

ОНИХОМИКОЗЫ. ТРУДНОСТИ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ, ПРИЧИНЫ НЕУДАЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Сологова С.С. ассистент, кандидат биологических наук

Кафедра фармакологии фармацевтического факультета ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ

Панченко А.В. ассистент, кандидат медицинских наук

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и лучевой диагностики лечебного факультета ФГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ

В настоящее время, несмотря на все увеличивающееся число противогрибковых лекарственных средств, проблема ониомикозов не решена полностью.

Пациенты со стажем и врачи-дерматологи знают, что избавиться от грибкового поражения ногтей значительно труднее, чем от грибкового поражения кожи. При том что у опытных микологов лечение ониомикоза не вызывает затруднений, имеются отработанные схемы системной, местной и комбинированной терапии ониомикозов, по данным А.Ю. Сергеева, Ю.В. Сергеева [1] количество больных ониомикозами с 1988 по 1998 год увеличилось в 2,3 раза (рис. 1). По данным А.А. Халдина и В.С. Новоселова [2], в пожилом возрасте патогенными грибами поражен каждый второй житель.

Онихомикозы вызывают косметический дефект, приводящий к постоянному стрессу, ухудшая моральное состояние больных. Пациенты, длительно страдающие ониомикозами, находятся в подавленном состоянии, не посещают пляжи, бассейны, не носят открытую обувь. Можно встретить целые семьи, страдающие ониомикозами, которые не ходят в гости и не приглашают никого к себе. Пожилые люди, страдающие ониомикозами, в ряде случаев изолируются в семьях, ограничиваются в контактах с внуками. Часто такие больные стесняются обращаться и к врачам.

Но не только этим опасны ониомикозы. При декомпенсации сахарного диабета и иммунодефицитных состояниях они вызывают не только распространенные поражения кожи, но и способствуют развитию диабетической стопы, хронического рожистого воспаления конечностей, лимфостаза и элевантиаза [3, 4]. При терапии цитостатиками и иммунодепрессантами поверхностная форма заболевания может перейти в висцеральную (инвазивную) [5]. Значительное количество исследований посвящено микотической аллергии [6]. Показано, что аллергия к грибам утяжеляет течение атопических заболеваний.

Одним из признаков паразитарной адаптации возбудителей микозов является наличие у них разнообразных факторов, способных нарушать механизмы иммунной защиты организма хозяина. У возбудителей кандидоза присутствуют антигенные компоненты, сходные по специфичности с антигенами тканей человека. Это не только затрудняет процесс формирования защитной иммунной реакции, но и может индуцировать возникновение аутоиммунных поражений. У микозов (*Candida albicans*, *Aspergillus fumigatus*) основными механизмами нарушения защитных реакций хозяина является их способность к подавлению защитной активности фагоцитов и нарушение процессов формирования специфического иммунитета. Подавление иммунного ответа хозяина может осуществляться как посредством прямого угнетающего воздействия на размножение лимфоцитов и секрецию ими медиаторов, так и через активацию иммуноцитов – супрессоров. (Н.А. Арефьева, Г.З. Пискунов, Ю.А. Медведев, А.А. Цыглин, Д.Н. Богоманова, Г.М. Салахова).

Эффективность современных методов лечения ониомикозов не вызывает оптимизма. По данным Л.П. Котрехова, Н.Н. Клишко, К.И. Разнатовского [7, 8], контролируемые клинические испытания показали, что эффективность применения системных антимикотиков после окончания лечения составляет от 40 до 80%, а через пять лет – от 14 до 50%. Было установлено, что эффективность лечения ониомикоза можно повысить в среднем на 15% при сочетанном применении антимикотиков системного и местного действия [9].

При отсутствии эффекта от терапии больные страдают грибковыми заболеваниями ногтей десятки лет, заражая окружающих и увеличивая количество заболевших. Часть людей, испробовав разнообразные методы лечения и разочаровавшись в их эффективности, в связи с дороговизной лечения и побочными эффектами терапии прекращают попытки лечиться. В итоге в настоящее время, по данным некоторых авторов, грибковыми заболеваниями ногтей различной тяжести и формы не только страдают от 30 до 50% населения старше 50-60 лет, но и отмечается рост заболеваемости ониомикозами [1].

