**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА КОМОРБИДНОСТЬ**

**МИКОЗОВ И ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ**

А.Н.Беловол1, А.А.Береговая1, И.А.Бурлака2

*1Харьковский национальный медицинский университет*

*2ЧП «Консультативная поликлиника», г. Харьков, Украина*

**Цель работы.** Рассмотретькоморбидность микозов кожи с хроническими дерматозами.

**Материал и методы.** Представлены клинические случаи особенности течения хронических дерматозов в сочетании с микотической инфекцией.

**Результаты и обсуждение.** Необходимо учитывать коморбидность микотических процессов и хронических дерматозов и в соответствии с протоколами оказания медицинской помощи целесообразно проводить обследование, в отдельных случаяхлечение для профилактики микотического процесса (под контролем лабораторных исследований).Доступность в практике врачей дерматологов качественных исследований (микроскопическое, посевы на питательные среды) имеет определенные преимущества, позволяющие быстро трактовать результаты и проводить рациональную терапию.

**Актуальность**

Прогрессирующее увеличение числа больных дерматомикозами представляет серьёзную медико-социальную проблему[1,10]. Микозы нередко развиваются на фоне различных патологических состояний макроорганизма[3, 4, 6, 7, 8, 9]. Трудности диагностики микозов заключаются в разнообразии их клинических проявлений, а также их сходстве с проявлениями хронических дерматозов[2]. У лиц с хроническими кожными заболеваниями повышена обсеменённость грибами, как слизистых оболочек, так и кожи. Учитывая нарушение целостности кожного барьера при хронических дерматозах логично предположить, что процент выявления грибов возрастает. На сегодняшний день неоднозначно мнение, влияют ли грибы на патогенез хронических дерматозов или же являются неотъемлемыми признаками хронического процесса и сопутствующей иммуносупрессии при хронических дерматозах. Так, наличие микозов у больных псориазом ведет к поддержанию воспаления, уменьшению интервалов между обострениями кожного процесса, а также к развитию резистентности при традиционных методах терапии [4, 6, 8].При этом дистрофические изменения при псориатических онихиях создают благоприятную среду для присоединения грибковой инфекции [4, 5, 13]. Следовательно, необходимым является уделять достаточное внимание диагностике и дифференциальной диагностике, а так же выбору рациональной терапии относительно микозов у больных с хроническими дерматозами [3, 11, 12].

**Материалы и методы**

Приводим несколько коротких выписок из историй болезни пациентов. Больной М., 1957г.р., обратился с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей, шелушение, зуд, жжение в области патологических очагов. Болеет псориазом около 30 лет, обострения отмечает преимущественно в осенне-зимнее время. Последнии 10 лет к врачам не обращался. Занимался самолечением: мазь, содержащая флуоцинолона ацетонид в периоды обострения, а так же санаторно-курортное лечение. Ухудшение началось полгода назад. В результате лечения мазью, содержащей флуоцинолона ацетонид, выраженной положительной динамики не отмечено. Объективно: на коже пораженных участках кожи волосистой части – множественные эритематозно-инфильтративные бляшки с мелкопластинчатым шелушением. На коже тыльных поверхностей кистей,в межпальцевых складках кистей рук и пахово-бедренных складках - эритематозно-инфильтративные очаги с четкими границами, микротрещинами на поверхности. На коже разгибательных поверхностей над коленными и локтевыми суставами – эритематозно-сквамозные бляшки с обильным мелкопластинчатым шелушением. При лабораторном исследовании соскоба кистей и паховых складок микроскопически выявлены дрожжеподобные клетки. При культуральном исследовании этих же локализаций отмечен рост грибов рода Candidastellatoidea. Больному на фоне традиционной системной терапии псориаза (согласно унифицированным клиническим протоколам) назначена мазь, в которой в качестве активных компонентов выступали натамицин, неомицин и гидрокортизон. При осмотре через 5 дней отмечена выраженная положительная динамика: гиперемия и инфильтрация значительно уменьшилась, зуда и жжение не отмечалось. Микроскопия соскоба и микологический посев через 3 суток после окончания лечения дали отрицательные результаты. Контрольное исследование на грибы через 1 и 5 месяцев были так же негативные, на коже пораженных участков кожи патологических высыпаний не выявлено.Больная Л., 1956 г.р., обратилась с жалобами на высыпания, мокнутие, некоторую отечность, выраженный зуд в области ушных раковин, заушных складок, кистей. Из анамнеза: страдает истинной экземой более 20 лет. Настоящее обострение отмечат 3 месяца назад. В результате применяемой терапии отмечает незначительные периоды улучшения, чередующиеся с более выраженными периодами обострения. Объективно: кожа ушных раковин, видимая часть слухового прохода, заушных областей, а так же ладонных поверхностей кистей гиперемирована, инфильтрирована, местами мацерирована, покрыта желтоватыми корочками, наружный слуховой проход сужен, отмечается пастозность ушных раковин и кистей. В процессе микроскопического исследования соскоба пораженных участков кожи выявлены грибковые клетки, а при культуральном исследовании выделены грибы Aspergillus flavus. Больной было назначено лечение согласно унифицированным клиническим протоколам. В качестве наружной терапии назначена мазь, в которой активными компонентами выступали натамицин, неомицин и гидрокортизон. Клиническая картина кожи пораженных участков кожи после окончания лечения полностью регрессировала. Микологические исследования через 3 суток после окончания лечения, а так же контрольные обследования через 1 и 3 месяца, дали отрицательные результаты.Следует учитывать коморбидность микотических процессов и хронических дерматозов, соответственно с протоколами оказания медицинской помощи целесообразно проводить соответствующее обследование, а так же в отдельных случаях проводить лечение с целью профилактики микотического процесса (под контролем лабораторных исследований).Необходимо отметить, что доступность в практике врачей дерматологов быстрых и качественных исследований (микроскопическое, посевы на питательные среды) имеет определенные преимущества, позволяющие быстро трактовать результаты исследований и производить назначение рациональной терапии.

