

## Комплексные методы лечения больных с онихомикозами

Т.П. Рахматов

Научно-исследовательский институт дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

### Complex method of treatment patients with onychomycoses

T.P. Rakhmatov

Serentifie Research Institute of Dermatology and Venerology, Uzbekistan

#### Аннотация

Проблема больных онихомикозами решаема с использованием препарата «Орунгал», хотя в отдельных случаях требуется дополнительное назначение вазопротекторов (Флебодиа-600), иммуномодуляторов (Лакто-Флор), комбинированных препаратов типа «Ревалид», а также аппаратная чистка ногтевых пластин. Комплексный подход позволяет у подавляющего количества больных получать клиническое и микологическое выздоровление и до минимума снижать рецидивы микоза.

#### Ключевые слова

Онихомикозы, лечение.

#### Summary

Problems patients with onychomycoses are solving with "Orungal", but sometimes in we need to prescribe vasoprotectors (Flebodia-600), immunomodulators (Lacto-Flor), combined drugs "Revalid" also instrumental treatment nails. Complex method of treatment allows getting clinical and mycological recovering and decrease relapse of the mycoses.

#### Key words

Onychomycoses, treatment.

Последнее десятилетие характеризуется значительным ростом грибковых заболеваний, в том числе микозов стоп и онихомикозов [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Несмотря на большой объем накопленных данных, проблема онихомикозов остается весьма актуальной, хотя существуют онихопатии, связанные с другими этиологическими факторами [7, 8]. При наличии современных средств диагностики и нескольких десятков противогрибковых препаратов распространенность заболевания остается повсеместной, а лечение не всегда оказывается эффективным и не всегда предохраняет от рецидивов [9, 10].

Согласно проведенным эпидемиологическим исследованиям, популяционная частота микоза стоп составляет 20-30%, в то время как частота онихомикозов – 5-10% [1, 4].

Онихомикозы поражают преимущественно лиц среднего возраста и пожилых, их распрост-

раненность возрастает с 3% у детей до 45% - у пожилых людей, что объясняется многими факторами: особенностями роста ногтей, сопутствующими заболеваниями (периферические ангиопатии, ожирение, деформация стоп и др.) и особенно сахарный диабет, при котором распространенность заболевания возрастает примерно в 3 раза [1, 3, 4].

Онихомикозы могут возникать на фоне микоза стоп или самостоятельно, при непосредственном попадании патогенных грибов в подногтевое пространство или матрикс ногтя. Возможно проникновение патогенных грибов в поверхностные слои ногтевой пластинки и в этих случаях развивается так называемая поверхностная форма онихомикоза.

Наиболее важным этиологическим фактором онихомикозов является *Tr. Rubrum*, хотя в последние годы часто отмечается сочетанное

поражение ногтей дерматофитами, дрожжевыми и плесневыми грибами [4, 12, 13, 14].

К сожалению, сбор данных об этиологии онихомикозов почти всегда представляет трудности, связанные с лабораторной диагностикой грибковой инфекции. Общеизвестен тот факт, что в половине случаев онихомикозов с микроскопически подтвержденным диагнозом не удается выделить культуру гриба, а ведь только культуральный метод позволяет судить об истинной этиологии онихомикоза – виде выделенного гриба [1, 2, 3, 4, 5].

После установления клинического и микологического диагноза необходимо оценить выраженность и степень грибкового поражения с помощью специальной линейки, позволяющей рассчитать индекс КИОТОС, который позволяет оценить такие клинические признаки как степень выраженности субунгвального гиперкератоза, площадь поражения самой ногтевой пластинки, количество пораженных ногтевых пластинок, возраст самого пациента и т.д.

В настоящее время существует ряд противогрибковых препаратов системного действия, которые с успехом применяются при лечении разнообразных грибковых заболеваний и, в частности, онихомикозов [2, 5, 9, 14].

Уместно подчеркнуть, что принимая во внимание все объективные причины, осложняю-

щие проведение культуральной диагностики, и исходя из принципов рациональной антимикотической терапии, представляется очевидным, что в случаях, когда нет возможности провести культуральное исследование или есть основания сомневаться в его результатах, системная терапия онихомикоза должна осуществляться только антимикотиками широкого спектра действия, в частности орунгалом [14].

### Результаты и обсуждение

На сегодняшний день накоплен достаточный материал по использованию пульс-терапии орунгалом у больных онихомикозами и данные представлены в таблице 1.

Представленные материалы накоплены в научно-консультативном отделе НИИДиВ МЗ РУз, где проводится мониторинг больных онихомикозами, получавших орунгал в виде пульс-терапии.

Под нашим наблюдением находилось 127 больных онихомикозами, подтвержденный лабораторными (микроскопический и культуральный методы).

