

ISSN 1561-3607

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

КОСМЕТОЛОГИЯ

СЕКСОПАТОЛОГИЯ

2-3 (4)

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ 2001 ЖУРНАЛ

Ukraine Ministry of Public Health
Dnipropetrovsk State
Medical Academy
Sexual Health Center

DERMATOVENEROLOGY

COSMETOLOGY

SEXOPATHOLOGY
2-3(4)' 2001

SCIENTIFIC MEDICAL JOURNAL
ESTABLISHED IN JUNE 1997



Editorial board

Editor-in-Chief - V.P. Fedotov

Deputy Editor-in-chief -

A.A. Frankenberg

Deputy Editors -

R.I. Vasilishin, I.I. Gorpinchenko,
G.V. Dzyak, A.D. Dyudyun,
V.K. Zakharov, G.H. Kogon,
A.V. Lyulko, A.I. Makarchuk,
O.E. Malevich, V.I. Mamchur,
K.V. Semenukha, I.S. Shponka,
T.V. Svyatenko, N.I. Yushchishyn

Executive secretary -

V.V. Gorbuntsov

Scientific Editorial board

R.F. Aizyatulov (Donetsk), I.A. Babyuk (Donetsk), V.A. Bocharov (Vinnytsa), O.V. Buyanova (Ivano-Frankivsk), I.I. Voloshenko (Kyiv), A.I. Glinchenko (Kharkiv), B.T. Glukhenko (Kyiv), A.M. Datschuk (Kharkiv), N.A. Dudchenko (Poltava), A.I. Zaychenko (Lviv), O.A. Kadenko (Khmelnitsky), A.D. Kaljuzhnaya (Kyiv), L.N. Kovalyova (Odesa), V.G. Kolyadenko (Kyiv), V.G. Kravchenko (Poltava), V.V. Kryshchal (Kharkiv), A.A. Kubanova (Moscow), V.V. Kulaga (Lugansk), Ya.F. Kutasevich (Kharkiv), V.M. Leschenko (Moscow), G.I. Lobanovsky (Odesa), V.P. Logunov (Zaporizhzhya), I.N. Lyashenko (Vinnytsa), I.I. Mavrov (Kharkiv), G.I. Mavrov (Kharkiv), O.A. Pritulo (Simferopol), T.V. Protzenko (Donetsk), V.G. Radionov (Lugansk), V.N. Romanenko (Donetsk), P.P. Ryzko (Kharkiv), V.I. Savchak (Ternopil), V.A. Samsonov (Moscow), A.V. Samzov (St. Petersburg), Yu.K. Skripkin (Moscow), V.I. Stepanenko (Kyiv), V.E. Tkach (Ivano-Frankivsk), S.M. Fyodorov (Moscow), A.I. Khara (Ternopil), V.V. Chebotaryov (Stavropol), A.D. Yutskovsky (Vladivostok), N.Z. Yagovdik (Minsk)

Ukraine, 49001,

Dnipropetrovsk, Artema str., 3a,

"Sexual Health Center"

Tel.: (0562) 44-05-62

Fax: (056) 744-31-40

© Центр Сексуального здоровья 2001

Министерство здравоохранения Украины
Днепропетровская государственная
медицинская академия
Центр сексуального здоровья
(Городская общественная организация)
г. Днепропетровск

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ
КОСМЕТОЛОГИЯ
СЕКСОПАТОЛОГИЯ
2-3(4)' 2001



НАУЧНО - ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ОСНОВАН В ИЮНЕ 1997 ГОДА

выходит два раза в год

Редакционная коллегия:

Главный редактор В. П. Федотов

Зам. главного редактора А. А. Франкенберг

Р.И. Василишин, И.И. Горпинченко, Г. В. Дзяк, А. Д. Дюдюн,
В. К. Захаров, Г. Х. Когон, А. В. Люлько, А.И. Макачук,
О.Е. Малевич, В.И. Мамчур, К. В. Семенука, Т.В. Святенко,
И.С. Шпонька, Н. И. Ющишин

Ответственный секретарь В. В. Горбунцов

Редакционный совет:

Р. Ф. Айзятуллов (Донецк), И.А. Бабюк (Донецк), В.А. Бочаров (Винница),
О.В. Буянова (Ивано-Франковск), И. И. Волощенко (Киев), А.И. Глинченко
(Харьков), Б. Т. Глухенький (Киев), А. М. Дашук (Харьков), Н. А. Дудченко
(Полтава), А.И. Зайченко (Львов), О.А. Каденко (Хмельницкий),
Л. Д. Калюжная (Киев), Л. Н. Ковалёва (Одесса), В. Г. Коляденко (Киев),
В.Г. Кравченко (Полтава), В.В. Крыштал (Харьков), А.А. Кубанова
(Москва), В.В. Кулага (Луганск), Я.Ф. Кутасевич (Харьков), В.М. Лещенко
(Москва), Г.И. Лобановский (Одесса), В.П. Логунов (Запорожье),
И.Н. Ляшенко (Винница), И. И. Мавров (Харьков), Г.И. Мавров (Харьков),
О.А. Притуло (Симферополь), Т.В. Проценко (Донецк), В.Г. Радионов
(Луганск), В.Н. Романенко (Донецк), П. П. Рыжко (Харьков), В. И. Савчак
(Тернополь), В. А. Самсонов (Москва), А. В. Самцов (Ст.Петербург),
Ю.К. Скрипкин (Москва), В.И. Степаненко (Киев), В.Е. Ткач (Ивано-
Франковск), С.М. Фёдоров (Москва), А.И. Хара (Тернополь),
В.В. Чеботарев (Ставрополь), А. Д. Юцковский (Владивосток),
Н. З. Яговдик (Минск)

Издательство: 49001, г. Днепропетровск, ул. Артёма, 3а, "Центр сексуального здоровья". Свидетельство на издательскую деятельность:

Серия **КВ № 2687** от 16.06.1997г.

Адрес редакции: 49001, г. Днепропетровск, ул. Артёма, 3а
"Центр сексуального здоровья" Редакция журнала "Дерматовенерология.
Косметология. Сексопатология"

Тел.: (0562) 44-05-62 Факс: (056) 744-31-40

Зав. редакцией: Н.И. Темник

Отпечатано в ГКБ «Южное», Подписано в печать 18.12.2001
49008, г. Днепропетровск, Формат 84x100/16, Печ. л. 15,
ул. Криворожская, 3

г. Днепропетровск Центр Сексуального здоровья 2001

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ: «МИКОЛОГИЯ»

| | |
|---|----|
| ✓ Федотов В.П. Современные вопросы диагностики и терапии дерматомикозов..... | 5 |
| Кушинский М.Г., Мельникова С.К. Урогенитальный кандидоз (этиология и эпидемиология, особенности патогенеза и клинического течения, современные методы диагностики и терапии) – I..... | 11 |
| Терханова И. В. Значение сосудистых и неврологических нарушений в развитии дерматомикозов у лиц пожилого и старческого возраста,страдающих психо-неврологической и сердечно-сосудистой патологией | 17 |
| ✓ Федотов В.П., Лукьяненко А.И. Новый подход к терапии онихомикозов с использованием системного антимикотика Ламизила..... | 23 |
| Глухенький Б., Глухенькая А., Заруцкая Н., Гунченко Л. Эффективное и безопасное лечение онихомикозов Орунгалом..... | 26 |
| Радионов В.Г., Белоусова И.П. Перспективы применения Орунгала для профилактики биологических осложнений антибиотикотерапии..... | 33 |
| Козленко В. В., Козленко М.В., Макиша Н.А. Заболеваемость онихомикозом среди работников металлургического комбината г. Днепрорудного Запорожской обл. | 36 |
| Дюдю А.Д., Захаров В.К., Захаров С.В., Сеница В.Н., Янчуков В.В. Комплексное лечение урогенитального кандидоза у женщин с применением аутоцитокотерапии..... | 40 |
| Коваленко Ю.Б., Ланкина И.А. Опыт применения Орунгала в лечении микозов у детей..... | 43 |
| Баркалова Е. Л. Ефективність лікування хворих на хронічний рецидивуючий кандидозний вульвовагініт..... | 46 |

ДИСКУССИИ

| | |
|---|----|
| ✓ Захаров В.К., Федотов В.П., Дюдю А.Д. Вновь возвращаясь к проблеме скрытого сифилиса..... | 51 |
| Касянчук М.Г., Лещинський Є.Б. Про прирахування гомо- та бісексуалів до груп ризику стосовноВІЛ та захворювань, що передаються статевим шляхом..... | 64 |

