

МОНГОЛ УЛСЫН БОЛОВСРОЛ СОЁЛ ШИНЖЛЭХ УХААНЫ ЯАМ,
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ШИНЖЛЭХ УХААНЫ ИХ СУРГУУЛЬ

Гар бичмэлийн эрхтэй ©

ЦЭДЭН-ИШИЙН УРАНЧИМЭГ

**ХУМСНЫ МӨӨГӨНЦӨРТ ӨВЧНИЙ ОНОШЛОГОО,
ЭМНЭЛЗҮЙН АСУУДАЛ**

Е 725100 Арьс-Өнгө судлал

Анагаах ухааны магистрын зэрэг горилсон нэг сэдэвт бүтээл

Улаанбаатар хот
2010 он

МОНГОЛ УЛСЫН БОЛОВСРОЛ СОЁЛ ШИНЖЛЭХ УХААНЫ ЯАМ,
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ШИНЖЛЭХ УХААНЫ ИХ СУРГУУЛЬ

ЦЭДЭН-ИШИЙН УРАНЧИМЭГ

**ХУМСНЫ МӨӨГӨНЦӨРТ ӨВЧНИЙ ОНОШЛОГОО,
ЭМНЭЛЗҮЙН АСУУДАЛ**

Эрдэм шинжилгээний ажлын удирдагч:

Анагаах ухааны доктор Я.Энхтөр

Эрдэм шинжилгээний ажлын зөвлөх:

Анагаах ухааны доктор, профессор Б. Ганбаатар

Эрдэм шинжилгээний ажлын шүүмжлэгч:

Анагаах ухааны доктор Х.Алтанзул

ТОВЧ ХУРААНГУЙ

ХУМСНЫ МӨӨГӨНЦӨРТ ӨВЧНИЙ ОНОШЛОГОО, ЭМНЭЛЗҮЙН АСУУДАЛ

Судалгааны ажлын үндэслэл:

Хумсны мөөгөнцөрт өвчний (ХМӨ) өвчлөлийн тохиолдол сүүлийн 10 жил тогтвортой өсч байна.

Дэлхийн хүн амын дунд хийсэн судалгаагаар 10-20%-д нь ХМӨ илэрсэн боловч тэдгээрийн зөвхөн 3-5% нь л эмчид ханддаг болох нь тогтоогдсон байна.

Сүүлийн үед ХМӨ-ний өвчлөлийн тохиолдол буурахгүй, харин тогтвортой өсөх хандлагатай болж, эдгэрэлт удаан, архаг явцтай, дахилт их, эмчилгээ төгс шийдвэрлэгдээгүй, эмчилгээний өртөг өндөр зэрэг асуудал нь эмч судлаачдын анхаарлыг татах болов.

Хүн амын дунд мөөгөнцөрт өвчний талаарх ойлголт хомс байдгаас эмчид эрт хандах, оношлогоо эмчилгээ оройтож байгаа учраас энэ талаар судалгаа хийх шаардлага зүй ёсоор гарч ирж байна. Түүнчлэн сүүлийн үед мөөгөнцөрт өвчинд хэрэглэх өргөн хүрээний сонгомол үйлчилгээтэй эмийн бэлдмэлүүд эмчилгээнд нэвтэрч, эмийн бэлдмэлийг сонгоход ХМӨ-ний үүсгэгчийн төрөл зүйлийг тодорхойлох зайлшгүй шаардлага урган гарч байна.

Зорилго: Хумсны мөөгөнцөрт өвчний үүсгэгчийн төрөл зүйлийг тодорхойлон, эмнэлзүйн онцлогийг судлах.

Судалгааны ажлын хэрэглэгдэхүүн ба арга зүй: Уг судалгааг 2006 оны 01 сарын 01 нээс 2007 оны 05 сарын 01 хүртэл хугацаанд ЭМШУИС-ийн Анагаах Ухааны сургуулийн Арьс судлалын тэнхим, Арьсны Өвчин Судлалын төвийн амбулатори болон лабораторийн тасгийн материаллаг баазыг түшиглэн хийв. Судалгааг асуумж судалгаа, бодит үзлэг, лабораторийн шинжилгээ /микроскоп болон тэжээлт орчинд өсгөвөрлөх/ ашиглан явуулав. Эмгэг өөрчлөлт бүхий хумснаас дээж аван Хлорамфеникол агуулсан болон агуулаагүй Сабурогийн тэжээлт орчинд 27 хэмд 3-4 долоо хоног өсгөвөрлөн дүгнэв.

