомикозы изменяют и социальное положение больного (негативное отношение со стороны близких и друзей) пациенты впадают в депрессию, становятся более ранимы, восприимчивыми к симптомам заболевания. При анкетировании 74% решили начать лечения итраконазолом («орунгал»), расценивая свое заболевание как грубый косметический дефект, 20% в связи с профессиональной деятельностью (работа медицинским работником, продавцом) и 5% в связи с объективными ощущениями и объективными изменениями.

## ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОНИХОМИКОЗОВ

*Жарикова Н. Е., Сергеев А. Ю., Маликов В. Е., Сергеев Ю. В.*  
ЦКБ МЦ УД Президента РФ  
Москва

Современная лабораторная диагностика онихомикозов включает микроскопию патологического материала и выделение возбудителя в культуре. При этом выделяемость культур возбудителей онихомикоза остается невысокой, редко достигая 50%. В то же время, не все из выделенных из ногтей грибов могут быть расценены как возбудители онихомикоза.

В микробиологическую лабораторию ЦКБ за период с 1997 по первую половину 2001 г. было направлено 21256 образцов материала от 17757 больных. Образцов материала из ногтей среди них было 68%.

Нами было проанализированы результаты, получаемые при микроскопии патологического материала и его посева. Из направленных в лабораторию образцов было получено 3072 (14,4%) положительных ответов в микроскопии и культуре, 4210 (19,8%) положительных ответов только при микроскопии и 1486 (7%) ответов только при выделении культуры. Результаты исследования 12487 образцов (58,7%) оказались отрицательными.

Исходя из полученных данных, нами были расчитаны показатели чувствительности микроскопии и культивирования как методов лабораторной диагностики онихомикоза. Чувствительность метода мы определяли как отношение числа положительных результатов, полученных с помощью данного метода к общему числу положительных результатов. Согласно проведенным расчетам, средняя чувствительность микроскопии за 1997–2001 гг. составила 87,81%, а посева с выделением культуры – около 50%. Одиннадцать процентов положительных результатов были получены только при посеве материала.

Внедрение и использование посева на 2 среды одновременно (Сабуро с циклогексидом и без него), а также улучшенный сбор материала врачами позволили поднять процент выделения культур. В 1997–2001 гг. чувствительность культивирования повысилась более, чем на 6%. По результатам деятельности лаборатории в 1994–1996 гг., нам удалось проследить картину прироста чувствительности культуральной диагностики с 28,24% в 1994 г. до 52,7% в 2001 г.

Для более строгого анализа значимости выделения грибов в культуре нами были дополнительно изучены только те положительные результаты, которые подтверждались обнаружением элементов гриба в прямой микроскопии. Было установлено, что в культурах, полученных из ногтей кистей, доля дерматофитов увеличилась до 56,4% при сокращении доли *Candida spp.* (30,7%) и плесневых грибов (12,1%). В культурах, выделенных из ногтей стоп, наблюдалась та же тенденция: дерматофиты были получены в 86,9%, дрожжевые грибы рода *Candida* в 2,8%, а плесневые в 10,0%. Это может свидетельствовать о контаминации культуры или патологического материала как причине выделения большого количества плесневых или дрожжевых грибов.

Таким образом, в настоящее время микроскопия патологического материала остается наиболее чувствительным и специфичным методом лабораторной диагностики онихомикоза. В то же время, использование ее вместе с посевом материала и выделением культуры повышает чувствительность диагностики, иногда порождая, однако, трудности в оценке полученных данных.