

## **В.Г.ПАНКРАТОВ**

### **ДЕРМАТОМИКОЗЫ (МИКОЗЫ КИСТЕЙ И СТОП, ОНИХОМИКОЗЫ, МИКОЗЫ КРУПНЫХ СКЛАДОК) В ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА**

Белорусский государственный медицинский университет

// Здравоохранение. – 2013. - № 4. – С. 39-45.

Микозы кожи, особенно микозы ладоней, стоп, онихомикозы, микозы крупных складок, вызываемые патогенными и условно патогенными грибами, являются весьма распространенными заболеваниями у человека. Эксперты ВОЗ указывают, что микозами кистей и стоп страдает каждый пятый житель Земли. В отдельных профессиональных группах населения, а также у лиц с отягощённым соматическим анамнезом, эндокринопатиями, иммунодефицитом (ВИЧ-инфицированные) частота регистрации микозов стоп и онихомикозов достигает 50 % и более. Грибковые поражения кожи ладоней, стоп и ногтей по данным разных авторов составляют 37-42 % от всех болезней кожи и ногтей [1, 2, 3]. В Республике Татарстан удельный вес микозов стоп среди больных грибковыми поражениями кожи и ногтей, вызванных *Trichophyton rubrum* и *Tr. mentagrophytes* var. *interdigitales*, составил 75,3 % [4]. По данным Городского клинического кожно-венерологического диспансера г.Минска микозы кожи и её придатков (волосы, ногти) в 2008-2011 г.г. занимали второе место в общей структуре дерматологической заболеваемости после аллергодерматозов [5]. Неудивительно, что пациенты, страдающие этими дерматомикозами, довольно часто обращаются к врачам первичного звена (участковый терапевт, сельский или семейный врач).

Согласно Международной Классификации Болезней десятого пересмотра (МКБ-Х) микозы ладоней и стоп, онихомикозы и паховые микозы относятся или к дерматофитиям или к кандидозам:

В35 Дерматофития

В35.0 Микоз бороды и головы

В35.1 Микоз ногтей

В35.2 Микоз кистей

В35.3 Микоз стоп

В35.4 Микоз туловища

В35.6 Эпидермофития паховая

В35.8 Другие дерматофитии

В37.2 Кандидоз кожи и ногтей.

В этиологическом плане принято выделять 3 группы возбудителей грибковых заболеваний кожи: дерматофиты, дрожжеподобные грибы (кандиды) и плесени [3, 6, 7].

Дерматофиты – основная группа патогенных для человека грибов -представлены 39 видами, объединенными в роды *Trichophyton*, *Microsporum* и *Epidermophyton*. На долю кандидозных поражений кожи и ногтей приходится 30-42 % [8, 9]. В последние годы у больных микозами стоп и онихомикозами нередко этиологическим фактором выступают плесневые грибы, а также наблюдается более частое выявление смешанных микозов кожи ладоней, стоп и ногтей дерматофитно-дрожжевого или дерматофитно-плесневого происхождения [9].

Заражение и развитие грибковых заболеваний кожи зависит от состояния организма пациента (его иммунной, эндокринной и сосудистой систем), состояния барьерно-защитной функции кожи, от внешних факторов (повышенная температура и влажность воздуха, плохо подобранная обувь), особенностей возбудителя и его патогенности. По данным программы «Ахилес» ведущими факторами риска микозов стоп являются сосудистая патология нижних конечностей, сахарный диабет и различные деформации стопы [2]. К группам риска заражения микозами стоп относятся банщики, спортсмены, военнослужащие; рабочие, посещающие душевые; лица, регулярно посещающие сауны или бани. Риск развития онихомикоза стоп у больных сахарным диабетом в 2,8 раза выше, чем у здоровых людей [10-14]. У лиц пожилого и старческого возраста частота выявления микозов стоп и онихомикозов достигает 80 % [10-12]. По мнению В.М.Рукавишниковой (2003), именно этот контингент является резервуаром и постоянным источником распространения внутрисемейной инфекции, приводит к инфицированию 28 % пациентов молодого и среднего возраста [1].

Микологическое обследование пациентов в эндокринологическом, дерматологическом и терапевтическом отделениях г.Твери позволило выявить наличие грибковой патологии кожи у 87,3%, 81,6 % и 97,6 % больных, соответственно [11, 12].

Л.Г.Барабанов и соавторы (2008) сообщили, что при обследовании в г. Минске 2559 пациентов, обратившихся на приём к участковым терапевтам в 1 квартале 2007 года, микотические поражения стоп были выявлены у 922 (36,0 %), причём онихомикоз был впервые диагностирован 747 из них (81 %), микоз гладкой кожи стоп – у 78 (8,5 %), интертригинозный микоз стопы – у 97 (10,5 %) [15]. У этих же больных микозами стоп одновременно были выявлены болезни системы кровообращения (42,5 %), болезни органов дыхания (15,5 %), инфекционные заболевания (13,0 %), эндокринные болезни (4,6 %), аллергические и иммунные болезни ( 0,8 %), прочие заболевания (23,6 %).