**Список литературы**

1. Баткаев Э.А. Микозы стоп и онихомикозы у больных дерматозами / Э.А. Баткаев, М.В. Шапаренко, А.В. Бабенко // Русский медицинский журнал. – 2004. – №4. – С. 186–188.
2. Белоусова Т.А., Каиль-Горячкина М.В. Принципы лечения дерматозов сочетанной этиологии // РМЖ.- 2016.- №10.- С. 613-617
3. Верхогляд И.В. Совершенствование лечения псориаза осложнённого онихомикозом (РМАПО, к.м.н.). Автореферат, 2002г., 23 с.
4. Кожанов А.С. Клинико-этиологические и терапевтические особенности онихомикоза при псориазе / А.С. Кожанов, М.Б. Усумбалиев //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.– 2015.– № 12.–С.261 – 263
5. Корнишева В.Г. Поражение ногтей у больных псориазом / В.Г. Корнишева, Б.М. Курбанов, К.В. Свиридова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2008. – № 3. – С. 9–18.
6. Курбанов Б.М. Микогенная сенсибилизация у больных псориазом (С–Петербургская медицинская академия последипломного образования, к.м.н.). Автореферат, 1999 г., 23 с.
7. Курников Г.Ю.Оппортунистические грибковые инфекции у больных атоническими дерматозами / Г.Ю. Курников, Г.И. Жукова, Ю.В.Мишина // Российский журнал кожных и венерических болезней, 2002 г., №2, с. 50–51.
8. Микотическая инфекция у больных псориазом / Резникова М.М., Трофимова И.Б., Корсунская И.М. и др.//Клиническая дерматология и венерология, 2003 г., №1, с. 22–24.
9. Сахарук Н.А. Лечение и профилактика кандидоза ротовой полости у лиц с хроническими кожными заболеваниями / Н.А.Сахарук // Весник ВГМУ.-2010.-Том 9.- №4.-С.153-160
10. Сергеев А.Ю. Грибковые инфекции. Руководство для врачей / Ю.В. Сергеев, А.Ю. Сергеев // М.: 2003. - 604 с.
11. Сергеев Ю.В. Фармакотерапия микозов / Ю.В. Сергеев, Б.И. Шпигель, А.Ю Сергеев. М., 2003. - 135 с.
12. Эффективность терапии грибковых заболеваний кожи и ногтей / Н.В. Кунгуров и др. // Клиническая дерматология и венерология. 2008. - №2. - С. 9-16.
13. Epidemiology: surveillance of fungal infections / [D.Ellis, D. Marriott, R.A. Hajjeh et al.] // Med Mycol. – 2000. –Vol. 38. – P. 173–182.

**СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА КОМОРБІДНІСТЬ МІКОЗІВ ТА**

**ХРОНІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ**

А.М.Біловол, А.А.Берегова, І.А.Бурлака

**Мета роботи.** Розглянути коморбидность мікозів шкіри з хронічними дерматозами.

**Матеріал і методи.** Представлені клінічні випадки особливості перебігу хронічних дерматозів у поєднанні з мікотичною інфекцією.

**Результати та обговорення.** Необхідно враховувати коморбидность мікотичних процесів та хронічних дерматозів і згідно з протоколами надання медичної допомоги доцільно проводити обстеження, в окремих випадках лікування для профілактики мікотичної процесу (під контролем лабораторних досліджень). Доступність в практиці лікарів дерматологів якісних досліджень (мікроскопічне, посіви на середовища) має певні переваги, що дозволяють швидко трактувати результати і проводити раціональну терапію.

**MODERN VIEW OF THE COMBODISM OF MYCOSIS AND**

**CHRONIC DERMATOROSIS**

A.N.Bilovol, A.A.Berehova, I.A.Burlaka

**Objective.** To examine the comorbidity of fungal skin infections with chronic dermatoses.

**Material and methods.** Presents clinical cases features of chronic dermatoses in combination with mycotic infection.

**Results and discussion.** It is necessary to consider comorbidity mycotic processes and chronic dermatoses and in accordance with the protocols of medical care, it is advisable to conduct a survey, in some cases, treatment for prevention of mycotic process (under the control of laboratory studies). Availability in practice of dermatologists of qualitative research (microscopic crops on pita-tive environment) has certain advantages that allow you to quickly interpret the results and to conduct a rational treatment.

УДК 616.5 - 002.3