

На правах рукописи

Савенко Екатерина Леонидовна

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ
ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ СТОП**

14.01.10 – кожные и венерические болезни

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Новосибирск – 2012

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа – Югры» (г. Сургут)

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Русак Юрий Эдуардович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Позднякова Ольга Николаевна
(Новосибирский государственный медицинский университет, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии)
кандидат медицинских наук, доцент
Коняхина Ирина Григорьевна
(Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, заведующий кафедрой дерматовенерологии)

Ведущая организация: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (г. Красноярск)

Защита диссертации состоится «___»_____2012 года в _____ часов на заседании диссертационного совета ДМ208.062.06 при Новосибирском государственном медицинском университете (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 52; тел. (383) 229-10-83)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Новосибирского государственного медицинского университета (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 52)

Автореферат разослан «___»_____2012 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

Т. Б. Решетникова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Клиническая картина многих заболеваний может значительно отличаться в зависимости от локализации высыпаний. Это зависит от многих причин, в том числе анатомо-физиологических особенностей различных участков кожного покрова. В этом плане особое место занимает кожа стоп, отличающаяся значительной толщиной эпидермиса, отсутствием волос, сальных желез на подошвах и так далее [Чернух А.М., Фролов Е.П., 1982; Ноздрин В.И., Барашкова С.А., 2005]. Чаще всего кожа стоп подвержена микозам [Корнишева В.Г., 2002; Сергеев В.Ю., 2006; Разнатовский К.И., 2006].

Кроме микозов на стопах часто локализуются многие заболевания (псориаз, экзема, ладонно-подошвенная кератодермия, эксфолиативный кератолит). Мелкоточечный кератолит, поражающий почти исключительно кожу стоп, вызываемый *Kytococcus sedentarius*, встречается повсеместно, типичная клиническая картина которого включает в себя участки гиперкератоза с многочисленными отдельными углублениями в роговом слое эпидермиса пропорциональных росту колонии, размерами 1-5мм в ширину и 1-2мм в глубину [Sehgal V.N., Ramesh V., 1982; Takama H., Tamada Y., 1998].

Обычно диагностика процесса не вызывает затруднений. Значительно сложнее верификация диагноза происходит при сочетании мелкоточечного кератолита с другими заболеваниями кожи стоп, например, с микозами, микробной экземой. Ввиду значительной распространенности микотической инфекции, достаточно часто у врачей клинической практики может сформироваться ложное представление о ней как о единственной этиологически значимой, что в свою очередь обуславливает ошибки в диагностике и тактике ведения пациентов. Больные с проявлениями патологического процесса на коже ладоней и подошв склонны к присоединению грибковой инфекции. При исследовании пациентов, с приобретенными ладонно-подошвенными кератодермиями в городе Сургуте, обнаружили грибковое поражение кожи и онихомикоз у 12,5 % пациентов [Бахлыкова Е.А., 2004], микоз стоп и мелкоточечный кератолит – у 4 % посетителей микологического кабинета [Русак Ю.Э. 2009]. Сочетанные поражения кожи стоп довольно распространены, они причиняют много неприятных косметических и болевых ощущений, могут сопровождаться нарушением трудоспособности, нередко возникают серьезные психологические

проблемы.

Поражения кожи играют провоцирующую роль в патогенезе ряда патологических состояний, отчасти создают благоприятный фон для развития дерматозов аллергической природы. Известно, что у лиц, страдающих микозом стоп, аллергический дерматит, в том числе и профессиональный, развивается в 3 раза чаще, а лекарственная непереносимость – в 4 раза чаще [Потекаев Н.Н., 2010], поэтому вопрос эффективной терапии чрезвычайно важен. Однако санация грибковой инфекции, даже современными антифунгальными препаратами в случае сочетанного поражения, иногда заметного улучшения не приносит. Неудачи терапии в данных случаях можно связать с присутствием сочетанных поражений и вторичностью грибковой инфекции.

Сочетанные поражения на сегодняшний день мало изучены, практически отсутствуют рекомендации по тактике ведения пациентов, особенностям терапии, потому данная проблема является актуальной и требует дальнейших углубленных исследований.

Цель исследования. На основании углубленного клинико-лабораторного изучения выявить особенности сочетанных поражений кожи стоп мелкоточечным кератолизом и другими дерматозами и разработать методы эффективной терапии и профилактики.

