

Современные аспекты профилактики и лечения микотических поражений ногтей и кожи



Ж.В. Королева

Под онихомикозом понимают поражение ногтевых пластинок, вызванное патогенными или условно-патогенными грибами. Количество больных онихомикозом в мире повышается с каждым годом, что связано как с улучшением диагностики заболевания, так и с увеличением числа факторов, провоцирующих его развитие.

Одним из факторов, предрасполагающих к возникновению онихомикоза, считается возраст. В зрелом и пожилом возрасте увеличивается частота сопутствующих хронических заболеваний (остеоартропатии стоп, атеросклероза, сахарного диабета), что приводит к нарушению периферического кровообращения, в том числе трофики ногтевого ложа. К тому же с возрастом скорость роста ногтевой пластинки замедляется.

Другим фактором риска онихомикоза является травматизация ногтевых пластинок. В норме ногтевая пластинка, содержащая кератин, представляет собой прочный барьер, предотвращающий проникновение грибов и микроорганизмов. Воздействие повышенной температуры и влажности, механическая травматизация ногтей, возникающие при длительном ношении закрытой и тесной обуви, обуславливают учащение случаев онихомикоза у жителей стран с холодным климатом, а также у представителей ряда профессий (шахтеров, металлургов, военнослужащих).

Важную роль в развитии патологического процесса в ногтевой пластинке играет неадекватный иммунный ответ на внедрение патогенных грибов. В основе этого лежат различные нейрогуморальные нарушения, угнетение реакций местного иммунитета, снижение защитных сил организма.

В 1999 г. Украина присоединилась к исследованию «Ахиллес» — международному проекту, посвященному изучению распространенности заболеваний стопы, проведенному с 1997 г. в 20 странах Европы. В исследовании с участием 92 492 человек было показано, что 28 283 (30,57%) из них страдали различными грибковыми заболеваниями, в т. ч. 14 586 (52%) лиц — онихомикозами (ногтей ног и рук — 47 и 5% соответственно); другие грибковые заболевания были диагностированы у 48% участников. По данным эпидемиологических испытаний в рамках проекта «Ахиллес», среди достоверно предрасполагающих к онихомикозу факторов у взрослых на первом месте стоят заболевания сосудов (21%), на втором — ожирение (16%) и на третьем — патология стопы (15%).

Наиболее частой причиной обращения больных к врачу является неудовлетворенность внешним видом ногтевых пластинок (то есть эстетическая составляющая), а также снижение качества жизни (невозможность посещать бассейн, фитнес-центр и т. д.). Однако онихомикоз является не только косметической проблемой, прежде всего он представляет серьезную угрозу здоровью. Грибы, вызывающие онихомикоз, в процессе жизнедеятельности выделяют токсические продукты, обуславливающие сенсибилизацию организма хозяина. Кроме того, не леченный на протяжении длительного времени онихомикоз может привести к появлению резистентной бактериальной флоры вследствие выработки грибами антибиотикоподобных веществ.

Онихомикоз могут вызывать около 50 видов патогенных и условно-патогенных грибов, среди которых доминирующее положение занимают дерматофиты — на их долю приходится около 85-90% всех случаев поражения ногтей.

Среди дерматофитов наиболее частой причиной онихомикоза является *T. rubrum*, второй по частоте — *T. mentagrophytes*. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* достаточно часто вызывают онихомикоз кистей (чаще у женщин, активно занимающихся домашним хозяйством). Реже встречается поражение ногтевых пластинок грибами рода *Microsporum*. Плесневые грибы (*Scopulariopsis brevicaulis*, *Hendersonula toruloidea*, *Scytalidium* spp., *Aspergillus* spp., *Fusarium* spp., *Cephalosporium* spp., *Alternaria* spp., *Penicillium* spp.) обладают более слабой кератиназной и протеиназной активностью по сравнению с дерматомицетами, что определяет их второстепенное значение в этиологии онихомикозов. Плесневые грибы чаще всего обнаруживают у пожилых пациентов и лиц с иммунодефицитными состояниями.

