

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИКОЗОВ СТОП И ОНИХОМИКОЗОВ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ**М.Б. Усубалиев¹, А.А. Алмасбекова¹, А.Э. Бурканов², Н.Н. Курбанова²**¹Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра семейной медицины

г. Бишкек, Кыргызская Республика

²Ошский государственный университет

г. Ош, Кыргызская Республика

Резюме. Изучены этиологические и клинико-эпидемиологические особенности микозов стоп и онихомикозов у амбулаторных больных. Всего было 326 пациентов онихомикозом, микозом стоп, пролеченных в поликлинике Республиканского центра дерматовенерологии и Центрах семейной медицины г. Бишкек. Мужчин было 140 (42,9%), женщин – 186 (57,1%). Для диагностики использованы КОН-микроскопия и культуральное исследование на высокоселективных средах Сабуро. Микоз стоп и онихомикоз практически во всех случаях вызывают дерматомицеты – *Tr. rubrum* и *Tr. mentagrophytes* var. *interdigitale* (93,6%). *Tr. rubrum* в виде моноинфекции в 7,8 раз превалировал над *Tr. mentagrophytes* var. *interdigitale* (75,3% против 9,7%); сочетанное поражение *Tr. rubrum* с плесневыми грибами зарегистрирован в 5,3%, с грибами рода *Candida* в 3,1%. Микстинфекция *Tr. mentagrophytes* var. *interdigitale*+плесневые грибы в 1,8%. Плесневой онихомикоз в виде моноинфекции – у 3,5%, кандидозное поражение ногтей – у 1,3% больных. Женщины в 1,3 раза превалировали над мужчинами (57% и 43% соответственно). Онихомикоз в 1,6 раз чаще встречался у служащих по сравнению с пенсионерами (43% против 27,6%). Сопутствующие заболевания встречались часто (66,3%), при этом преобладала патология желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы, ангиопатии различного генеза. Дистально-латеральная форма онихомикоза регистрировался у 53,9%, тотально-дистрофическая – у 31,9% пациентов. Поражение кожи стоп отметили у всех больных онихомикозом, при этом превалировали сквамозная (48,2%), сквамозно-гиперкератотическая (21,2%) и стертая (14,4%) формы микоза.

Ключевые слова: онихомикоз, микоз стоп, эпидемиология, этиология, амбулаторные больные, сопутствующие заболевания.

АМБУЛАТОРДУК БЕЙТАПТАРДЫН БУТ МИКОЗДОРУНУН ЖАНА ОНИХОМИКОЗДОРУНУН ЭТИОЛОГИЯЛЫК ЖАНА КЛИНИКАЛЫК-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК АСПЕКТТЕРИ**М.Б. Усубалиев¹, А.А. Алмасбекова¹, А.Э. Бурканов², Н.Н. Курбанова²**¹И.К. Ахунбаева атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Үй-бүлөлүк медицина кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

²Ош мамлекеттик университети

Ош ш., Кыргыз Республикасы

Резюме. Амбулатордук пациенттерде бут микоздорунун жана онихомикоздорунун этиологиялык жана клиникалык-эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрү изилденген. РДВБнун поликлиникасында жана Бишкектеги Үй-бүлөлүк борборлордо жалпысынан онихомикоз жана бут микоздору менен 326 бейтап дарыланган. 140 – эркек (42,9%), аялдар – 186 (57,1%) болгон. Диагноз үчүн КОН микроскопиясы жана культуралык изилдөөлөр жогорку тандалмадагы Сабуро чөйрөсү колдонулган. Буттун микозун жана онихомикозду дээрлик