На высокую частоту дерматомикотических и кандидозных поражений кожи в общей структуре заболеваемости человека указывают многие авторы [1 - 9, 13, 16-18].

Цель настоящей работы – уточнение тактики врача первичного звена (участковый терапевт, сельский врач, семейный врач) по клинической и лабораторной диагностике, лечению и профилактике микозов стоп и ладоней, онихомикозов и пахового микоза, определению показаний для направления больного на обследование и лечение в территориальный кожно-венерологический диспансер или кожное отделение районной больницы.

**Микозы стоп.** Основными возбудителями микоза стоп являются *Tr. rubrum* (руброфития стоп) и *Tr. mentagrophytes var. interdigitale* (эпидермофития стоп), гораздо реже другие дерматофиты. Преобладающим микозом стоп почти во всех странах мира является руброфития, удельный вес *Trichophyton rubrum* составляет 70-95 %, *Trichophyton interdigitale* от 7% до 34 % [1, 16]. Следует учитывать, что клиническая картина микоза стоп и эпидемиология процесса зависит от возбудителя. В повседневной практике врача сам факт выявления при микроскопии чешуек пораженного эпидермиса или ногтевой пластинки мицелия патогенных грибов вполне достаточен для диагноза «микоз стоп». Вместе с тем, особенности клинических характеристик с учётом выделенной культуры гриба дают возможность учитывать нозологические особенности руброфитии и эпидермофитии стоп.

В эпидемиологическом плане заражение руброфитией стоп чаще происходит в семье при непосредственном контакте с больным (чаще всего это больной пожилой член семьи), через обувь и предметы обихода, а также при совместном посещении бани или сауны. Эпидермофитией стоп в основном заболевают при посещении бани, сауны, спортивных залов, душевых в спортивных комплексах и в производственных помещениях.

Известно несколько клинических форм **эпидермофитии стоп**: стёртая, интертригинозная, сквамозно-гиперкератотическая и дисгидротическая.

Стёртая форма эпидермофитии стоп проявляется через несколько дней после заражения небольшим шелушением и мацерацией эпидермиса в III-IV межпальцевой складке стоп. Субъективно – легкий зуд. Поражение свода стопы проявляется ограниченными очагами шелушения без выраженных воспалительных явлений и субъективных ощущений. Такое поражение стоп может длиться многие месяцы и пациент, как правило, за помощью не обращается. Обычно стертая форма микоза стоп выявляется при осмотре больного врачом и последующего лабораторного обследования. Для подтверждения диагноза необходимо провести микроскопическое (лучше

одновременно и культуральное) исследование чешуек кожи соответственно межпальцевых складок или свода стопы.

Интертригинозная эпидермофития стоп обычно поражает кожную складку между III-IV и IV-V пальцами стоп и характеризуется наличием мацерации и отслойки рогового слоя с образованием трещин, мокнущих ссадин. По периферии ссадин имеется бахромка беловатого отслаивающегося эпидермиса. При отсутствии лечения характерно длительное течение, обострения в тёплое время года. Может осложняться онихомикозом или стрептококковой инфекцией по типу рожистого воспаления.

Сквамозная или сквамозно-гиперкератотическая эпидермофития вначале поражает одну стопу. На коже подошвы формируется очаг розоватого цвета, покрытый серовато-белыми чешуйками. Шелушение кольцевидное или муковидное. Беспокоит зуд разной степени выраженности. У отдельных больных на коже подошв появляются бляшки синюшно-красного цвета, покрытые наслоениями чешуек сероватого цвета, границы бляшки резкие, по периферии имеется бордюр отслаивающегося эпидермиса.

При дисгидротической форме эпидермофитии стоп воспалительный процесс переходит на подпальцевые складки и свод стопы с обилием мелких пузырьков. Пузырьки располагаются или изолированно или сливаются, образуя пузыри (буллёзная форма). Содержимое пузырьков и пузырей вначале прозрачное, а затем с присоединением пиококковой флоры оно мутнеет. Пузырьки или вскрываются, образуя мелкие эрозии, или подсыхают с образованием корочек. Эрозированные поверхности покрываются грубыми кровянисто-гнойными корками. Больные жалуются на зуд и болезненность. Процесс может осложняться лимфангитами и лимфаденитами с ухудшением общего состояния. При обострении дисгидротической эпидермофитии на отёчной ярко-красной коже подошв и подушечек пальцев появляются обильные везикулёзно-буллёзные высыпания на симметричных участках обеих стоп. Такое состояние называют острой эпидермофитией стоп и оно часто сопровождается общими расстройствами: лихорадкой, головной болью, недомоганием, паховым лимфаденитом.