Задачи исследования

1. Изучить частоту сочетания кератолиза с микробной экземой.
2. Изучить частоту сочетания кератолиза с грибковой инфекцией.
3. Определить клинические особенности сочетания мелкоточечного кератолиза и микробной экземы кожи стоп.
4. Определить клинические особенности сочетания кератолиза и микоза стоп.
5. Определить структуру возбудителей микозов стоп при сочетании с мелкоточечным кератолизом.
6. Разработать схемы дифференциальной диагностики и лечения сочетанных поражений кожи стоп.
7. Разработать комплексные противорецидивные мероприятия в отношении сочетанных поражений кожи стоп.

Научная новизна исследования. Установлено, что мелкоточечный кератолиз сочетается с микробной экземой кожи стоп в 37,7 % случаев, с

грибковой инфекцией кожи стоп – в 63,3 %. Впервые выявлены клинические особенности сочетанных поражений кожи стоп. При сочетании мелкоточечного кератолиза и грибковой инфекции клиническая картина микоза доминирует над проявлениями мелкоточечного кератолиза, процесс протекает со склонностью к развитию дисгидротической формы микоза стоп и на этом фоне формированием явлений экзематизации. В случае сочетания мелкоточечного кератолиза с экземой визуализируется типичная клиническая картина экзематозного процесса с типичной клиникой мелкоточечного кератолиза

Практическая значимость. Доказана необходимость обследования больных с микробной экземой стоп на наличие мелкоточечного кератолиза. Доказана необходимость обследования больных грибковой инфекцией на наличие мелкоточечного кератолиза при отсутствии излеченности от применения противогрибковых средств. Выявлено, что сочетанные поражения кожи стоп мелкоточечным кератолитом и грибковой инфекцией имеют особенности. Предложена структурная схема для проведения дифференциальной диагностики схожих с микозами стоп заболеваний (мелкоточечный кератолит, эксфолиативный кератолит). Предложены комплексные методы лечения сочетанных поражений кожи стоп, включающие как патогенетические средства, так и этиотропные в отношении мелкоточечного кератолиза и микозов стоп.

Положения, выносимые на защиту

1. Мелкоточечный кератолит сочетается с грибковой инфекцией в 63,3 % случаев, с микробной экземой – в 37,7 % случаях.
2. Сочетанные поражения кожи стоп кератолитом и экземой, мелкоточечным кератолитом и грибковой инфекцией имеют свои особенности.
3. Применение структурной схемы дифференцированного подхода, при подозрении на наличие мелкоточечного кератолиза, позволяет улучшить качество диагностики сочетанных поражений кожи стоп, избежать ошибочной тактики ведения пациентов.
4. Внедрение спектра профилактических рекомендаций в клиническую практику врачей дерматовенерологов позволяет снизить частоту рецидивов сочетанных поражений кожи стоп.

Апробация материалов работы. Материалы диссертации доложены на Четвертой Республиканской научно-практической конференции «Вопросы

профилактической медицины в регионах Крайнего Севера» (Надым, 2006 года), на XVI краевой научно-практической, посвященной 110-летию профессора И.И. Гительзона (Красноярск, 2006), на IV Международной конференции «Актуальные вопросы эпидемиологии, клиники, диагностики, профилактики и терапии социально-значимых дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем» (Алматы, 2007), на VIII Окружной конференции молодых ученых: «Наука и инновации XXI века» (Сургут, 2007), на II научно-практической конференции «Санкт-Петербургские дерматологические чтения» (Санкт-Петербург, 2008).

Внедрение результатов исследования в практику. Материалы диссертации использованы в лечебном процессе медико-санитарной части ООО «Газпром трансгаз Сургут», Центральной районной больницы с. Парфеньево (Костромская область), в организационно-методической и лечебной деятельности Клинической городской больницы № 2 (г. Сургут), в учебном процессе Сургутского государственного университета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 9 печатных работ, в том числе 1 статья – в научном рецензируемом журнале, рекомендуемом для публикаций основных результатов исследования.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 126 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материалов, методов, результатов собственного исследования и их обсуждения, выводов и практических рекомендаций, иллюстрирована 23 рисунками, содержит 14 таблиц. Библиографический список включает 173 источника (88 отечественных и 85 зарубежных авторов; 8 нормативно-правовых источников).

Личный вклад автора. Весь материал, представленный в диссертационном исследовании, собран, обработан и проанализирован лично автором.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование одобрено локальным этическим комитетом Сургутского государственного университета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Клиническое исследование. Для решения поставленных задач было

проведено открытое проспективное обследование 4725 больных в период с 2006 – 2012 гг. МК был обнаружен у 236 человек (4,9 %), из них 140 (59,3%) имели сочетанные поражения кожи стоп. Исключены из исследования 25 пациентов. Обобщены результаты наблюдения 115 (48,3%) больных с сочетанным поражением кожи стоп (43 случая – сочетание с экземой, I группа исследования; 72 – с грибковой инфекцией, II группа исследования). Набор больных осуществлялся при помощи разработанной «Карты первичного обследования больного с сочетанным поражением кожи стоп».