бардык учурларда дерматомицеттер – *Tr. rubrum* жана *Tr. mentagrophytes* var. *interdigitale* (93,6%) себепкер болгон. *Tr. rubrum* моноинфекция катары *Tr. mentagrophytes* var. *interdigitale* караганда 7,8 эсе басымдуулук кылган (75,3% каршы 9,7%); *Tr. rubrum* көгөргөн козу карындар менен айкалышы 5,3% түздү, *Candida* тукумундагы козу карындар менен 3,1% катталган. Аралаш инфекция *Tr. mentagrophytes* var. *interdigitale*+көгөргөн мите козу карындар 1,8% түзгөн. Моноинфекция түрүндө көгөргөн козу карындар чакырган онихомикозу – 3,5%, тырмактын кандидозу – 1,3% бейтаптарда болгон. Аялдардын саны эркектерден 1,3 эсе көп (тиешелүүлүгүнө жараша 57% жана 43%). Пенсионерлерге салыштырмалуу онихомикоз кызматкерлердин арасында 1,6 эсе көп кездешкен (43% каршы 27,6%). Кош ооруулар кеңири таралган (66,3%), ашказан-ичеги-карын жолдорунун жана жүрөк-кан тамыр системасынын патологиясы, ангиопатиялардын ар кандай түрлөрү басымдуулук кылган. Онихомикоздун дисталдык-каптал түрү 53,9%, жалпы дистрофиялык түрү – 31,9% бейтаптарда катталган. Онихомикоз менен ооруган бардык пациенттерде бут кетменинин терисинин жабыркашы байкалган, микоздун сквамоздук (48,2%), сквамоздуу-гиперкератоздук (21,2%) жана өчүрүлгөн (14,4%) формалары басымдуулук кылган.

Негизги сөздөр: онихомикоз, буттун микозу, эпидемиология, этиология, амбулатордук бейтаптар, байланышкан оорулар.

ETIOLOGICAL AND CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF MYCOSES OF THE FEET AND ONYCHOMYCOSIS IN OUTPATIENTS

M.B. Usubaliev¹, A.A. Almasbekova¹, A.E. Burkanov², N.N. Kurbanova²

¹Kyrgyz State Medical Academy named after. I.K. Akhunbaeva

Department of Family Medicine

Bishkek city, Kyrgyz Republic

²Osh State University

Osh city, Kyrgyz Republic

Summary. The etiological and clinical-epidemiological features of foot mycoses and onychomycosis in outpatients were studied. In total, there were 326 patients with onychomycosis and mycosis of the feet treated in the clinic of the RCDV and the Family medicine centers in Bishkek. There were 140 men (42.9%), women – 186 (57.1%). KOH microscopy and culture studies on highly selective Sabouraud media were used for diagnosis. Mycosis of the feet and onychomycosis in almost all cases are caused by dermatomycetes - *Tr. rubrum* and *Tr. mentagrophytes* var. *interdigitale* (93.6%). *Tr. rubrum* as a monoinfection prevailed 7.8 times over *Tr. mentagrophytes* var. *interdigitale* (75.3% vs. 9.7%); combined lesion of *Tr. rubrum* with mold fungi was registered in 5.3%, with fungi of the genus *Candida* in 3.1%. Mixed infection *Tr. mentagrophytes* var. *interdigitale* + molds in 1.8%. Mold onychomycosis in the form of a monoinfection – in 3.5%, candidiasis of the nails – in 1.3% of patients. Women outnumbered men by 1.3 times (57% and 43%, respectively). Onychomycosis was 1.6 times more common among employees compared to pensioners (43% versus 27.6%). Concomitant diseases were common (66.3%), with the predominant pathology of the gastrointestinal tract and cardiovascular system, angiopathy of various origins. The distal-lateral form of onychomycosis was registered in 53.9%, total-dystrophic – in 31.9% of patients. Skin lesions on the feet were noted in all patients with onychomycosis, with squamous (48.2%), squamous-hyperkeratotic (21.2%) and hidden (14.4%) forms of mycosis prevailing.

Key words: onychomycosis, mycosis of the feet, epidemiology, etiology, outpatients, concomitant diseases.

Введение. Поверхностные грибковые заболевания, такие как микоз стоп и онихомикоз, наиболее часто встречаются в настоящее время. По данным разных авторов из Европы и Америки, этой патологией страдают от 8 до 26,9% населения всего мира [1,2,3]. При микозе стоп с частотой до 40% поражаются ногтевые пластины. Онихомикоз составляет около 50% всех болезней ногтей [4]. Рост заболеваемости микозом стоп и онихомикозом прямо пропорционален увеличению возраста, и пик его чаще наблюдается у лиц старших возрастных групп, что вызывает определенные трудности при диагностике и лечении, учитывая высокую частоту сопутствующих заболеваний, свойственному среднему, пожилому и старческому возрасту [5]. Видовой состав возбудителей микозов ногтей в различных регионах мира неодинаков. В большинстве случаев заболевание обусловлено дерматомицетами. Микоз стоп и онихомикоз является одним из распространенных болезней и в Кыргызской Республике, при этом основным возбудителем являются грибы рода трихофитон, составляя 90,7% среди других возбудителей [8]. Дальнейшее изучение этиологии и эпидемиологии микоза стоп и онихомикоза важно для разработки организационных мероприятий, направленных на раннее выявление заболевших, своевременное лечение и проведение противоэпидемических и дезинфекционных мероприятий.