**Руброфития, вызываемая *Tr. rubrum***, является наиболее распространенным и полиморфным грибковым заболеванием, протекающим более тяжело по сравнению с эпидермофитией. Различают следующие клинические формы: руброфития стоп, руброфития кистей (ладоней), руброфития ногтей, генерализованная руброфития.

Руброфития стоп обычно начинается с поражения 3-й и 4-й межпальцевой складок стоп, но уже через несколько дней отмечается поражение всех межпальцевых складок. Воспалительные явления переходят на кожу подошв, их боковые участки и тыл стоп.

Если развивается стёртая форма сквамозной руброфитии стоп, то на коже подошв, межпальцевых складок стоп отмечается незначительное муковидное шелушение, поверхностные трещины, больные жалоб не предъявляют и могут длительное время не обращаться за медицинской помощью. У большинства больных постепенно формируется сквамозно-гиперкератотическая или гиперкератотическая форма руброфитии стоп. Кожа подошв утолщается, испещрена глубокими бороздками с обильным муковидным шелушением, на коже ступней и пяток – очаги оомозолелости с глубокими болезненными трещинами. У отдельных больных шелушение подошв может быть кольцевидным или крупнопластинчатым. В последние годы появились описания больных с дисгидротической и экссудативной формами руброфитии стоп [1].

Руброфития кистей встречается реже, обычно одновременно с руброфитией стоп, и поражение кистей может быть односторонним. Клиническая картина поражения кожи ладоней и тыла кистей аналогичная таковой при руброфитии стоп, процесс также может заканчиваться поражением ногтевых пластинок. Мы наблюдали больных с поражением ногтей пальцев рук вследствие интенсивного расчёсывания очагов руброфитии стоп.

Отдельно следует сказать об особенностях микозов стоп у лиц пожилого и старческого возраста. Если у людей молодого и среднего возраста микоз стоп течет с частыми обострениями, то у лиц пожилого и старческого возраста чаще отмечается монотонное многолетнее течение заболевания по «сухому типу». При этом пораженная кожа стоп (иногда еще с молодых лет) розово-синюшного цвета, сухая с муковидным мелкопластинчатым шелушением, особенно по бороздкам кожи подошвы. В области трения, особенно на пятках, формируются очаги гиперкератоза с глубокими и болезненными трещинами.

Поражение кожи стоп, а нередко и кистей, рано или поздно приводит к поражению ногтевых пластинок, при руброфитии могут поражаться все ногтевые пластинки рук и ног. Таким больным показана консультация дерматовенеролога.

**Онихомикозами** болеет не менее 10 % населения мира, а среди лиц пожилого и старческого возраста – более 30 % [6, 9]. Онихомикозы при эпидермофитии стоп регистрируются лишь у 15-30 % больных, поражаются только ногтевые пластинки I и V пальцев. У больных руброфитией стоп ногтевые пластинки поражаются грибом у 80 % и более (онихомикозы кистей встречаются в 5-7 раз реже), особенно при длительно существующей руброфитии кожи. С возрастом заболеваемость онихомикозами стоп повышается, что объясняют ожирением, более частым поражением сосудов, сахарным диабетом (у лиц старше 65 лет грибковое поражение ногтей стоп встречается не менее чем у 30 % жителей, в сельской местности - чаще) [3, 9, 18]. Онихомикоз стоп в настоящее

время чаще всего вызывается красным трихофитомом, но у каждого четвертого-пятого больного причинным фактором могут быть дрожжевые или плесневые грибы. Ногтевые пластинки пальцев кистей межпальцевым трихофитомом не поражаются.

В зависимости от толщины пораженной грибом ногтевой пластинки различают нормотрофический, гипертрофический и онихолитический тип онихомикоза. При нормотрофическом онихомикозе меняется только цвет ногтя: появляются охряно-желтые или белесоватые пятна и полосы, но сохраняются блеск и толщина ногтя. Гипертрофический тип онихомикоза проявляется изменением цвета ногтя и нарастающим подногтевым гиперкератозом, ноготь частично разрушается с дистального или бокового края, становится тусклым, толстым, возможно развитие онихогрифоза. При онихолитическом типе весь ноготь выглядит тусклым, беловато-серого цвета, его дистальная часть постепенно атрофируется и отторгается от ложа, открывая рыхлые гиперкератотические наслоения на освободившейся поверхности ногтевого ложа, а лунка ногтя остается неизменной.

В зависимости от места внедрения гриба в ногтевую пластинку различают дистально-латеральную, проксимальную и поверхностную формы онихомикоза.

При руброфитии и эпидермофитии стоп чаще других встречается дистально-латеральная форма онихомикоза, когда грибок проникает в ноготь с поражённой кожи в области наружного соединения свободного или бокового конца ногтя и кожи. В толще пораженной ногтевой пластинки появляются беловатые или желтоватые пятна, нарастает подногтевой гиперкератоз, свободный край ногтя утолщён, крошится, выглядит изъеденным, фрагментарно распадающимся. Может наблюдаться формирование поперечных борозд на поверхности ногтя. У некоторых больных развивается дистальный или латеральный онихолизис, когда пораженная, обычно не утолщенная часть ногтя отделяется от ногтевого ложа.