Клиническая часть работы выполнена в стационарном и поликлиническом отделениях (микологическом кабинете) Сургутского клинического кожно-венерологического диспансера, лечебно-профилактическом отделении медико-санитарной части ООО «Газпром трансгаз Сургут», лабораторные исследования проведены на кафедре микробиологии Сургутского государственного университета ХМАО-Югры.

Критерии включения: информированное согласие пациента; неприятный запах кожи стоп; участки гиперкератоза с многочисленными углублениями на коже стоп; коричневатая окраска пораженных участков, создающих эффект «грязных ног»; изменение ногтевых пластин стоп; наличие экземы, сочетающейся с выше перечисленными критериями. Критерии исключения: возраст моложе 20 и старше 60 лет, лекарственная непереносимость, беременность, соматические заболевания в стадии обострения, болезни злокачественными процессами.

У 53 пациентов, госпитализированных в стационар, а также амбулаторно получавших системные антимикотики изучалась гемограмма, проводилось биохимическое исследование крови. Референтные пределы показателей крови регламентировались соответствующими нормативными документами. При сравнении результатов у больных с сочетанным поражением кожи стоп и референтными значениями не отмечалось достоверных различий ($p < 0,05$).

Исследование проводилось поэтапно. Диагностические методы представлены в таблице 1.

Культуральное исследование проводилось на K. Sedentarius. Клинический материал получали путем соскоба, прививали на 5 % кровяной агар (54 пациента) штрихом, или сердечно-мозговой агар (61 пациент). Препарат инкубировали в термостате в анаэробных условиях при температуре

35 градусов по Цельсию. В течение 24 часов получали небольшие от 1 до 2-3 мм в диаметре, округлые, непрозрачные, выпуклые шероховатые, серо-белые или желтоватые колонии. Идентификация *K. Sedentarius* осуществлялась при наличии в окрашенном по Граму мазке монокультуры грамположительных кокков.

Таблица 1

Диагностические методы обследования пациентов с сочетанными поражениями кожи стоп (n = 115)

Методы исследования	Количество обследованных пациентов	Общее количество исследований	Относительный показатель, %
Общеклинический осмотр	115	115	100 %
Дерматологический осмотр	115	715	100 %
Цифровая фотография (Canon EOS 550D)	65	65	56,5 %
Микроскопическое и культуральное исследование чешуек кожи из очагов поражения на <i>K. Sedentarius</i>	115	115	100 %
Микроскопическое и культуральное исследование чешуек кожи и ногтей на дерматомицеты и дрожжевые грибы	115	115	100 %

Микроскопическое исследование на дерматомицеты и дрожжевые грибы проводилось для обнаружения морфологических элементов гриба. Культуральное исследование проводили для идентификации возбудителя. Для первичной изоляции дерматомицетов использовали стандартную агаризированную среду Сабуро.

Методы терапии. Терапевтический комплекс был сформирован в соответствии с приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 565 от 12.09.2005 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с пиодермиями», № 747 от 11.12.2007 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с микозом ногтей» № 773 от 10.12.2007 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с экземой» от 18.12.2007.

Методы профилактики. В исследовании использовались противогрибковые носки с обработкой немигрирующим препаратом Санитайзд Т 90-04 (регистрационное удостоверение от 20.11.2008 № ФСР

2008/03656). Мазь мометозона фуроат – активный кортикостероид (III класс). Код АТС-D07A C13. Регистрационный номер: П N013256/02. Дата регистрации: 2008.

Статистические методы. По результатам проведенных исследований в пакете электронных таблиц MS Excel 3,0 были сформированы 3 базы данных. Статистическая обработка данных осуществлялись с использованием пакета компьютерных программ «Statistica 6.0» и «Биостатистика 4.03». Достоверность коэффициентов различий принимали при значении $p < 0,05$. При анализе данных сопряженности исследуемых признаков использовался критерий χ^2 . Для описания возможных статистических связей между исследуемыми признаками использовался непараметрический метод, т.е. ранговая корреляция с расчетом коэффициента Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Особенности клиники и лечения МК, осложненного экземой. Из выявленных 43 пациентов с сочетанием МК с экземой стоп мужчин – 31 (72,0 %), женщин – 12 (28 %). В целом преимущество случаев среди мужчин в 2,6 раза больше, чем у женщин. Средний возраст больных составил $33,1 \pm 1,23$ года.

Для уточнения факторов, приводящих к первой манифестации экземы кожи стоп, на фоне МК выявили возможные триггерные воздействия (табл. 2).

