

МАЗЬ «МИКОЗОРАЛ» В ЛЕЧЕНИИ МИКОЗОВ СТОП И КИСТЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВТОРОГО ТИПА

**¹Корнишева В.Г. (профессор кафедры)*,
²Белова С.Г. (врач-дерматовенеролог)**

¹Кафедра дерматовенерологии ГОУ ДПО СПб МАПО,
²НИИ медицинской микологии им. Н.П.Кашкина ГОУ
ДПО СПбМАПО, Санкт-Петербург, Россия

© Корнишева В.Г., Белова С.Г., 2011

*Статья посвящена лечению мазью «Микозорал» 25 больных с микозом кистей и стоп, из них 16 – с сахарным диабетом 2 типа. Возраст больных – от 57 до 72 лет. Давность заболеваемости микозом кожи – от 3 месяцев до 10 лет. У 13 пациентов с сахарным диабетом диагностировали нейропатию нижних конечностей. У 23 больных выявили поражение кожи подошв по сквамозно-гиперкератотическому типу. У 12 пациентов с сахарным диабетом поражение было вызвано микст-инфекцией (*Trichophyton rubrum*+*Candida* spp.), и более чем у половины из них к *T. rubrum* и дрожжеподобным грибам присоединялись плесневая и бактериальная биоты в различных ассоциациях. Во всех случаях был получен хороший терапевтический эффект. Клиническое выздоровление и отрицательные микологические результаты отмечали у 7 больных, из них – у 2 пациенток с сахарным диабетом.*

Ключевые слова: мазь «Микозорал», микоз стоп, сахарный диабет 2 типа, *Trichophyton rubrum*

OINTMENT «MYCOZORAL» IN TREATMENT OF FEET AND HANDS MYCOSIS AT 2 TYPE DIABETES

**¹Kornisheva V.G. (professor of the chair),
²Belova S.G. (dermatovenerologist)**

¹Chair of dermatovenerology SEI APE SPb MAPT,
²Kashkin Research Institute of Medical Mycology of SEI
APE SPb MAPE, St. Petersburg, Russia

© Kornisheva V.G., Belova S.G., 2011

*The article is devoted to the treatment with the ointment «Mycozorol» of 25 patients with hands and feet mycosis, of which 16 – with type 2 diabetes. Age of patients was from 57 till 72 years. Limitation of mycosis-morbidity of skin – from 3 months till 10 years. In 13 patients with diabetes neuropathy of the lower extremities have been diagnosed. In 23 patients there were the squamous-hyperkeratotic type skin lesions on the soles were. In 12 of patients with diabetes damage was caused by mixed infection (*Trichophyton rubrum* + *Candida* spp.), and more than in half of them was joined to *T. rubrum* and yeast-like fungi joined the molds and bakteriobiota in various associations. In all cases was a good therapeutic effect. Clinical recovery and negative mycological results were observed in 7 patients, of whom – in 2 patients with diabetes.*

Key words: feet mycosis, ointment «Mycozorol», type 2 diabetes, *Trichophyton rubrum*

* Контактное лицо: Корнишева Вера Гавриловна
Тел.: (812) 303-51-47

В мире около 1/3 населения страдает микозами различной этиологии и локализации. Среди всех заболеваний, вызванных грибами, микозы стоп являются одной из наиболее часто встречающихся клинических форм; пик заболеваемости (до 84%) приходится на пожилую и старческий возраст. К развитию микоза стоп предрасполагают следующие факторы: сосудистая патология нижних конечностей, иммунодефицитные состояния, болезни крови, злокачественные новообразования, эндокринопатии (чаще всего – сахарный диабет) [1].

Распространенность сахарного диабета (СД) в различных странах колеблется от 1,5 до 6%. [2]. В России также отмечают возрастание числа пациентов с этим заболеванием – его выявляют у 1-2% населения. СД характеризуется недостаточностью инсулина в организме, что вызывает нарушение углеводного и других видов обмена веществ. При сахарном диабете на фоне гормонального дисбаланса, гиперкальциемии, гликозилирования различных белков происходит нарушение липидного обмена (ожирение), нарастает тканевая гипоксия, происходит расстройство системы гомеостаза, сопровождающихся иммунологическими нарушениями и развитием аутоиммунных процессов [3].

