

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
КАФЕДРА ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ**

«Согласовано»

Начальник отдела по координации  
научно-исследовательской  
деятельности МЗРУз

Набиев Т.А. \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2010г.

«Утверждаю»

Начальник Главного управления  
науки и учебных заведений  
МЗРУз

Атаханов Ш.Э. \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2010г.

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИКОЗОВ СТОП У БОЛЬНЫХ  
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Методические рекомендации

ТАШКЕНТ-2010

Составители:

А.Ш. Ваисов., О.С. Имамов, Э.И. Бекмуратова, М.Д.Аллаева

Рецензенты:

З.М.Абидова - д.м.н. РСНПМЦ ДиВ

Исмаилова Г.А. – профессор кафедры кожных  
и венерических болезней ТМА

**Методическое пособие утверждено:**

**на заседании проблемной комиссии Ташкентской Медицинской Академии  
« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2010г. Протокол №8**

**на Ученом Совете Ташкентской Медицинской Академии « \_\_\_ » 2010 г.  
Протокол №**

**Ученый секретарь, профессор**

**Г.С.Рахимбаева**

**Методические рекомендации предназначены для дерматовенерологов, магистров,  
врачей общей практики**

## **ВВЕДЕНИЕ**

В связи с увеличением средней продолжительности жизни людей во всем мире, в последние годы все больше внимания уделяется вопросам геронтологии и гериатрии. В XX веке количество пожилых людей в развитых странах мира увеличилось примерно с 4 до 13% [Бойко С.Ю., 1999; Кунакбаева Т.С., 2000]. По оценкам специалистов ООН в 2001 году в мире насчитывалось 125 млн. лиц позднего пожилого возраста, а численность населения в возрасте 80 лет и старше увеличилась на 54% [Новик Ф.К., 2001]. В этом столетии эти цифры могут возрасти в 2-3 раза, а численность населения в возрасте 80 лет и старше увеличится на 54%. Этот демографический скачок определяет повышенное внимание к исследованиям в области старения кожи, особенно в отношении ее потенциально обратимых изменений и особенностей развития кожных заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.

В пожилом и старческом возрасте характерна морфофункциональная возрастная эволюция не только кожи и ее придатков, но и в различных органах и системах стареющего организма. Так, по мере старения происходит относительное увеличение массы жировой и уменьшение массы мышечной ткани, с возрастом снижается уровень метаболизма лекарств в печени. Для них характерен ряд сопутствующих заболеваний: сердечная недостаточность, печеночная недостаточность, заболевания почек, хронические обструктивные заболевания легких, сахарный диабет, гипертония, что предрасполагает к развитию микотической инфекции и диктует необходимость комплексного подхода к их лечению [Родионов А.Н., 1998; Ахтямов С.Н., Кягова А.А., 2005; Кубанова А.А. и др., 2007].

Согласно исследования АХИЛЕС [Ахиллес-проект, 1999], основную роль в развитии грибкового поражения стоп играют периферические ангиопатии (21%), ожирение (17%), различные деформации стоп (15%), сахарный диабет (8%).

Чаще всего возбудителями микозов стоп являются дерматофиты. Данные об этиологии онихомикозов у пожилых свидетельствуют о том, что смешанная инфекция встречается значительно чаще. Несмотря на достаточную изученность распространения микотической инфекции в пожилом и старческом возрасте, частота, особенности течения в условиях жаркого и сухого климата, высокой запыленности не исследованы. Выяснение их позволит более целенаправленно подходить к терапии микотической инфекции у лиц пожилого и старческого возраста.

В настоящее время, несмотря на большие успехи в лечении и профилактике грибковой инфекции, терапия микозов стоп и онихомикозов у лиц пожилого и старческого возраста остается весьма актуальной проблемой. Общепринятые методы лечения включают комплексное лечение с применением противогрибковых препаратов и местных кератолитических средств. Широкое использование данной схемы у больных пожилого и старческого возраста имеет относительное противопоказание, так как при применении кератолитических средств повреждается целостность прилежащих к ногтевой пластине тканей и резко возрастает риск развития осложнений стопы. К тому же эффективность традиционной терапии часто бывает невысока. Эти обстоятельства диктуют необходимость назначения комбинированного лечения онихомикозов стоп с применением системного и местного антимикотика.

Однако, у больных пожилого и старческого возраста, кроме эффективности антимикотических препаратов, важное значение имеет вопрос безопасности их применения.

Несмотря на большое количество научных исследований посвященных изучению патогенетических механизмов развития и лечения микозов стоп, состояние ферментов метаболизма соединительной ткани при различных клинических формах микоза стоп и спектр возбудителей микозов стоп у больных пожилого и старческого возраста в нашем регионе не изучались. Исследования вышеуказанных параметров позволяет глубже понять

патогенез, совершенствовать методы лечения и индивидуализировать терапию микоза стоп у лиц пожилого и старческого возраста.

### **ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МИКОЗОВ СТОП У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Клинические наблюдения за больными микозами стоп позволили обобщить некоторые особенности течения, характерные для больных микозами стоп пожилого и старческого возраста.

Среди больных микозом стоп (115 человек) преобладали лица со сквамозно-гиперкератотической (84 больных - 73,0%) и интертригинозной (23 больных – 20,0%) формами заболевания. Дисгидротическая форма микоза стоп наблюдалась в 7,0% (8 больных) случаев. У всех больных (100,0%) процесс сопровождался сопутствующим онихомикозом.

Сквамозно-гиперкератотическая форма микоза стоп у больных пожилого и старческого возраста характеризовалась наличием отрубевидного, муковидного шелушения свода стоп на слабо гиперемизированном фоне. Для начальных стадий сквамозной формы типичным было умеренное шелушение подошвы и межпальцевых складок, поверхностные трещины.