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

| | |
|---|----|
| Коган Б.Г., Степаненко В.І. Морфологічні, біологічні та функціональні особливості збудників демодикозу людини – кліщів <i>Demodex folliculorum</i> та <i>Demodex brevis</i> на сучасному етапі..... | 70 |
| Захаров С. В., Захаров В. К.Особенности уровня цитокинов, показателей клеточного и гуморального иммунитета, их динамика у больных сифилисом..... | 77 |
| Горпинченко І. І., Мірошников Я. О. Вміст аланіну, валіну та аргініну у пацієнтів з розладами ерекції..... | 81 |
| Ивашков Е.А., Юцковский А.Д., Юцковская Я.А. Урогенитальные инфекции у беременных в Дальневосточном регионе..... | 84 |
| Луценко А.Г. Система коррекции сексуальной дезадаптации супружеской пары при асинхрониях психосексуального развития у одного или обоих супругов..... | 92 |

Новый подход к терапии онихомикозов с использованием системного антимикотика Ламизила

Федотов В.П., Лукьяненко А.И.

Днепропетровская государственная медицинская академия

НОВИЙ ПІДХІД ДО ТЕРАПІЇ ОНИХОМІКОЗІВ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ СИСТЕМНОГО АНТИМИКОТИКА ЛАМІЗИЛУ
THE NEW APPROACH TO THERAPY OF ONYCHOMYCOSIS USING THE SYSTEMIC ANTIMICOTIC LAMISIL
Fedotov V.P., Lukyanenko A.I.

Проліковано Ламизилом 86 хворих із оніхомікозами. Обумовленими *T. rubrum*, *T. interdigitale* та мікст-інфекцією (*Candida* та плісневими грибами). Лікування проводилося загальнопримінною методикою, урахуванням значення індексу КІОТОС. Хворим також було призначено Лікофолон. Клінічне одуження було досягнуто у 77 (86%) хворих.

66 patients with onychomycosis conditioned by *T. rubrum*, *T. interdigitale* and myx-infection agents (*Candida* and mold fungi) were treated by Lamisil. The treatment was carried up according to the conventional techniques with regard to the SCID-index value. Cyclofollon was administered to the patients too. The clinical convalescence was achieved for 77 (86%) patients.

Несмотря на значительно распространение грибковых инфекций ногтей и ногтей на значительную распространение

наиболее эффективных средств борьбы с ними, лечение онихомикозов сопряжено с рядом трудностей. Эти трудности обусловлены различными подходами дерматологов к оценке состояния большого и принятию рационального решения [1-3].

В своих исследованиях мы использовали единую методику оценки клинических параметров и факторов, обуславливающих скорость роста ногтя, т. е. индекс КИОТОС – Клинический Индекс Оценки Течения Онихомикоза Стопы. Клиническая часть индекса дает возможность объективно оценить состояние пораженных ногтей и работать на ее основе рациональный подход к терапии. Ростовая часть дает возможность объективно оценить состояние пораженных ногтей и работать на ее основе рациональный подход к терапии. Ростовая часть

дает возможность объективно оценить состояние пораженных ногтей и работать на ее основе рациональный подход к терапии, а также рассчитывать продолжительность курса лечения. Единый индекс КИОТОС, объединяющий клинический и ростовой компоненты, предназначен для формирования сопоставимых групп для клинических исследований [4, 5].

Целью исследования было разработать методику формирования групп больных

онихомикозом с разными значениями индекса КИОТОС для назначения системной терапии современными антимикотиками – Ламизилом.

Поскольку, если произвольно распределить больных, то в одну группу попадут те из них, которые отнимаются наименьшей скоростью роста ногтя, выраженной глубиной поражения ногтя, наибольшей глубиной поражения. Включение в одну из групп хотя бы одного или нескольких больных тогда может резко снизить форму онихомикоза может резко снизить показатели их излеченности.

При комплектовании таких групп мы учитывали следующие параметры:

1) форма онихомикоза – *f* (повторная, дислоцированная, проксимальная), которая предопределяет вид терапии (местная, системная или комбинированная);

2) глубина поражения – *d* (до $1/3$; $1/2$; $2/3$; более $2/3$), которая характеризует локализацию поражения ногтя в порте в горизонтальной плоскости, направление от свободного края до проксимального; 3) степень гиперкератоза – *h* (нет – до 1 мм; умеренный – 1-2 мм; выраженный – более 2 мм). Все эти признаки дают возможность выделить клинический индекс и по его значению выбрать метод терапии (табл. 1).