Таблица 2

Характеристика факторов, ассоциированных с дебютом экземы стоп на фоне МК

Неблагоприятный фактор	Количество больных, (%) n=43
Описторхоз	11,63 % (5)
Травма	11,63 % (5)
Эндокринные заболевания	27,91 % (12)
Особенности анатомического строения стоп	18,60 % (8)
Сосудистые нарушения нижних конечностей	27,91 % (12)
Причины не выявлены	2,33 % (1)

Развитию и рецидивам экземы стоп на фоне МК в большей мере могли способствовать эндокринные заболевания (СД II типа, диффузно-узловой зоб, аутоиммунный тиреоидит), сосудистые нарушения нижних конечностей

(варикозная болезнь), особенности анатомического строения стоп (плоскостопие, деформация пальцев стопы и т.д.). Средняя продолжительность сочетанного поражения кожи стоп МК с экземой составила $7,8 \pm 0,20$ месяца.

При использовании непараметрического метода (т.е. ранговой корреляции) для установления возможной взаимосвязи продолжительности течения МК в сочетании с экземой с иными факторами проведен расчет коэффициента корреляции Спирмена, составлены матрицы значений их попарной корреляции (r – Спирмена) при различных сценариях сочетания признаков. Между отдельными признаками прослеживаются устойчивые корреляционные связи. Так, продолжительное течение МК в сочетании с сосудистыми нарушениями способствуют развитию распространенной формы экземы.

Таким образом, анализ причинно-следственных связей позволил предположить, что *Kytococcus sedentarius* мог явиться причинным фактором развития экземы. В случае длительного, нелеченного инфекционного процесса могла появиться сенсibilизация кожи к данному инфекционному агенту, клиническим проявлением которой явилась микробная экзема.

Особенностями сочетанного поражения кожи стоп мелкоочечным кератолизом и экземой явились: предшествующее поражение кожи стоп МК, особенно длительное, рецидивирующее течение; более частое развитие случаев сочетанного поражения кожи стоп МК и экземой в молодом и среднем возрасте; наличие триггерных воздействий, приводящих к первичной манифестации экземы стоп на фоне МК, к которым относятся эндокринные заболевания, сосудистые поражения нижних конечностей, анатомические особенности строения стоп; клинические проявления в виде сочетанного экзематозного процесса с типичной клинической картиной МК.

Лечение МК в сочетании с экземой требует разработки оптимальных схем лечения, направленных на оба этиологических фактора.

Первый этап лечения был направлен на ликвидацию воспалительных экзематозных явлений, затем для лечения МК использовались мазь фузидат натрия у 20 пациентов (46,5 %), мазь мупироцина 2 % – у 16 пациентов (37,2 %) и эритромициновая мазь – у 7 пациентов (16,3 %) с положительным эффектом ($p < 0,05$). Рекомендовано мытье кожи стоп и смену носочно-чулочных изделий каждые 12 часов, тщательное просушивание обуви; в

качестве профилактики повторных эпизодов заболевания – ношение противогрибковых носков.

У 35 пациентов (81,4 %) лечение привело к удлинению ремиссии экземы стоп, обострение наступало 1 раз в год или раз в 2 года; у 18,6 % пациентов повторных эпизодов экземы стоп за период наблюдения не было ($p < 0,05$).

Сочетанные поражения кожи стоп *Kytococcus sedentarius* с грибковой инфекцией. Клиническая группа составила 72 пациента, из них – 70 (97,22 %) мужчин и 2 женщины (2,78 %) (рис. 2). Объяснить подобное процентное соотношение результатов можно более частым ношением мужчинами теплой, окклюзионной обуви в течение длительного периода времени. Данный факт актуален в местности, приравненной к условиям Крайнего Севера. Подобные условия способствуют гипергидрозу и, как следствие, создают предпосылки для развития как МК, так и микоза стоп.

Диагноз микотической инфекции был подтвержден у 72 пациентов микроскопически (в 100 % случаев) и культурально (табл. 3).

Таблица 3

Спектр возбудителей микозов стоп во второй исследуемой группе пациентов

Виды возбудителя	Количество пациентов, % (n = 72)
Tr. rubrum	75,00 % (54)
Tr. mentagrophytes var. interdigitale	23,07 % (17)
Candida albicans	1,93 % (1)

Отчетливо видно, что среди возбудителей грибковой инфекции стоп преобладает Tr. Rubrum, он составляет 75 % всех выявленных случаев, что хорошо согласуется с общими литературными данными [Медведева Т.В., 2006; Разнатовский К.И., 2006; Сергеев А.Ю., 2008]. При посеве на среды рост дерматомицетов отмечался так же хорошо, как и *Kytococcus sedentarius*.

