

БЕЖАН ЯКОБАДЗЕ, НАТАЛЬЯ ШАВДИЯ, ТАМАР ЯКОБАДЗЕ, ВАСИЛИЙ ИОБИДЗЕ
СОВРЕМЕННЫЕ МЕСТНОГО И ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ
ОНИХОМИКОЗОВ И РУБРОМИКОЗОВ

Батумский Государственный Университет им. Шота Руставели г. Батуми. Грузия;
 Медицинский центр "SANITAS" г. Батуми, Грузия

Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2025.05.17>

BEJAN IAKOBADZE, NATALIA SHAVDIA, TAMAR IAKOBADZE, VASIL IOBIDZE
MODERN METHODS OF TOPICAL AND SYSTEMIC TREATMENT OF
ONYCHOMYCOSES AND RUBROMYCOSES

Batum State University of Sh. Rustaveli, Georgia; Medical center "SANITAS", Batumi, Georgia

SUMMARY

The article presents a clinical analysis of the course of the disease and the effectiveness of the combined use of the systemic drug Itraconazole and the local drug Onychosan on 155 patients with onychomycosis aged 30 to 50 years. The effectiveness of this treatment method was 92.7%, it was well tolerated (98.5%) and had minimal side effects.

Keywords: Onychosan, Itraconazole, Onychomycosis, Rubromyces

Онихомикоз – очень распространенное заболевание. По обращаемости врачу, по европейским данным, заболеваемость достигает 3-5%. Онихомикозы могут встречаться у 10-20% населения [2]. Как правило заболеваемость среди различных групп населения не одинаково и зависит от местности проживания, возраста, профессии, пола и некоторых других факторов. Основные возбудители Онихомикоза – антропофильные грибы – дерматофиты *T.rubrum* и *T.mentagrophytes* var. *interdigitale*. Онихомикоз на руках, вызываемый *Candida albicans*, в 3 раза чаще встречается у женщин, в частности у поваров, кондитеров, прачек, рабочих консервных фабрик, которым приходится долго держать руки в воде и работать с сахарами.

В настоящее время лечение онихомикозов представляет собой одну из значимых проблем современной дерматологии. Существует множество системных и топических антимикотиков. Ввиду широкого распространения, а также развивающейся устойчивости возбудителей к антимикотикам, порождается важность выбора оптимального лечения. Наличие тотального и проксимального онихомикозов дает возможность врачу назначить системный антимикотик. Системная терапия обеспечивает проникновение препарата в ногти через кровь. Хотя она не позволяет сразу создавать в ногте такие высокие концентрации, как при местном нанесении, поступление препарата в ногтевое ложе и в матрикс при системной терапии гарантировано. Системные препараты имеют кумулятивное действие и накапливаются в матриксе ногтя в количествах, намного превосходящим минимальные подавляющие концентрации (МПК) и способны сохраняться там после окончания лечения [7,8].

В качестве системного антимикотика актуально назначение Итраконазола, который хорошо всасывается ЖКТ, метаболизируется в печени и около 80% выводится с мочой. Итраконазол проникает в ногтевую пластину преимущественно через матрикс, также через ногтевое ложе. На дистальных краях ногтей итраконазол появляется в среднем на 8 неделе от начала лечения. После отмены лечения итраконазол в эффективных концентрациях задерживается в ногтях на 8-6 недель. В качестве местной терапии оправдано использование разрушающей мази Онихосан, содержащий около 50% карбамида.

Цель работы. Изучить клиническую эффективность предложенного комбинированного метода терапии Онихомикоза, резистентного к предыдущему лечению, с использованием местного антимикотика Итраконазола и местной терапии кератолитической мази Онихосан.

