

УДК 616.596-002.828 +616.517]-02-07-08

**КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ  
ОСОБЕННОСТИ ОНИХОМИКОЗА СТОП ПРИ ПСОРИАЗЕ****Кожанов А.С., Усубалиев М.Б.***Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек,  
e-mail: npropm@mail.ru*

В статье представлены частота встречаемости, этиология, клинические особенности течения и лечения онихомикоза стоп при псориазе. При культуральном исследовании наиболее часто выделен *Tr. rubrum* (73,9%). Одинаково часто регистрировались дистально-латеральная и тотальные формы онихомикоза составляя 50% и 46,2% соответственно. Клинико-микологическое излечение через 6 месяцев комбинированной терапии онихомикозов у больных псориазом с применением тербинафина, нафтифина, витаминных препаратов и пентоксифиллина наступило у 77,8% пациентов.

**Ключевые слова:** псориаз, онихомикоз стоп, тербинафин, лечение**CLINICAL FEATURES ETIOLOGIC AND THERAPEUTIC ONYCHOMYCOSIS  
OF FEET IN PSORIASIS****Kojanov A.S., Usubaliev M.B.***I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, e-mail: npropm@mail.ru*

The article presents the incidence, etiology, clinical features and treatment of onychomycosis of feet in psoriasis. When cultures of the most frequently isolated *Tr. rubrum* (73,9%). Equally frequently reported distal-lateral form of onychomycosis and total accounting for 50% and 46,2%, respectively. Clinical and mycological cure after 6 months of combination therapy of onychomycosis in patients with psoriasis with terbinafine, naftifine, vitamins and pentoxifylline occurred in 77,8% of patients.

**Keywords:** psoriasis, onychomycosis of feet, terbinafine, treatment

Грибковые поражения ногтевых пластин (онихомикозы) относятся к наиболее часто встречающимся микотическим заболеваниям человека. Среди патологии ногтей доля онихомикозов достигает 40-50% [1, 3]. Это заболевание распространено повсеместно, а его лечение не всегда оказывается эффективным. Изменения ногтевых пластин – один из частых симптомов псориаза, отмечаемый почти у 90% больных [4, 6]. При этом дистрофические изменения при псориазических онихиях создают благоприятную среду для присоединения грибковой инфекции. Наличие микозов у больных псориазом ведет к поддержанию воспаления, уменьшению интервалов между обострениями кожного процесса, а также к развитию резистентности при традиционных методах терапии [2, 7].

Известно, что онихомикоз – полиэтиологичное заболевание. Около 50 видов грибов выделяются из пораженных ногтей [5, 8]. Значение тех или иных видов грибов в его возникновении и развитии до сих пор дискутируется. Поэтому, проблема онихомикозов, несмотря на значительный объем исследований, посвященных этой патологии, продолжает оставаться чрезвычайно актуальной.

**Цель исследования**

Изучить особенности этиологии и клинического течения и лечения онихомикоза стоп у больных псориазом.

**Материалы и методы исследования**

Под нашим наблюдением находились 134 больных различными клиническими формами псориаза имеющие изменения ногтевых пластин в возрасте от 21 до 79 лет. Мужчин было 96 (71,6%), женщин – 36 (28,4%). Комплексное обследование включало сбор и оценку данных анамнеза, физикальный осмотр больного, общеклинические и биохимические исследования крови, микологическое обследование. После забора патологического материала (ногтевых пластин) из очагов поражения добавляли 20% КОН на предметном стекле и подогревали над пламенем горелки в течение 30-60 секунд. Наложив покровное стекло, через 30-40 минут производили микроскопию на обычном световом микроскопе. При микроскопии обращали внимание на морфологические особенности, характер расположения спор и мицелия гриба. Для культуральной диагностики грибов использовали стандартную среду Сабуро (40 г глюкозы, 20 г агара, 1 л дистиллированной воды) с добавлением пенициллина – 10000 ЕД/мл, стрептомицина – 10 мг/мл (для подавления бактериальной флоры), а также высокоселективную среду для роста дерматомицетов, грибов рода *Candida* и некоторых плесневых грибов агар Сабуро с декстрозой, хлорамфениколом и циклогексимидом.