Линейно-корреляционный анализ позволил установить, что продолжительное течение мелкоточечного кератолиза в сочетании с использованием наружной терапии в виде крема изоконазола нитрата способствует регрессу клинических проявлений ($r = 0,89$); наружное применение крема бифоназола имело умеренную корреляционную связь ($r = 0,57$), что соответствует данным клинических наблюдений. Такие признаки, как возраст ($r = 0,21$) и семейственный характер заболевания ($r = 0,25$) не имеют

взаимосвязей с мелкоточечным кератолизом на фоне ассоциаций с грибковыми инфекциями (рис. 1).

Таким образом, анализ причинно-следственных связей позволил предположить, что наиболее эффективным методом лечения сочетанного поражения «МК + грибы» является изокконазола нитрат, обладающий как противогрибковым, так и противомикробным действием.

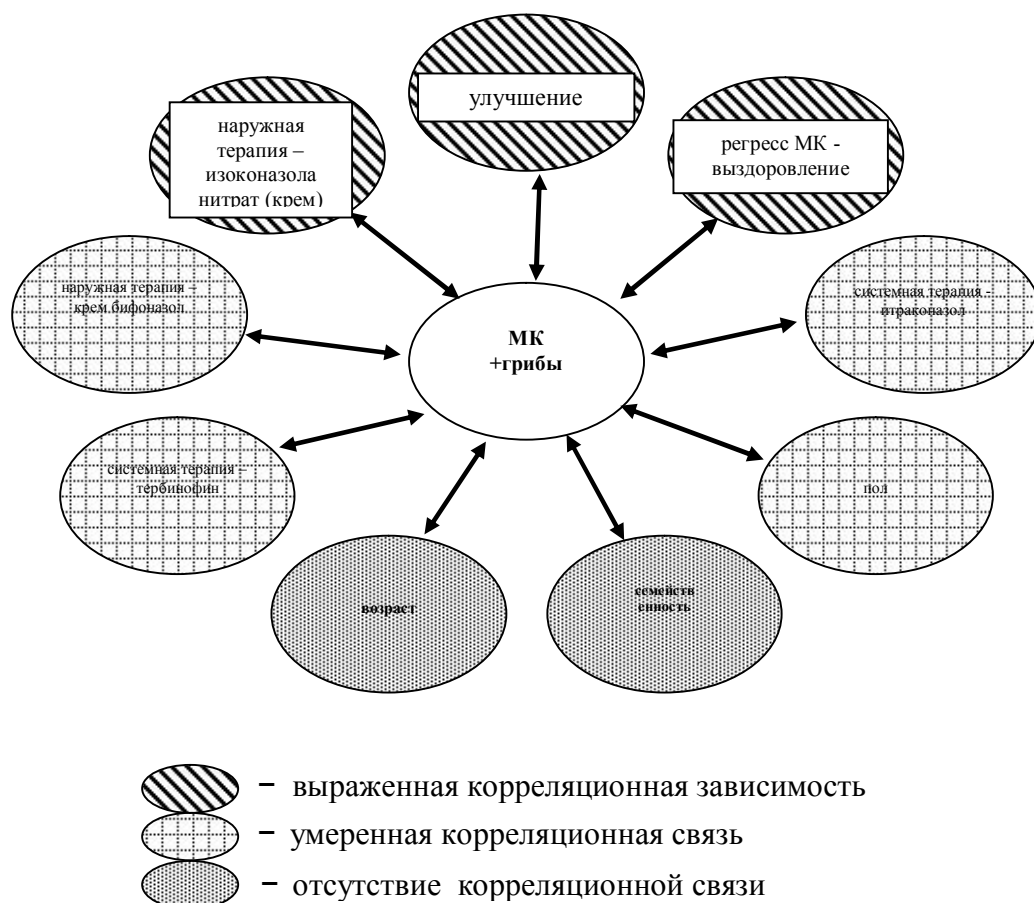


Рис. 1. Дизайн графической иллюстрации ассоциативных связей между признаками для второй группы больных

Лечение микоза и онихомикоза стоп назначалось наружными и системными антимикотическими средствами. Среди системных антимикотиков использовались итраконазол по методике пульс-терапии (200 мг 2 раза в день – 7 дней; далее 3-х недельный интервал, всего 3 - 4 курса) и тербинафин по 250 мг/сутки – 3-4 месяца, наружно использовались производные тербинафина, аллиламина.

