

ISSN 1561-3607

**ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ
КОСМЕТОЛОГІЯ
СЕКСОПАТОЛОГІЯ**



**НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
ЖУРНАЛ**

1-2(5) 2017

Оригінальні дослідження**Оригинальные исследования**
Original study

Возианова С. В., Бойко В. В. ДИСГИДРОТИЧНІ УРАЖЕННЯ ДОЛОНЕЙ ТА ПІДОШОВ	Возианова С. В., Бойко В. В. Дисгидротические поражения ладоней и подошв Vozianova S. V., Boyko V. V. Dyshidrotic lesion of palms and soles	7
Головкін А. В. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ПЕРЕБІГУ ДЕРМАТОЗІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ АТО	Головкин А. В. Особенности клиники и течения дерматозов у военнослужащих АТО Golovkin A. V. The peculiarities of clinical manifestations and course of dermatoses in military men from anti-terrorist operation	12
Кізіна І. Є. ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ОНИХОМІКОЗ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРОТИГРИБКОВИХ І АНГІОПРОТЕКТОРНИХ ПРЕПАРАТІВ	Кизина И. Е. Эффективность терапии больных онихомикозом с использованием противогрибковых и ангиопротекторных препаратов Kizina I. E. Efficiency of therapy of patients with onychomycosis with the use of anti-gribric and angioprotector preparations	14
Кочет К. А. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЛИПОИДНЫМ НЕКРОБИОЗОМ	Кочет К. О. Клінічна оцінка ефективності комплексного патогенетичного лікування хворих на ліпоїдний некробіоз Kochet K. Clinical evaluation of efficiency of integrated pathogenetic treatment of patients with necrobiosis lipodica	19
Літвінов В. А., Федотов В. П. ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ОКИСЛЮВАЛЬНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ У ХВОРИХ НА АКАНТОЛІТИЧНУ ПУХИРЧАТКУ	Литвинов В. А., Федотов В. П. Динамика показателей окислительной модификации белков у больных акантолитической пемфигой Litvinov V. A., Fedotov V. P. Dynamics of indicators of oxidative modification of proteins in patients with acantholytic pemphigus	22
Синах О. К., Федотов В. П. ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНИХ ПАЛЬМОПЛАНТАРНИХ ДЕРМАТОЗІВ ЗАПАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ	Сынах О. К., Федотов В. П. Дифференциальная диагностика хронических ладонно-подошвенных дерматозов воспалительного генеза Synakh O. K., Fedotov V. P. Differential diagnosis of chronic palm-plantar dermatoses of inflammatory origin	26
Чеховская А. С. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ОНИХОМИКОЗА	Чеховська Г. С. Молекулярно-генетичні методи в діагностиці онихомікоза Chehovskaya A. S. Molecular - genetic methods in the diagnosis of onychomycosis	29
Шелемба Е. І., Цепколенко В. А. МОНІТОРИНГ УРОВНІВ ВІТАМІНА D У ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З IV-VI ФОТОТИПАМИ ШКІРИ ЗА КЛАСИФІКАЦІЄЮ ФІТЦПАТРИКА	Шелемба Е. І., Цепколенко В. А. Моніторинг рівнів вітаміну D у дерматологічних пацієнтів з IV-VI фототипами шкіри за класифікацією Фітцпатрика Shelemba E., Tsepkoenko V. Monitoring of vitamin D levels in dermatological patients with IV-IV skin phototypes per classification by Fitzpatrick	31
Якубі Ранда, Луцан А. А. ПОКАЗНИКИ ВОДНО-ЖИРОВОЇ МАНТІЇ ШКІРИ ТА МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ ШКІРИ ДО І ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ, УСКЛАДНЕНУ КАНДИДОЗНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ	Якуби Ранда, Луцан А. А. Показатели водно-жировой мантии кожи и микробного пейзажа кожи до и после лечения больных угревой болезнью, осложненной кандидозной инфекцией Yakoubi Randa, Luchshan A. A. Indicators of the hydro-lipid mantle of the skin and skin microbial landscape before and after treatment of patients with acne, complicated by candida infection	34
Ярошенко М. А., Свистунов І. В. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА	Ярошенко М. А., Свистунов І. В. Сучасний підхід до діагностики алергічного контактного дерматиту Iaroshenko M., Svistunov I. Current approach to diagnosis of allergic contact dermatitis	38

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНИХ ПАЛЬМОПЛАНТАРНИХ ДЕРМАТОЗІВ ЗАПАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ

Синах О. К., Федотов В. П.