Методика исследования. Объектом исследования стали 115 пациентов в возрасте от 30 до 50 лет, с диагнозом онихомикоз и микоз гладкой кожи стоп, подтвержденный лабораторно. Из них мужчин было 57 (49,5%) и 58 (50,5%) женщин. Пациенты подбирались по критерию неэффективности раннее проводимого лечения онихомикоза. Из них самолечением занимались 32 (27,8%) пациента. Данность заболевания составляла от 1 года до 4 лет у 25 (21,7%), от 4 до 10 лет у 38 (33%) и более 10 лет у 52 (45,3%) больных [5]. Всем пациентам до назначения лечения проводилось лабораторное исследование (микроскопия, полимеразная реакция, посев), определяли видовую принадлежность грибов. В процессе исследования пациентам проводился двукратно биохимический анализ крови и микроскопическое исследование через 3, 4, 5 и 6 месяцев от начала лечения. Выявлены сопутствующие патологии в виде гастрита – у 4 (3%), варикозного расширения вен – у 6 (4,5%), атопического дерматита – у 2 (1,5%), пищевой аллергии и непереносимости антибактериальных препаратов – 6 (4,3%) обследованных. У 98 (85,2%) пациентов был выявлен *T. rubrum*, вызывающий наиболее распространённую дистальную форму онихомикоза. *T. mentagrophytes* var. *interdigitale*, как моноинфекция обнаруживался у 7 (6,2%) пациентов. Сочетание *T. rubrum* и *T. mentagrophytes* var. *Interdigitale* было выявлено у 8 (6,9%) больных. У 2 (1,7%) пациентов сочетание *T. rubrum* и дрожжеподобных грибков *Candida* spp. Полученные результаты свидетельствуют о полиэтиологичности онихомикозов, что в свою очередь необходимо учитывать при выборе метода лечения. Для оценки клинического проявления процесса мы использовали классификацию онихомикозов, предложенную N. Zaias, включающую дистально-латеральную под ногтевую, поверхностную белую, проксимальную под ногтевую и тотальную дистрофическую формы [2,6]. При наиболее часто встречаемой дистально-латеральной под ногтевой формы характерным проявлением является онихолизис, пластиинка теряет прозрачность, край ногтя крошится, неровный, истончается и развивается под ногтевой гиперкератоз.

Среди исследуемых пациентов у всех больных в патологический процесс был вовлечен ноготь I пальца с приблизительно одинаковой частотой на обеих стопах. Для выбора лечения онихомикоза необходимо учитывать несколько факторов (клиническая форма заболевания, скорость роста ногтевой пластины, площадь поражения, выраженность под ногтевого гиперкератоза) [1,3].

Лечение проводилось следующим образом: пациенты получали Итраконазол в дозе 100 мг два раза в день в течении 15 дней с 15-дневным перерывом, с двухмесячным курсом при поражении ногтевых пластин рук и при поражении стоп – трехмесячным курсом. Мазь Онихосан местно под пластырь накладывали на пораженные ногтевые пластины на срок 5 дней для размягчения и разрушения выраженного гиперкератоза ногтевого ложа. После каждого снятия пластиря пораженные части ногтя удаляли маникюрными кусачками, после чего применялось наружная форма препарата Микосан в виде спиртового раствора, содержащего салициловую кислоту, резорцин, чистый йод, калия иодата. В течении полного курса лечения пациенты параллельно принимали гепатопротектор, витамины группы В, протеолитический фермент, повышающий эффективность системного антимикотика, улучшающий тканевую проницаемость.

Обработка результатов проводилась с помощью программы обработки электронных таблиц Microsoft Excel с использованием общепринятых статистических методов вычисления. Оценка

достоверности результатов исследования и наличие связи между признаками определялись по критерию соответствия К. Пирсона (χ^2).

Результаты и обсуждения. Нами были проанализированные эпидемиологические факторы риска заболевания. Треть пациентов с онихомикозами указывали на наличие другого больного в семье ($\chi^2 = 6,249$, $p<0.01$). Другая часть пациентов инфицировались в местах общественного пользования (гостиницы, бассейны, салоны и т.д.) Вероятность соответствия полученных данных сделанному предположению составило $p<0.05$ при $\chi^2 = 3,860$ [3].

Ногтевые пластины V пальцев были изменены у 82 (71,3%) пациентов, поражение ногтей других пальцев в 33 (28,6%) случаев. Поражения ногтевых пластин кистей было у 8 (6,9%) пациентов с длительностью заболевания более 10 лет. Дистальную форму онихомикоза наблюдали у 102 (88,7%) случаях, из них у 25 (24,5%) пациентов процесс охватывал 1/3 длины ногтя; у 77 (75,5%) – более 2/3 ногтя или тотальный. Умеренный гиперкератоз у 33 (28,7%) больных и выраженный – у 80 (69,6%) расценивался как тяжелое течение онихомикоза согласно индексу КИОТОС, среднее значение которого составляло от 13 до 16. У 67 (58,2%) больных встречалось поражение кожи стоп в виде сквамозно-гиперкератотического характера. Все пациенты завершили курс предложенной нами комбинированной терапии (системного антимикотика и наружного кератолитического средства). После 12-недельной терапии отрицательные результаты контрольной микроскопии были получены у 88 (76,5%) больных. По данным микроскопии, проводимой на 18 неделе от начала лечения, отсутствие возбудителя показало у 112 (97,3%) больных. Всем пациентам с отрицательными результатами микроскопии было рекомендовано продолжение наружной терапии противогрибковым средством в течении 6 месяцев и обработка обуви антисептиками и противогрибковыми спреями. Через 3 месяца после окончания лечения (6-8 месяцев от начала лечения) на контрольный осмотр явились 110 (95,6%) пациентов. Полное восстановление внешнего вида ногтей произошла у 102 (92,7%) пациентов. Незначительные проявления дистального гиперкератоза сохранялись у 8 (7,3%) больных, которым было рекомендовано продолжение местной терапии до полного регресса клинических проявлений. Анализ данных биохимических показателей (АЛТ, АСТ, холестерина, щелочной фосфатазы, билирубина, креатинина крови) после окончания лечения не выявил значимых изменений по сравнению с данными, полученными до начала лечения. Как правило это связано с возрастом обследуемых (от 30 до 50 лет) и неотягощенным анамнезом.