Цель работы: изучить этиологические и клиничко-эпидемиологические особенности микозов стоп и онихомикозов у амбулаторных больных.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 326 больных онихомикозом, микозом стоп пролеченных амбулаторно с 2015 по 2023 годы в поликлинике Республиканского центра дерматовенерологии и Центрах семейной медицины г. Бишкек. Мужчин было 140 (42,9%), женщин – 186 (57,1%). Женщины в 1,3 раза преобладали над мужчинами ($p < 0,05$), чаще всего они обращались в возрасте 46-55 лет (29%), мужчины чаще в возрастных группах 36-45 (25%) и 46-55 лет (24,3%). Средний возраст пациентов составил $46,6 \pm 2,4$ лет.

Этиологическая структура возбудителей изучена у 248 (76,1%) больных, при посеве которых идентифицирован вид возбудителя.

При исследовании ногтевых пластин клинический диагноз «онихомикоз» подтверждался наличием мицелия гриба-дерматофита КОН методом. Для культуральной диагностики грибов использовали стандартную среду Сабуро (40 г глюкозы, 20 г агара, 1 л дистиллированной воды) с добавлением пенициллина – 10000 ЕД/мл, стрептомицина – 10 мг/мл (для подавления бактериальной флоры), а также высокоселективную среду для роста дерматомицетов, грибов рода *Candida* и некоторых плесневых грибов агар Сабуро с декстрозой, хлорамфениколом и циклогексимидом.

Статистическую обработку результатов исследований проводили путем вычисления средней арифметической (M) и квадратического отклонения (σ). На основании M и σ определялась средняя ошибка средней арифметической (m). Существенная разница (p) вычислялась по таблице Стьюдента – Фишера при $p = 95\%$. Все вычислительные операции проводились с использованием компьютерной программы Microsoft Office Excel 2007 и Statistica 6.1.

Результаты исследования. При онихомикозах стоп *Tr. rubrum* в виде моноинфекции в 7,8 раз превалировал над *Tr. mentagrophytes* var. *interdigitale* (75,3% против 9,7%) ($p < 0,05$); сочетанное поражение *Tr. rubrum* с плесневыми грибами зарегистрировано в 5,3%, с грибами рода *Candida* в 3,1%. Микстинфекция *Tr. mentagrophytes* var. *interdigitale* + плесневые грибы в 1,8%. Плесневой онихомикоз в виде моноинфекции – у 3,5%, кандидозное поражение ногтей – у 1,3% больных. В целом моноинфекция в 8,5 раз преобладала над микстинфекцией (89,5% против 10,5%) ($p < 0,05$).

Онихомикоз в 1,6 раз чаще встречался у служащих по сравнению с пенсионерами (43% против 27,6%) ($p < 0,05$) и в 3 раза чаще чем у неработающих (43% и 14,1% соответственно) ($p < 0,05$) (рис. 1).

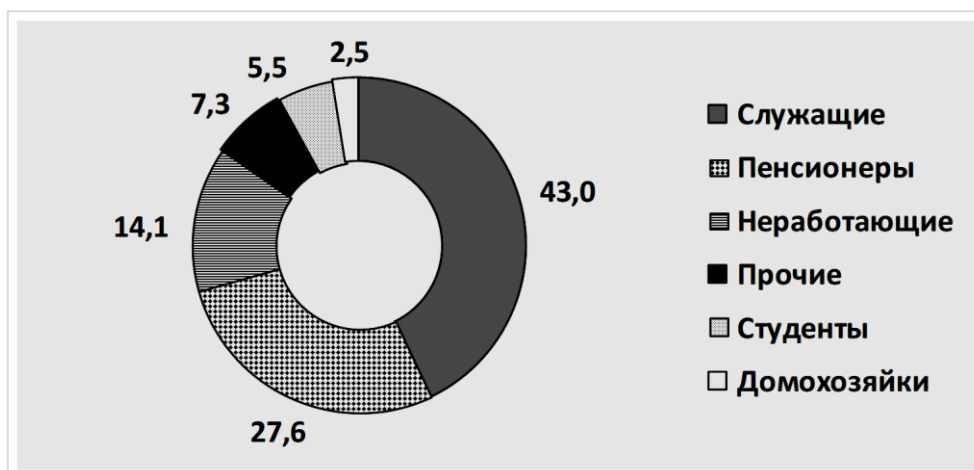


Рис. 1. Распределение пациентов с онихомикозом по социальному статусу (в %).