Таблица 1 - Терапевтический подход к терапии онихомикозов, определяемый по клиническому индексу

| Значение индекса | Клинические варианты, обуславливающие значение | Терапевтический подход |
|------------------|--|---|
| 1 | *Поверхностная форма; *Дистальная форма: поражение до $\frac{1}{3}$ глубины с выраженным или до $\frac{2}{3}$ - с отсутствующим или умеренным гиперкератозом. | Показана наружная терапия. |
| 2 | *Дистальная форма: поражение до $\frac{1}{3}$ глубины с выраженным или до $\frac{2}{3}$ - с отсутствующим или умеренным гиперкератозом. | Показана наружная терапия, однако ее успех может быть ограничен, зависит от скорости роста ногтя. Желательна системная терапия. |
| 3 | *Проксимальная форма. *Дистальная форма: поражение до $\frac{2}{3}$ глубины с умеренным или выраженным, или $> \frac{2}{3}$ - с отсутствующим гиперкератозом. | |
| 4 | *Дистальная форма: поражение $> \frac{2}{3}$ глубины с умеренным гиперкератозом. | Показана системная терапия, однако ее успех может быть ограничен без удаления роговых масс. |
| 5 | *Дистальная форма: поражение $> \frac{2}{3}$ глубины с выраженным гиперкератозом. | Показана комбинированная терапия с назначением системного препарата и обязательным удалением ногтевой пластинки и чисткой ложа. |

Для определения продолжительности системной терапии мы изучили значение ростового индекса, который состоял из двух показателей: возраст (a) и локализация (l), т.е. расположение поражений ногтей на руке или ноге (табл. 2).

Таблица 2 - Значение ростового индекса (РИ) и соответствующее им время отрастания ногтевой пластинки

| Локализация | Возраст больного, лет | | |
|--------------------|-----------------------|--------------|--------------|
| | 15-25 | 25-60 | 60-80 |
| II-V рук | 4 (4 мес.) | 5 (5 мес.) | 6 (6 мес.) |
| I рук, II-V ног | 8 (8 мес.) | 10 (10 мес.) | 12 (12 мес.) |
| I ног | 12 (12 мес.) | 15 (15 мес.) | 18 (18 мес.) |

Продолжительность лечения и дозировка определяются не числом пораженных ногтей, а вовлечением тех ногтей, которые отрастают с наименьшей скоростью. Поскольку системные препараты равномерно распределяются во все ногти, их число не влияет на успех лечения. Значение этого индекса очень важно, т.к. оно ориентировочно соответствует сроку отрастания

ногтевой пластинки, определяющего продолжительность системной терапии.

При значениях РИ:

4-5; 6-8 – рекомендуется проводить традиционные схемы лечения системными антимикотиками;
10-12 – возможно продление традиционных схем лечения;
15 – значительный срок лечения с продлением традиционных схем;
18 – значительный срок лечения (1,5 года) системной монотерапии недостаточно.

Нами для лечения сформированы 4 группы:

I группа – КИОТОС = 5-6;
II группа – КИОТОС = 10-13;
III группа – КИОТОС = 15-16.

В анализируемую группу мы не включили пациентов, которые:

- 1) получали местные антимикотики одновременно вместе с системной;
- 2) получали кератолитические местные средства (пластыри, отслойки);
- 3) после проведенного курса лечения продолжали лечение тем же или другим системным антимикотиком;
- 4) после успешно проведенного лечения спустя 1,5 года отметили возобновление симптомов заболевания.

о клиниче-

нако

ако

ез

я с

и

о продол-

традици-

онимико-

ционных

продле-

.5 года);

руппы:

лучили

и одно-

естные

продол-

ными

ечения

симп-

2001

Длительной терапии был выбран противогрибковый препарат – тербинафин (фирменное название: Ламизил), который благодаря взаимодействию с ферментом скваленэпоксидазной системы гриба преобразует сквален в эпоксид сквалена. Благодаря превращению сквалена в эпоксид, не удается синтез эргостерола, который необходим для поддержания нормальной структуры и функции клеточных мембран. Следовательно, накопления сквалена в этом микроорганизме является разрушение мембран грибной клетки и ее гибель [6, 7].