У части больных процесс распространялся на латеральные поверхности стоп, сгибательные и боковые поверхности пальцев, где была заметна граница из отслоившегося эпидермиса.

Гиперкератотическая форма проявлялась сухими плоскими папулами и слегка лихенифицированными нуммулярными бляшками синюшно-красноватого цвета, расположенными обычно на сводах стоп. Эта форма микоза стоп отличалась наличием шелушения разной степени выраженности: от легкого в межпальцевых складках до обильного, крупнопластинчатого, распространенного на всю подошвенную поверхность. Часто шелушение развивалось на фоне диффузного гиперкератоза с трещинами. Субъективно больные отмечали сухость кожи, умеренный зуд, редко – болезненность.

При интертригинозной форме микоза стоп чаще отмечалось поражение III и IV межпальцевых складок стоп. Кожа складок становилась насыщенно-красной и отечной, присоединялось мокнутие и мацерация. Роговой слой разрыхлен, мацерирован и отслоен. У большинства больных с данной формой микоза стоп наблюдались трещины, окаймленные отслоившимся, подрытым, мацерированным эпидермисом; эрозии, покрытые гнойно-кровянистыми корками.

Дисгидротическая форма заболевания характеризовалась распространением воспалительного процесса на боковые и тыльные поверхности стоп. В очагах отмечались везикулы и пузыри с плотной крышкой серозным и серозно-гнойным содержимым, после вскрытия которых обнажались болезненные эрозии. Кожный процесс сопровождался тотальным поражением ногтей по гипертрофическому типу, врастанием ногтей в окружающие мягкие ткани и подногтевым гиперкератозом.

У лиц пожилого и старческого возраста, имеющих сопутствующую сердечно-сосудистую и нервную патологию, преобладают эритематозно-сквамозный и сквамозно-гиперкератотический типы поражений кожи с выраженной сухостью, очаговым и диффузным гиперкератозом, обильным пластинчатым шелушением.

Как указывалось выше, сопутствующий онихомикоз наблюдался у всех обследованных больных микозом стоп.

В клинической оценке онихомикоза использовали индекс КИОТОС с определением площади поражения и выраженности гиперкератоза [Сергеев 2000]. Среди них нормотрофический тип онихомикоза выявлен у 41 (35,7%) больных. При этом в толще ногтевых пластинок появлялись пятна, полосы матового, соломенно-желтого и желто-бурого цвета, которые увеличивались в размерах, сливались между собой. Проксимальная часть ногтя обычно оставалась свободной. Конфигурация ногтевой пластинки сохранялась. Гипертрофический тип поражения ногтевой пластинки наблюдался наиболее часто. У 74 (64,3%) больных ногтевые пластинки заметно утолщались за счет

подногтевого гиперкератоза. Свободный край ногтя разрушался, имел “изъеденный” вид. Ногтевая пластинка была тусклой, в ее толще имелись пятна, полосы, желто-бурого или коричневого цвета (рис 4,5).

На основании клинических данных среди наблюдаемых нами больных пожилого и старческого возраста с микозом стоп были особо выделены формы микоза, отличающиеся локализацией и течением микотического процесса. Сопутствующий онихомикоз в большинстве случаев характеризуется гипертрофическим типом поражения ногтевых пластин.

### **Исследование видового состава возбудителей микозов стоп у лиц пожилого и старческого возраста**

В последние годы особое значение приобретает изучение микрофлоры при микозах стоп и онихомикозах. Из литературных данных известно, что грибковая флора у больных микозами стоп непостоянна. В различных регионах мира со временем одни виды грибов вытесняются другими, создаются новые грибковые и грибково-бактериальные ассоциации. Если в середине прошлого века превалировал *Tr. interdigitalis* (межпальцевый трихофитон), то к концу XX столетия микологическая картина существенно изменилась. В настоящее время во всех странах мира доминирующим возбудителем микозов стоп признан *Tr. Rubrum* (красный трихофитон), который обнаруживается у 95% больных микозами стоп,

Для углубленного изучения вопросов этиопатогенеза и особенностей клинического течения, а также разработки новых, более эффективных методов лечения микозов стоп у лиц пожилого и старческого возраста нами проведено изучение видового состава возбудителей микозов стоп у 115 больных.

При микроскопии нативных препаратов из очагов поражения обнаруживали нити псевдомицелия или нити истинного мицелия, свидетельствующие о наличии инвазивного микотического процесса.

При посеве патологического материала на твердую питательную среду Сабуро при положительных результатах микроскопического исследования выделены культуры грибов в 67 (58,3%) из 115 случаев. Рост дерматофитов наблюдался во всех случаях. Из дерматофитов основным возбудителем при микозе стоп в сочетанном онихомикозе был *Tr. rubrum* в 67 (100,0%) исследованиях. Из них в посеве получен изолированный рост культуры *Tr. rubrum* у 63 (94,0%) больных, в 4 (6,0%) случаях рост *Tr. rubrum* сочетался с дрожжеподобными грибами рода *Candida* (рис.6). При этом дрожжеподобные грибы выступали в качестве сопутствующей флоры при микозе стоп и онихомикозе, если имели место клинические проявления кандидозного поражения.

При посеве выделенные дрожжеподобные грибы были идентифицированы как род *Candida* spp. Диагноз устанавливался на основании обнаружении псевдомицелия и почкующихся дрожжеподобных клеток в патологическом материале и типичной клинической картины.