Гораздо реже при рубромикозе встречается проксимальный подногтевой онихомикоз, когда грибки проникают в ногтевую пластинку через проксимальный валик ногтя, особенно у пациентов с иммунодефицитным состоянием (например, у ВИЧ-инфицированных или у онкологических больных в терминальной стадии болезни). При этом в области луночки ногтя появляется желтоватое или белое пятно, постепенно продвигающееся к дистальной части ногтя. Проксимальный онихомикоз при руброфитии чаще поражает ногти кистей.

Белый поверхностный онихомикоз характеризуется появлением белесоватых пятен у заднего валика ногтя, которые сравнительно быстро распространяются на весь ноготь.

Последние 2 клинические формы онихомикоза чаще встречаются у ВИЧ-инфицированных.

Любая из перечисленных форм онихомикоза может привести к поражению всех отделов ногтя, разрушению ногтевой пластинки и утрате функции ногтя [1, 9, 18], в таких случаях говорят о тотальном дистрофическом онихомикозе. Эти больные нуждаются в консультации и наблюдении у дерматовенеролога.

Обычно у одного и того же больного руброфитией стоп можно наблюдать различные варианты и различную степень поражения ногтевых пластинок – от поражения только периферической части ногтя до тотального онихомикоза, когда патологически изменена вся поверхность ногтевой пластинки. Изредка можно наблюдать рост значительно утолщенной и причудливо изогнутой подобно когтю пораженной ногтевой пластинки (онихогрифоз).

Известно, что в настоящее время до ¼ грибковых поражений ногтей может быть вызвано плесневыми или дрожжевыми грибами. Плесневые грибы рода *Aspergillus* или *Penicillium* чаще поражают ногтевую пластинку I пальца стопы, явления паронихии отсутствуют, в толще ногтя появляются серые, зеленые, желтые или черные пятна нередко с выраженным подногтевым гиперкератозом. Дистальный край ногтя часто крошится, ноготь утолщается, нередко формируется онихогрифоз. Это надо учитывать при назначении лечения, так как ряд противогрибковых средств, в частности тербинафин (ламинил и его дженерики), обладают недостаточной эффективностью против этих возбудителей.

**Микозы крупных складок** чаще всего вызываются 3 возбудителями: *Epidermophyton floccosum*, или *Tr. rubrum*, или дрожжевыми грибами *Candida*. Чаще других поражаются грибами паховые и межъягодичные складки, реже – подмышечные и складки под молочными железами. Поражение крупных складок обычно происходит симметрично. Очаги имеют неправильные фестончатые очертания, склонны к периферическому росту и слиянию, границы очагов четкие. Воспалительные явления наиболее выражены в периферическом валике. Очаги из паховых складок могут распространяться на кожу лобка, ягодиц, внутреннюю поверхность бедер. Больные жалуются на кожный зуд различной интенсивности. При руброфитии очаги в пахово-бедренных областях могут иметь 2 и более валика, идущих параллельно друг другу (форма ириски). В.М.Рукавишникова описала больных с обширными очагами руброфитии по типу пахово-бедренно-ягодичного синдрома [1]. Периферический валик состоит из папул, везикул, эрозивно-корочковых элементов. Наименьшая интенсивность воспалительных явлений наблюдается в центре очага, где отмечается шелушение и желтовато-коричневая

пигментация. Чаще других встречается паховая эпидермофития, вызываемая паховым эпидермофитомом. Клинически отличить паховую эпидермофитию и паховый рубромикоз довольно сложно, решающее слово за культуральной диагностикой в условиях кожно-венерологического диспансера.

По данным А.А.Халдина и соавторов (2005) кандидозно-плесневая этиология при паховых микозах выявляется лишь в 3-5 % случаев [19]. Из крупных складок чаще других кандидозом поражаются пахово-бедренная, межъягодичная складки, и у женщин – складка под молочными железами. При кандидозе крупных складок имеются воспалительная эритема, набухший, мацерированный эпидермис беловатого цвета, очаги мокнущая, в глубине складок имеются эрозии, трещины, папулы и пустулы, по краям очага могут наблюдаться элементы отсева в виде пузырьков, гнойничков, эритематозно-сквамозных высыпаний. Больные жалуются на интенсивный зуд.

**Диагностика** микозов стоп, ладоней, ногтевых пластинок и крупных складок основывается на клинической картине болезни и данных лабораторного исследования. Лабораторная диагностика грибковых поражений кожи и ногтей включает микроскопическую и культуральную диагностику. В крупных участковых больницах, районных и городских поликлиниках вполне реально проводить микроскопическую экспресс-диагностику микозов стоп и онихомикозов в условиях клинической лаборатории. Забор материала для исследования проводится путём поскабливания неострым скальпелем периферического валика поражённых участков. При дисгидротических высыпаниях исследованию подлежат покрывки пузырьков и пузырей, обрывки мацерированного эпидермиса. Измененные участки ногтя вместе с подногтевым детритом вырезают кусачками или исследуют порошкообразный материал ногтя, полученный с помощью бормашины. Использование бормашины наиболее показано при проксимальном онихомикозе.

