

## Методические особенности локального применения антимикотических средств в виде растворов при лечении онихомикозов

Онихомикоз представляет собой грибковую инфекцию ногтевой пластинки и/или ногтевого ложа и является наиболее распространенным заболеванием ногтей (до 40%). На долю этого микоза приходится основные трудовые потери среди инфекционных поражений кожи. По данным ВОЗ, онихомикозом страдает каждый пятый житель нашей планеты.

Онихомикоз чаще регистрируют в странах с умеренным климатом, где люди пользуются обувью, зачастую тесной, приводящей к повторным микротравмам, что благоприятствует инфицированию грибами. Поэтому небезосновательно мнение, что в течение жизни грибковые инфекции ногтей и стоп возникают почти у каждого человека, носящего обувь.

Онихомикоз может быть изолированным или сопровождаться микозом стоп (кистей), а также других частей тела. Число больных онихомикозом не уменьшается, а увеличивается с возрастом пациентов, что связывают со снижением иммунитета, возникающим под воздействием ухудшающейся экологии и гигиены окружающей среды, широким применением в лечении висцеральной патологии антибиотиков, иммуносупрессантов, отрицательно влияющих на естественную резистентность макроорганизма к микотической инфекции. Кроме того, некоторые категории населения входят в группу так называемого стратегического риска инфицирования грибами (работники бань, саун и душевых, шахтеры, металлурги, спортсмены, военнослужащие, пациенты с гипергидрозом стоп, родственники пациентов, страдающих онихомикозом или микозом стоп). Чаще всего болеют онихомикозом лица старшего возраста, мужчины заболевают в 2–3 раза чаще женщин, дети — весьма редко. По данным А. Ю. Сергеева (2005), онихомикозы в структуре дерматологической патологии составляют 24%, другие микозы — 7%, опухоли — 16%, другие болезни кожи — 53%.

Возбудителями онихомикоза являются дерматомицеты, дрожжеподобные организмы и плесневые грибы. Основные возбудители на стопах — дерматомицеты (около 90%), на кистях — дрожжеподобные организмы рода *Candida* (50–60%), на долю плесневых грибов приходится не более 5%. Однако чаще всего среди дерматомицетов выделяется *Trichophyton*

*rubrum*, дрожжи *Candida albicans*, плесневые грибки *Scopulariopsis brevicaulis*.

Основную массу пациентов, обращающихся за помощью по поводу онихомикоза, составляют лица старше 60 лет, обычно имеющие сопутствующую патологию органов кровообращения, пищеварения, иммунной, нервной и эндокринной систем, опорно-двигательного аппарата стопы, обменные нарушения, затрудняющие назначение адекватной антимикотической терапии.

Считают, что ногтевая пластинка у здорового человека практически неуязвима для микотической инфекции. Внедрению грибка обычно предшествует травма ногтя, нарушение естественной резистентности организма, связанной с иммунодефицитами и дисфункцией систем жизнеобеспечения, приводящих к нейротрофическим изменениям ногтевого ложа. Возбудитель обычно проникает в ноготь, ногтевое ложе и матрикс из очага инфекции на коже из-под дистального, бокового, реже проксимального валика. За счет тканевой реакции эпидермиса развиваются подногтевой гиперкератоз, утолщение ногтя, явления онихолизиса, разрушение ногтевой пластинки, проксимальное распространение микотического процесса вплоть до матрикса. Это происходит тем скорее, чем медленнее растет ноготь.

Эффективная санация больного онихомикозом — очень сложная проблема медицинской микологии. Наиболее целесообразным подходом к лечению больных является этиотропная и патогенетически обоснованная терапия с учетом степени тяжести онихомикоза в зависимости от клинической формы, выраженности подногтевого гиперкератоза, степени вовлечения в процесс ногтя, скорости его роста, возраста, пола и сопутствующей висцеральной патологии у больного. Терапия онихомикоза может быть местной, системной и комбинированной, параллельной или последовательной.

В настоящее время эффективная санация больных онихомикозом с тяжелыми расстройствами обмена веществ, патологией печени, почек, старшей возрастной категории успешно достигается с помощью аппаратного педикюра — щадящего удаления пораженных частей ногтевых пластин и одновременного применения

местных антимикотических средств в виде растворов. Местная монотерапия противогрибковым препаратом недостаточна, так как он не достигает в полной мере ногтевого матрикса, ногтевого ложа, поэтому для лучшего проведения антимикотика в субстанцию ногтя целесообразно ввести в него раствор Димексида в соотношении 1:1, который выполняет роль проводника.

Аппаратную обработку ногтевых пластин следует проводить не реже одного раза в месяц до полного отрастания здоровых ногтевых пластин. Использование в местной терапии раствора Димексида дает дополнительный кератолитический эффект, что при после-

дующей обработке предоставляет возможность более тщательного удаления пораженной части ногтя. Одновременно назначают сосудистые препараты и высокие дозы витаминов *A* и *E*, физиопроцедуры.

Продолжительность курса лечения составляет 20 нед. Некоторым больным, которые имеют сниженную скорость роста ногтей, может потребоваться более длительное лечение. Метод аппаратного педикюра, вошедший сейчас в медицинскую практику, имеет немаловажное значение в успехе санации онихомикозов и стал доступным каждому практикующему клиницисту-микологу.

---

## Литература

1. *Сергеев А. Ю.* Грибковые заболевания ногтей. М.: Медицина для всех. Нац. академия микологии, 2005. С. 158.
2. *Сергеев Ю. В., Шпигель Б. И., Сергеев А. Ю.* Фармакотерапия микозов. М.: Медицина для всех, 2003. С. 440.
3. *Сергеев А. Ю., Сергеев Ю. В.* Грибковые инфекции.: Рук. для врачей. М.: Бино, 2003. С. 440.