Особенностями сочетанного поражения кожи стоп грибковой инфекцией и МК являются: сочетанные поражения кожи стоп микозом и МК протекали с

яркой выраженной клинической картиной, склонностью к развитию дисгидротической формы микоза стоп и на этом фоне развитием явлений экзематизации; доминирование клинической картины грибковой инфекции при сочетанном поражении кожи стоп МК и дерматомицетами; стертая клиническая картина МК; выявление *Kytococcus sedentarius* при посеве на сердечно-мозговой агар в присутствии диоксида углерода при 37 градусах по Цельсию; отсутствие выраженного положительного эффекта при лечении только грибковой инфекции. Лечение сочетанных поражений кожи стоп МК и грибковой инфекцией требует разработки оптимального алгоритма тактики ведения пациентов, во избежание диагностических ошибок; схем лечения, направленных на оба этиологических фактора. Актуальна разработка спектра профилактических мероприятий.

По результатам проведенного исследования предложено применение 1 % бифоназола или изоконазола нитрата в форме крема при сочетании МК с грибковой инфекцией [Котрехова Л. П., 2010].

Мелкоточечный кератолит как парамикотическое заболевание кожи стоп. Кожа ладоней и подошв является специфической в плане особенностей клинического течения дерматозов, особенно в случаях изолированных поражений. Существует группа заболеваний, поражающих почти исключительно кожу ладоней и подошв. В структуре заболеваемости кожи кистей и стоп лидирующее место занимают дерматофитии. В связи с постоянным отмечаемым ростом заболеваемости, а также появлением широкой гаммы современных эффективных антимикотических средств интерес к этой проблеме значительно повысился. В последние годы в литературе появляется множество работ, посвященных лечению грибковых инфекций итраконазолом, тербинафином, флуконазолом, кетоконазолом. Применение этих препаратов, обладающих широким спектром антимикотического действия, позволило значительно повысить эффективность терапии, но вместе с тем, высветило ряд проблем. Главное, это многочисленные случаи отсутствия клинического эффекта у больных с лабораторно подтвержденным диагнозом микотической инфекции. Применение антимикотиков, часто длительное и повторное, не приводило к выраженной положительной динамике патологического процесса.

Одной из основных причин неудач терапии можно считать существование группы заболеваний, которые названы парамикозами.

Клиническими критериями парамикозов можно считать следующие признаки: 1) по своей природе не являются грибковыми заболеваниями; 2) имеют клиническое сходство с микозами кистей и стоп; 3) часто осложняются присоединением грибковой инфекции и могут способствовать развитию микозов; 4) имеют общие предрасполагающие факторы (потливость, ношение тесной обуви, нарушение кровообращения конечностей и т.п.); 5) являются причиной необоснованного и неэффективного применения антимикотиков.

К числу «парамикозов» отнесены: ладонно-подошвенные кератодермии (ЛПК), ониходистрофии (ОД), мелкоточечный кератолит (МК), эксфолиативный кератолит (ЭК).

Концепция парамикозов была предложена для дифференциально-диагностического подхода, а именно, проведения дифференциальной диагностики микозов стоп и клинически похожих на них заболеваний. МК является типичным парамикотическим заболеванием и по всем признакам соответствует разработанным критериям.

При обследовании 4725 человек МК обнаружен у 236 человек (4,9 %), из 236 пациентов – 115 (59,3 %) имели сочетанные поражения кожи стоп. Из 115 – 43 случая (сочетание с экземой) считаем взаимосвязанными, 72 – сочетание с дерматофитиями.

Из 72 случаев сочетания МК с дерматофитиями в 44-х превалировала клиника микозов стоп (61,1 %), показанием для обследования на МК послужили жалобы пациентов на присутствие неприятного запаха кожи стоп и гипергидроза. Предложена структурная схема-алгоритм диагностики парамикозов (рис. 2) и алгоритм лечения (рис.3).

Выделение в особую группу парамикозов, разнородных заболеваний, обусловлено общностью их клиники, сходством с микозами, частыми диагностическими ошибками и вследствие этого неправильной тактикой терапии. Подобный подход практикуется в случаях наличия общих механизмов патогенеза, сходства клинических признаков и принципов лабораторной диагностики и терапии. Существуют общепризнанные группы заболеваний, объединенных по особенностям клиники, например, пузырьные дерматозы, по общности основных звеньев патогенеза, алергодерматозы, нейродерматозы и т.п.

Подобные подходы целесообразны, так как имеются общие алгоритмы

диагностики и лечения этих заболеваний.