В крупных участковых больницах, районных и городских поликлиниках вполне реально проводить микроскопическую экспресс-диагностику микозов стоп и онихомикозов в условиях клинической лаборатории. Забор материала для исследования проводится путём поскабливания неострым скальпелем периферического валика поражённых участков. При дисгидротических высыпаниях исследованию подлежат покрывки пузырьков и пузырей, обрывки мацерированного эпидермиса. Измененные участки ногтя вместе с подногтевым детритом вырезают кусачками или исследуют порошкообразный материал ногтя, полученный с помощью бормашины. Использование бормашины наиболее показано при проксимальном онихомикозе.



При кандидозных поражениях кожи и ногтей в препарате обнаруживаются дрожжевые почкующиеся клетки овальной или округлой формы, в виде кучек или гроздьев винограда. Иногда эти овальные споры располагаются в ряд (псевдомицелий), а рядом можно видеть отдельные соприкасающиеся дрожжевые клетки, напоминающие почки на веточках.

Плесневые грибы выглядят в препарате в виде скоплений крупных округлых, овальных или лимоноподобных спор с двухконтурной оболочкой и бледный, виден также бледный, плохо преломляющий свет мицелий с обильными разветвлениями.

Однако точно определить вид возбудителя можно только путём посева пораженных грибом чешуек или кусочков ногтя на среду Сабуро или специальные дерматофитные среды (селективная среда ДТМ). Но это уже прерогатива микологических лабораторий крупных районных, городских и областных кожно-венерологических диспансеров.

**Дифференциальная диагностика.** Ладонно-подошвенные микотические поражения следует дифференцировать с негрибковыми поражениями кожи и ногтей стоп, кистей и крупных складок. Известно, что как минимум у каждого третьего больного, обращающегося к дерматологу с патологией ногтей, выявляются ониходистрофии негрибковой природы [18]. Особое внимание следует обратить на дифференциальную диагностику микозов кистей и стоп, онихомикозов с ладонно-подошвенными локализациями таких дерматозов как экзема, псориаз, красный плоский лишай. В.М.Рукавишникова (2003) изучила частоту и характер ониходистрофий у 442 больных данными распространенными дерматозами. Среди 91 больного псориазом ониходистрофии имели место в 37,2 % случаев, среди 116 больных экземой – у 36,2 %, из 235 больных красным плоским лишаем – у 10,6 % [1].

При хронической экземе с поражением кистей и стоп ногти становятся неровными, тусклыми, с ямочками неправильной формы, на ногтях появляются поперечные борозды с вдавлениями (волнистые ногти); ногтевая пластинка может расслаиваться. Чем интенсивнее экзематозное поражение кожи ногтевой фаланги и ногтевого валика, тем значительнее и разнообразнее изменение ногтевой пластинки. Можно видеть ложкообразные ногти (койлонихия) вследствие разрастания подногтевых масс с дистального и боковых краёв ногтевой пластинки. При микроскопии пораженных ногтей грибы не выявляются.

Поражение ногтевых пластинок при псориазе может опережать появление псориазических папул на гладкой коже или волосистой части головы, может появляться спустя месяцы и годы после появления псориаза на коже. Причиной поражения ногтевой пластинки при псориазе является вовлечение в воспалительный процесс матрицы ногтя.

Псориаз ногтей может проявляться в виде:

- точечных углублений на поверхности ногтя (напоминают наперсток);
- онихолизиса, когда в дистальной части ногтевого ложа выявляется просвечивающаяся через ногтевую пластинку вначале розовато-красная, затем беловатая полоска;
- появления геморрагических пятен, просвечивающихся через ногтевую пластинку в виде буроватых и желтоватых образований различных размеров и формы;
- утолщения и ломкости ногтя, появления подногтевого гиперкератоза, гребешков и горбинок на поверхности ногтя.

На ногтевых валиках часто можно видеть псориазические папулы с характерным пластинчатым шелушением.

При красном плоском лишае ногтевая пластинка истончается, на ней выявляется чередование продольных желобков и гребешков, нередко наблюдается онихолизис – расщепление ногтевой пластинки со свободного края. Размеры ногтевых пластинок могут уменьшаться в проксимально-дистальном направлении. Встречается поражение ногтей по типу онихолизиса вплоть до полного отторжения ногтевой пластинки от ногтевого ложа, начиная со свободного края (анонихия). Ногтевая кожица может исчезать, как при кандидозе ногтевых валиков и ногтей, или срастаться с остатками ногтевой пластинки, образуя кожистый лоскут – птериgium ногтя. При красном плоском лишае чаще поражаются ногтевые пластинки пальцев кистей.