Место, где могло произойти заражение, наиболее чаще больные называли бани, сауны, бассейны – 96 (29,4%), при ношении чужой обуви инфицировались 38 (11,7%) больных, травмы (тесная обувь, различные дефекты стопы) играли роль у 24 (7,4%).

Распространение микозов стоп и онихомикозов имело место и внутри семьи, в случаях совместного пользования ваннами, полотенцами, тапочками. Семейный онихомикоз отметили 105 (32,2%) больных. На наличие онихомикоза у матери или отца – 28 (26,7%) пациентов, у братьев и сестер – 14 (13,3%), у супруга или супруги – 63 (60%). Не смогли определить источник инфекции – 63 (19,3%) больных.

Сопутствующие заболевания зарегистрированы у 66,3% больных, при этом преобладали патология

желудочно-кишечного тракта и гепато-билиарной системы, сердечно-сосудистой системы, ангиопатии сосудов нижних конечностей различного генеза, в том числе и вследствие сахарного диабета 2 типа.

Среди заболеваний пищеварительной системы наиболее частыми были дискинезии желчевыводящих путей и хронический холецистит (71,3%), хронический гастрит и язвенная болезнь встретились у 60,1% пациентов.

Заболевания сосудов нижних конечностей были обнаружены у 31% пациентов, чаще других выявлялось варикозное расширение вен – у 14,8% больных. Патология венозных сосудов чаще встречалась у женщин – в 72% случаев. Диабетическая ангиопатия выявлена у 12,7% больных и одинаково часто встречалась, как у мужчин, так и у женщин (табл. 1).

Таблица 1 – Сопутствующие заболевания у больных онихомикозами

Сопутствующие заболевания	абс. ч.	%
Гипертоническая болезнь	38	17,6
Ишемическая болезнь сердца:	28	12,9
- стенокардия	19	8,8
- постинфарктный кардиосклероз	9	4,1
Хронический бронхит	14	6,5
Хронический гастрит	102	47,2
Язвенная болезнь желудка	9	4,1
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	19	8,8
Хронический колит	12	5,5
Желчнокаменная болезнь	24	11,1
Хронический холецистит и дискинезия желчевыводящих путей	130	60,2
Хронический гепатит	15	6,9
Аденома простаты	11	5,1
Хронический простатит	18	8,3
Ангиопатии:	67	31,0
- Варикозное расширение вен нижних конечностей	32	14,8
- Посттромбофлебитический синдром	4	1,8
- Диабетические ангиопатии	28	12,7
- Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей	3	1,4

Другие дерматозы	17	7,9
Плоскостопие	28	12,9
Вросшийся ноготь	21	9,7
Сахарный диабет	32	14,8
Ожирение	16	7,4
Дисциркуляторная энцефалопатия	5	2,3

Длительность онихомикоза варьировала от 1 года до 49 лет (рис. 2): от 1 до 5 лет – у 42 (12,9%) больных; от 5 до 10 лет – у 105 (32,2%); от 10 до

15 лет – у 81 (24,8%); от 15 до 20 лет – у 58 (17,8%); свыше 20 лет – у 40 (12,3%).

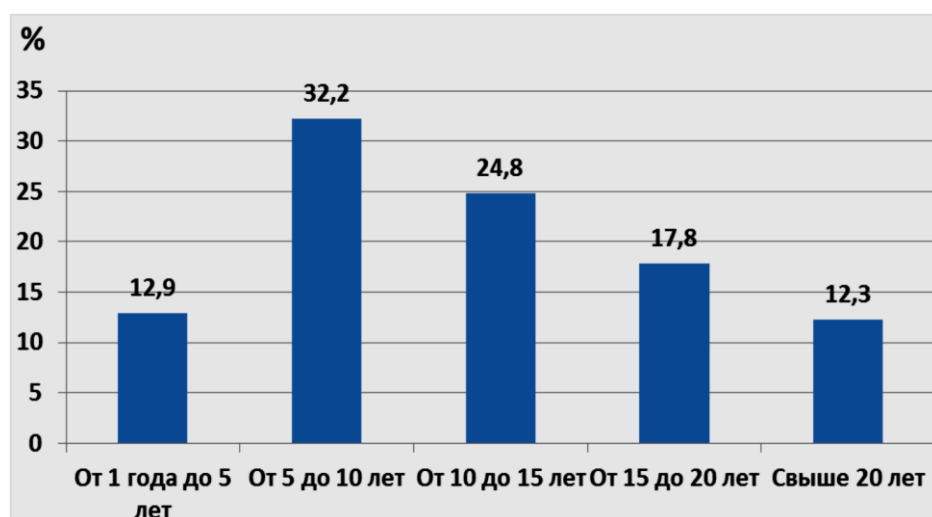


Рис. 2. Длительность онихомикоза (в %).