Считается, что вовлечение в процесс ногтей имеет вторичную природу: вначале патогенные грибы поражают межпальцевые складки или стопу, а затем — ногти. Заражение микозом стоп и кистей может происходить при непосредственном контакте с больным в семье либо в коллективе или осуществляться через обувь, одежду, предметы обихода (коврики в ванной, мочалки, маникюрные принадлежности и др.). Чаще грибковому заболеванию подвержены лица, постоянно посещающие бассейн, баню.

Существует несколько классификаций онихомикозов. По локализации различают такие формы:

- дистальный — поражение ногтя у свободного края;
- латеральный — поражение боковых сторон;
- проксимальный — поражение заднего валика;
- тотальный — поражение всего ногтя.

Отдельно выделяют белый поверхностный онихомикоз, характеризующийся опалово-белыми пятнами, которые появляются обычно у заднего валика ногтя и впоследствии распространяются на весь ноготь.

По степени выраженности подногтевого гиперкератоза различают:

- нормотрофический тип — поражение ногтей без их утолщения и подногтевого гиперкератоза, характеризуется ломкостью ногтевых пластинок и появлением в их толще полос желтовато-серого цвета;
- гипертрофический тип — возникает при отсутствии лечения или неэффективной терапии грибкового поражения ногтей. Вначале развивается подногтевой гиперкератоз, утолщение ногтевой пластинки появляется позже и сохраняется длительно после завершения лечения;
- атрофический тип — характеризуется истончением, нарушением роста и последующим отделением ногтя от ногтевого ложа.

При онихомикозе, обусловленном *T. rubrum*, обычно развивается дистально-латеральная подногтевая форма с выраженным подногтевым гиперкератозом; в патологический процесс вовлекаются сразу несколько пальцев, поражаются ногти чаще на стопах или же на обеих стопах и на одной руке. Чаще всего заражение происходит в домашних условиях (от членов семьи).

При онихомикозе, ассоциированном с *T. mentagrophytes*, поражение ногтей обычно протекает по типу белого поверхностного онихомикоза; вовлечен ноготь I, реже V пальца стопы, ногти на руках не изменены; сочетается с интертригинозной формой дерматофитии стоп. Заражение чаще происходит в душевых, бассейнах, спортзалах.

Онихомикоз, вызванный *S. albicans*, обычно представлен проксимальной подногтевой формой. Паронихия может быть утрачена, течение процесса волнообразное, поражены ногти на руках (обычно на правой), чаще наблюдается у женщин.

Диагноз онихомикоза устанавливается на основании клинических проявлений, обнаружения возбудителя при микроскопическом исследовании патологического материала и выделения культуры гриба на питательных средах.

Лечение онихомикозов может быть системным, местным или комбинированным. Системная терапия онихомикозов показана при тотальном поражении ногтя, проксимальных формах микоза, вовлечении в процесс более чем 50% ногтевой пластинки, поражении нескольких ногтей, матрикса ногтя, длительном течении заболевания. В настоящее время используются 5 основных противогрибковых препаратов для перорального применения (гризефульвин, кетоконазол, тербинафин, итраконазол, флуконазол). Наиболее эффективными при системной терапии онихомикозов считаются итраконазол и тербинафин.

Местное лечение онихомикозов имеет ряд преимуществ: так, антимикотик наносится непосредственно на пораженные ногтевые пластинки, быстро всасывается, накапливается в количествах, значительно превышающих минимальную ингибирующую концентрацию, длительно сохраняется в очаге поражения, вызывает минимум системных побочных эффектов. Критериями для назначения топической терапии являются ограниченное поражение ногтей (не более 1-3 ногтевых пластинок) и не более 1/2 площади ногтя с дистального края. Также исключительно местную терапию проводят при наличии противопоказаний к системным антимикотикам (беременность и лактация, почечная и печеночная недостаточность, индивидуальная непереносимость, токсические эффекты при длительной терапии).

Экзодерил — противогрибковый лекарственный препарат для местного применения. Активным компонентом препарата является нафтифин — синтетический антимикотик группы алиламинов. Препарат оказывает фунгицидное, фунгистатическое и антибактериальное действие. Механизм влияния нафтифина основан на его способности ингибировать активность эргостерола в клетке гриба путем влияния на скваленоксидазу, при этом он не воздействует на P450.