Запорізький державний медичний університет



Вивчені клінічні особливості змін уражень шкіри кистей і стоп, а також нігтьових пластинок дозволили встановити попередній клінічний діагноз дерматозу, перед подальшими патоморфологічними дослідженнями.

Мета роботи. Підвищити точність диференційної діагностики хронічних долонно-підшовних дерматозів запального генезу на підставі комплексу клінічних ознак.

Матеріали та методи. У період 2014-2017рр. під спостереженням перебувало 87 хворих з ураженням кистей і стоп, з них 22 – долонно-підшовним псоріазом, 5 – червоним плоским лишаям, 12 – дисгідротичною екземою, 8 – роговою екземою, 6 – клімактеричною кератодермією, 24 – мікозом, обумовленим дерматомицетами і 10 – кандидозом.

Методи: клінічні і дослідження нігтів за допомогою Дерматоскопа Heine Delta 20 (Germany).

Результати та обговорення. Встановлені клінічні особливості уражень шкіри вивчених дерматозів з локалізацією на кистях і стопах, а також нігтьових пластинок. Зосереджена увага на диференційні ознаки вивчених дерматозів по змінам як шкіри, так і нігтьових пластинок.

Висновки. Вивчені клінічні особливості змін уражень шкіри кистей і стоп, а також нігтьових пластинок дозволили встановити попередній клінічний діагноз дерматоза, перед подальшими патоморфологічними дослідженнями.

Ключові слова: долоні, підшви, дерматоз, клініка, шкіра, нігті, діагноз, кисті, стопи.

Досить часто у практиці лікарів дерматовенерологів зустрічаються ураження шкіри кистей та стоп при різних дерматозах, які досить схожі по проявам [2, 3]. Диференціально-діагностичні критерії розроблено недостатньо і нерідко діагностика зводиться тільки до вивчення топографічних клінічних особливостей дерматоза [4, 7]. В той же час така локалізація дерматозів значно погіршує якість життя пацієнтів, нерідко викликає стійку втрату працездатності [1, 8]. Особливий інтерес викликають дерматози запального генезу, які мають інфекційну, імунно-алергічну та аутоімунну природу. На наш погляд, до таких дерматозів відносяться псоріаз, червоний плоский лишай, дисгідротична екзема, рогова екзема, клімактерична кератодермія, мікози, які обумовлені дерматомицетами та дріжджоподібними грибами [5, 6].

Мета роботи. Підвищити точність диференційної діагностики хронічних дерматозів запального генезу на долонях і підшвах на підставі комплексу клінічних ознак.

Завдання:

1. Дати характеристику клінічних особливостей ураження шкіри кистей та стоп при хронічних дерматозах запального генезу.

2. Виділити особливості клінічних ознак ураження нігтів при цих дерматозах.

Матеріал: За період 2014-2017рр. під спостереженням перебували 87 хворих з ураженням кистей та стоп, з них 22 – з долонно-підшовним псоріазом, 5 – з червоним плоским лишаям, 12 – дисгідротичною екземою, 8 – роговою екземою, 6 – клімактеричною кератодермією, 24 – мікозом, обумовленим дерматомицетами і 10 – кандидозом.

Методи: клінічне, візуальне та пальпаторне дослідження, вивчення нігтьових пластинок за допомогою

Дерматоскопа Heine Delta 20 (Heine Optotechnik, Germany).

Отримані результати: При дослідженні 22 хворих на псоріаз долоней та підшов відмічено потовщення епідермісу з розвитком змозолістості, характерне почервоніння шкіри, сухість, запалення і скарги хворих на болі в місцях тріщин. Ми виділили 3 клінічні форми долонно-підшовного псоріазу. Для типової форми (у 12 хворих) вогнища мали чіткі границі і майже не підвищувались над шкірою. Висип був у вигляді папул і бляшок з сріблясто-білими лусочками. Вогнище покривалося щільною лущавою кіркою, яка погано видалялась. Процес розташовувався по краям стопи або долоней і призводив до появи тріщин, особливо при кератозі та інфільтрації, з подальшим інфікуванням. Для рогової форми (6 хворих) була характерна відсутність еритеми і наявність крутлястив ділянок щільної текстури з лепим жовтуватим відтінком. Розмір цих ділянок був різний. У 5 з 6 пацієнтів усі очаги зливалися. Везикульозно-пупирячкова форма (псоріаз Барбера), який діагностовано у 4 хворих характеризувався появою невеликих плям з чіткими межами, які перетворювались у пустули, розташовуючись в глибині шкіри. Як вказували хворі, перші прояви з'являлись спочатку біля великого пальця на кистях чи на стопах, нагадують грибокве захворювання чи екзему, а потім поступово уражують усю шкіру кистей та стоп. Пустули поступово підсихають і покриваються коричнюватими кірками.