Үр дүн: Судалгаанд хумсны эмгэг өөрчлөлт бүхий 63 өвчтөнийг хамруулснаас эр $52.4\% \pm 6.29$ ($n=33$), эмэгтэй $47.6\% \pm 6.29$ ($n=30$) байлаа. Судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийн микроскоп шинжилгээний дүнг судлан үзэхэд 71.4%-д ($n=45$) эмгэгтөрөгч мөөг илэрсэн, 28.6%-д ($n=18$) эмгэгтөрөгч мөөг илрээгүй байна. ХМӨ-нийг нөлөөлөх хүчин зүйлтэй харьцуулан судлахад арьсны мөөгөнцөрт өвчтэй хүмүүсийн $25.4\% \pm 5.48$ ($n=16$) нь $p < 0.01$ түвшинд, дархлааны эмгэгтэй хүмүүсийн $30,16\% \pm 5.78$ ($n=19$) нь $p < 0.05$ түвшинд ялгаатайгаар эмгэгтөрөгч мөөг илүү илэрсэн байна. Өсгөвөр шинжилгээний дүнг судлан үзэхэд 81 $\pm$ 5%-д ($n=51$) ургалт илэрсэн, 19 $\pm$ 5-д ($n=12$) ургалт илрээгүй байв. Өсгөвөр шинжилгээний дүнгээс харахад өсгөвөрт ургасан үүсгэгчүүдээс *Tr.Rubrum* 28.6 $\pm$ 5.69 (18), *Candida spp* 19.05 $\pm$ 4.95 (12), *Aspergillus spp* 9.52 $\pm$ 3.7 (6)-ын ургалт илүү илэрсэн байлаа.

ХМӨ өвчтөнүүдийн эмнэлзүйн хэлбэрийг Zias-н ангилалаар судлан үзэхэд ирмэг ба хажуу хэсгийн хумсны гэмтэл 55,4% (n=31), өнгөц цайх гэмтэл 7.1% (n=4), уг хэсгийн гэмтэл 14.3% (n=8), бүтэн гэмтэл 23.2% (n=13) тохиолдож байна.

Хумсны толионы гэмтлийн хэлбэрийг судлахад хумсны толио зузаарсан 66.1% (n=37), хумсны толио нимгэрсэн 7.1% (n=4), хумсны толио хэвийн 25% (n=14), хумсны толио хэт зузаарсан 1.8% (n=1) байна $p < 0.01$

Дүгнэлт: Хумсны мөөгөнцөрт өвчний үүсгэгчийн төрөл зүйлээс дерматофит давамгайлж байгаагаас *Tr.Rubrum* 28.6%±5.69, *Tr.Mentagrophytes* 7.9%±3.4, *Ep.Floccosum* 6.4%±3.07 илүү тохиолдож байна.

2. Хумсны мөөгөнцөрт өвчний эмнэлзүйн хэлбэрүүдээс хумсны ирмэг ба хажуу хэсгийн гэмтэл 55.4%±6.24, хумсны толион зузааралт 66.1%±7.1 элбэг тохиолдож байна. ХМӨ 20-29, 30-39, 60-аас дээш насанд илүү тохиолдож байна.

3. Хумсны мөөгөнцөрт өвчин үүсгэгчийн төрөл зүйлийг эмнэлзүйтэй харьцуулахад:

- Хөлийн хурууны хумсны гэмтэл дерматофит төрлийн эмгэгтөрөгч мөөгөөр давамгай үүсгэгдэж, хумсны толионы өнгө шарлах байдлаар ирмэг ба хажуу хэсгээс, хумсны толио зузаарах хэлбэрээр,

- Гарын хурууны хумсны гэмтэл хөрөнгө мөөгөөр давамгай үүсгэгдэж, хумсны толио шаргал буюу саарал өнгөтэй, хумсны уг хэсгээс, толио хэвийн хэлбэрийн хумсны гэмтэл элбэг тохиолдож байна.