Заключение:

1. Комбинированное применение Итраконазола и Онихосана (системного и местного средства) для лечения онихоникозов показало высокую эффективность (92,7%).
2. Лечение онихоникозов комплексным подходом Итраконазолом и Онихосаном значительно сократил сроки лечения пациентов.
3. Предложенный нами метод параллельного применения Итраконазола и Онихосана отличался хорошей переносимостью (98,5%) и незначительными побочными эффектами. Данная методика лечения может быть рекомендована в амбулаторной практике для лечения пациентов с онихоникозами дерматофитной этиологии, которым ранее проводилось безрезультатно противогрибковая терапия, а также пациентам с длительным течением болезни при наличии тотальной и проксимальной формы онихомикоза.

Литература:

1. Потекаев Н.Н., Пархоменко Ю. Г. и др. II Всем. Дерматол. Венерол. – 2000 N6 С. 4-6.

2. Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю. Онихоминиды, грибковые инфекции ногтей М. Медицина 1998. С. 33-34, 47.
3. Сергеев А.Ю. грибковые заболевания ногтей – М: медицина для всех – национальная академия микологии, 2001 – с. 160.
4. Сергеев А.Ю, Сергеев Ю.В II Consilium medicum – 2003.- vol 5(3) – с. 128 – 136.
5. Сергеев Ю.В, Шнигель Б.И., Сергеев А.Ю. Фармалиотерапия микозов – М. Медицина для всех, 2003 с. 200.
6. Zaias N II Archiv of Dermatology – 1972. N105(2)-p 263-274.
7. Gupta A.K. et al. Onychomycosis in the 21st century: An update on diagnosis? Epidemiology and Treatment. J. Cutan. Med. Surg 2017; 525-539. <https://doi.org/10.1177/1203475417716362>.
8. Ghannoum M., Salem 1., Christensen L., Epidemiology of onychomycosis. In: Rigopoulos D, Elewski B, Richert B, editors. Onychomycosis. John Wiley & Sons; Hoboken, NJ, USA. 2018.

ბეჯან იაკობაძე, ნატალია შავდია, თამარ იაკობაძე, ვასილ იობიძე
ონიქომიკოზებისა და რუბრომიკოზების ადგილობრივი და სისტემური მკურნალობის
თანამედროვე მეთოდები
ბათუმის შ.რუსთაველის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, საქართველო;
სამედიცინო ცენტრი „სანიტასი“, ბათუმი, საქართველო

რეზიუმე

სტატიაში წარმოდგენილია დაავადების მიმდინარეობის კლინიკური ანალიზი და სისტემური პრეპარატის იტრაკონაზოლისა და ადგილობრივი პრეპარატის ონიქომიკოზის კომბინირებული გამოყენების ეფექტურობა 30-დან 50 წლამდე ასაკის ონიქომიკოზის მქონე 155 პაციენტზე. მკურნალობის ამ მეთოდის ეფექტურობა იყო 92.7%, კარგად აიტანებოდა (98.5%) და ჰერნია მინიმალური გვერდითი მოვლენები.

БЕЖАН ЯКОБАДЗЕ, НАТАЛЬЯ ШАВДИЯ, ТАМАР ЯКОБАДЗЕ, ВАСИЛИЙ ИОБИДЗЕ
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МЕСТНОГО И ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ
ОНИХОМИКОЗОВ И РУБРОМИКОЗОВ

Батумский Государственный Университет им. Шота Руставели г. Батуми. Грузия;
Медицинский центр "SANITAS" г. Батуми, Грузия

РЕЗЮМЕ

Представлен клинический анализ течения заболевания и эффективность сочетаемого применения системного препарата Итраконазола и местного средства Онихосана у 155 больных Онихомикозами в возрастной группе от 30 до 50 лет. Эффективность данного метода лечения составила 92,7%, отличалось хорошей переносимостью (98,5%) и минимальностью побочных эффектов.