У більшості хворих ураження нігтів було у виді напругоподібних вдавлень на одному чи декілька пальцях. Спочатку вони з'являлись в проксимальній частині нігтя. Нігтьова пластинка змінювала колір: ставала тьмяною,

оніхою або потовщувалась, набуваю брудно-сірий колір. Характерен симптом «масляної плями» у 2 хворих (папула на нігтьовому ложі, який проглядається через пластинку). У 6 хворих діагностован оніхолізіс з характерною каймою, що оточує відділену від ложа нігтя, бурого кольору. У 13 хворих відмічен піднігтьовий гіперкератоз, а у 2 хворих були характерні піднігтьові геморагії, які набували чорного кольору в проксимальній ділянці нігтя.

Червоний плоский лишай на долонях і підшвах діагностован нами у 5 хворих, який проявлявся типовим полігональним чи гостроконічним папульозним висипом. У 2 хворих червоний плоский лишай мав вигляд невеликих плоских чи ледве западавших ороговівших ділянок, глибоко розміщених, як би просвічуючих елементів, нагадуя сагові пухирці при дисгідрозі. У 1 хворого знайдені, бульозно-виразкові зміни, на фоні яких розвивались вегетуючі верукозні вогнища. Більш характерні були сверблячі кератотичні бляшки з численними краплинними щільними роговими пробками коричневого кольору, які дуже погано відділялися при пошкрябуванні.

Ураження нігтьової пластини характеризувалось гіпертрофічними та атрофічними змінами, які мали нерівномірну горбисту поверхню. У подальшому у 2 хворих формувалась оніхорексіс з тріщинами, особливо характерною була медіальна поздовжня тріщина по всій довжині (каналіформна дистрофія нігтя). У 1 хворого утворювався дефект нігтя у формі трикутника, ніготь зтончався, розвивався лізіс. У 2 хворих утворювався на пластині западіння різних форм, мікроточкові заглибини, схожі з симптомом «наперстка» при псоріазі. У 1 хворого з'явилася пароніхія, а у подальшому – аноніхія по типу оніхомадезу.

Дисгідротична екзема у 12 хворих спочатку проявляється гостро, з появою гіперемії, потім – пухирців розміром з горошину на підшвах і долонях. Іноді пухирі були і більші, багатокамерні. Коли пухирі прориваються, оголюється мокнуча поверхня, яка не має захисту і інфікується бактеріальними агентами, що приводить до нагноєння і ускладнення захворювання. Після затихання симптомів починалося лущення, з'являлись тріщини, які були різної глибини і розмірів. При цьому може бути біль, свербіж, печучість уражених інших ділянок шкіри. Хронізація процесу погіршує стан шкіри і тріщини стають постійними, а шкіра стає грубою, потовщується, розвивається ліхеніфікація.

Нігті уражуються з проксимального краю. Ніготь втрачає блиск, стає шорстким. Нігтьова пластина злегка лущилась, міняла форму, розшаровувалась. На її поверхні з'являлись поперечні бороздки, безпорядно розташовані сапшинні вдавнення, нагадуя псоріаз, але не такі глибокі і множинні. Формується піднігтьовий гіперкератоз. У 8 хворих уражувався нігтьовий валік і матриця, у 2 пацієнтів дезрадував епоніхіум і виникало повне відторження нігтя з нігтьового ложа.

Рогова екзема (тилотична екзема) діагностована нами у 8 пацієнтів. Шкіра при цьому не запалювалась, без набряку, були відсутні везикулярні висипи і свербіж. У 7 з 8 хворих утворювались ділянки гіперкератозу у центрі долоней та підшвах, зустрічались тріщини.