Түлхүүр үг: Хумсны мөөгөнцөрт өвчин, микроскоп шинжилгээ, өсгөвөрлөх шинжилгээ, эмнэлзүйн хэлбэрүүд.

ABSTRACT

DIAGNOSIS AND CLINICAL ASPECTS OF ONYCHOMYCOSIS

Objectives: To determine the types of causative pathogen agents, to study clinical type and to determine correlation of the types of causative agents- clinical patterns.

Methods: Patients included in the study were referred to outpatient clinic and mycological laboratory in National Center of Dermatology. The study we used to questionnaire, examination, direct microscope and culture analysis. However, cultures were also set up on Sabouraud's agar with and without Chloramphenicol, incubated 25-27° for 3-4 weeks.

Statically analysis of data was used SPSS and Microsoft Excel programmes.

Result: In the study population total 63 patients, 33 men, 30 women, and aged 11-67.

Direct microscopy was positive 74.1% (n=45) cases, negative 28.6% (n=n18) cases.

Culture was positive 81% (n=51) cases, negative 19% (n=12) cases. Causative organisms, which were dermatophytes were the most common isolated pathogens, followed by candida , mould ,mixed culture. T.Rubrum was 28.6% (n=18) cases, T.Mentagrophytes was 7.9% (n=5) cases, Ep.Floccosum 6.3% (n=4) cases, T.Violaseum 1.6% (n=1) cases, M.Canis 1.6% (n=1) cases, Candida spp. 19.1% (n=12) cases, Aspergillus spp. 9.5% (n=6), mixt 4.8% (n=3) cases.

For conveniens, onychomycosis is devided in to four major clinical presentations of ZIAIS: Distal and laterial subungual onychomycosis were 55.4% (31) cases , superficial white onychomycosis were 7.1% (n=4) cases, proximal onychomycosis were 14.3% (n=8) cases, total onychomycosis were 23.2% (n=13) cases . The clinical types of nail plate were hyperthrophic in 66.1% (n=37), normothrophic in 25% (n=14), athrophic in 7.1% (4), onychogryphos in 1.8% (n=1) cases.

Conclusions:

1. During the study of causative pathogen agents of onychomycosis dermatophytes were the main causes. Tr.Rubrum were 28.6% (n=18) cases, Tr.Mentagrophytes wer 7.9% (n=5) cases, Ep.Floccosum 6.3% (n=4) cases.
2. The hyperthrophic type distal and laterial subungual onychomycosis were the main changes in our cases.
3. The determin coordination of the types of causative agents- clinical patterns:
 - Dermatophytical toenails hypertrophic onychomycosis 31.7%(n=20), nail plate were yellowish,
 - Candidal fingernails athrophic onychomycosis 9.5% (n=6), nail plate were yellowish and grey.

Key words: Onychomycosis, microscope, culture, clinical typeГАРЧИГ

ТОВЧИЛСОН ҮГИЙН ЖАГСААЛТ	5
ХҮСНЭГТИЙН ЖАГСААЛТ	6
ЗУРГИЙН ЖАГСААЛТ	6
БҮЛЭГ 1. УДИРТГАЛ	
1.1 Судалгааны ажлын үндэслэл	7
1.2 Судалгааны ажлын зорилго	9
1.3 Судалгааны ажлын зорилт	9
1.4 Судалгааны ажлын шинэлэг тал	9
1.5 Судалгааны ажлын практик ач холбогдол	9
1.6 Нэг сэдэвт бүтээлийн хэмжээ	9
1.7 Судалгааны ажлын үр дүнг хэлэлцүүлсэн байдал	10
БҮЛЭГ 2. ХЭВЛЭЛИЙН ТОЙМ	
2.1 Хумсны мөөгөнцөрт өвчин, түүний тархалт	11
2.2 Эмгэгтөрөгч мөөгний тухай	16
2.3 Хумсны бүтэц	18
2.4 Хумсны мөөгөнцөрт өвчин үүсэхэд нөлөөлөх хүчин зүйл	19
2.5 Хумсны мөөгөнцөрт өвчний оношлогоо	20
2.6 Хумсны мөөгөнцөрт өвчний эмнэлзүй	22
БҮЛЭГ 3. СУДАЛГААНЫ ХЭРЭГЛЭГДЭХҮҮН БА АРГА ЗҮЙ	
3.1 Судалгааны загвар	26
3.2 Судалгааны хүрээ ба түүвэр	26
3.3 Судалгааны ёс зүйн зөвшөөрөл	26
3.4 Судалгааны хэрэглэгдэхүүн	26
3.5 Судалгааны материал цуглуулсан аргууд	26
3.6 Судалгаа хийсэн аргачлал	27
3.7 Үр дүнгийн боловсруулалт	28
БҮЛЭГ 4. СУДАЛГААНЫ АЖЛЫН ҮР ДҮН	29