При анализе выявления грибов у больных пожилого и старческого возраста с микозом стоп и онихомикозом в зависимости от клинической формы заболевания выявлено, что из 84 больных сквамозной формой микоза стоп при культуральном исследовании у 53 (63,1%) больных отмечался рост грибов, из них у 49 (92,4%) больных в посеве получен изолированный рост культуры *Tr. rubrum*, а в 4 (7,6%) случаях рост *Tr. rubrum* сочетался с дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Среди 23 больных с интертригинозной формой микоза стоп у 10 (43,4%) и из 8 больных дисгидротической формой микоза стоп у 4 (50%) больных в посеве отмечался рост грибов и у всех обследованных выявлен изолированный рост культуры *Tr. Rubrum*.

Таким образом, анализ результатов культурального исследования у больных пожилого и старческого возраста с микозом стоп сочетанном онихомикозом показал, что видовой состав возбудителей микотического процесса при данной патологии имеет преимущественное превалирование

дерматофитной флоры такого как *Tr. rubrum*. Наибольшее количество высеваемости грибковой флоры наблюдается при сквамозной форме микоза стоп. Микст-инфекционирование обуславливается в основном за счет сочетания дерматофитной флоры с дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

### **Исследование состояния ферментов метаболизма соединительной ткани у лиц пожилого и старческого возраста с микозом стоп**

Биологическая значимость того или иного процесса в живых клетках становится общепризнанной обычно после того, как обнаруживаются специальные ферментативные системы, регулирующие данный процесс.

Биохимический состав соединительной ткани при старении человека претерпевает качественные и количественные изменения, в частности увеличивается неупорядоченность коллагеновых волокон, меняется состав и уменьшается количество протеогликанов, нарушается ионное равновесие тканей и т.д.

Известно, что в состав ферментов метаболизма соединительной ткани входят – оксипролин, сиаловые кислоты, гексуриновая кислота, С-реактивный белок (СРБ), гексозы и гексозамины.

Наибольшее диагностическое значение имеет их определение для выявления вяло текущих воспалительных процессов, повышение этих показателей свидетельствует об активации процесса, даже если клинические симптомы еще не проявились.

Содержание сиаловых кислот и гексоз связанных с белками или серомукоидом сыворотки крови возрастает при самых разнообразных воспалительных процессах.

Увеличение содержания в моче гексуриновых кислот бывает при приобретенных заболеваниях, поражающих соединительную ткань – ревматизме, склеродермии.

C-реактивный белок неспецифичен для какого-либо определенного заболевания, но характерен для острого воспалительного процесса и может служить признаком активности.

Исследование оксипролина в биологических жидкостях дает информацию о состоянии обмена коллагена при заболеваниях, сопровождающихся деструктивными процессами в соединительной ткани.

В этой связи представлял интерес исследования состояния данных ферментов метаболизма соединительной ткани у больных пожилого и старческого возраста с микозом стоп.

Изучали состояние ферментов метаболизма соединительной ткани в сыворотке крови и в моче у больных пожилого и старческого возраста с микозом стоп.

Исследование проводили у 66 больных микозом стоп пожилого и старческого возраста. Контрольную группу составили данные 16 практически здоровых лиц.

Результаты исследования ферментов метаболизма соединительной ткани в сыворотке крови и в моче, показывают, что у здоровых лиц содержание гексозаминов в крови среднем равнялось  $1,39 \pm 0,03$  ммоль/л, гексоз –  $6,11 \pm 0,07$  ммоль/л, сиаловых кислот –  $2,27 \pm 0,05$  ммоль/л, оксипролина –  $9,38 \pm 0,51$  мкг/мл и СРБ –  $2,81 \pm 0,27$  мг/л.

Изучение ферментов метаболизма соединительной ткани в моче показало, что у лиц контрольной группы содержалось в среднем  $3,14 \pm 0,12$  мг/л гексуриновая кислота и  $24,12 \pm 1,36$  мг/сутки оксипролин.

Исследования ферментов метаболизма соединительной ткани в сыворотке крови больных микозом стоп пожилого и старческого возраста показало, что у больных общей группы в сыворотке крови отмечается статистически достоверное повышение содержания гексозаминов, гексоз, сиаловых кислот, оксипролина и СРБ по сравнению с группой контроля ( $p < 0,001$ ).

Анализ состояния ферментов метаболизма соединительной ткани в моче свидетельствует, что у больных микозом стоп пожилого и старческого возраста количество гексурановой кислоты и оксипролина статистически достоверно повышалось по сравнению с группой контроля.

Таким образом, у больных микозом стоп пожилого и старческого возраста отмечается нарушение в выработке ферментов метаболизма соединительной ткани, что, возможно, связано с происходящими деструктивными процессами в соединительной ткани, нарушением обмена коллагена в них, в результате чего ферментативные системы, регулирующие данный процесс способствуют выбросу ферментов метаболизма соединительной ткани в кровь и в мочу.

В дальнейших исследованиях нами было изучено состояние ферментов метаболизма соединительной ткани у больных пожилого и старческого возраста с микозом стоп в зависимости от клинической формы заболевания.

В связи с этим больные были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 39 больных со сквамозной, во вторую – 19 больных с интёртригинозной и в третью – 8 больных с дисгидротической формой микоза стоп.

Проведенные исследования показали, что во всех обследованных группах (больных сквамозной, интёртригинозной и дисгидротической формой микоза стоп) в сыворотке крови отмечается достоверное увеличение содержания гексозаминов гексоз, сиаловых кислот, оксипролина и СРБ по сравнению с группой контроля. Однако выраженность изменений во всех группах отличалась. Минимальные изменения наблюдались в 1 группе, максимальные – в 3 (при дисгидротической форме микоза стоп).