Кандидоз ногтевых валиков и ногтей, вызываемый различными видами *Candida*, имеет ряд отличий от онихомикоза при руброфитии и эпидермофитии. Вначале поражается задний ногтевой валик, он имеет подушкообразный вид и нависает над ногтем. Кожа над ним красная, блестящая, ногтевая кожица (эпонихиум) исчезает. При надавливании на воспаленный ногтевой валик на ноге появляется капля творожистого отделяемого. Больного беспокоят коликообразные боли в ногтевой фаланге. У большинства больных воспалительный процесс переходит с ногтевого валика на ногтевую пластинку, т.е. кандидозное поражение ногтя идет с проксимального конца ногтя к дистальному. Ногтевые пластинки становятся неровными, тусклыми, имеются поперечные углубления и выпуклости, боковые края их неровные, ногти выглядят как бы обрезанными по краям. Кандидозные паронихии и онихии склонны к хроническому течению с периодами ремиссий. Клинический диагноз кандидозной паронихии и онихии, кандидоза крупных складок должен подтверждаться результатами микроскопического и культурального исследования пораженных чешуек кожи и ногтей.

Ладонно-подошвенные сифилиды, встречающиеся нередко при вторичном сифилисе кожи и слизистых оболочек, розеолёзно-папулёзными высыпаниями на коже ладоней и/или стоп. По мере разрешения сифилитические папулы имеют по периферии шелушение в виде воротничка Биетта. У алкоголиков ладонно-подошвенные сифилиды могут принимать вид ороговевших псориазиформных папул. Белесоватые папулы в межпальцевых складках стоп при сифилисе имеют вид мацерированных, мокнущих, в глубине складок можно видеть трещины, кстати болезненные из-за присоединения пиококковой флоры. Врачи часто совершают диагностические ошибки, принимая эти высыпания за проявления микоза стоп. Уточнению диагноза помогает правильно собранный анамнез, данные клинического осмотра других участков кожи и слизистых оболочек, половых органов и результаты серологических исследований крови на сифилис.

Паховую эпидермофитию следует отличать прежде всего от эритразмы. Эритразма, вызывается дифтероидной палочкой из группы коринобактерий. Поражаются межпальцевые складки стоп, пахово-бедренные, подмышечные и складки под грудными железами. Характерен желтоватый или светло-коричневый цвет очагов на боковых поверхностях пальцев стоп (цвет пальцев рук у курильщика). При эритразме крупных складок имеются четко контурируемые невоспалительные пятна светло-коричневого или кирпично-красного цвета с фестончатыми краями, поверхность очагов ровная, гладкая, почти не шелушится. Цвет очагов в центре и на периферии не отличается по насыщенности. Больные практически не предъявляют жалоб. Дифференциальной диагностике помогает исследование очагов при люминесцентном исследовании под лампой Вуда – кораллово-красное или кирпично-красное свечение очагов эритразмы.

**Лечение микозов кистей и стоп.** Больные со стёртой и межпальцевой формами микоза стоп (эпидермофития или руброфития) успешно лечатся амбулаторно местными противогрибковыми средствами под контролем участкового, сельского или семейного врача или дерматовенеролога. Вначале для ликвидации островоспалительных явлений при интритригинозной эпидермофитии (если они имеются) больной должен в течение 1-2 дней делать ванночки для ног с перманганатом калия 1 : 8000 – 1 : 10 000, примочки с 0,1 % раствором этакридина. После прекращения мокнутия показаны смазывания межпальцевых складок в течение 2-3 дней фунгицидными растворами (клотримазола, микоспора, экзодерила, нитрофунгина, фукорцина и др.). В дальнейшем могут использоваться современные антимикотики для местного применения: кремы, мази (ламизил, экзифин, тербизил, фунготербин, экзодерил, низорал, залаин, миконазол, дактарин, микоспор, травоген, мифунгар и др.), или аэрозоли (ламизил-спрей, дактарин-спрей). Избранный препарат используется 2 раза в день в течение 2-3 недель. При

использовании фулорцина и салицилово (2 %)-серной (10%) мази лечение длится 3-4 недели.