Экзодерил имеет ряд преимуществ перед другими противогрибковыми препаратами. Нафтифин, входящий в его состав, обладает высокой избирательностью действия по отношению к грибам, поскольку фермент скваленоксидаза, который он ингибирует, у грибов в 10 тыс. раз более чувствителен, чем аналогичный фермент у человека. Препарат вызывает недостаток эргостерола и способствует накоплению сквалена в клетке гриба, что приводит к гибели патогена. Нафтифин оказывает фунгицидное действие в отношении дерматофитов (*Epidermophyton*, *Trichophyton*, *Microsporum*), плесневых грибов *Aspergillus* и *Sporothrix schenckii*, в то время как в отношении дрожжевых грибов проявляет фунгицидную или фунгистатическую активность (в зависимости от штамма). Кроме того, препарат эффективен против некоторых грамположительных и грамотрицательных бактерий и *Malassezia furfur* (возбудителя отрубевидного лишая).

Экзодерил следует наносить на пораженную поверхность кожи и соседние участки 1 р/сут после тщательного ее очищения и высушивания, захватывая приблизительно 1 см здоровой кожи по краям зоны поражения.

При местном применении активное вещество Экзодерила хорошо проникает в различные слои кожи, создавая высокие концентрации. В системный кровоток попадает не более 6% нафтифина. Также препарат проявляет не только фунгицидную и противовоспалительную, но и антибактериальную активность, уменьшает зуд, обладает другими положительными свойствами: быстро всасывается и высыхает, не имеет запаха, не оставляет следов на одежде.

Нами накоплен опыт комбинированного лечения онихомикозов на протяжении последних 3 лет. Местно применялся Экзодерил раствор 2 р/сут непосредственно на пораженные ногтевые пластинки после их соответствующей подготовки и Экзодерил в виде 1% крема на кожу вокруг пораженного ногтя и на межпальцевые промежутки для предотвращения распространения патологического процесса и купирования воспалительных проявлений. Одновременно назначался системный антимикотик — тербинафин по 250 мг 1 р/сут на протяжении 2 мес при онихомикозе кистей или 3 мес при онихомикозе стоп.

В качестве альтернативы возможно применение итраконазола в виде пульс-терапии: по 2 капсулы по 100 мг 2 р/сут в течение 7 дней с последующим 3-недельным перерывом; необходимо 2 и 3 пульса терапии при поражении кистей и стоп соответственно. Комбинированная терапия позволяет оптимизировать сроки лечения, избегая длительной (6 мес) монотерапии системными антимикотиками.

Для закрепления лечебного эффекта и в качестве профилактики грибковых поражений ногтей можно использовать карандаш-маркер Эксилор (содержит этиллактат, воду (7%), уксусную кислоту, усилитель проницаемости, пленкообразующее вещество и консерванты). Он способствует формированию кислой среды на поверхности пораженной ногтевой пластинки, создавая условия, неблагоприятные для роста и размножения грибов. Противогрибковая эффективность и хорошая переносимость Эксилора доказаны в ходе клинических исследований. В целях профилактики развития онихомикозов средство следует использовать однократно после каждого посещения мест общего пользования (бассейна, спортивного зала, пляжа, сауны, гостиницы, маникюрного салона и др.). В тех случаях, когда Эксилор применяется в составе комплексной терапии грибковых поражений кожи для предупреждения распространения инфекции на ногтевую пластинку, частоту его нанесения рекомендуется увеличить до 2 р/сут.

Препарат для местного лечения микозов Экзодерил обладает достаточной противогрибковой активностью, а также противовоспалительным и антибактериальным действием, что немаловажно с учетом часто встречающихся поражений смешанной этиологии. При нанесении на пораженные ногтевые пластинки обеспечивается достаточно высокая концентрация противогрибкового вещества.

Экзодерил удобен в применении (обеспечивает достаточный эффект при нанесении 1-2 р/сут); доступен по цене, позволяет достичь быстрого купирования симптомов заболевания и значительно улучшить качество жизни пациентов.

Список литературы находится в редакции.

КМ 4-12-ЭКЗ-ОТС-0415