Изучение состояния ферментов метаболизма соединительной ткани в моче в зависимости от клинической формы микоза стоп показало, что у больных дисгидротической формой отмечается более выраженные изменения изученных показателей ферментов метаболизма соединительной ткани.

Исследование состояния ферментов метаболизма соединительной ткани при разных формах микоза стоп зависело и от возраста больных.

Так, **при сквамозной форме** микоза стоп у больных в возрасте до 60 лет в сыворотке крови отмечается статистически достоверное повышение содержания гексоз, оксипролина и СРБ, а уровень гексозаминов и сиаловых кислот было склонно к повышению по сравнению с группой контроля. Во всех остальных обследованных группах отмечалось достоверное увеличение количества гексозаминов, гексоз, сиаловых кислот, оксипролина и СРБ по отношению к группе контроля. Степень повышения данных показателей была более выражена у больных в возрасте от 81 до 90 лет. В тоже время количество гексуроновой кислоты и оксипролина в моче во всех обследованных возрастных группах было статистически достоверно повышенным по сравнению с данными здоровых лиц.

**При интертригинозной** форме микоза стоп у больных во всех возрастных группах в сыворотке крови наблюдалось достоверное повышение концентрации гексозаминов, гексоз, сиаловых кислот, оксипролина и СРБ по сравнению с данными контрольной группы. Следует отметить, что выявленные нарушения в данных показателей изученных ферментов оказываются в прямой зависимости от возраста больных: чем больные старше, тем и изменения были более выраженными. В данной группе в любом возрасте отмечалось достоверное повышение уровня гексуроновой кислоты и оксипролина по отношению к данным контроля.

Аналогичные изменения наблюдались при изучении ферментов метаболизма соединительной ткани у больных пожилого и старческого возраста с дисгидротической формой микоза стоп в зависимости от возраста больных.

Таким образом, у больных пожилого и старческого возраста с микозом стоп независимо от клинической формы заболевания выявляется дисбаланс выработки ферментов метаболизма соединительной ткани, степень выраженности патологических изменений прямо пропорциональна возрасту

больных. В связи с этим больным микозом стоп пожилого и старческого возраста целесообразно включить в комплекс терапии препараты корригирующие синтеза ферментов метаболизма соединительной ткани.

## РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСНОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ И ДИНАМИКА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

На основании данных клинико-лабораторных исследований был рекомендован метод комплексной терапии микоза стоп

Эффективность предложенной методики оценивали на основании динамики клинических проявлений и микологических исследований у 115 больных микозом стоп в возрасте от 55 -80 лет.

### Методы лечения микозов стоп

Вид терапии	Препараты, дозы
Антимикотические средства	Ламизил по 250 мг х 1 раз в день 14 дней
Десенсибилизирующие средства	Р-р хлорида кальция (глюконата кальция) 10%, в/ в по 10,0 № 6-10 или внутрь. Р-р тиосульфата натрия 30% в/в, №10
Антигистаминные	диазолин (0,1), димедрол (0,05), супрастин (0,025), фенкарол (0,025), тавегил (0,1), аналергин (0,1), эриус (0,5) и др.по 1-2 таб. в день в течение 7-14 дней.
Средства, улучшающие микроциркуляцию крови	никотиновая кислота 1% - 1,0 мл №10 или ксантинол никотинат 0,15 внутрь по 1 таблетке 3 раза в день, трентал (100 мг) по 1 таблетке 3 раза в день 10-15 дней.  <b>Витацинк - сироп назначали по 1 столовой ложке 3 раза в день после еды в течение 25-30 дней.</b>
Местная терапия	антимикотические мази и кремы (тербизил, тербифунгин ламизил, итракол)
	<b>«ФарГАЛС» - аппликации пораженных участков кожи 1-2 раза в сутки в течение 14 дней при сквамозной и интертригинозной стадии микоза. Примочки – при дисгидротической стадии</b>

В зависимости от проводимого лечения больные были разделены на две группы: в первую группу вошли 51 больных, получавшие традиционный метод лечения (группа сравнения), включавшие назначение противогрибковых препаратов (тербинафины), антигистаминных и десенсибилизирующих средств и местно антимикотических мазей и кремов (микосептин, низорал, микозолон, клотримазол, ламизил и др.).

Во вторую группу (комплексная терапия) вошли 64 больных, составляющие основную группу, которым на фоне традиционной терапии для восстановления нарушений биохимических показателей, в частности ферментов метаболизма соединительной ткани, был назначен – препарат витацинк, местно – антисептическое и ранозаживляющее средство «ФарГАЛС». Благодаря содержанию в нем достаточно большого количества цинка мы выбрали именно этот препарат для включения в комплексную терапию больных микозами стоп у лиц пожилого и старческого возраста. Известно, что цинк как и другие микроэлементы принимает активное участие в регуляции водно-электролитного и кислотно-основного равновесия, играет роль катализатора или ингибитора химических реакций, протекающих в организме вообще и в коже в частности: в обмене белков, жиров, углеводов, витаминов, минералов, в газо- и теплообмене, в процессах тканевого дыхания, проницаемости, клеточного давления, иммуногенеза (Скрипкин Ю.К., 1995).

Витацинк состоит в основном из протеина, витаминов (В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, D<sub>3</sub>) и цинка. Протеин, входящий в состав витацинка, основной строительный материал для организма, является важнейшим компонентом мышц, внутренних органов, кровеносной, иммунной системы, кожи, волос, ногтей. Входит в состав ферментов, катализирует биохимические реакции, регулирует обмен веществ организма, транспортирует в клетку важные вещества для её жизнедеятельности. Витамин В<sub>2</sub> способствует процессам регенерации тканей, в том числе клеток кожи. Витамин В<sub>6</sub> способствует

поддержанию структуру и функции костей, зубов, десен. Витамин D<sub>3</sub> играет важную роль в поддержании баланса кальция и фосфора в организме. Как указывалось выше, микроэлемент цинк участвует в биохимических реакциях организма, в процессе кроветворения, в деятельности желез внутренней секреции. Цинк необходим для регенерации тканей, обмена веществ, заживления ран и поддержания в норме кожных покровов и волос.