Амбулаторное или стационарное (в сельской больнице) лечение больных с лабораторно подтвержденной сквамозно-гиперкератотической формой микоза стоп должно начинаться с отслойки пораженного эпидермиса. В стационаре на кожу подошв накладывается мазь Ариевича (она содержит 12 % салициловой кислоты, 6 % бензойной кислоты и 82 г вазелина). Мазь толстым слоем наносится на кожу подошв под компрессную бумагу. Утром третьего дня остатки мази вытирают, проводят мыльно-содовую ванночку для ног и размягчивший эпидермис убирают поскабливанием неострым скальпелем или с помощью пемзы. В своё время В.М.Рукавишникова (2003) предложила вместо мазевой отслойки использовать коллодийный состав (по 10 г салициловой и молочной кислот, 5 г резорцина на 75 г коллодия). Коллоидный состав наносили на кожу подошвы (или ладони) 1 раз в день в течение 5-7 дней, после чего на ночь под компресс накладывали 2-5 % салициловый вазелин. Утром повязки снимали и кожу подошв или ладоней очищали от отслоившегося рогового слоя эпидермиса. Данная отслойка может проводиться в амбулаторных условиях, хорошо переносится пациентами и не требует использования перевязочных материалов. После отслойки кожу подошв или ладоней смазывают перечисленными выше фунгицидными растворами (2-3 дня) с последующим переходом на использование современных антимикотиков в виде противогрибковых кремов или мазей.

Лечение больных с дисгидротической эпидермофитией обычно проводит дерматовенеролог. Его следует начинать с применения антиаллергических и седативных средств: внутривенно назначают 30 %-ый раствор тиосульфата натрия или 10 % раствора хлорида кальция, внутримышечных введений 10 % раствора глюконата кальция или антигистаминных препаратов, внутрь таблетки экстракта корня валерианы, мультивитаминно-микроэлементный комплекс (например, Олиговит, Центрум или Витрум - 1-2 таблетки в день после еды). Острое воспаление снимают примочками или влажновысыхающими повязками с 1 %-ым раствором резорцина, 0,05 %-ым раствором хлоргексидина биглюконата в течение 1-2 дней. Покрышки пузырей и обрывки эпидермиса удаляют (срезают), а после стихания воспалительных явлений рекомендуется 2 %-я ихтиоловая паста, в дальнейшем - серно-дегтярные мази в восходящей концентрации или «тюбиковые» местные антимикотики.

При дисгидротической и сквамозно-гиперкератотической форме микоза стоп местное лечение должно дополняться использованием системных антимикотиков. Можно рекомендовать или тербинафин (ламизил, тербизил, экзифин и другие аналоги) по 250 мг

внутри ежедневно в течение 3 недель или итраконазол (орунгал, орунит, ирунин) по 200 мг 2 раза в день в течение 1 недели.

Лечение онихомикозов любой природы, вызванных трихофитонами, кандидами или плесневыми грибами, является непростой задачей и проводится в основном дерматологами или врачами первичного звена после консультации и рекомендаций дерматовенеролога. В настоящее время оно базируется на использовании системных антимикотиков. Ведущими антимикотиками для лечения грибковых поражений ногтей при руброфитии и эпидермофитии являются тербинафин (ламизил и его аналоги) и итраконазол (орунгал и его аналоги). Тербинафин назначается по 1 таблетке (250 мг) ежедневно в течение не менее 3-4 месяцев. Итраконазол (орунгал и его аналоги) чаще назначается в виде пульс-терапии: в течение 1 недели пациент принимает препарат по 400 мг/сутки ( по 2 капсулы утром и вечером) в течение 7 дней, затем следует 3-недельный перерыв и новый недельный курс лечения. Всего больной онихомикозом получает 3-5 курсов лечения. Лечение онихомикоза, вызванного кандидами, наиболее эффективно при использовании флуконазола (дифлюкана и его аналогов), который назначается по 150 мг в неделю в течение в течение 4-6 месяцев. При амбулаторном лечении онихомикозов системными антимикотиками местное лечение, как правило, не проводится. Вместе с тем, эффективность лечения повышается при одновременном использовании противогрибковых лаков (батрафена, лоцерила). Имеется положительный опыт использования микоспор-крема в наборе для лечения ногтей. Нанесение его на пораженную ногтевую пластинку (в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата) позволяет вызвать растворение пораженной части ногтя с помощью мочевины и его безболезненное удаление. Системные антимикотики следует принимать до полного отрастания здоровой ногтевой пластинки.

Лечение микозов складок кожи, включая паховую эпидермофитию, проводится в основном амбулаторно. В остром периоде внутрь назначаются антигистаминные препараты, наружно показаны примочки с 0,25 % раствором азотнокислого серебра, или 1% раствора резорцина, или 1-2% раствора танина. После разрешения островоспалительных явлений пораженные участки могут орошаться спреем Ламизил или смазываются препаратом Ламизил дермгель 1 % 1 раз в день (желательно в одно и то же время ежедневно). Лечение длится 10-14 дней, чем достигается этиологическое излечение. Клиническое излечение наступает в сроки от 2 до 3 недель после окончания лечения. Из других средств наружной терапии с успехом могут использоваться крем Тридерм (2 раза в день в течение 2 недель) с последующим переходом на другие местные антимикотики

(низорал, миконазол, микоспор, залаин, спрей дактарин и др.) Местные антимикотики назначаются до клинического излечения, затем еще не менее 1 недели.