Факторами, предрасполагающими к развитию микозов стоп при сахарном диабете, являются длительная и стойкая декомпенсация основного заболевания, снижение показателей клеточного иммунитета с поликлональной активацией гуморального звена, метаболические нарушения, диабетическая полинейропатия и ангиопатия нижних конечностей, приводящие к нарушению трофики нижних конечностей. Прогрессирование диабета ведет к генерализации микоза и его распространению на кисти и гладкую кожу. Больных СД, особенно с синдромом диабетической стопы, относят к группе высокого риска развития микотической инфекции стоп [4]. При диабете микоз стоп и ониомикоз в 2,14 и 1,48 раза встречается чаще, чем у пациентов без эндокринопатии [5].

Для пациентов с сахарным диабетом, особенно осложненным нейропатией нижних конечностей, микоз стоп представляет серьезную опасность, требующую незамедлительного лечения. Незначительные повреждения кожи, обусловленные микозом, служат входными воротами для патогенных бактерий, что при диабете ведет к развитию глубокой инфекции мягких тканей нижних конечностей, развитию синдрома диабетической стопы, которая нередко заканчивается ампутацией. Поэтому целесообразно, как можно раньше, начинать лечение микоза. При поражении только кожи стоп наружное лечение, как правило, бывает эффективным. При наличии массивных гиперкератотических наслоений на коже подошв возникают определенные трудности, так как при сахарном диабете запрещена отслойка кожи с помощью кератолитических препаратов.

В настоящее время для лечения поверхностных

микозов с успехом применяют мазь «Микозорал» [6]. Действующим веществом ее является кетоконазол – один из первых препаратов азолового ряда, относящийся к производным имидазола и являющийся синтетическим антимикотическим препаратом. Кетоконазол, воздействуя на грибы, тормозит синтез эргостерола, триглицеридов и фосфолипидов, необходимых для формирования клеточной мембраны гриба. В результате повышается проницаемость стенки грибов, и клетка гриба становится нежизнеспособной [7]. Препарат активен против дерматомицетов (родов *Trichophyton*, *Epidermophyton*, *Microsporum*), дрожжеподобных и плесневых грибов. При местном применении он не всасывается в системный кровоток, а длительное применение не ведет к снижению эффективности препарата.

Пациенты с сахарным диабетом и микозом часто имеют серьезную патологию внутренних органов, поэтому терапия системными антимикотиками в таких случаях противопоказана. Для них особенно важно использование в качестве наружного лечения эффективного и удобного в применении антимикотика с широким спектром действия, не раздражающего кожу.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 25 больных с микозом кистей и стоп, из них 16 – с сахарным диабетом второго типа. Пациенты в возрасте от 57 до 72 лет (средний – 61 год), с давностью заболевания микозом кожи – от 3 месяцев до 10 лет (у 1 больного – более 25 лет). У 13 пациентов с СД диагностировали нейропатию нижних конечностей, у 23 – микоз стоп, у 1 – микоз кистей, у 1 – сочетанное поражение кожи кистей и стоп. У всех больных с сахарным диабетом выявили онихомироз стоп, у двух – кистей. Диагноз микотического поражения подтверждали микроскопическим и культуральным исследованиями кожных и ногтевых чешуек. У 23 пациентов поражение кожи подошв было по сквамозно-гиперкератотическому типу. Интертригинозную и дистидротическую формы микоза выявили у двух больных с сахарным диабетом. Зуд кожи межпальцевых складок стоп и подошв отмечали у 6 человек, что было обусловлено наличием диабетической полинейропатии. У 4 пациентов на коже стоп были глубокие, болезненные трещины. Больные, не имевшие сахарного диабета, жалобы на зуд не предъявляли. У 9 пациентов с микозом стоп возбудителем был *Trichophyton rubrum*. У 12 человек с сахарным диабетом поражение было вызвано микст-инфекцией (*T. rubrum*+*Candida* spp.), и более чем у половины из них к *T. rubrum* и дрожжеподобным грибам присоединялись плесневая и бактериальная биоты в различных ассоциациях. У единичных больных с СД был получен рост только *T. rubrum*.

Всем пациентам назначали наружно мазь «Микозорал» в сочетании с патогенетическим лечением. При сахарном диабете у больных с гиперкератозом

предварительно применяли 5% салициловую мазь и выполняли аппаратную чистку кожи подошв. Мазь «Микозорал» наносили на очищенную кожу 1 раз в день с легким массажем в течение 28–35 дней.

Эффективность лечения оценивали следующим образом:

- *удачное лечение* – клиническое выздоровление и отрицательные микологические результаты;
- *улучшение* – клиническое улучшение и частично положительные микологические результаты;
- *неудачное лечение* – отсутствие клинического эффекта и положительные микологические результаты.