Змінювались нігтьові пластинки за рахунок появи каламутного забарвлення та дистрофічних змін. Процес

ураження нігтьової пластинки починався від лунки до периферії і пізніше розповсюджувався і розшаровувався. У 3 з 8 хворих формувалась оніхогрифоз, у 1 – оніхолізіс, у 1 – оніходезіс (відторгнення нігтя). Нігтьова пластинка була пухка та шерехата, що помітно було як візуально, так і при пальпації. Для цієї екземи характерні поперечні борозни та незначні поверхневі крапчасті вдавнення. У 2 з 8 хворих відмічена поступова втрата кутикули (епоніхіум).

Кератодермія клімактерична (синдром Хакстхаузена) була діагностована у 6 хворих у жінок у клімактеричному періоді у виді еритеми на шкірі підшох, у 4 хворих – долоней з поступово наростаючим на бокових поверхнях гіперкератозом синюшно-червоного кольору. Процес більш виразний по краям п'ятки. 5 пацієнтів з 6 досліджених страждали ожирінням, 3 – артеріальною гіпертензією, 1 – деформуючим артрозом. У місцях гіперкератозу появлялись численні тріщини і болючість при ходьбі. Пізніше з'являлись гіперкератотичні нашарування у центральній частині долоні. Погіршення шкірного процесу відмічалось взимку. Дуже рідко захворювання зустрічається у чоловіків у похилому віці при згасанні функції статевих залоз, але ми таких хворих не зустрічали.

Ногті втрачали блиск, були каламутні, потовщувались, легко ломались. У 4 хворих з 6 виникав запальний процес навколо нігтьового ложа, у 3 – по периметру з'являлись заусениці.

Мікоз долоней та стоп, обумовлений дермато-міцетами діагностован у 24 хворих, який у них був в сквамозній формі. У 18 з 24 хворих уражувалась одна долоня. Характерним було мілколускне лущення, особливо у складках шкіри, появлялись тріщини. Долонь була як би запоршена борошном. Еритема помірна. Спочатку з'являлись один або декілька плям, потім вогнище розповсюджувалось на всю долоню і навіть тил, утворюя бляшки з чітким валиком. Хворих турбував свербіж, а у 8 – і болі.

На підшвах відмічалась сквамозна форма, нерідко з явищами гіперкератозу. Відмічалось лущення на фоні незначної еритеми, у між-пальцевих складках – тріщини. Потім вогнище розповсюджувалось на латеральні поверхні підшох, бокові поверхні пальців, де була помітна межа з відшаруванням епідермісу. У 8 з 24 хворих процес переходив на гладеньку шкіру, утворюя периферійний валик. Ураження стоп у 15 хворих було суцільним, а у 9 – у вигляді вогниць, плям. Гіперкератоз більш виразний на ділянках, які несуть більший натиск: у підставі I та II пальців і по боковим ділянкам, іноді нагадуя мозолі.

У міжпальцевих складках на фоні набряку і гіперемії відмічався чітко відокремлений участок усередині складки білісуватою мацерірованої шкіри, іноді з бахромою біля тріщини. Під мацерірованою шкірою – червона поверхнева ерозія. Висип болісний, супроводжується свербіжем і палінням з неприємним запахом.

У сукупності з ураженням шкіри, виникають оніхомікози, частіше на стопах. Характерна дистально-латеральна форма уражень без втягування в процес валиків. Поступово уражувались усі нігтьові пластинки. Поверхневий та проксимальний оніхомікоз зустрічався тільки у 5 хворих. Традиційно виділяють нормотрофічний, гіпертрофічний та атрофічний оніхомікоз, а також оніхолізіс. При

нормотрофічній формі у 8 хворих змінювалось забарвлення та прозорість нігтьових пластинок. У 3 хворих всередині пластин з'являлись плями та полоси, кольором від білого до охристого. Гіпертрофічна форма у 11 хворих проявлялась піднігтьовим гіперкератозом, втратою блиску зі зміною прозорості, колір – брудно-сірий, вільний край розрихлен, деформован аж до розвитку оніхогрифозу (у 1 хворого). При атрофічному оніхомікозі у 4-х хворих проходило часткове руйнування нігтів, їх ложе оголювалось та вкривалось рихлими та сухими крихкими масами. Оніхолізіс у 1 хворого супроводжувався зміною прозорості нігтя, колір – брудно-сірий, проходить відшарування пластинки від нігтьового ложа.