Количество больных с поражением от 1 до 3 ногтевых пластин от 4 до 6 ногтей на стопах достоверно не отличались (43,3% и 41,1% соответственно) ($p>0,05$), реже встречалось поражение от 7 до 10 ногтевых пластин (15,6%).

У большинства пациентов были поражены 1 и 5 пальцы стоп, из-за частого травмирования (рис. 3).

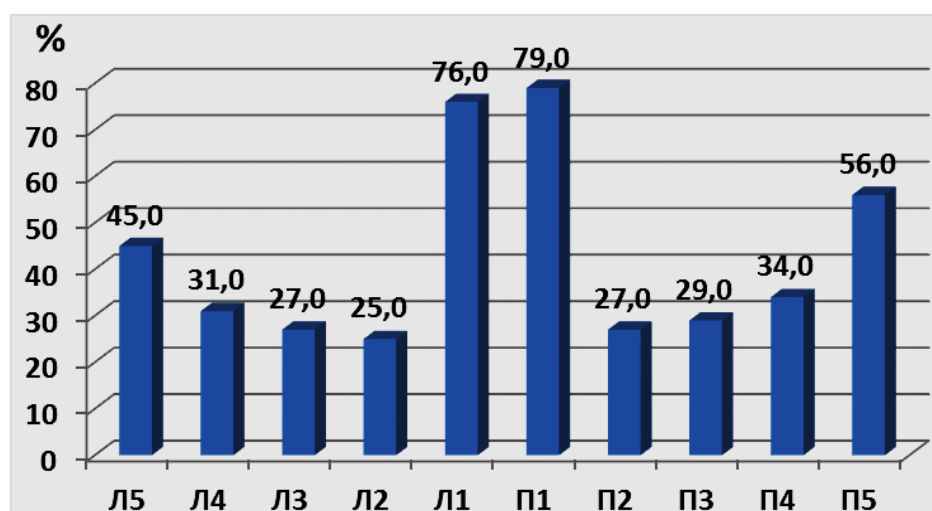


Рис. 3. Частота поражения различных пальцев у больных онихомикозом стоп (в %).

У наблюдавшихся больных установлены различные клинические формы онихомикоза (рис. 4). Дистально-латеральная форма онихомикоза в 1,7 раз чаще зарегистрирована чем

тотально-дистрофическая (53,9% против 31,9%), в 6,4 раза чаще по сравнению с поверхностно-белой (8,4%) и 9,3 раза чаще чем проксимально подногтевая (5,8%) ($p<0,05$).

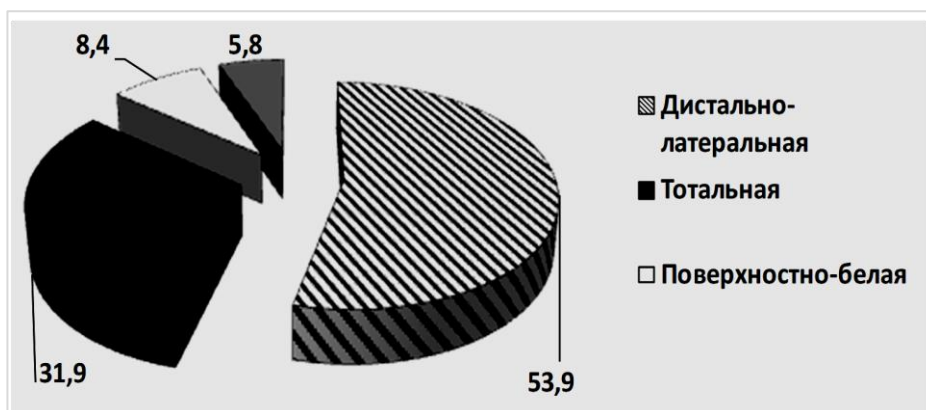


Рис. 4. Распределение больных по клиническим формам онихомикоза (в %).