Использование системных антимикотиков показано при большой площади поражения, выраженных островоспалительных явлениях в очаге, при неэффективности местного лечения, при сочетанном дерматофитно-кандидозном поражении крупных складок. В таких случаях наряду с местной терапией целесообразно назначить приём внутрь итраконазола (орунгала) по 100 мг 2 раза в сутки в течение 2 недель. Таким больным требуется консультация, обследование, лечение и наблюдение у дерматовенеролога.

**Профилактика микозов стоп** заключается в поддержании санитарного режима в банях, саунах, плавательных бассейнах, душевых на производстве и в спортивных клубах. При наличии в семье больного микозом стоп или онихомикозом следует избегать пользования общей обувью, ножным полотенцем. Повышенная потливость кожи стоп или избыточная сухость требуют соответствующей коррекции. С целью профилактики реинфицирования после лечения микозов стоп и онихомикоза должна проводиться обработка обуви 25 % раствором формалина (формидроном) по общепринятой методике (заменить стельки на новые, подошвенную и боковые поверхности туфель изнутри протереть раствором формалина и поместить обувь в целофановый пакет вместе с тампоном, смоченным формалином, на 12-24 часа, после чего обувь протереть нашатырным спиртом и проветрить в течение 1 суток).

#### Литература

1. Рукавишников В.М. Микозы стоп. Изд. 2-е переработ. и дополн. –М.: Эликс Ком, 2003. – 332 с.
2. Сергеев А.Ю., Бучинский О.И., Мокина Е.В., Жарикова Н.Е. // Рос. журн. кожных и венер. бол. – 2001. - № 5. – С. 47-50.
3. Сергеев А.Ю. Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. – М.: Изд-во БИНОМ, 2003. – С.143-233.
4. Хисматулина И.М. Микоз стоп: рационализация терапии : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. –Казань, 2009.- 23 с.
5. Панкратов В.Г. // Здоровоохранение. – 2012. -№ 1. – С.35-41.
6. Сергеев А.Ю., Иванов О.Л. // Лечащий врач. – апрель 2001. - № 4. – С. 12-15.
7. Разнатовский К.И., Родионов А.Н., Котрехова Л.П. Дерматомикозы. Руководство для врачей. – СПб.: Издательский дом СПб МАПО. – 2003. – 158 с.

8. Тарасенко Г.Н. // Рос. журнал кожных и венер. бол. – 2006. - № 6. – С. 49-61.
9. Сергеев А.Ю. Грибковые заболевания ногтей. – М.: Медицина для всех – Национальная академия микологии. – 2001. – 164 с.
10. Котрехова Л.П. // Проблемы мед. микологии. – 2005. – том 7, № 4. – С. 13-15.
11. Некрасова Е.Г., Дубенский В.В., Белякова Н.А., Егорова Е.М. // Проблемы медицинской микологии. -2011. – Том 13, № 2. – С. 34-38.
12. Некрасова Е.Г. Заболеваемость в различных соматовозрастных группах населения и оптимизация лечения больных микозами кожи с учётом комплексной оценки состояния кровеносных сосудов : Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М. - 2012. – 26 с.
13. Золоева Э.И., Галстян Г.Р. Особенности течения микозов у больных сахарным диабетом. // Лечащий врач. – Август 2006. - № 4. – С. 32 – 34.
14. Белова С.Г. Микозы стоп у больных сахарным диабетом второго типа : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб. -2006. - 22 с.
15. Барабанов Л.Г., Калинина Т.В., Барабанов А.Л. // Современная микология в России. Том 2. Тезисы докладов второго съезда микологов России. – М., 2008. – С- 411 - 412.
16. Кубанова А.А., Потекаев Н.С., Потекаев Н. Н. Руководство по практической микологии. – ФИД «Деловой экспресс». – М., 2001. – 144 с.
17. Потекаев Н.С. // РМЖ. – 2005. –Том 13, № 5 (229). – С. 249-291.
18. Потекаев Н.С., Потекаев Н, Н., Рукавишникова В.М. Ламизил: 10 лет в России. – М.: Мед. книга. – 2003. – 96 с.
19. Халдин А.А., Сергеев В.Ю., Изюмова И.М. // Клиническая дерматол. и венерол. – 2005. - № 4. – С. 135 - 141

Реферат

**В.Г.ПАНКРАТОВ**

## **ДЕРМАТОМИКОЗЫ (МИКОЗЫ КИСТЕЙ И СТОП, ОНИХОМИКОЗЫ, МИКОЗЫ КРУПНЫХ СКЛАДОК) В ПРАКТИКЕ РАБОТЫ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА**

Белорусский государственный медицинский университет

В статье обсуждаются вопросы эпидемиологии, этиологии, клиники, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и профилактики грибковых поражений стоп, кистей и крупных складок кожи. Обращается внимание врачей первичного звена (участковый терапевт, сельский или семейный врач) на возможность их участия в диагностике и лечении неосложненных форм микозов стоп, онихомикозов, микозов крупных складок. Высказано мнение о случаях, требующих обязательной консультации врача дерматовенеролога.