

УДК 616.596-002.282

ПРЕПАРАТ «ПІМАФУЦИН» У ЛІКУВАННІ КАНДИДОЗУ ШКІРИ

В. П. Федотов, М. І. Темник

Дніпропетровська державна медична академія

Ключові слова: мікози шкіри, кандидоз шкіри, антимікотичні засоби.

На сьогодні відомі близько 500 хвороботворних грибів — збудників зареєстрованих випадків мікозу.

Останнім часом перелік хвороботворних грибів поповнюють у середньому 10 видів на рік. На 150–160 відомих видів *Candida* припадає близько 20 видів збудників кандидозу. Найчастіше від хворих виділяють вісім видів. Серед цих восьми переважають чотири — *C. albicans*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. glabrata*.

Основним збудником кандидозу шкіри є *C. albicans*. Види *Candida*, які є коменсалами людини й живуть на шкірі, — *C. parapsilosis*, *C. guilliermondii*, *C. kefyr* — спричиняють кандидоз шкіри досить рідко. *C. parapsilosis* частіше за інші види стає причиною кандидозного фолікуліту.

Розвиткові грибкових інфекцій (мікозів) сприяє висока вологість і тепло, а також низька опірність організму внаслідок неповноцінного харчування й недотримання правил гігієни. Гормональні порушення в організмі, особливо вуглеводного обміну, а також виснаження та захворювання, які пригнічують імунітет, сприяють підвищенню уразливості інфекцією.

C. albicans — найбільш вивчений щодо патогенних властивостей збудник мікозів. За наявності чинників патогенності *C. albicans* перевершує усі інші види *Candida*.

Різна чутливість видів *Candida* до сучасних антимікотиків — головна причина, яка вимагає від нас звернути особливу увагу на етіологічну неоднорідність кандидозу. Якби всі *Candida spp.* мали однаково чутливість або антимікотики — універсально широкий спектр, то визначення виду проводили б тільки з епідеміологічною або суто науковою метою. Нині проблема полягає у тому, що деякі види *Candida* виявляють стійкість до флуконазолу — сучасної основи системної терапії кандидозу та деяких інших протигрибкових препаратів. Під стійкістю ми розуміємо тут початкову стійкість, наявну до початку лікування. Частина видів *Candida* стійка до одного чи кількох антимікотиків. У такому разі обирають ті нечисленні препарати, стійкість до яких не виявлена.

Носійство грибів на шкірі спостерігають у 30–50 % населення. Це стосується випадків поступової і транзиторної колонізації. Останні, мабуть, спричиняють кандидоз шкіри у більшості випадків захворювання.

Транзиторну колонізацію зумовлюють здебільшого *C. albicans* та інші представники кишкової мікрофлори. Саме ці види, а не постійно наявні на шкірі, є причиною переважної більшості випадків шкірного кандидозу. Крім того, кандидоз шкіри часто уражає великі складки поряд із вихідними отворами кишкової трубки та піхви.

Таким чином, джерело інфекції у разі кандидозу шкіри найчастіше є ендогенним — здебільшого це кишкова популяція *Candida spp.* З огляду на це, як ми вважаємо, у лікуванні кандидозу шкіри доцільно, щоб швидше досягти ефекту, а головне — з метою профілактики рецидивів, застосовувати комбінований метод: призначати «Пімафуцин» не тільки зовнішньо, а й перорально.

Нас зацікавив препарат «Пімафуцин», який справляє фунгіцидну дію на противагу багатьом похідним азолу та аліламіну, що належать до фунгістатиків. Тому під час лікування резистентність до препарату «Пімафуцин» не розвивається.

Активною субстанцією препарату «Пімафуцин» є натаміцин, полієновий антибіотик групи макролідів. «Пімафуцин» швидко, порівняно з іншими часто застосовуваними протигрибковими засобами, послаблює симптоми захворювання, дає незначні побічні ефекти. Високий ступінь толерантності до нього має шкіра та слизові оболонки, випадків подразнення і навіть підвищеної чутливості до препарату не відзначали. У разі приймання всередину можуть виникнути лише у перші дні лікування незначні побічні симптоми у вигляді нудоти, що швидко минає і не вимагає відмови від препарату.

Крім того, «Пімафуцин» вважають препаратом комплексної дії, активним стосовно багатьох видів дріжджових грибів, дріжджоподібних, дерматофітів та інших патогенних грибів. Це дає змогу застосовувати його для лікування змішаних грибкових інфекцій або у разі мікозів шкіри, коли терапію призначають до того, як ідентифіковано збудника інфекції.