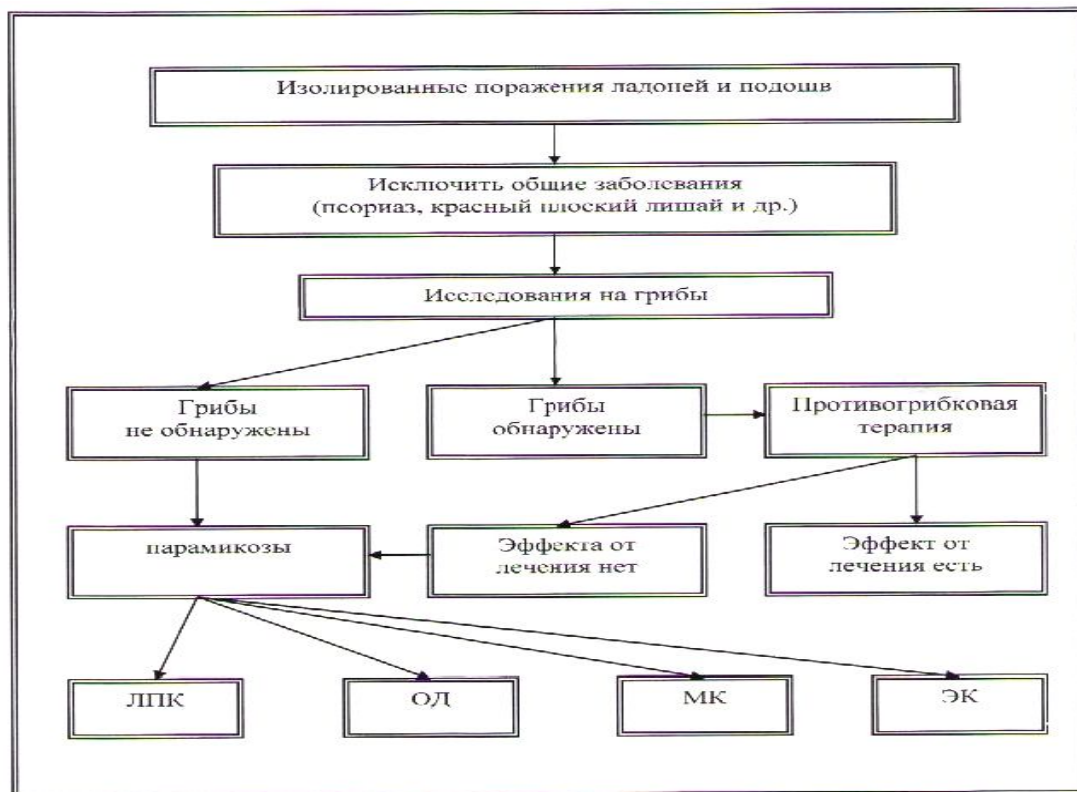


Рис. 2. Структурная схема-алгоритм диагностики парамикозов



Рис. 3. Алгоритм лечения сочетанных поражений кожи стоп

Профилактические мероприятия при сочетанных поражениях кожи стоп. Учитывая частоту встречаемости данной патологии, нередко рецидивирующее течение как МК, так и дерматофитий, появилась необходимость разработать спектр профилактических мероприятий. В доступной медицинской литературе данный вопрос в полной мере не освещался.

Для профилактики рецидивов, в случае сочетания с экземой, использовали противогрибковые носки и смазывание очагов поражения 2 раза в неделю (по интермиттирующей схеме) топическим стероидом, в частности, нанесение мометазона фуроата. Продолжительность курса составила 3 месяца, с последующей отменой кортикостероидного препарата и ношением только противогрибковых носков, с ежедневной сменой, заменой изделия на новое после 10 циклов стирки. Группы сравнения не было.

Второй группе исследования было предложено использование только противогрибковых носков с ежедневной сменой на протяжении 6 месяцев. Полученные результаты исследования дают основания констатировать высокую чувствительность возбудителя мелкоточечного кератолиза *Kytococcus sedentarius* к препаратам серебра, демонстрируют клиническую эффективность противогрибковых носков в профилактике рецидивов как мелкоточечного кератолиза, так и дерматофитий.

ВЫВОДЫ

1. Установлена частота сочетания мелкоточечного кератолиза с микробной экземой кожи стоп – 37,7 % случаев.

2. Установлена частота сочетания мелкоточечного кератолиза с грибковой инфекцией – 63,3 % случаев.

3. При сочетании мелкоточечного кератолиза и экземы просматривались особенности в виде острого или подострого экзематозного процесса и типичных проявлений мелкоточечного кератолиза.

4. Особенностью клинических проявлений сочетанных поражений кожи стоп мелкоточечным кератозом и грибковой инфекции явилась выраженная клиническая картина, склонность к развитию дисгидротической формы микоза стоп и на этом фоне развитием явлений экзематизации. Прослеживалось преобладание клинической картины микоза стоп над проявлениями мелкоточечного кератолиза.