Положительный эффект отмечали уже через 2-3 дня после использования «Микозорала». К концу первой недели у всех пациентов проходил зуд, разрешались дистидротические высыпания, значительно уменьшались гиперемия, шелушение, эпителизировались трещины, разрешался гиперкератоз кожи подошв. Кожа стоп становилась мягче, эластичнее. Полное клинико-микологическое излечение наблюдали у двух пациенток. Динамика разрешения клинических проявлений микоза стоп при лечении мазью «Микозорал» представлена в таблице.

Таблица

Динамика разрешения клинических проявлений микоза стоп при лечении мазью «Микозорал»

Диагноз	Продолжительность (в сутках)				
	Зуд	Эрозии межпальцевых складок стоп	Гиперемия кожи подошв	Гиперкератоз	Шелушение
Микоз стоп и сахарный диабет 2 типа (16 больных)	6,5	15	33,4	34,5	18,7
Микоз стоп (9 больных)	3,8	6,7	16,3	28,5	14,2

У 13 пациентов к концу периода лечения сохранялись гиперемия кожи и гиперкератоз, что вероятнее всего, было обусловлено не микотической инфекцией, а изменениями кожи, возникающими на фоне сахарного диабета. У одной больной, у которой при культуральном исследовании были выделены *Candida* spp., плесневая и бактериальная биоты, на фоне монотерапии «Микозоралом» наблюдали прекращение зуда, мокнутия, но сохранялись обильное крупнопластинчатое шелушение, неприятный запах от стоп, что требовало назначения наружных антибактериальных препаратов.

У всех пациентов был получен хороший терапевтический эффект, однако в контрольных анализах из очагов поражения при микроскопии у 18 больных вновь обнаружили грибы, причем у 14 – с сахарным диабетом. У всех больных в контрольных соскобах рост грибов отсутствовал. Удачным лечение было у 7 пациентов, из них у 2 – с сахарным диабетом. Микологического излечения не отмечали у больных с резко выраженным гиперкератозом кожи стоп, которым до назначения мази «Микозорал» не проводили

аппаратной подчистки кожи стоп.

В процессе лечения мазью «Микозорал» побочных явлений не наблюдали, ее хорошо переносили, отмечали удобство применения (1 раз в сутки). Препарат быстро впитывался в кожу и не пачкал одежду.

Таким образом, антифунгальная мазь «Микозорал» эффективна при лечении интертригинозной, дисгидротической, сквамозной форм микоза стоп и кистей у больных, имеющих сахарный диабет второго типа. Из-за нарушенной трофики, вследствие имеющихся полинейропатии и ангиопатии нижних конечностей, у этой группы пациентов при ежедневном нанесении мази на очаги поражения курс лече-

ния составлял 5-6 недель. При сквамозно-гиперкератотической форме микоза стоп применение мази «Микозорал» показано после аппаратной подчистки кожи подошв.

С целью профилактики инфекции нижних конечностей, после посещения мест общественного пользования (бани, плавательные бассейны и др.), больным с сахарным диабетом второго типа показана обработка кожи подошв и межпальцевых складок стоп мазью «Микозорал». Пациенты, у которых эрадикация возбудителя невозможна, нуждаются в постоянной наружной мазевой терапии для профилактики рецидивов микоза стоп.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Климко Н.Н.* Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей. – М., 2008. – С. 335.
2. *Международное соглашение по диабетической стопе.* Международная группа по диабетической стопе. – М., 2000. – С. 96.
3. *Дедов И.И., Балаболкин М.И.* Патогенез сахарного диабета // Медицинский академический журнал. – 2006. – Т. 6, № 3. – С. 3-15.
4. *Корнишева В.Г., Соколова Г.А., Борисова О.А., Белова С.Г.* Микозы стоп у больных сахарным диабетом второго типа. – СПб.: Фолиант, 2009. – С. 231.
5. *Нерсесян С.А.* Дерматофитии при эндокринной патологии: Автореф. д.м.н. – СПб. – 1997. – С. 38.
6. *Степанова Ж.В.* Современный отечественный антимикотик «Микозорал» в терапии микозов гладкой кожи// Успехи медицинской микологии: материалы первого всероссийского конгресса по медицинской микологии. – М., 2003. – Т. 2. – С.176-177.
7. *Кубанова А.А., Кисина В.И.* Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций передаваемых половым путем. – М., 2005.

Поступила в редакцию журнала 18.04.2011

Рецензент: Ф.А. Зверькова