Учитывая выраженное противовоспалительное, рассасывающее и самое главное, фунгицидное действие йода нами выбран препарат ФарГАЛС.

ФарГАЛС обладает широким спектром антимикробного действия. При местном нанесении усиливает обмен веществ ткани, повышает потребление ею кислорода, ускоряет регенерацию поврежденных клеток тканей, способствует улучшению васкуляризации ишемизированных участков, ускоряет реэпителизацию и закрытие раны.

Сироп витацинка назначали по 1 столовой ложке 3 раза в день после еды в течение 25-30 дней. ФарГАЛС применяли в виде аппликации пораженных участков кожи 1-2 раза в сутки в течение 14 дней.

#### **Распределение больных с микозом стоп по клиническим формам и методам лечения**

Клинические формы	1 группа				2 группа				Всего	
	Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины			
	абс	%	Абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Сквамозная	16	13,9	21	18,2	21	18,2	26	22,6	84	72,9
Интертригинозная	3	2,6	7	6,1	5	4,3	8	6,9	23	19,9
Дисгидротическая	2	1,8	2	1,8	2	1,8	2	1,8	8	7,2
Всего	21	18,3	30	26,1	28	24,3	36	31,3	115	100,0

На процесс отрастания здоровой ногтевой пластинки влияют такие факторы, как возраст больного и локализация патологически измененного ногтя, т.е. принадлежность ногтя пальцу руки или ноги и номеру пальца.

Скорость роста ногтей на разных пальцах существенно отличается. Например, ногти I и V пальцев рук и ног растут медленнее, чем II, III и IV, а на руках ногти растут в 2-4 раза быстрее, чем на ногах. Ногтевые пластинки на II и V пальцах рук отрастают за 4 месяца, ногти I пальца ног – около 18 месяцев. Кроме того, при назначении системных антимикотиков учтено возраст больного. В возрасте старше 50 лет ногти растут очень медленно в среднем 12-16 месяцев. Так как, все больные, находящиеся под нашим наблюдением были в возрасте старше 50 лет и у всех обследуемых больных микозом стоп в разной степени были вовлечены в патологический процесс ногтевые пластинки, поэтому во всех случаях онихомикоза единственно приемлемым подходом к этиотропной терапии являлся назначение системных антимикотиков.

С помощью данных о скорости роста ногтей и локализации пораженных ногтевых пластинок, мы индивидуально каждому больному рассчитывали продолжительность применения системных антимикотиков.

Критериями эффективности проводимой терапии являлись сроки уменьшения зуда, прекращения шелушения, заживление трещин, начало роста здоровых ногтей и микологическая негативация.

Показателем эффективности лечения онихомикозов является начало роста здоровых ногтей.

Сравнительный анализ результатов терапии в 2 группах сравнения показал, что при назначении в комплексе лечения препаратов «Витацинк» и «Фаргалс» уменьшение кожного зуда, прекращение шелушения, заживление трещин и начало роста ровных, розовых, здоровых ногтей происходило намного раньше по сравнению с больными получавших традиционное лечение.

Таким образом, как показало наше клиническое наблюдение, включение в комплекс терапии больных пожилого и старческого возраста с микозом стоп витацинка и препарата «ФарГАЛС» оказывает положительный терапевтический эффект и способствует более раннему регрессу

патологических элементов по сравнению с группой больных получавших традиционную терапию.

Важным критерием эффективности противогрибковой терапии является показатель **микологической негативации**. Для получения достоверных результатов сравнение повторных микологических анализов проводилось через 2, 6 недель; 3 и 6 месяцев после начала антимикотической терапии.

Результаты исследования показали, что к концу 2 недели после традиционной терапии процент отрицательных результатов микроскопических исследований на грибы составлял 49,0%, а к 6 неделе полное микологическое излечение наступало у 41,2% больных. У 9,8% больных отрицательные анализы на грибы были получены лишь на 3 месяце лечения.

При лечении микоза стоп у больных пожилого и старческого возраста комплексным методом микологическая негативация происходила значительно быстрее, чем при традиционной терапии. Так, у 70,3% больных данной группы микологическая негативация происходила к концу 2 недели и у оставшихся 29,7% больных полная микологическая негативация наступила к 6 неделе лечения.

Изучение динамики биохимических показателей в процессе лечения свидетельствует, что независимо от клинической формы микоза стоп у больных пожилого и старческого возраста, после традиционной терапии в показателях ферментов метаболизма соединительной ткани отмечаются некоторые положительные сдвиги в сторону восстановления, однако выявленные нарушения у больных данных групп сохраняются. Разработанный метод лечения больных пожилого и старческого возраста с микозом стоп способствует более выраженной стабилизации показателей ферментов метаболизма соединительной ткани организма.

Наряду с этиологическим излечением (микологической негативацией) оценивали также ближайшие результаты лечения по следующим критериям: клиническое выздоровление – полное исчезновение патологических

элементов и начала роста здоровых ногтей; значительное улучшение – уменьшение кожного зуда, прекращение шелушения, заживление трещин; улучшение – уменьшение кожного зуда, прекращение шелушения; без эффекта - отсутствие эффекта.