В чем может скрываться причина неудач в лечении? С нашей точки зрения, как ни странно, на первое место можно поставить проблемы с диагностикой ониомикозов. Так, по данным А.Ю. Сергеева и Ю.В. Сергеева, при использовании посевов выделить культуру возбудителя удавалось не более чем в 36% случаев [10]. С внедрением более совершенных методик сбора материала и культивирования этот процент можно довести до 50-60. Даже в этом «идеальном» случае от трети до половины этиологии ониомикоза остается скрытой от врача. До 30% больных, страдающих от ониомикозов, отказываются от дальнейшего лечения, в том числе 11% в связи с дороговизной лечения [11]. Это, с одной стороны, создает проблемы применения противогрибковых препаратов с ограниченным спектром действия, а с другой, ведет к отказу больного от лечения в связи с мнимым «отсутствием грибка». Таким образом, чуть ли не половина больных с ониомикозом не принимает препараты и является постоянным источником заражения окружающих.

Чем можно объяснить недостаточно высокие результаты лечения ониомикозов? Известны причины неблагоприятного прогноза системной терапии и противопоказания к назначению системных препаратов. К ним относится наличие таких сопутствующих заболеваний, как сахарный диабет, заболевания сосудов нижних конечностей (облитерирующий атеросклероз, варикозная болезнь, тромбофлебит, посттромботическая болезнь), гипотиреоз, ожирение и хроническая сердечная недостаточность.

При этих заболеваниях концентрация препарата в зоне роста ногтя не достигает терапевтической концентрации в связи с нарушенным кровообращением. Эффект от лечения отсутствует, когда спектр действия препарата не соответствует этиологии ониомикоза или она неизвестна. У пациентов с иммуносупрессией при дозе препарата,

неадекватной поражению ногтя, плохом его всасывании, недостаточной продолжительности курса лечения, плохом распределении лекарства в организме и его быстром выведении. Невозможно применять системные препараты при развитии токсических эффектов, анафилактической реакции, беременности, кормлении грудью, заболеваниях печени, поджелудочной железы, ЖКТ, почечной недостаточности и болезнях крови.

При неэффективности или невозможности системной терапии больным остается только местное лечение. Но, как мы знаем, эффективность монотерапии онихомикозов местными противогрибковыми средствами еще меньше, чем при системной или комбинированной терапии.

Невысокие результаты лечения у пациентов при использовании стандартных схем применения современных местных антимикотических средств отмечены в случаях поражения более 50% ногтевой пластинки, подногтевого гиперкератоза более двух мм, тотального дистрофического онихомикоза с вовлечением матрикса, нечувствительности микроорганизмов (грибы рода *Scitalidium*) к применяемому препарату. Пациенты, решившие самостоятельно применять местные антимикотические средства под влиянием телевизионной рекламы, как правило, не могут оценить их особенности и ограниченные возможности. В результате зачастую получают отрицательные результаты и прекращают попытки лечиться.

пораженную ногтевую пластинку наносятся антифунгальные препараты. Препарат наносится ежедневно до полного отрастания здоровой ногтевой пластинки.

Большинство авторов придерживаются этой же методики. Низкая эффективность монотерапии данным методом и значительное различие в результатах лечения могут быть связаны с необходимостью длительного проведения манипуляций с ногтями, которые пожилые пациенты проводить не могут, а еженедельное посещение врача или подологического кабинета для обработки ногтей в течение длительного времени невозможно. С другой стороны, авторы не уделяют внимания обработке кожи стоп и межпальцевых промежутков, которые в большинстве случаев поражены тем же возбудителем микоза, что и ногти. При прекращении манипуляции с ногтевыми пластинками растущие ногти заражаются с кожи.

Местная терапия микозов проводится различными средствами. В рекомендациях А.Ю. Сергеева, Ю.В. Сергеева, В.И. Лысенко, М.О. Тарасовой, Н.В. Савченко и Е.В. Кудрявцевой приводится ряд мазевых форм, обладающих кератолитическим и одновременно антисептическим действием, цель которого размягчить и удалить пораженные участки ногтевой пластинки, особенно при наличии дерматофита. Такие средства в ряде случаев могут не допустить хирургического удаления ногтевой пластики. Это:

Мочевинные пластыри			Салициловые пластыри		
Rp.:	<i>Ureae purae</i> <i>Aquae destillatae</i> <i>Lanolini</i> <i>Cerae flavi</i> <i>Emplastrum plumbi</i> MDS: «Уреапласт»	20,0 10,0 20,0 5,0 45,0	Rp.:	<i>Chinosoli</i> <i>Acidi salicylici</i> <i>Lanolini anhydrici</i> <i>Paraffini</i> MDS: «Хинозоло-салициловый пластырь»	5,0 ana 15,0
Rp.:	<i>Ureae purae</i> <i>Aquae destillatae</i> <i>Lanolini anhydrici</i> <i>Paraffini</i> <i>Cerae flavi</i> MDS: «Онихопласт»	30,0 15,0 35,0 ana 10,0	Rp.;	<i>Chinosoli</i> <i>Acidi salicylici</i> <i>Dimexidi</i> <i>Lanolini</i> <i>Cerae flavi</i> MDS: «Хинозоло-димексидный пластырь»	5,0 15,0 10,0 25,0 45,0
Rp.:	<i>Chinosoli</i> <i>Ureae purae</i> <i>Lanolini anhydrici</i> MDS: «Мочевинный пластырь с хинозолом»	8,0 40,0 60,0	Rp.:	<i>Yodi puri</i> <i>Acidi salicylici</i> <i>Lanolini anhydrici</i> <i>Cerae flavi</i> MDS: «Мазь для размягчения ногтей»	3,0 15,0 20,0 12,0

Зачастую пациенты, успешно излечившись от онихомикоза при помощи системных или местных антимикотических препаратов, жалуются на появление «рецидива» заболевания (10% по данным Ю.С. Сергеева), обвиняя в неэффективности применявшиеся средства. Однако в большинстве случаев имеет место повторное заражение от собственной обуви, домашних вещей, при посещении пляжа, бассейна, сауны и других общественных мест, где произошло заражение в прошлый раз. Врачи, рекомендуя противогрибковые средства, часто не уделяют должного внимания профилактике повторных заражений и необходимости регулярной дезинфекции обуви, белья, одежды и домашних вещей.

По данным Л.П. Котреховой, Н.Н. Климко, К.И. Разнатовского [7], при ограниченном поражении ногтей (не более трех ногтевых пластинок и не более чем на 1/2 по площади с дистального края), эффективность препаратов для местного лечения составила от 5-9 до 50%. Лечение заключается в спиливании и подчистке пораженного участка ногтевой пластинки при помощи набора «Микоспор» или другого кератолитического средства, аппаратного педикюра. Далее на

Известна также мазь Аравийского (метод Аравийского), состоящая из равных частей йодистого калия и ланолина (*Kalii jodati*, *Lanolini ana* 10,0), которую накладывают на ноготь (с защитой мягких тканей) в течение десяти дней до полного его размягчения. После удаления размягченной ногтевой пластинки ногтевое ложе смазывают ежедневно в течение трех суток мазью: *Jodi puri* 0,2; *Kalii jodati*, *Lanolini aa* 10,0. Указанные процедуры повторяют несколько раз.

Метод Андриасяна. Пораженную ногтевую пластинку размягчают и удаляют с помощью порошкообразного депилятора онихолизина, содержащего 15% сернистого бария на техническом тальке. Онихолизин наносят на ноготь в виде водной кашицы и через каждые 2-3 минуты увлажняют холодной водой (по каплям из глазной пипетки; следить, чтобы кашица не попадала на кожу!).

В готовой форме выпускается набор для лечения ногтей «Микоспор», также обладающий кератолитическим действием. Из нелекарственных средств для достижения кератолитического эффекта на пораженных участках ногтевых пластинок можно назвать кремы «Фундизол» и «Ногтивит». Однако надо учи-

тывать, что Ногтивит предназначен только для размягчения ногтевой пластины.

В качестве местных антимикотических средств рекомендуются лаки для лечения ногтей «Батрафен» и «Лоцерил» и набор для лечения ногтей «Микоспор», а также кремы «Низорал», «Антифунгол», «Пимафуцин», «Мифунгар», «Экзодерил», «Ламизил», «Экзифин», «Кандид», «Канестен», «Клотримазол-акри», «Клотримазол».

Применяются также традиционные многокомпонентные препараты, входящие в «Сборник унифицированных лекарственных прописей», утвержденных приказом МЗ СССР №223 12 августа 1991 года.

Rp.:	<i>Tricresoli</i> <i>Acidi carbolic</i> <i>Thymoli</i> <i>Dimexidi</i> <i>Aquae destillatae</i> MDS: для смазывания ногтевого ложа	ana 10,0 5,0 60,0 15,0	Rp.:	<i>Acidi salicylici</i> <i>Chinosoli</i> <i>Spiritus aethylici</i> 96% <i>Collodii elastici</i> MDS: лак для ногтей. Смазывать ногтевое ложе 1 раз в день в течение 5-6 дней	3,0 5,0 5,0 ad 50,0
Rp.:	<i>Yodi puri</i> <i>Dimexidi</i> <i>Spiritus aethylici</i> 96% MDS: для смазывания ногтевого ложа.	3,0 25,0 5,0	Rp.:	<i>Yodi puri</i> <i>Kalii yodati</i> <i>Glycerini</i> <i>Sol. acidi acetici</i> 60% MDS: йодуксун № 3. Для смазывания ногтевого ложа	ana 2,0 20,0 ad 100,0
Rp.:	<i>Solutionis «Fucorcinum»</i> MDS: для смазывания ногтевого ложа				

Содержащиеся в прописях йодистый калий и йод оказывают активное антисептическое действие в отношении всех разновидностей грибковой инфекции.

