

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОНИХОМИКОЗОВ

Е.В. Файзуллина, В.В. Гурьянов

*Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — докт. мед. наук Р.З. Закиев)
Казанского государственного медицинского университета*

Онихомикоз относится к числу наиболее распространенных заболеваний в дерматологической практике, являясь одной из причин развития лекарственной непереносимости, аллергодерматозов, бактериальных осложнений. Усиливая поливалентную сенсibilизацию, он способен вызвать серьезную аллергическую перестройку в организме. По данным ВОЗ, 1/5 часть населения Земли страдает грибковыми болезнями, дерматомикозами поражено 15—25% всего населения земного шара [19]. Уровень инфицированности населения патогенными грибами в различных регионах Европы составляет 20—70%, в среднем по России — около 40% [3]. Особое значение приобретает поражение ногтевых пластинок кистей и стоп — онихомикоз, наблюдающийся у половины больных микозами [14].

Онихомикозы встречаются у 2—3% населения и составляют до 10% от числа всех болезней, встречающихся в практике дерматовенеролога. На их долю приходится около 40% всех поражений ногтевых пластин, или 1,5—2% всех дерматологических обращений [5]. Представляя собой длительно существующий очаг инфекции, они снижают качество жизни и социальную адаптацию больного, способствуют распространению последней среди членов семей и в местах общего пользования. Грибы могут сенсibilизировать организм и вырабатывать ряд токсических веществ [2, 11, 13]. Существует множество факторов, способствующих росту пораженности ногтевых пластинок: широкий контакт с патогенными микроорганизмами в плавательных бассейнах и водоемах, ношение тесной и воздухо непроницаемой обуви, увеличение использования антибиотиков, цитостатиков, кортикостероидов, эстроген-гестагенных препаратов. Немаловажное значение имеют учащение заболеваемости сахарным диабетом, другими эндокринопатиями, а также общее старение населения [6].

В ходе специального обследования в 1990 г. в Великобритании были опрошены 9332 человека, больных онихомикозом. Инфекция ногтей была выявлена у 13% лиц в возрасте от 16 до 34 лет. В возрастной группе от 35 до 50 лет распространенность такой инфекции составляла 2—4%, а среди лиц в возрасте 55 лет и старше — от 4 до 7% [21]. В Объединенном Королевстве грибковыми инфекциями ногтей страдают 1—2 млн. человек. Большинство из них не обращаются за медицинской помощью, хотя 80% заявили, что они сделали бы это, если бы были уверены в существовании эффективных методов лечения [22].

Измененные ногтевые пластинки стоп и, особенно, кистей доставляют не только эстетические неприятности больным, но и являются серь-

езным препятствием в социально-личностной и профессиональной адаптации. В то же время высоко заболеваемость онихомикозом у пожилых людей и представителей таких профессий, как шахтеры, военнослужащие. Высокая частота этой патологии вызвана тем, что многие больные не придают значения наличию “грибка” на ногтях [10].

В связи с ухудшением социально-экономической и экологической обстановки помимо роста грибковых инфекций наблюдается и изменение их характерных клинических черт. Отмечаются не только увеличение частоты руброфитии (10—15% в популяции и 20—50% у спортсменов, военнослужащих, рабочих некоторых производственных групп), но и утяжеление ее течения. Длительно существующие дерматофитные микозы стоп с онихомикозами способствуют увеличению в 3 раза частоты аллергических и экзематозных осложнений, лекарственной непереносимости и васкулитов, в 2 раза — гиперкератотических и папилломатозных изменений кожи, почти в 3 раза бактериальных осложнений, включая рецидивирующую розу голеней с ее тяжелыми последствиями, лимфостазом и элефантиазом у 40% больных [8].

Применение грибных биопрепаратов, биотехнологические выбросы в атмосферу, общее загрязнение окружающей среды сопровождается увеличением встречаемости грибов-оппортунистов. В сочетании со снижением общего иммунитета реципиентов это приводит к расширению круга потенциальных патогенов, что не может не вызывать тревоги медицинских микологов [4, 18].

Вместе с тем в повседневной практике довольно часто возникает проблема с постановкой диагноза онихомикоза. У детей проявления онихомикоза могут походить на клинические симптомы псориаза, красного плоского лишая, дистрофии “двадцати ногтей”, травматического повреждения, поражения ногтей при гнездной алопеции и врожденной пахионихии. Семейный характер заболевания повышает риск развития онихомикоза. Это может быть связано как с хроническим воздействием патогена, так и с недостаточностью иммунного ответа [16].

Дистальный (латеральный) подногтевой онихомикоз с подногтевым гиперкератозом дает такие же симптомы, как псориаз, синдром Рейтера, красный волосяной лишай и др. Признаки дистального подногтевого онихомикоза с онихомикозом совпадают со случаями повторных микротравм большого пальца стопы и редкими случаями подногтевых опухолей. Неврологические расстройства, другие дерматологические состоя-

ния и даже злокачественные меланомы также должны быть исключены [17].