БҮЛЭГ 5. ХЭЛЦЭМЖ	43
БҮЛЭГ 6. СУДАЛГААНЫ АЖЛЫН ДҮГНЭЛТ	46
ПРАКТИК ЗӨВЛӨМЖ	47
ХЭВЛҮҮЛЖ НИЙТЛҮҮЛСЭН БҮТЭЭЛ	
48	
НОМ ЗҮЙ	
ТАЛАРХАЛ	
ХАВСРАЛТ	

НОМ ЗҮЙ:

1. Энхтөр.Я. Немедикаментозные методы в комплексной терапии онихомикозов у больных с метаболическим синдромом, автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Новосибирском Государственном Медицинском Университете, 2009. стр 3
2. Беличков А.Н, Лешенко В.М, Лешенко Г.М. Лечение тербинафином онихомикозом у больных сахарным диабетом. Вестник дерматологии и венерологии. 2001.2. стр. 69
3. Бурова С.А. Лечение онихомикоза у сахарным диабетом или нарушенной толерантностью к глюкозе, Вестник дерматологии и венерологии, 2005, 6, стр 55.
4. Бурова С.А, Талалаева С.М. Отдаленные результаты лечение онихомикозов у больных сахарным диабетом. Вестник дерматологии и венерологии. 2001.1. стр. 62.
5. Васенова.В.Ю, Бутов Ю.С. Некоторые аспекты эпидемиологии, патогенеза и терапии онихомикозов. Российский журнал дерматологии и венерологии. 2005. 3. стр.42.
6. Mohammad Reza Aghamirian, Seyed Amir Ghiasian Dermatophytoses in outpatients attending the Dermatology Center of Avicenna Hospital in Qazvin. Iran. Mycoses. 2007.51. p.155.
7. Орлов. Е.В, Шакуров. И.Г, Захарова Т.А, Николашина.О.Е, Перцевая.И.В, Новые подходы к терапии онихомикозов у пожилых, Вестник дерматологии и венерологии. 2002.1. стр.57.
8. Lauter.N.M, Mkrtaki.A, and J.Andre. Two hundred Ninty-Six Cases of onychomycosis in Children and Teenagers; A 10Year Laboratory Survey. Pediatric dermatology. 2003. Vol.20.No 5. p. 385
9. Корсунская .И.М, Дворянкова Е.В. Онихомикозы и распространенный микоз гладкой кожи у соматически ослабленных пациентов. Русский медицинский журнал. 2006. том 14. 5. стр. 372.
10. Ядамсүрэн.Т, Зул.Б, Мөөгөнцөрт өвчний үүсгэгчийн бүрэлдэхүүн, халдвар судлалын асуудалд. Анагаах ухаан. 1988. х. 37
11. Roberts.T.D, Taylor W.D. Guidelines for treatments of onychomycosis. British Association of Dermatologists, British journal of dermatology. 2003. 48. p. 402
12. Васенова В.Ю, Бутов Ю.С, Панова Т.Г. Особенности клинического течения и онихомикоза стоп и кистей у пациентов пожилого возраста. Российский журнал дерматологии и венерологии. 2004.2. стр. 34.