Статистическую обработку результатов проводились с использованием компьютерной программы SPSS for Windows 13.0.

**Результаты исследования  
и их обсуждения**

При микроскопическом исследовании ногтевых чешуек стоп у 134 больных псо-

риазом с изменением ногтевых пластин мицелии грибов найдены у 78 (58,2%) пациентов (таблица).

При посеве патологического материала на среду Сабуро культура гриба получена у 69 (51,5%) больных. Дерматомицеты выделены у 53 (76,8%) больных, из них *Tr. rubrum* составил 73,9%, *Tr. mentagrophytes var. interdigitale* – 2,9%. Недерматофитная флора получена у 16 (23,2%) больных: плесневые грибы в 14,5% случаев, грибы рода *Candida* – 8,7%.

Длительность течения псориаза, у которых выделена культура гриба (n = 69) составила от 1 до 28 лет. При длительности псориаза менее 5 лет онихомикоз стоп отмечали у 12 (17,4%) больных. При более длительном течении псориаза этот показатель неуклонно возрастал: от 5 до 10 лет – 19 (27,5%), более 10 лет – 38 (55,1%) (p < 0,05) (рис. 1).

Для определения влияния формы псориаза на заболеваемость онихомикозом были

проанализированы данные микологического исследования в зависимости от клинической формы дерматоза у 78 больных с положительной микроскопией на грибы. При этом артропатический псориаз диагностирован у 34 (43,6%), вульгарный – у 23 (29,5%), экссудативный – у 11 (14,1%), эритродермический – у 10 (12,8%) (рис. 2).

Таким образом, онихомикоз стоп достоверно в 1,5 раза чаще встречался при артропатическом псориазе по сравнению с вульгарным (p < 0,05).

При исследовании клинических особенностей онихомикоза при псориазе установлено, что одинаково часто регистрировались дистально-латеральная и тотальные формы онихомикоза составляя 50% и 46,2% соответственно. У 3,8% пациентов диагностирован проксимальный онихомикоз. Следует отметить, что в большинстве случаев наблюдали множественный онихомикоз с поражением от двух до десяти ногтевых пластин стоп.

#### Микобиота у больных псориазом и онихомикозом стоп

Культура грибов	Онихомикоз стоп	
	абс. ч.	%
<i>Tr. rubrum</i>	51	73,9
<i>Tr. mentagrophytes var. interdigitale</i>	2	2,9
Плесневые грибы	10	14,5
Грибы рода <i>Candida</i>	6	8,7
Всего	69	100,0

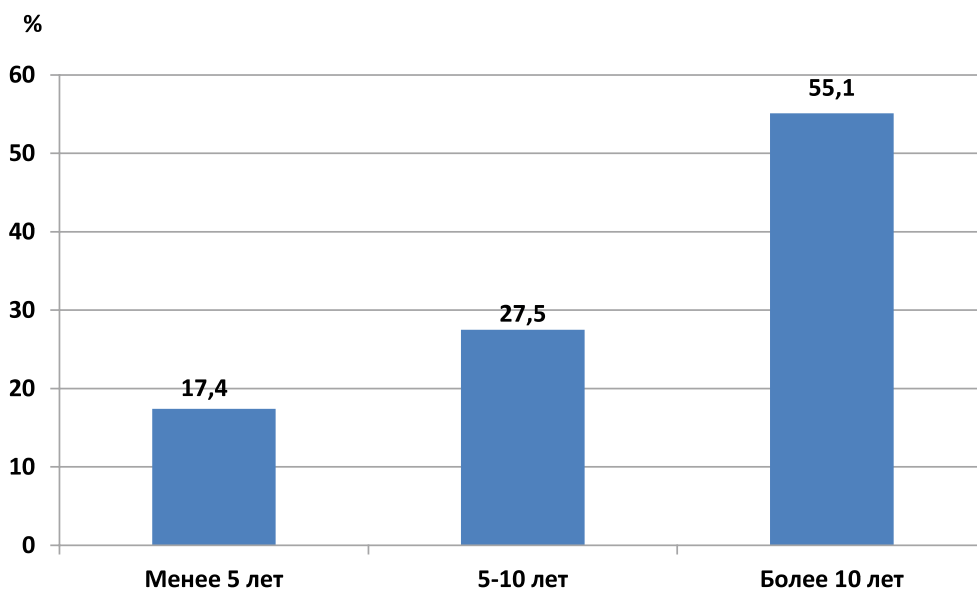


Рис. 1. Влияние длительности течения псориаза на заболеваемость онихомикозом (в%)