Клиническая картина дистально-латеральной формы онихомикоза у 176 (53,9%) больных характеризовалась поражением ногтя с краев ногтевого ложа (у 99 (56,2%) больных со свободного края, у 77 (43,8%) – с боковых сторон ногтя). У части больных отмечалось различной степени выраженности явления онихолизиса – отделение ногтевой пластинки от ногтевого ложа, что приводит к скоплению между пластинкой и ложем роговых масс и воздуха. Подногтевой гиперкератоз наблюдался у 112 (63,6%) пациентов, вследствие чего ногти приобрели утолщенный вид, т.е. имело место гипертрофическая форма онихомикоза, у 55 (31,3%) пациентов гиперкератоза не было, т.е. отмечался нормотрофический онихомикоз. У 9 (5,1%) больных наблюдалось явление койлонихии.

Тотальная форма определена у 102 (31,9%) больных онихомикозом стоп. Установлено, что у 94 (92,2%) больных тотальный вариант онихомикоза развился постепенно из дистально-латерального, у 8 (7,8%) – из проксимального. У всех больных патологический процесс захватывал всю поверхность ногтевой пластинки, у 21 (20,6%) больного наблюдалась разрушение ногтевой пластинки, чаще с дистального отдела ногтя, т.е. наблюдался онихолизис, у 81 (79,4%) – наоборот утолщение ногтевых пластин. Цвет ногтей был тусклый, желтый, желтовато-коричневый, поверхность неровная. Выраженный подногтевой гиперкератоз наблюдался у 76 (74,5%) больных, умеренно-выраженный – у 26 (25,5%). Онихогрифоз отметили у 12 (11,7%) больных.

Поверхностная белая форма наблюдалась у 27 (8,4%) больных. Эта форма онихомикоза характеризовалась поражением дорсальной поверхности ногтя, при этом имелись опалово-белые пятна, захватывающие 2/3 и более поверхности ногтевой пластины. Пораженные ногти были шероховатыми, рыхлыми и дистрофичными, легко крошились. Матрикс и

ногтевое ложе не были вовлечены в патологический процесс. У 11 (28,9%) больных белый поверхностный онихомикоз сочетался с дистальной формой поражения.

Проксимальная подногтевая форма онихомикоза выявлена у 19 (5,8%) больных. Клинически на ногтевых пластинках с проксимального отдела отмечались изменения в цвете, поверхность пластин становилось не ровной, деформированной, теряла характерный блеск, наблюдались дистрофические изменения в виде поперечных бороздок и неровностей.

Поражение кожи стоп отметили у всех больных онихомикозом, при этом преобладали сквамозная (48,2%), сквамозно-гиперкератотическая (21,2%) и стертая (14,4%) формы, реже встречались экссудативные формы микоза, как интертригинозная, дисгидротическая.

Сквамозная форма микоза характеризовалась поражением подошв, и боковых поверхностей стоп. У 16 была поражена кожа ладоней – онихомикоз кистей. Кожа в очагах поражения имела розовый, иногда с синюшным оттенком цвет, слегка инфильтрирована, покрыта мелкопластинчатыми чешуйками.

Сквамозно-гиперкератотическая форма характеризовалась наличием сухих плоских папул и бляшек локализирующиеся на сводах стоп, покрытыми различной толщины наслоениями чешуек серовато-белого цвета. У 24 больных процесс захватывал всю подошву, боковые поверхности и тыл стоп, отмечались ороговелости желтоватого цвета и трещины различной глубины.

Интертригинозная форма микоза стоп была диагностирована у 46 (14,1%) больных, при этом сочетание со сквамозной формой у 5,8% и дисгидротической формой у 3,7% пациентов. Клинически эта форма микоза характеризовалась наличием отека и гиперемии кожи в межпальцевых складках, прилегающих боковых поверхностях кожи чаще между 3-м и 4-м или 4-

м и 5-м пальцами обеих стоп у 32 (69,5%) больных, преимущественно одной стопы у 14 (30,5%) больных. Процесс у 24 пациентов с межпальцевых промежутков переходил на тыльную поверхность, подошву и подошвенную поверхность стоп, очаги поражения при этом имели резкие границы. В межпальцевых складках отмечались мокнущие эрозии с мацерированными остатками эпителия и с полициклической эпителиальной каймой по периферии. У большинства больных имелись трещины, что сопровождалось болевым синдромом. При сочетании с дисгидротической формой наблюдались пузырьки, которые чаще локализовались на своде стоп.