Правильное использование данных составов может оказать положительное действие на течение ониомикоза. Однако это происходит далеко не всегда. Причиной этому могут служить сложности в методике применения унифицированных прописей и готовых лекарственных форм. Так, при использовании кератолитических составов необходимо защищать окружающую ноготь кожу. Необходимо одновременно использовать несколько наружных средств: кератолитический состав на ногтевую пластинку, крем или лак для ногтевой пластинки, крем для кожи стоп. Причем все средства необходимо использовать долго, до полного отрастания ногтевой пластины (иногда 6-12 месяцев).

В этой связи можно обратить внимание на состав и методику применения крема «Фундизол». Он создан на основе прописи для урупненной внутриаптечной заготовки, известной как мазь Аравийского. Отличие его состава заключается в подобранной концентрации йодистого калия и салициловой кислоты, которые обладают кератолитическим действием только в отношении пораженной части ногтевой пластины, не размягчая здоровый ноготь и не повреждая окружающую кожу. Предусматривается также одновременная обработка кремом «Фундизол» кожи стоп и межпальцевых промежутков, что приводит к заживлению трещин и устранению шелушения, мозолей.

Помимо йодида калия и эфиров параоксибензойной кислоты, в состав Фундизола входит экстракт коры дуба, способствующий уменьшению потливости и запаха ног. Крем может длительно наноситься на растущий ноготь, вплоть до полного его отрастания, с целью предупреждения заражения с обуви и домашних вещей. Важна также возможность профилактического применения Фундизола при посещении бассейнов и пляжей, чтобы предупредить инфицирование.

Подводя итог, можно назвать несколько причин роста или, по крайней мере, отсутствия уменьшения распространенности ониомикозов среди населения:

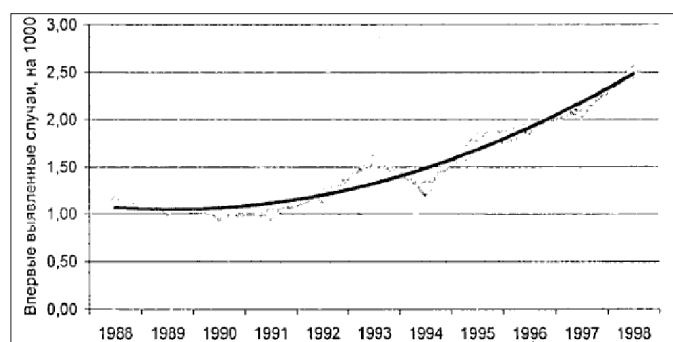
1. Трудность лабораторного подтверждения микоза, заставляющая пациента отказываться от лечения антимикотиками.

2. Отсутствие эффекта или наличие противопоказаний из-за сопутствующих заболеваний у значительного числа пациентов, которым назначено применение системных антимикотиков.

3. Дороговизна лечения. Отсутствие возможности регулярно посещать врача-миколога для выполнения необходимых манипуляций.

4. Трудность для пациента самостоятельно оценить возможности местных антимикотических препаратов и применять их в комплексе.

Рисунок 1. Заболеваемость ониомикозами за 11-летний период (А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев)



5. Повторные заражения пролеченных больных. По нашему мнению, для решения этих задач от врача-дерматолога требуется в постановке диагноза опираться в первую очередь на данные клинического исследования, используя результаты лабораторной диагностики для подтверждения клинического диагноза. Стараться рекомендовать пациенту доступные для него методы лечения и лекарственные препараты. При отсутствии возможности у пациента регулярно посещать кабинет миколога разрабатывать индивидуальные схемы местной и комбинированной терапии, периодически контролируя лечение. Настаивать на необходимости дезинфекции обуви и домашних вещей, а также на профилактическом применении препаратов для предупреждения повторного заражения.

Полный список литературы можно запросить в редакции.

Консультации по применению: (495) 729-49-55 www.Inpharma2000.ru