Собственные исследования позволили установить следующий спектр грибковой инфекции: микроскопически в 100% случаях были выявлены мицелии грибов; культуральные исследования выявили патогенные грибы у 70 из

**Таблица 1**

**Количество пролеченных Орунгалом больных с онихомикозами по Республике Узбекистан за период 2002-2008 гг**

Области	Количество больных
Город Ташкент	1435 (49,8%)
Самаркандская	156 (5,4%)
Ташкентская	114 (3,9%)
Андижанская	103 (3,6%)
Ферганская	57 (1,9%)
Наманганская	56 (1,9%)
Хорезмская	52 (1,8%)
Навойнская	46 (1,6%)
Бухарская	37 (1,4%)
Джизакская	21 (0,8%)
Сурхандарьинская	20 (0,7%)
Кашкадарьинская	20 (0,7%)
Сырдарьинская	20 (0,7%)
Республика Каракалпакстан	18 (0,6%)
Навойнский горно-металлургический комбинат	539 (18,7%)
Центральный военный госпиталь Министерства обороны РУз	187 (6,5%)
Итого:	2881 (100%)

127 больных (55,1%) онихомикозами. При детальном анализе грибковой инфекции было установлено, что дерматофитные грибы были выявлены у 50 из 70 (71,4%) больных, дрожжевые грибы – у 8 из 70 (11,4%), плесневые грибы – у 7 из 70 (10%), сочетание различных грибов – у 5 из 70 (7,2%) больных онихомикозами.

Согласно классификации Zaias [15] выделялись следующие клинические формы онихомикозов: поверхностная, дистальная и проксимальная.

Следует указать, что клиническая форма определяет локализацию возбудителя в ноге и, следовательно, лечебные мероприятия, адекватные этой локализации, т.е. системную или местную терапии. Кроме того, она отражает направление инвазии и, следовательно, течение заболевания и его ожидаемый исход, что также влияет на решение о целесообразности того или иного вида терапии [2, 5, 12].

Среди 127 больных онихомикозами были диагностированы следующие формы заболевания: у 6 (4,7%) – поверхностная, у 88 (69,4%) – дистальная, у 33 (25,9%) – проксимальная формы онихомикозов.

Усредненные данные индекса КИОТОС у больных с дистальной формой онихомикоза составили:  $13,5 \pm 1,6$  баллов, с проксимальной –  $17,5 \pm 1,1$  баллов.

Таким образом, среди больных онихомикозами наблюдается значительное учащение случаев дистальной формы (69,4%), в то время как поверхностная форма встречалась у 4,7% пациентов. Необходимо отметить, что поверхностные формы онихомикозов подвергались аппаратной чистке, что приводило к полному разрешению клинической симптоматики и микологическому излечению [15].

Данный факт указывает, что основная группа больных онихомикозами (92,1%) требует применения системной антимикотической терапии, тем более, что отдельным больным, у которых индекс КИОТОС составлял более 16 баллов, необходимо было проводить комбинированное лечение.

При лечении больных онихомикозами наш выбор остановился на препарате «Орунгал» по следующим соображениям: широкий спектр воздействия на известные дерматофитные и недерматофитные грибы, учитывая трудности проведения культуральных методов диагностики, препарат обладает высокой липофильностью и кератофильностью, причем терапевтическая концентрация поддерживается еще в

течение 6-9 месяцев после отмены препарата. Препарат назначали после тщательного выяснения сопутствующих заболеваний, при необходимости проводилась биохимическое обследование и консультации смежных специалистов.

Пульс-терапия орунгалом проводилась обычным методом, когда больные получали по 200мг. препарата 2 раза в день (обязательно после еды) в течение 7 дней с последующим 3-х недельным перерывом. Во время перерыва пульс-терапии орунгалом отдельным больным проводилась терапия вазопротекторами (Флебодия-600), иммуномодулирующими препаратами (Лакто-Флор) и комплексными препаратами типа «Ревалид».

Контрольный осмотр впервые годы применения препарата проводился после каждого цикла, в последующем через 1,5-2 месяца, затем через 3 месяца от начала лечения, после отрастания ногтей или раньше, если в этом есть необходимость, через 9 месяцев и 1 год. Критерием излечения считали отрастание здоровых ногтей и отрицательные анализы на грибы при микроскопическом исследовании. Отдаленные результаты от 2 до 5 лет после окончания лечения прослежены у 102 из 127 (80,3%) больных онихомикозами.