Клинические наблюдения показали, что в основной группе со сквамозной формой микоза стоп у 24 (51,1%) больных отмечали клиническое выздоровление, у 14 (29,8%) – значительное улучшение и у 9 (19,1%) – улучшение состояния. Тогда как, среди больных получавших традиционное лечение клиническое выздоровление выявлено – у 14 (37,9%), значительное улучшение – у 9 (24,3%), улучшение – у 11 (29,7%) и у 3 (8,1%) больных проведенное лечение не дало эффекта.

Среди больных с интертригинозной формой микоза стоп в основной группе клиническое выздоровление констатировано у 4 (30,8%) больных, значительное улучшение – у 5 (38,4%), улучшение – у 4 (30,8%) больных. При традиционной терапии с данной формой болезни у 3 (30,0%) больных отмечено клиническое выздоровление, у 4 (40,0%) – значительное улучшение, у 2 (20,0%) – улучшение и у 1 (10,0%) больных без эффекта

У больных с дисгидротической формой микоза стоп в основной группе клиническое выздоровление отмечено у 2 (50,0%) больного, значительное улучшение – у 1 (25,0%) и улучшение – у 1 (25,0%) больных. Тогда как, среди больных получавших традиционное лечение клиническое выздоровление отмечалось у 1 (25,0%) больного, значительное улучшение – у 2 (50,0%) и улучшение – у 1 (25,0%) больного.

Таким образом, разработанный метод лечения больных пожилого и старческого возраста с микозом стоп, включающий в комплекс традиционной терапии препараты витацинк и «ФарГАЛС», оказывает положительный терапевтический эффект, способствует полной микологической негативации и восстановлению нарушенных показателей ферментов метаболизма соединительной ткани.

Учитывая выявленные нарушения метаболизма соединительной ткани, усиливающиеся с возрастом, больным с микозами гладкой кожи и ногтей, в особенности в пожилом и старческом возрасте, целесообразно назначение наряду с противогрибковыми средствами цинк-содержащих препаратов. Сироп Витацинка назначается по 1 столовой ложке 3 раза в день после еды в течение 25-30 дней. Препарат «ФарГАЛС» назначают в зависимости от клинической стадии микоза в виде примочек при дисгидротической форме или аппликаций при сквамозной и интертригинозной формах микоза стоп. Аппликации препарата используют на пораженные участки кожи 1-2 раза в сутки в течение 14 дней.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Абидова З.М. Эпидемиология, диагностика и лечение микозов стоп //Сборник научных трудов НИИДиВ МЗ РУз. –Ташкент, –2003. –С.71-73.
2. Абидова З.М. Микозы стоп в аридном регионе: эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Ташкент, 2007. –37с.
3. Ахтямов С.Н., Кягова А.А. Клинико-морфологические особенности старения кожи //Вестник дерматол. и венерол. –2005. –№4. –С.60-64.
4. Аюпова Ш.А., Кудабоева Н.А. Клиническая эффективность применения орунгала при лечении онихомикозов у лиц пожилого возраста //Материалы II съезда врачей и провизоров. –Астана, –2002. –С.405-406.
5. Богуш П.Г., Лещенко В.М. О составе микобиоты у больных микозами //Материалы II Всероссийского конгресса по медицинской микологии. –М., –2004. –Т.IV. –С.42-43.
6. Бойко С.Ю. Возбудители онихомикозов: современные представления //Проблемы медицины. –1999. –№5. –С.45-47.
7. Бойко С.Ю. Онихомикозы: эпидемиология, лечение, профилактика //Проблемы медицины. –1999. –№1-2. –С.22-24.
8. Бурова С.А. Проблема грибковых заболеваний человека //Российский журнал кожных и венерических болезней. –1998. –№1. –С. 39-41.
9. Бурова С.А., Талалаева С.М. Отдаленные результаты лечения онихомикозов у больных сахарным диабетом //Вестник дерматол. и венерол. –2001. –№1. –С.62-63.
10. Ваисов А.Ш., Аллаева М.Д. К вопросу использования воспроизведенных препаратов в микологии //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2007. –№ 1. –С.74-77.
11. Васенова В.Ю., Сергеев Ю.В., Бутов Ю.С. Некоторые аспекты эпидемиологии онихомикозов //Матер. II Всероссийского конгресса по медицинской микологии. – М., – 2004. –Т.IV. –С.23-24.
12. Васенова В.Ю., Бутов Ю.С., Панова Т.Г. Особенности клинического течения микоза и онихомикоза стоп и кистей у пациентов пожилого возраста //Российский журнал кожных и венерических болезней. –2004. –№2. –С. 34-36.