5. В структуре возбудителей микоза стоп у больных преобладал *Trichophyton rubrum* – 75,0 % , доля *Trichophyton interdigitale* составила 23,07 %, *Candida albicans* – 1,93 %. Ассоциаций грибов выявлено не было.

6. Статистический анализ причинно-следственных связей позволил выявить устойчивые корреляционные зависимости между мелкоточечным кератолизом, экземой и микозами стоп с длительностью течения, распространенностью и сосудистыми нарушениями.

7. Использование противогрибковых носков в сочетании с топическим стероидом мометазона фуроатом по интермиттирующей схеме (2 раза в неделю) при мелкоточечном кератолизе и микробной экземе, ношение противогрибковых носков при мелкоточечном кератолизе и грибковой инфекции демонстрирует достаточную эффективность и позволяет снизить частоту рецидивов сочетанных поражений кожи стоп.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Учитывая частоту встречаемости сочетанных поражений кожи стоп, во избежание диагностических ошибок и повышения качества дифференциальной диагностики состояний, рекомендуется использовать в практической деятельности структурную схему диагностики сочетанных поражений кожи стоп. Внедрение спектра лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить частоту рецидивов сочетанных поражений кожи стоп.

2. При сочетании МК и экземы рекомендовано ношение противогрибковых носков и применение мометазона фуроата по интермиттирующей схеме (2 раза в неделю) на протяжении 3-х месяцев, что позволяет достичь выраженного положительного эффекта. При сочетании МК с грибковой инфекцией и другими дерматозами целесообразно ношение только противогрибковых носков с ежедневной сменой, мытьем кожи стоп 2 раза в сутки, тщательным просушиванием обуви.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Русак Ю.Э., Савенко Е.Л., Ефанова Е.Н., Шкарупа Н.А. Случай развития экземы на фоне мелкоточечного кератолиза // **Российский журнал кожных и венерических болезней**. 2007. № 3. С. 61-62, автора – 0,06 п.л.

2. Савенко Е.Л., Русак Ю.Э. Сочетанные поражения кожи стоп мелкоточечным кератолизом и дерматомицетами // Научно-практическая

конференция по медицинской микологии (XIII Кашкинские чтения) : тезисы докладов // Проблемы медицинской микологии. 2011. Т.13, № 2. С. 106, автора – 0,06 п.л.

3. **Савенко Е.Л.**, Ефанова Е.Н., Русак Ю.Э. Мелкоточечный кератолиз в сочетании с некоторыми заболеваниями кожи стоп // Сибирский журнал дерматологии и венерологии. 2007. № 8. С. 63-64, автора – 0,08 п.л.

4. Ефанова Е.Н., **Савенко Е.Л.**, Русак Ю.Э. О терапии мелкоточечного кератолиза // Сибирский журнал дерматологии и венерологии. 2007. № 8 С. 67, автора – 0,04 п.л.

5. Русак Ю.Э., Бахлыкова Е.А., Ефанова Е.Н., **Савенко Е.Л.**, Липаева А.И. О парамикотических поражениях стоп и кистей // Актуальные вопросы эпидемиологии, клиники, диагностики, профилактики и терапии социально-значимых дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем : тезисы IV международной конференции. Алматы, 2007. С. 87, автора – 0,03 п.л.

6. Русак Ю.Э., **Савенко Е.Л.**, Ефанова Е.Н., Липаева А.И., Бахлыкова Е.А., Голубничная М.А. Клинические критерии парамикозов кистей и стоп // Санкт-Петербургские чтения : тезисы II Российской научно-практической конференции. СПб, 2008. С. 62, автора – 0,02 п.л.

7. Русак Ю.Э., Лакомова И.Н., Феденкова Л.П., **Савенко Е.Л.**, Голубничная М.А., Дроздович Е.А., Ефанова Е.Н. Мелкоточечный кератолиз – патология кожи стоп // Вопросы профилактической медицины в регионах Крайнего Севера : тезисы IV Республиканской научно-практической конференции. Надым, 2006. С. 147-148, автора – 0,04 п.л.

8. Русак Ю.Э., **Савенко Е.Л.**, Липаева А.И., Бахлыкова Е.А., Ефанова Е.Н. О сочетанных поражениях кожи стоп // Актуальные вопросы дерматовенерологии : тезисы XVI Краевой научно-практической конференции. Красноярск, 2006. С. 146-147, автора – 0,05 п.л.

9. Ефанова Е.Н., **Савенко Е.Л.** О мелкоточечном кератолизе // Наука и инновации : материалы VIII Окружной конференции молодых ученых. Сургут, 2008. С. 132, автора – 0,06 п.л.