У больных с дисгидротической дерматофитией стоп высыпания располагались на коже свода, боковых поверхностях стопы, а также в области пяток. Высыпания были представлены пузырьками, величиной с просыное зерно, а у 3 больных были и пузыри с напряженной крышкой содержащие мутный серозно-гнойный экссудат. Вскрывшиеся пузырьки и пузыри обнажали эрозии ярко-красного цвета с мокнутием, которые со временем покрывались коричневого или желтого цвета корками.

Патологический процесс у всех больных микозом стоп имел хроническое рецидивирующее течение, обострения чаще происходили в весенние и летние месяцы.

Обсуждение. О преобладании микоза стоп и ониомикоза в структуре поверхностных микозов кожи свидетельствуют многочисленные исследования отечественных и зарубежных специалистов. Анализ результатов проекта «Ахиллес» (1988-1997 гг.), в котором приняли участие несколько европейских государств и Российской Федерации, показал, что тот или иной микоз имели 35% больных, обратившихся к дерматологу (микоз стоп – 22%, ониомикоз – 23%) [6]. Несмотря на значительный разброс данных по странам и регионам мира, ведущую роль в этиологии микоза стоп играют дерматомицеты, среди них *Tr. rubrum* встречается в большинстве исследований более чем в половине случаев микоза стоп. Дрожжеподобные грибы рода *Candida*, а также плесневые грибы встречаются реже в качестве возбудителя микоза стоп. Однако их роль более значительна в странах с жарким и влажным климатом, таких как Бразилия, Индонезия, Колумбия и Индия [7].

В нашем материале основным возбудителем был *Tr. rubrum* и качестве моноинфекции высевался у 75,3% больных, кроме того этот грибок сочетался с плесневой микотической инфекцией и дрожжеподобными грибами *Candida*.

Наиболее часто регистрировался семейный ониомикоз – у 32,2% больных, при этом часто имело место передача инфекции от супруга или супруги, составляя 60% [8]. Во многих научных работах обсуждается семейное инфицирование, при этом процент передачи по данным различных авторов составляет от 36,4% до 67% [9,10]. Особенно велика заболеваемость микозом стоп при наличии в семьях больных с генерализованными формами руброфитии.

Сопутствующие заболевания встретились более чем у половины пациентов, преобладала патология желудочно-кишечного тракта. При болезнях желудочно-кишечного тракта происходит нарушение всасывания лекарственных средств, в частности системных антифунгальных препаратов, что может быть причиной неэффективности терапии при грибковых поражениях кожи и ее придатков.

Патология сосудов нижних конечностей встретилась у 31% пациентов, что приводит к нарушению оттока крови, и тем самым, ухудшая метаболизм в тканях, осложняет терапию ониомикоза.

В клинической картине микозов стоп преобладали сухие формы, составляя 84,4%. Значительно реже наблюдаются экссудативные клинические формы микоза стоп (15,6%): интертригинозная и дисгидротическая. При интертригинозной форме поражались межпальцевые складки в виде мацерированных и эрозивных очагов с резкими границами и узкой бахромкой отслоившегося белесоватого эпидермиса, в пределах очагов наблюдались трещины. Дисгидротическая форма характеризуется появлением отеков эритематозных очагов с наличием сгруппированных пузырьков с толстой крышкой и прозрачным содержимым на своде и боковых поверхностях стоп. Экссудативные формы часто осложняются вторичной пиогенной инфекцией, в связи с чем нужен комплексный подход в терапии с назначением не только системных и местных противогрибковых средств, но и антибиотиков.

Заключение. Микоз стоп и ониомикоз практически во всех случаях вызывают дерматомицеты – *Tr. rubrum* и *Tr. mentagrophytes* var. *interdigitale* (93,6%). *Tr. rubrum* в виде моноинфекции в 7,8 раз преобладал над *Tr. mentagrophytes* var. *interdigitale* (75,3% против 9,7%) ($p < 0,05$); сочетанное поражение *Tr. rubrum* с плесневыми грибами зарегистрировано в 5,3%, с грибами рода *Candida* в 3,1%. Микстинфекция *Tr. mentagrophytes* var. *interdigitale*+плесневые грибы в 1,8%. Плесневой ониомикоз в виде моноинфекции – у 3,5%, кандидозное поражение