13. Гладько В.В., Тарасенко Г.Н. Фармакоэкономический подход к терапии онихомикозов //Военно-медицинский журнал. –2002. –№6. –С.54-55.
14. Глухенький Б.Г., Заруцкая Н.П., Волосюк И.В. Дерматофиты – основные возбудители онихомикозов //Проблемы медицины. –1999. –№5. –С.44-45.
15. Гурский Г.Э. Совершенствование лечения микозов стоп у больных с заболеваниями сосудов нижних конечностей: Дисс. ... канд. мед. наук. –М., –2000. –18 с.
16. Дубенский В.В., Бобрик А.В. Сравнительная эффективность различных методик применения итраконазола (орунгала) при онихомикозе //Российский журнал кожных и венерических болезней. –2000. –№2. –С. 51-52.
17. Дубинская В.А., Виноградова Е.В. Кожа человека: влагообмен и старение //Клиническая геронтология. –2000. –№7-8. –С.22-26.
18. Иванов О.А., Сергеев Ю.В. Орунгал и ламизил: союзники или соперники? //Российский журнал кожных и венерических болезней. –1998. –№3. –С.44-47.
19. Иванов И.Л., Новоселов В.С. Орунгал в лечении онихомикозов: отдаленные результаты пульс-терапии //Российский журнал кожных и венерических болезней. –2000. –№4. –С.51-53.
20. Капкаев Р.А., Любан Б.Л., Эшанхужаев Ш.Ш. Орунгал в терапии грибковых заболеваний. Пособие для врачей дерматовенерологов. –Ташкент, –2004. –45 с.
21. Киямов Ф.А., Каримов М.А., Павлова Л.Х. Сравнительная эффективность лечения гризеофульвином и низоралом больных онихомикозом //Вестник дерматол. и венерол. –1991. –№3. –С.47-49.
22. Короткий Н.Г. Лечение онихомикоза //Фарматека. –2001. –№6. –С. 43-46.
23. Крибьер Б.Ж., Поль К. Долговременная эффективность противогрибковых препаратов при лечении онихомикоза стоп: критический обзор //Дерматология и венерология. –2002. –№3. –С.17-21.
24. Кривошеев Б.Н., Худоногова З.П. Ближайшие и отдаленные результаты монотерапии ламизилом (тербинафином) онихомикозов //Вестник дерматол. и венерол. – 2000. –№3. –С.31-35.
25. Кубанова А.А., Смольяникова В.А., Служаева Н.Г. Старение кожи и возможности коррекции препаратом коллагена //Вестник дерматол. и венерол. –2007. – №5. –С.70-73.
26. Кулагин В.И. Висцеральная грибковая патология у больных онихомикозом стоп //Российский журнал кожных и венерических болезней. –2000. –№1. –С.45-47.
27. Кулагин В.И., Бурова С.И. Роль антиоксидантов в комплексной терапии онихомикозов у больных сахарным диабетом //Вестник последипломного медицинского образования. –2002. –№1. –С.16-17.
28. Кунакбаева Т.С. Распространенность микозов стоп у лиц среднего, пожилого и старческого возраста //Вопросы дерматологии и венерологии. –2000. –№2. –С.29-31.
29. Курдина М.И. Пульс-терапия орунгалом (итраконазолом) грибковых инфекций кожи и ногтей у больных сахарным диабетом //Вестник дерматол. и венерол. –2000. –№5. –С.67-68.
30. Курдина М.И. Онихомикозы в геронтологии //Дерма. –2002. –№2. –С.4-6.
31. Курдина М.И. Лечение орунгалом онихомикозов у лиц с патологией гепатобилиарной системы //Российский журнал кожных и венерических болезней. –2003. –№4. –С.152-155.
32. Кутасевич Я.Ф. Современная стратегия лечения онихомикозов //Журнал дерматологии и венерологии. –2000. –№1. –С.58-61.

33. Кутасевич Я.Ф., Пятикоп И.А., Зимина Т.В. Системная терапия – эффективный метод лечения больных онихомикозами //Новости дерматологии и венерологии. –2002. – №2. –С.47-48.
34. Кутасевич Я.Ф., Зимина Г.Ф., Пятикоп И.А. Бактериальные осложнения микозов стоп //Матер. II Всероссийского конгресса по медицинской микологии. –М., –2004. –Т.IV. –С.108-110.
35. Ларин С.И., Лесовой В.С. Роль грибковой флоры на патогенез развития осложненных форм варикозной болезни нижних конечностей. В кн.: Актуальные проблемы амбулаторной хирургии. – СПб., –1999. –С.110-112.
36. Лещенко В.М., Лещенко Г.М. Лечение онихомикозов ламизилом //Вестник дерматол. и венерол. –1998. –№2. –С.61-64.
37. Лещенко В.М., Курилкина В.Н. Лечение онихомикозов итраконазолом (орунгалом) методом пульс-терапии //Вестник дерматол. и венерол. –2000. –№1. –С.41-43.
38. Линевик Л.И. Содержание сиаловых кислот. –Успехи биологической химии. – М.: –1962. –Т.4. –193 с.
39. Мавлянова Ш.З. Клинико-иммунологическая характеристика микотических поражений кожи и слизистых оболочек. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. –Ташкент, –2004. –44 с.
40. Новик Ф.К. Опыт применения орунгала для лечения онихомикоза стоп в позднем старческом возрасте //Вестник дерматол. и венерол. –2001. –№6. –С.51-53.
41. Новые подходы к терапии онихомикозов у пожилых /Орлов Е.В., Шакуров И.Г., Захарова Т.А. и др. //Вестник дерматол. и венерол. –2002. –№1. –С.57-58.
42. Орлов В.В., Шакуров И.Г. Новые подходы к терапии онихомикозов у пожилых //Вестник дерматол. и венерол. –2002. –№1. –С.57-58.
43. Пирятинская В.А., Данилов С.И. Ламизил (тербинафина гидрохлорид) – препарат выбора в лечении онихомикозов //Вестник дерматол. и венерол. –2000. –№2. –С.46-48.
44. Позднякова О.В., Лыкова С.Г., Поздняков А.В. Выбор препарата для лечения онихомикоза, развившегося на фоне хронических диффузных заболеваний печени //Вестник дерматол. и венерол. –2000. –№4. –С.32-33.
45. Потеев Н.Н., Потеев Н.С. Тербинафин в терапии дерматофитий у лиц пожилого и старческого возраста //Клиническая геронтология. –2000. –№9-10. –С.50-55.
46. Рукавишникова В.М. Сравнительная характеристика современных антимикотиков орунгала и ламизила //Вестник дерматол. и венерол. –1997. –№6. –С.49-54.
47. Самцов А.В. Особенности лечения онихомикозов у пожилых людей //Вестник дерматол. и венерол. –2004. –№2. –С.60-61.
48. Светлова Е.Б. Иммунологические сдвиги у пациентов с микотической патологией, сочетающейся с патологией ЖКТ //Дерматовенерология, косметология, сексопатология. –2004. –1-2 (7). –С. 39-41.
49. Сергеев А.Ю. Сравнительный фармакоэкономический анализ современных схем лечения онихомикозов стоп //Российский журнал кожных и венерических болезней. –1999. –№2. –С.44-46.
50. Скрипкин Ю.К., Рукавишникова В.М. Системные антимикотики в лечении руброфитий //Клин. фармакология и терапия. –1994. –№1. –С.79-81.
51. Слуцкий Л.И. Биохимия нормальной и патологически измененной соединительной ткани. –Л., –1969. –167 с.
52. Состояние заболеваемости дерматомикозами в Узбекистане и мероприятия по ее снижению /Соболев П.С., Лукьянова А.С., Абидова З.М. и др. //«Вопросы патогенеза и