13. Ильченко Л.С, Ядамсүрэн.Т, Сэрээдорж. Т, О. Грибковых заболеваниях в Монгольской народной республике. Вестник Дерматологии и венерологии. 1980.1. х. 12.
14. Самцов А.В. Особенности лечение ониомикозов у пожилых людей. Вестник дерматологии и венерологии. 2004. 2. стр. 60.
15. Burzykowski.T, Molenberghs.G, Abeck. High prevalence of foot diseasees in Europe:result ofthe Achilles Project. Mycosis. 2003.46. p. 496
16. Степанова Ж.В. К этиологии ониомикоза. Вестник дерматологии и венерологии. 2002. 2. стр. 58.
17. Степанова Ж.В, Скрипкин Ю.К. Опыт применения итраконазола в лечении грибковых заболеваний ногтей и кожи. Вестник дерматологии и венерологии. 2001. 2. стр. 66.
18. Потекаев.Н.С, Потекаев Н.Н, Климко Н.Н, Лыкова С.Г. Роль тербинафина в терапии ониомикоза. Вестник дерматологии и венерологии. 2006. 1. стр. 9.
19. Rippon.I.W. Phatogenic fungi and phatogenic Actinomycetes. Medical Microbiology. 1988. p. 210.
20. Chi yg-Chi Chi, Shu-Hui Wang, Ming Chih Chou.The causative pathogens of onychomycosis in southern Taiwan. 2005. Mycosis. 48. p. 413.
21. Рукашникова В.М. Микозы стоп. 1999. стр. 65.
22. Fletcher C.L, Hay R.J, Smeeton N.C. Onychomycosis:The Development of a clinical Diagnostic Aid for Toenail Deseas. Br J Dermatol. 2004.150 (4). P. 701.
23. Lubeck D.P, Gause D, Schein J.R . A Health-related quality of life measure for in patients with onychomycosis: A validation study, Quality of life research.1999. vol8. p.121.
24. Roberts D.T, Evans G.V. Fungal Nail Infection. 1993, p.25
25. Курдина М.И. Ониомикоз в геронтологии. Дерма. 2002. 2. стр. 4.
26. Курдина М.И, Маликов В.Е,Жарикова Н.Е. Ониомикозы в многопрофильной больнице: Скрининг, идентификация и чувствительность к антимикотикам, Вестник дерматологии и венерологии. 2003.6. Стр.19
27. Melody R. Vander Straten, Maher M. Balkis. The role of nondermatophyte molds in onychomycosis: diagnosis and treatment. Dermatologic Therapy. 2002. Vol15. p. 89.

28. Maggi E, Kemna, Boni E, Elewski AU.S. Epidemiologic survey of superficial fungal diseases. *Journal of American Academy of Dermatology*. 1996. Vol 35. N4. p. 539
29. Sumerbill RC, Kane J, Krujden S. Onychomycosis, tinea pedis and tinea manuum caused by non dermatophytic filamentous fungi. *Mycosis*. 1989. 32. p. 609.
30. Gupta A.K. Onychomycosis in elderly . *Drugs Aging*. 2000.16. p. 397.
31. Соловьева А.М, Кулешова Л.М. Дрожжоподобные и плесневые грибы как возможная причина рецидивов онихомикозов. *Дерматология*. 2001.1. стр. 20.
32. Сергеев В.Ю. Онихомикозы. 1998. 7-1. стр. 47.
33. Erin.M. Warshaw,MD,MS. Pulse versus continuous terbinafine for onychomycosis. *J.Am Acad Dermatol*. volume 53.N4. p. 579.
34. Effendy I, Lecha M de Chauvin, Chiacchio N Di. Epidemiology and clinical classification of onychomycosis. *JEADV*. 2005.19. p. 8.
35. Kusmarinah Bramono and Unandar Budimulja. Epidemiology of Onychomycosis in Indonesia: Data Obtained from Three Individual Studies. *Jpn.J.Med.Mycol*. 2005. vol 46. p. 171.
36. Kuklova, I and Kucerova. Dermatophytes in Prague Czech Republic between 1987-1998. *Mycosis*. 2001. 44. p. 493.
37. Кунгуров Н.В. Некоторые правовые аспекты организации специализированной помощи больным онихомикозами. *Иммунопатология, иммунология, аллергология*. 2002. №3. стр 83.
38. Mennoti J, Machkuart M, Benderdouche M et al. Polymerase chain reaction in the diagnosis of dermatophyte and *Scytalidium* spp. Onychomycosis; *Br J Dermgtol*. 2004.151. p. 518
39. Fouad El Sayed, Alfred Ammourey, Rita Feghaly, Haybe and Rola Dhaybi, Onychomycosis in Lebanon: As mycological survey of 772 patients. *Mycosis*. 2006. 49. p. 216.
40. Петрасюк О.А, Гафаров М.М. Иммунологические аспекты комплексной терапии онихомикозов итракеназолом с применением вобэнзима. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2006. 1. стр. 56.
41. Лещенко В.М. Лабораторная диагностика грибковых заболеваний. 1982. стр.25.
42. Карпова О.А, Немчанинова О.Б. Распространенность и особенности онихомикоза стоп у работников железнодорожного транспорта. *Сибирский журнал Дерматологии и Венерологии*. 2006. 7.стр. 48.
43. Лещенко В.М. Современные антимикотики в дерматологии. *Consilium medicum*. 2004. 6. стр.186.