ногтей – у 1,3% больных. Женщины в 1,3 раза преобладали над мужчинами (57% и 43% соответственно) ($p<0,05$), чаще всего они обращались в возрасте 46-55 лет (29%). Онихомикоз в 1,6 раз чаще встречался у служащих по сравнению с пенсионерами (43% против 27,6%) ($p<0,05$). Сопутствующие заболевания встречались часто (66,3%), при этом преобладала патология желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы, ангиопатии различного генеза, в том числе и

вследствие сахарного диабета 2 типа. Дистально-латеральная форма онихомикоза в 1,7 раз чаще зарегистрирована чем тотально-дистрофическая (53,9% против 31,9%), в 6,4 раза чаще по сравнению с поверхностно-белой (8,4%) и 9,3 раза чаще чем проксимально подногтевая (5,8%) ($p<0,05$). Поражение кожи стоп отметили у всех больных онихомикозом, при этом преобладали сквамозная (48,2%), сквамозно-гиперкератотическая (21,2%) и стертая (14,4%) формы микоза.

Литература

1. Позднякова О.Н., Чебыкин Д.В., Бычков С.Г. Современные особенности эпидемиологии зооантропофильных дерматомикозов, микозов стоп и кистей, онихомикозов в Новосибирске. *Journal of Siberian Medical Sciences*. 2019;2:71-78. <https://doi.org/10.31549/2542-1174-2019-2-71-78>
2. Усубалиев М.Б. Лечение осложненных форм микозов стоп. *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева*. 2020;5-6:18-22.
3. Яковлев А.Б. Системная терапия онихомикозов стоп тербинафином: динамика санации ногтей и качества жизни (многоцентровое наблюдательное исследование). *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2021;24(2):167–178.
4. Gupta A.K., Stec N., Summerbell R.C. Shear NH, Piquet V, Tosti A, et al. Onychomycosis: a review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34(9):1972–1990. <https://doi.org/10.1111/jdv.16394>
5. Nussipov Y, Markabayeva A, Gianfaldoni S, Tchernev G, Wollina U, Lotti J, et al. Clinical and Epidemiological Features of Dermatophyte Infections in Almaty, Kazakhstan. *Open Access Maced J Med Sci*. 2017;5(4):409-413. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2017.124>
6. Соколова Т.В., Малярчук А.П., Малярчук Т.А. Результаты многоцентрового исследования по изучению поверхностных микозов кожи в регионах Российской Федерации и оценке эффективности их лечения сертаконазолом. *Клиническая дерматология и венерология*. 2013;5:28-39.
7. Кожичкина Н.В. Этиология микозов стоп и онихомикоза. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2013;1:9-13.
8. Усубалиев М.Б. Клинико-эпидемиологические и этиологические особенности микозов стоп и онихомикозов в Кыргызской Республике. *Медицина Кыргызстана*. 2013;1:157-160.
9. Рукавишников В.М. Микозы стоп. Москва; 2003. 332 с.
10. Липова Е.В., Сокольская А.А., Витвицкая Ю.Г. Глазко И.И., Чекмарев А.С., Силютин Т.А. и др. Онихомикоз (обзор литературы). *РМЖ*. 2023;6:21-24.

Сведения об авторах

Усубалиев Мейкин Бейшенбаевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой семейной медицины додипломного и постдипломного образования КГМА им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика. <https://orcid.org/0000-0003-1094-6740>; e-mail: meikin78@mail.ru

Алмасбекова Айназик Алмасбековна – студентка 6 курса 8 группы, факультета «Лечебное дело» КГМА им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: ainazik01@mail.ru

Бурканов Акылбек Эркинович – ассистент кафедры базисной и клинической фармакологии медицинского факультета ОшГУ, г. Ош, Кыргызская Республика. <https://orcid.org/0009-0003-8248-938X>; e-mail: burkanov67@mail.ru

Курбанова Наргиза Нуралиевна – ассистент кафедры урологии, онкологии и дерматологии медицинского факультета ОшГУ, г. Ош, Кыргызская Республика, <https://orcid.org/0009-0009-2492-2732>; e-mail: nargizakurbanova@gmail.com

Для цитирования

Усубалиев М.Б., Алмасбекова А.А., Бурканов А.Э., Курбанова Н.Н. Этиологические и клинико-эпидемиологические аспекты микозов стоп и онихомикозов у амбулаторных больных. *Евразийский журнал здравоохранения*. 2025;1:65-73. <https://doi.org/10.54890/1694-8882-2025-1-65>