Частота врачебных ошибок в диагностике и лечебной тактике при онихомикозах неуклонно растет [18]. До настоящего времени не определены четкие клинико-диагностические и лечебно-тактические критерии применения антимикотиков (местных и системных) при онихомикозах различной тяжести и их гармоничное использование у лиц с имеющимся социальным и финансовым статусом [15].

Определены основные рекомендации по использованию современных антимикотиков в зависимости от клиники и на основе классификации Zaias [23], комбинированной терапии — Polak-Wyss [20].

Опportunистические микозы, обусловленные дрожжевыми и мицелиальными грибами, встречаются у различных категорий пациентов. Это связано как с увеличением числа больных с иммунодефицитными состояниями, при которых создаются условия для перехода условно-патогенных грибов из комменсального в паразитическое состояние, так и повышением качества диагностики и большей информированностью врачей различного профиля (интернистов, дерматологов) о клинических особенностях микотических инфекций [1].

На долю микозов стоп с онихомикозами приходится до 25% всей заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Грибковые поражения стоп регистрировались почти у 20% больных аллергическими дерматозами и у 13—14% перенесших аллергодерматиты в прошлом, в то время как среди неболевших аллергодерматозами грибы обнаружались только у 8,5%. Отмечен параллелизм между степенью грибковой аллергии и чувствительностью к химическим веществам [9].

Ведущие отечественные и зарубежные микологи считают идеальным обследование всего населения с учетом широкой распространенности микозов и их клинических проявлений [7, 12, 14]. Рекомендуемая система мер, направленная на повышение грамотности населения, исходя из увеличения частоты обращаемости за медицинской помощью, является малоэффективной. Требуется разработка системы мероприятий эпидемиологического, профилактического и лечебно-тактического плана, направленных на снижение заболеваемости онихомикозами населения. Поиск оптимальной системы мероприятий, способствующих совершенствованию организации борьбы с онихомикозами, открывает новые перспективы в оказании специализированной помощи данной группе больных.

1. Антонов В.Б., Баранцевич Е.П.//ВДВ. — 1997. — № 4. — С. 29—32.
2. Бурова С.А.//Росс. журн. кож. и венер. бол. — 1998. — № 1. — С. 39—41.
3. Иванов О.И., Ломоносов К.М.//ВДВ. — 1997. — № 3. — С. 54—59.
4. Кочкина Г.А., Иванушкина Н.Е., Озерская С.М.//ВДВ. — 1997. — № 4. — С. 16—19.
5. Кубанова А.А., Суколин Г.И.//ВДВ. — 1997. — № 5. — С. 67—68.
6. Лебедева Т.Н. Гуморальный иммунный ответ при кандидозе: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — СПб, 1993.
7. Рукавишников В.М., Суколин Г.И., Кулин В.Т. Лечение и профилактика микозов стоп. — Казань, 1994.
8. Рукавишников В.М., Федоров С.М. Ламизил (тербинафин) в лечении грибковых заболеваний кожи и ногтей. /Обзор статей. — М., 1997.
9. Селицкий Г.Д., Суколин Г.И. и др.//ВДВ. — 1997. — № 4. — С. 33—34.
10. Сергеев Ю.В.//Мед. для всех. — 1997. — № 5. — С. 18—20.
11. Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю.//Новый мед. журн. — 1997. — № 2. — С. 25—28.
12. Степанова Ж.В. Грибковые заболевания. — М., 1996.
13. Clayton Y.M.//J.A.M.A. — 1993. — Vol. 9. — P. 7—10.
14. Drake L.A., Scher R.K. In: Proceeding of the 2-nd international symposium on onychomycosis. — Macclesfield, 1996.
15. Effendy I.//J. Eur. Acad. Dermatol. — 1995. — Vol. 4. P. 3—10.
16. Elevski B.E.//Br. J. of Dermatol. — 1996. — Vol. 134. — P. 7—11.
17. Hanecke E.//Clin. Cour. — 1995. — Vol. 12. — P. 6.
18. Marfenina O.E.//Zbl. Bact. — 1996. — Vol. 285. — P. 5—10.
19. Monk B., Graham-Brown R., Sarkany J. Skin disorders in the elderly. — Oxford, 1988.
20. Polak-Wyss A.//J. Eur. Acad. Dermatol. — 1995. — Vol. 4. — P. 11—16.
21. Roberts D.T.//Br. J. Dermatol. — 1992. — Vol. 126. — P. 23—27.
22. Williams H.C.//Br. J. Dermatol. — 1993. — Vol. 129. — 101—109.
23. Zaias N.//Clin. Expert. Dermatol. — 1992. — Vol. 17. — P. 6—7.

Поступила 27.10.98.