терапии кожных и венерических болезней». Сборник научных трудов. –Ташкент, –1992. – С.61-62.

53. Тоскин И.А., Галустян С.М. Факторы, влияющие на эпидемический процесс микозов стоп //Вестник дерматол. и венерол. –2001. –№6. –С.15-19.

54. Умбетьярова Л.Б., Тонконогова Н.В. Этиологический спектр возбудителей в зависимости от распространенности и клинического течения микоза стоп //Матер. II Всероссийского конгресса по медицинской микологии. Тез. докл. –М., –2004. –Т.4. –С.81-82.

55. Файзуллина Е.В. О распространенности и факторах риска некоторых грибковых заболеваний //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. –2002. –№1. –С.16-18.

56. Хлебникова А.Н. Комбинированные препараты в терапии дерматозов у лиц пожилого возраста //Клиническая дерматология и венерология. –2007. –№2. –С.79-83.

57. Царев В.Н., Гасанов М.Т., Чувилкин В.И. Особенности противогрибкового действия орунгала (итраконазола) и перспективы применения производных классов триазола и аллиламина (тербинафина) //Вестник дерматол. и венерол. –2000. –№4. –С.51-53.

58. Шараев П.Н. Метод определения свободного и связанного оксипролина в сыворотке крови //Лабор. дело. –1981. –№5. –С.283-285.

59. Яковлев А.Б. Эпидемиология микозов стоп в различных профессиональных группах, новые методы их лечения и профилактики. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., –1994. –16 с.

60. Bernstein E., Chen Y., Kopp J. Long-term sun exposure alters the collagen of the papillary dermis //J. Amer. Acad. Dermatol. –1996. –V.34. –P. 209-218.

61. Boudhene-Stambouli O., Merad-Boudia A. Failure of griseofulvine, of ketokonazole, of itraconazole and of terbinafine in the dermatophytic diseased //JEADV. –1996. –V.7. –№2. –P.156.

62. Bowles J.T. The evolution of aging: a new approach to an old problem of biology //Med. Hypotheses. –1998. –V.51. –P.179-221.

63. Brasch J. Pathogens and pathogenesis of dermatophytosis //Hautarzt. –1990. –V.41. –№1. –P.9-15.

64. Brautigam M., Nolting S. Randomised double blind comparison of terbinafine and itraconazole for treatment of toenail tinea infection //BMJ. –1995. –V.311. –№7010. –P.919-922.

65. Caldron R.A., Cihlar R.L. Fungal pathogenesis: principles and clinical applications. –New York: Marcel Dekker, –2002. –762 p.

66. Campisi J. Molecular mechanisms of intrinsic aging //Ann. Dermatol. Venerol. – 2002. –V.129. –Isl 10.

67. Channoum M.A., Hajjeh R.A., Scher R. A large-scale North American study of fungal isolates from nails: the frequency of onychomycosis, fungal distribution and antifungal susceptibility patterns //J. Amer. Acad. Dermatol. –2000. –V.43. –№4. –P.641-648.

68. Einarson T.K., Shear N.H., On P. Multinational Pharmacy economic Analysis of treatment for onychomycosis //Austral. J. Dermatol. –1997. –№1. –P. 12-15.

69. Faragher R.G.A., Kipling D. How might replicative senescence contribute to human ageing? //Bio. Essays. –1998. –V.20. –P.985-991.

70. Fernandes N.F., Geller S.A. Terbinafine Hepatotoxicity: Case Report and Review of the Literature //Am. J. of Gastroenterology. –1998. –V.93. –№852. –P.459-460.

71. Groll A.H., Shan P.M., Mentzel C. Trends in the postmortem epidemiology of invasive fungal infections at a university hospital //J. Infect. –1996. –V.33. –№1. –P.23-32.

72. Gupta A.K., Daniel P.R. Onychomycosis: strategies to reduce failure and recurrence //Cutis. –1998. –V.62. –№4. –P.189-191.
73. Hanecke E. The potential risk not treating onychomycosis //Clin. Courier. –1995. – №12. –P.6-7.
74. Hazen K.C. Fungicidal versus fungistatic activity of terbinafine and itraconazole: An in vitro comparison //J. Amer. Acad. Dermatology. –1998. –V.38. –P.37-41.
75. Lacroix C., Kac G. Scytalidiosis in Paris, France //J. Acad. Dermatol. –2003. – V.48. –№6. –P.852–6.
76. Rogers G., Gilchrest B. The senile epidermis: environmental influences on skin aging and cutaneous carcinogenesis //Br. J. Dermatol. –1990. –V.122. –Suppl.35. –P.55-60.