Тербинафин хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта: примерно через 2 ч. после однократного перорального приема в дозе 250 мг его концентрация в плазме составляет 100-200 нг/мл. Период всасывания тербинафина составляет 0,8 ч., а распределения – 4 ч. Он активно связывается белками плазмы (99%). Благодаря своей липофильности он накапливается в коже, эпидермисе, жировой ткани, откуда медленно высвобождается в кровь.

Мы наблюдали 86 больных онихомикозом (33 женщины и 51 мужчин). Больные были в возрасте от 28 до 65 лет. Во всех случаях диагноз онихомикоза был подтвержден результатами микроскопического исследования, включающего микроскопию и культуральное исследование. У 78 % больных был обнаружен *Trichophyton mentagrophytes*, у 25 % – *Trichophyton mentagrophytes*, у 4 % – *Trichophyton mentagrophytes + Candida albicans*, 1 % – *Candida albicans* и *Trichophyton rubrum*.

У 12 больных (13,9 %) отмечалось изолированное поражение ногтей пластин пальцев рук. Больные всех групп с онихомикозом ногтей пластин пальцев получали 1 таблетку Ламизила по 250 мг в сутки в течение 6 недель, больные с поражением ногтей пальце стоп или с сочетанным поражением – ту же дозу в течение 12 недель. Все больные получали 12,5-процентный раствор циклоферона в/м по схеме 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 17 дни, а при сильном гиперкератозе –

апликации линимента циклоферона на ногтевые пластины по 20 мин ежедневно N 15-20.

Обувь подвергалась дезинфекции в домашних условиях 25-процентным раствором формалина одноразово, с последующей еженедельной обработкой 0,5-процентным раствором хлоргексидина биглюконата в течение всего лечения, носки засыпались 1 раз в неделю батрафеном.

В результате у больных онихомикозом ногтей пальцев кистей, получавших таблетки Ламизила в течении 1,5 мес., уже к концу второго месяца отмечено отрастание на 40-50 % от проксимальной части визуально здоровых ногтевых пластин, независимо от клинической формы онихомикоза и числа пораженных ногтей. В очагах микоза на коже излечение наступило через 14-20 дней. К 6-8 мес. от начала лечения констатировали клинико-этиологическое выздоровление. Из 86 больных всех групп лишь четверем, которые имели значение КИОТОС = 15-16 (III группа), имели или выраженный гиперкератоз и онихомикоз, курс лечения Ламизилом был продлен до 8 недель.

Из побочных эффектов отличались жалобы на дисфункцию желудочно-кишечного тракта (3 %), уртикарные сыпи (у 3 чел.), временную потерю чувства вкуса (у 2 чел.), однако отмена препарата не потребовалась, поскольку эти явления были временные, мало выраженные и легко корректировались.

В результате проведенного лечения клинико-микологическое излечение было достигнуто у 77 (81 %) пациентов. Резистентность к терапии была у 19 % пациентов.

Таким образом, Ламизил является эффективным, безопасным и обладающим широким фунгицидным спектром действия препаратом, позволяющим применять его в качестве основного лекарственного средства при онихомикозе.

Исследованная схема и доза назначения Ламизила следует признать адекватным при значении КИОТОС в диапазоне 12-16.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурасович Я.Ф. Современная стратегия лечения онихомикозов // Журнал дерматологии и венерологии. – 2000. - № 1 (9). - С. 58-61.
2. Довгалев Н.С., Потекаев Н.Н., Кудрина И.И. и др. Дерматофитии в геронтологии: критерии распознавания и принципы лечения // Вестник дерматологии и венерологии. – 1999. - № 5. - С. 12-15.
3. Довгалев Н.Н. Онихомикоз // Российский медицинский журнал. – 2001. – Т. 9, № 3-4. - С. 204-207.
4. Сергеев А.Ю. Опыт изучения онихомикозов, их терапии и профилактики //

Русский медицинский журнал. – 2001. – Т. 9, № 11. - С. 461-466.

5. Sergeev A. A Panoramic View on Data: the Perspectives of a Clinical / 10th Congress of EADV. Munich. October 10-14, 2001. - Satellite Symposium.
6. Скрипкин Ю.К., Степанова Ж.В. Тербинафин (Ламизил) в терапии онихомикоза // Вестник дерматологии и венерологии. – 1999. - № 6. - С. 73-74.
7. Эльберг Э.К. Лечение онихомикоза тербинафином (Ламизилом) // Вестник дерматологии и венерологии. – 1999. - № 3. - С. 60-61.