Рис. 2. Клинические формы псориаза у больных онихомикозом

Лечение онихомикоза стоп у больных страдающих псориазом проводили комплексно с учетом индивидуальных особенностей больных в стадии ремиссии чешуйчатого лишая. Применяли комбинированную антимикотическую терапию 54 больным, включающий тербинафин 250 мг в сутки в течение 18 недель, механическую чистку пораженных ногтевых пластин с нанесением 2 раза в день раствора нафтифина («экзодерила») в течение 6 месяцев. Кроме того проводили патогенетическое лечение. Применили «аевит» по 1 капсуле 3 раза в день в течение 1 месяца, 5% аскорбиновую кислоту по 2,0 в/м, 10 дней, пентоксифиллин 400 мг 3 раза в день в течение 30 дней. Клинико-микологическое излечение через 6 месяцев комбинированной терапии онихомикозов у больных псориазом наступило у 42 (77,8%) пациентов.

### Выводы

Микроскопически онихомикоз стоп у больных страдающих псориазом диагностирован у 58,2% пациентов, положительный рост культур – у 51,5%. Наиболее частым патогеном был *Tr. rubrum* (73,9%). При более длительном течении псориаза частота онихомикоза возрастала: от 5 до 10 лет у 27,5%, более 10 лет – у 55,1% больных. Онихомикоз стоп достоверно в 1,5 раза чаще встречался при артропатическом псориазе по сравнению с вульгарным. Одинаково часто регистрировались дистально-ла-

теральная и тотальные формы онихомикоза составляя 50% и 46,2% соответственно. Клинико-микологическое излечение через 6 месяцев комбинированной терапии онихомикозов у больных псориазом с применением тербинафина, нафтифина, витаминных препаратов и пентоксифиллина наступило у 77,8% пациентов.

### Список литературы

1. Баткаев Э.А., Шапаренко М.В., Бабенко А.В. Микозы стоп и онихомикозы у больных дерматозами // Русский медицинский журнал. – 2004. – № 4. – С. 186–188.
2. Корнишева В.Г., Курбанов Б.М., Свиридова К.В. Поражение ногтей у больных псориазом // Вестник дерматологии и венерологии. – 2008. – № 3. – С. 9–18.
3. Короткий Н.Г., Уджуху В.Ю., Абдуллаева А.Э. Комплексная иммуномодулирующая терапия при псориазе // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2001. – № 2. – С. 15–18.
4. Сергеев А.Ю. Современная эпидемиология и этиология онихомикозов, концепции патогенеза и новые подходы к диагностике, лечению и профилактике: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2002. – 45 с.
5. Скрухина М.Е., Будумян Т.М. Эпидемиологические и клинические особенности микозов стоп у больных с хроническими заболеваниями нижних конечностей // Проблемы медицинской микологии. – 2001. – Т. 3. – № 2. – С. 68–69.
6. Detection of telomerase activity in the lesions of psoriasis / [H. Cheng, H. Zhang, X.H. Cai et al.] // Australasian J. Dermatol.: World Congress of Dermatology, 19th: Abstracts. – 1997. – P. 144.
7. Epidemiology: surveillance of fungal infections / [D. Ellis, D. Marriott, R.A. Hajjeh et al.] // Med Mycol. – 2000. – Vol. 38. – P. 173–182.
8. Griffiths G.E.M., Clark C.M., Chalmers R.J.G. A systematic review of treatments for severe psoriasis // Health Technol. Ass. – 2000. – № 4. – P. 1–125.