При оніхомікозі, який спровокований *T. rubrum* у 19 хворих уражувались всі нігтьові пластинки, а при *T. mentagrophytes interdigitale* у 5 хворих I та V нігті стали з більш поверхневими змінами нігтьової пластинки.

Кандидоз долоней та стоп встановлено нами у 10 хворих. Шкіра уражених грибами долоней була жовто-червоного кольору, відмічався різко виразний дифузний гіперкератоз, на фоні якого виділялись поглиблені шкірні борозни сірувато-бурого кольору. У пястно-фалангових складках, іноді в складках долоней, було лущення тонкими лусками. На шкірі стоп у всіх міжпальцевих складках виникають ерозії на всій боковій поверхні і у 5 хворих

розповсюджувалось на шкіру тила стоп. Ерозії були яскраво-червоного кольору з мокнуттям, по периферії вони були відокремлені лусками мацерованого епідермісу. У глибині складок відмічені тріщини. Хворих турбував інтенсивний свербіж і болючість при ходьбі.

При дослідженні нігтьових пластин відмічено наявність запального валіка, який нависав над нігтем, при цьому були відсутня кутикула, нігтьова пластина була жовто-коричнева, був відсутній блиск, у 2 хворих вона відділялась від ложа. На нігтьовій пластинці на всьому протязі були поперечні, хвилясті борозни, які йдуть від основи нігтя. Характерен повільний розвиток запальних явищ в ділянці нігтьових валіків. Перебіг хронічний з короточасними загостреннями.

ВИСНОВКИ

1. Встановлено у 87 хворих на хронічні дерматози запального генезу на долонях і підшвах, особливості клінічних проявів при псоріазі, червоном плоском лишаї, дисгідротичній екземі, роговій екземі, клімактеричній кератодермії, мікозах.

2. Визначені клінічні особливості, уражень нігтьових пластинок при цих дерматозах та їх диференціальні ознаки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адашкевич В.Л. Неотложная дерматология. – М.: Трида-фарм, 2001. – 196с.
2. Дерматология, венерология: учебник / Под ред. В. И. Степаненко. – К.: Ким, 2012. – 904 с.
3. Дерматовенерология: навчальний посібник для лікарів і лікарів-інтернів / За редакцією В.П.Федотова, А.Д.Дюдюка, В.І.Степаненко. – Дніпропетровськ-Київ.: 2008. – 600с.
4. Запольский М. Э., Любедюк М. Н., Фролова А. И., Квитко Л. П., Нерубашенко С.В. Поражения кожи кистей и стоп при острых и хронических дерматозах. Терапевтические возможности на современном этапе // Укр. журнал дермат., венер., космет. – 2015. – № 3 (58). – с. 101-108.
5. Практическая дерматология: учебное пособие / Под ред. Проф. Л. А. Болотной. – Харьков: С.А.М., 2015. – 278с.
6. Грибковые инфекции. Руководство для врачей / Сергеев А. Ю., Сергеев Ю. В. – Изд-во Бинном М., 2003. – 440с.
7. Сизон О. О. Эпидемиология и взаимосвязь коморбидности артропатического псориаза и клинического течения болезни // Укр. журн. дермат., венерол., косметол. – 2014. – № 1 (52). – с. 14-23.
8. Diseases the skin: clinical dermatology / Andrews; edit. P.B. Odom, W.D. James, T.G. Berger. – W.B. Saunders Company: 2000. – 1135p.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫХ ДЕРМАТОЗОВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Сынах О. К., Федотов В. П.

Запорожский государственный медицинский университет

Цель работы: повысить точность дифференциальной диагностики хронических ладонно-подошвенных дерматозов воспалительного генеза на основе комплекса клинических признаков.

Материалы и методы. В период 2014-2017гг. под наблюдением находилось 87 больных с поражением кистей и стоп, из них 22 – ладонно-подошвенным псориазом, 5 – красным плоским лишаем, 12 – дисгидротической экземой, 8 – роговой экземой, 6 – климактерической кератодермией, 24 – микозом, обусловленными дерматомицетами и 10 – кандидозом.

Методы: клинические и исследование ногтей с помощью Дерматоскопа Heine Delta 20 (Germany).