44. Молочков В.А, Шнахова Л.М. Терапия ониомикоза у больных саркомой Капоши. Российский журнал дерматологии и венерологии. 2004.2. стр.38.
45. Сергеева А.Ю. Руководство диагностике ониомикозов. 2000.стр.13.
46. Скрипкин Ю.К, Г.Д.Селицкий, С.М.Федоров, Ф.В.Хубиева. Болезни кожи и инфекции передаваемые половым путем. 2003. стр. 62.
47. Скрипкин Ю.К., Богуш П.Г, Лещенко В.М, Матушевская Е.В. Выбор оптимального препарата для терапии ониомикоза. Сибирский журнал Дерматологии и Венерологии. 2006. 7. стр. 34.
48. Сундукова И.О, Курицын В.П. Лечение ониомикозов у больных с сосудистой патологией. Вестник дерматологии и венерологии. 2001.1. стр. 64.
49. Arca E, Sarali MA, Alkar A et al. Polymerase chain reaction in the diagnosis of onychomycosis. Eur J Dermatol. 2004.14. p. 52.
50. Assya Djeridane, Yasmina Djeridane, Aomar Ammar-Khodja. Epidemiological and aetiological study on tinea pedis and Onychomycosis in Algeria. Mycosis. 49. p.190.
51. Brilhante.RSN, Cordeiro .RA. Onychomycosis in Ceara (Northeast Brazil):epidemiological and laboratory aspects. Mem Inst Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.Vol100(2). p.131.
52. Faeregmann J, Correia O, Nowick. Genetic predposition-understanding underlying mechanisms of onychomycosis. JEADV. 2005. 19. p.17.
53. Feuilhade de Chauvin. New Diagnostic techniques. JEADV. 2005. 19(Suppl.1). p. 20.
54. Gupta A.K, Eleviski B.E. Nondermatophyte causes of onychomycosis and superficial mycosis. Curr Top Med Mycol. 1996. 7. p. 97.
55. Howard P. Baden. Disiases of the Hair and Nails. 1987. p. 30.
56. Ioannidou .DJ, Maraki.S, Krasagakis S.K, Tosca A. The Epidemiology of Onychomycosis in crete, Greece. 2006. Journal European Academy of Dermatology and Venerology. 2006. 20. p.170.
57. Jarv .H, Naaber. P, Kaur .S. Toenail onychomycosis in Estonia. 2004. 47. p. 57.
58. Kiraz.M, Yegenoglu.Y, Erturan.Z. The epidemiology of onychomycosis in Istanbul. Turkey. Mycosis. 1999. 42. p. 323.
59. Robert F. Boyd. Basic Medical Microbiology. 1992. p. 466.
60. Svejgaard.E.L, Nilson.J. Onychomycosis in Denmark; Prevalens, of fungal nail infection in general practice. Mycois. 2004. 7. p.131.
61. Tosti A, Hay R, Arenas R-Guzman. Patients at risk of onychomycosis- risk factor identification and active prevention. JEADV. 2005. 19. p.13.