Ми застосовували «Пімафуцин» для лікування кандидозу шкіри у 42 хворих віком від 12 до 58 років — 20 чоловіків та 22 жінок (з них 6 дітей). У всіх хворих лабораторні дослідження виявили *Candida albicans*, проведено ідентифікацію.

Кандидоз куточків рота (куточковий, або анулярний, стоматит, куточковий хейліт, кандидозна заїда, *perleche*) діагностували у 6 дітей (які зловживали жувальними гумками та смоктальними цукерками), серед клінічних ознак якого були еритеми, тріщини в куточках рота з білуватим нальотом, який легко знімається (шар мацерованого епітелію), відкривання рота й рух губами були болісними.

У 16 жінок (з аналогічними клінічними ознаками) діагностовано кандидоз міжпальцевих складок. Десять з цих пацієнок — працівниці кондитерських і консервних виробництв. У 20 чоловіків встановлено кандидоз великих складок (пахвинних, пахвових), зумовлений також *Candida albicans*.

Усім хворим призначено «Пімафуцин» перорально — додатково до зовнішньої терапії. Дорослим призначали «Пімафуцин» перорально по 1 таблетці (100 мг), 4 рази на добу, протягом одного тижня, далі — по 0,5 таблетки (50 мг), 3 рази на добу.

Під час спостереження тільки у двох хворих у перший день лікування відзначили незначну нудоту, що не вимагало відмови від препарату, оскільки на другий день цієї побічної реакції вже не спостерігали. Інших побічних ефектів не відзначали.

«Пімафуцин» у вигляді 2% крему пацієнтам призначали наносити на шкірний покрив тонким шаром 2 рази на добу, протягом у середньому 20–26 діб. Жодного разу за весь курс зовнішньої терапії не довелося скасовувати призначення препарату, оскільки побічних реакцій не було. Усі хворі відзначили чудові косметичні властивості, завдяки яким пацієнти дотрималися режиму й схеми лікування, рекомендованих нами. Клінічно патологічний процес на шкірі поліпшувався в середньому на кінець третього — початок четвертого тижня лікування. На матеріалі з ділянок, на яких до того були наявні ураження шкіри, через 6 тижнів після початку лікування у контрольних лабораторних результатах гриби *Candida* не виявлено. Два пацієнти з грибковими ураженнями великих складок, у яких спостерігали клінічне поліпшення, на контрольні дослідження з невідомих причин не прибули.

Таким чином, клінічне видужання відзначили у 100% пацієнтів, підтверджено лабораторними дослідженнями 96%.

З усього викладеного випливає, що «Пімафуцин» є високоефективним, а за ціною доступним для широких верств населення лікарським препаратом, його можна рекомендувати як засіб для етіотропної терапії кандидозу мешканцям України, що є актуальним і має не лише медичне, а й соціальне значення.

ЦИТОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Зими́на Т. В. Принципы лечения микозов кожи // Дерматология та венерология.—2001.—№ 4.—С. 21.
2. Серге́ев А. Ю. Грибковые инфекции: Руководство для врачей / А. Ю. Сергеев, Ю. В. Сергеев.— М., 2002.
3. Степа́нова Э. Н. Лечение различных форм кандидоза пимафуцином // Врач.—1997.—№ 7.—С. 23–24.
4. Этиотропная фармакотерапия микозов (противогрибковые средства): Метод. рекомендации / В. И. Мамчур, В. П. Федотов, Л. А. Мамчур, А. Д. Дюдюон.— Днепропетровск, 2000.—163 с.
5. Ainsworth J. W. L. // Med. J.— 1980.— Vol. 91, N 2.— P. 420–421.

ПРЕПАРАТ «ПИМАФУЦИН» В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗА КОЖИ

В. П. Федотов, Н. И. Темник

Проведена оцінка ефективності препарату «Пімафуцин» при наружній терапії 42 больних кандидозом шкіри, обумовленою *Candida albicans*.

Сделан вывод о высокой эффективности препарата «Пімафуцин» и большей доступности этого препарата по сравнению с другими антимикотиками.

«PIMAFUCIN» PREPARATION IN THE THERAPY OF SKIN MONILIASIS

V. P. Fedotov, M. I. Temnyk

The evaluation of «Pimafucin» effectiveness in the external therapy of 42 patients with skin moniliasis, caused by *Candida albicans*, has been carried out.

The conclusion is made about the high effectiveness of «Pimafucin» and its greater availability in comparison with other drugs.