Результаты и обсуждение. Установлены клинические особенности поражения кожи изученных дерматозов с локализацией на кистях и стопах, а также ногтевых пластинок. Обращено внимание на дифференциальные признаки изученных дерматозов по изменениям как кожи, так и ногтевых пластинок.

Выводы: Изученные клинические особенности изменений поражений кожи кистей и стоп, а также ногтевых пластинок позволили установить предварительный клинический диагноз дерматоза, перед дальнейшими патоморфологическими исследованиями.

Ключевые слова: ладони, подошвы, дерматоз, клиника, кожа, ногти, диагноз, кисти, стопы.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF CHRONIC PALMAR-PLANTAR DERMATOSES OF INFLAMMATORY ORIGIN

Synakh O. K., Fedotov V. P.

Zaporizhzhya State Medical University

Objective: to improve the accuracy of differential diagnosis of chronic palmar-plantar dermatoses of inflammatory origin on the basis of complex of clinical signs.

Materials and methods. There were 87 patients with lesions of the hands and feet (including 22 – palmar-plantar psoriasis, 5 – lichen planus, 12 – dishydrotic eczema, 8 – hyperkeratotic eczema, 6 – climacteric keratoderma, 24 – mycosis caused by dermatophytes and 10 – candidiasis) under observation in the period 2014-2017.

Methods: clinical examination and examination of nails through Dermatoscope Heine Delta 20 (Germany).

Results and discussion. The clinical features of skin lesions of the studied dermatosis localized on the palms and soles as well as nails were fixed. Attention is drawn to the differential features of the studied dermatoses according to the changes of the skin and nails.

Conclusions: we investigated the clinical features of changes of skin lesions of palms and soles as well as nails, which allowed to set a preliminary clinical diagnosis of dermatosis before the pathomorphological studies.

Key words: palms, soles, dermatosis, clinic, skin, nails, diagnosis, palms, soles.

УДК 616.596-002-828-079:57.088.7

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ОНИХОМИКОЗА

Чеховская А. С.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В работе представлен опыт применения метода полимеразной цепной реакции для ранней диагностики онихомикозов. Показано, что метод обладает большей чувствительностью по сравнению с микроскопическим или культуральным исследованием и дает возможность идентифицировать видовую принадлежность возбудителей. Полученные результаты указывают на необходимость использования разработанного метода диагностики в повседневной клинической практике.

Ключеві слова: Полимеразная цепная реакция, молекулярно-генетические методы, культуральное исследование, онихомикоз, дерматомикозы, пангрибковая полимеразная реакция, ампликон.

Онихомикозы представляют длительно существующий очаг грибковой инфекции и постоянный источник для дальнейшего распространения инфекции на кожу больного. Дерматомикозы могут значительно ухудшать качество жизни и социальную адаптацию больных, а больные онихомикозом являются источником распространения инфекции как среди членов своих семей, так и в местах общего пользования. При онихомикозе, микозе кистей и стоп происходит нарушение целостности кожных покровов, и создаются предпосылки для проникновения вторичной инфекции, при этом возникают серьезные заболевания кожи в виде бактериального целлюлита с последующим поражением кровеносных и лимфатических сосудов в виде тромбофлебита, лимфостаза, а также язвенно-вегетирующих пиодермий [2, 5, 6]. В связи с вышеперечисленным, онихомикозы остаются актуальной проблемой, стоящей перед микологами на десятки лет. Классические методы диагностики онихомикозов, к которым относят микроскопию патологического материала и выделение культуры возбудителя недостаточно информативны, микроскопическое исследование не определяет

возбудителя, а чувствительность культурального метода составляет около 50% [3]. При этом культуральный метод является длительным и требует значительных затрат. В связи с этим, перспективным направлением в лабораторной диагностике онихомикозов становится выявление генетических маркеров возбудителей онихомикозов с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Целью данного исследования является оптимизация применения молекулярных методов диагностики, основанных на ПЦР, для подтверждения диагноза онихомикоза и идентификация наиболее часто встречающихся возбудителей, поражающих ногтевые пластинки (НП).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участие 45 пациентов в возрасте 28 - 69 лет. Изучены фрагменты НП от пациентов с клиническими проявлениями онихомикоза и 20 образцов - здоровые НП (без клинических проявлений онихомикоза и с отрицательным результатом микроскопии). Для каждого из 45 образцов были выполнены микроскопия и культуральное исследование [1].