Рост здоровых ногтевых пластин с проксимальной ее части начинался через 5-6 недель на пальцах кистей и через 6-8 недель – на пальцах стоп. Излечение на кистях наблюдали через 2-3 месяца (2-3 пульса-терапии орунгалом), на стопах – через 3-6 месяцев (3-4 пульса-терапии орунгалом) у лиц молодого и среднего возраста и через 6-10 месяцев – у лиц старше 50 лет, в отдельных случаях по истечению 1 года при медленном отрастании ногтей. При контрольном осмотре через 9 месяцев выздоровление было констатировано у 87,5% больных онихомикозами, через 1 год – у 93,6% больных.

До тех пор, пока в практике дерматологов не появились современные системные антимикотики, рецидивы после лечения онихомикозов были довольно распространенной проблемой. Внедрение новых средств позволило повысить эффективность лечения и за счет этого снизить рецидивы заболевания. Данные по отдаленным результатам эффективности и частоте рецидивов начали накапливаться только спустя несколько лет после того, как были проведены исследования по изучению эффективности орунгала при лечении больных онихомикозами. Частота рецидивов у больных, получавших орун-

гал, составила 4,9%, в то время как средне-статистическая частота составляет около 10% [5, 11, 12].

Таким образом, проблема больных онихомикозами решаема с использованием препарата «Орунгал», хотя в отдельных случаях требуется дополнительное назначение вазопротекторов (Флебодиа-600), иммуномодуляторов, комбинированных препаратов типа «Ревалида», а также аппаратная чистка ногтевых пластин.

Комплексный подход позволяет у подавляющего количества больных получать клиническое и микологическое выздоровление.

Динамика частоты рецидивов, убывающей с каждым годом, может свидетельствовать о все

еще недостаточно полном по объему лечении, в ряде случаев неадекватной клинической характеристике микоза. Отсутствие рецидивов или уменьшения их при отдаленных формах наблюдения не ставит вопрос о реинфекции на первый план. По результатам собственных исследований представляется очевидным, что возобновление симптомов онихомикоза происходит вскоре после окончания лечения и мы имеем дело с явным рецидивом – следствием неполноценной терапии. Следовательно, участвовавшие в последнее время дискуссии о якобы неясной границе между рецидивом и реинфекцией после лечения онихомикоза во многом утрачивают актуальность.

## Литература

1. Абидова З.М. Микозы стоп в аридном регионе: эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Ташкент, 2007, 37 с.
2. Аксенов О.В., Лесницкий А.И., Лесницкий А.А. Пульс-терапия орунгалом больных онихомикозами стоп. Украинский журнал дерматологии, венерологии и косметологии. Киев, 2001, № 2-3, с. 68-69
3. Асташина С.М. Комбинированная терапия онихомикозов. Проблемы медицинской микологии. 2007, 9, № 2, 40 с.
4. Богуш Л.Г., Вашбин Л.Б., Лещенко В.М. Орунгал в терапии грибковых заболеваний. Росс. журн. кож. вен. болезней. Москва, 2000, №3, с. 40-42
5. Гладько В.В., Тарасенко Г.Н.. Фармакоэкономический подход к терапии онихомикозов. Военно-медицинский журнал, 2002, №6, с. 54-55
6. Зоиров П.Т. Болезни кожи. Душанбе, 2002, с. 671-681
7. Ибрагимов Ш.И., Арифов С.С., Абидова З.М. Принципы лечения онихомикозов. Информационное письмо. Ташкент, 2005.
8. Коваленко А.А.. Новые подходы к комбинированной терапии онихомикозов. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2006, №4, с. 64-65
9. Кунгуров Н.В. Правовые аспекты лечения больных онихомикозом. Вест. дерматол. Москва, 2004, № 6, 32 с.
10. Маликов В.Е. Информативность методов лабораторной диагностики онихомикозов. Успехи мед. микологии. Москва, 2005, т. VI. с. 28-29
11. Потекаев Н.Н., Кондрашов Г.В. Системная терапия онихомикоза: критерии ее эффективности. Украинский журнал дерматологии, венерологии и косметологии. Киев, 2006, № 1, с. 61-63
12. Рахматов А.Б., Султанходжаева Г.А. Современные аспекты онихомикоза. Украинский журнал дерматологии, венерологии и косметологии. Киев, 2003, № 1, с. 33-36
13. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Онихомикозы и современная дерматология: медико-социальные аспекты. Успехи мед. микологии. 2007, том 10, 17 с.
14. Щеклаков Н.Д., Милич М.В. Болезни ногтей. М.: Медицина. 1975, 216 с., илл.
15. Baran R., Hay R., Haneke E. Onychomycosis – The current approach to diagnosis and therapy. – London: Martin Dunitz. – 1999.
16. Zaias N. Clinical manifestations of onychomycosis. Clin. Exp. Dermatol. – 1992. – vol.17. – Suppl.1. – p. 6-7

Статья поступила 16.12.2008 г.