

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ КИСТЕЙ, СТОП
И ТУЛОВИЩА**

Москва - 2015

Персональный состав рабочей группы по подготовке федеральных клинических рекомендаций по профилю "Дерматовенерология", раздел «Микозы кистей, стоп и туловища»:

1. Новоселов Виктор Серафимович – доцент кафедры кожных и венерических болезней им.Рахманова ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, кандидат медицинских наук, г. Москва
2. Дубенский Валерий Викторович – заведующий кафедрой дерматовенерологии ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, г. Тверь

МЕТОДОЛОГИЯ

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

| Уровни доказательств | Описание |
|----------------------|--|
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнение экспертов |

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

Консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

| Сила | Описание |
|-------------|--|
| A | По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| B | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+ |
| C | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+ |

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии рецензированы независимыми экспертами.

Комментарии, полученные от экспертов, систематизированы и обсуждены членами рабочей группы. Вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не были внесены, то зарегистрированы причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для обсуждения на сайте ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России для того, чтобы лица, не участвующие в разработке рекомендаций, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно проанализированы членами рабочей группы.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A–D) приводится при изложении текста рекомендаций

МИКОЗЫ КИСТЕЙ, СТОП И ТУЛОВИЩА

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10
В35, В37.2

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Микозы кистей, стоп и туловища – заболевания, вызываемые патогенными грибами, поражающими кожу и ее придатки.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Наиболее частыми возбудителями дерматофитий являются патогенные грибы *Trichophyton rubrum* (90%) и *Trichophyton mentagrophytes, var. interdigitale*. Реже эти заболевания вызываются *Epidermophyton floccosum* и грибами рода *Candida* [1, 2]

Заражение патогенными грибами может происходить при непосредственном контакте с больным, а также через обувь, одежду, предметы обихода (коврики в ванной, мочалки, маникюрные принадлежности и др.), при посещении спортивных залов, бань, саун, бассейнов.

Проникновению грибов в кожу способствуют ссадины, трещины в межпальцевых складках, обусловленные потертостью, повышенной потливостью или сухостью кожи, плохим высушиванием после водных процедур, узостью межпальцевых складок, плоскостопием, расстройством кровообращения при сосудистых заболеваниях конечностей и др. Микозы могут приобретать распространенный характер при наличии сопутствующих заболеваний – эндокринных, чаще сахарного диабета, иммунных нарушений, генодерматозов, заболеваний крови, а также при использовании антибактериальных, кортикостероидных и цитостатических препаратов.

В настоящее время микоз стоп, вызванный *Trichophyton rubrum*, является наиболее распространенным грибковым заболеванием у взрослых лиц [3–11].

КЛАССИФИКАЦИЯ

В35.1 Микоз ногтей

В35.2 Микоз кистей

В35.3 Микоз стоп

В35.4 Микоз туловища

В35.6 Эпидермофития паховая

В37.2 Кандидоз кожи и ногтей

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Руброфития

В клинической картине **руброфитии стоп** различают пять основных форм: сквамозную, сквамозно-гиперкератотическую, интертригинозную, дисгидротическую и онихомикоз стоп.

Сквамозная форма характеризуется наличием шелушения на коже

межпальцевых складок, подошв, ладоней, иногда – с наличием мелких поверхностных трещин. В области боковых поверхностей подошв также могут наблюдаться явления десквамации эпидермиса.

Сквамно-гиперкератотическая форма проявляется диффузным или очаговым утолщением рогового слоя (гиперкератозом) боковых и подошвенных поверхностей стоп, несущих наибольшую нагрузку. Обычно пораженные участки кожи имеют слабовыраженную воспалительную окраску и покрыты мелкими отрубевидными или муковидными чешуйками. Измененная стопа может иметь вид «подследника» или «индейского чулка» - «мокасиновый тип». Шелушение в кожных бороздах создает утрированный рисунок, что придает коже «припудренный» вид. Субъективно отмечаются сухость кожи, умеренный зуд, иногда болезненность в местах поражения.

Интертригинозная (межпальцевая, опреловидная) форма клинически сходна с опрелостью. Поражаются межпальцевые складки, чаще между III и IV, IV и V пальцами стоп. Процесс характеризуется гиперемией, отеком, мокнутием и мацерацией, в ряде случаев – пузырьковыми высыпаниями. Нередко образуются эрозии и глубокие болезненные трещины. Субъективно отмечаются зуд, жжение, болезненность в очагах поражения.

Дисгидротическая форма проявляется многочисленными пузырьками с толстой покрывкой. Преимущественная локализация высыпаний – свод стопы, а также межпальцевые складки и кожа пальцев. Сливаясь, пузырьки образуют крупные многокамерные пузыри, при вскрытии которых возникают влажные эрозии розово-красного цвета. Высыпания располагаются на неизменной коже. При развитии процесса присоединяются гиперемия, отечность и зуд кожи, что придает этой разновидности сходство с острой дисгидротической экземой.

У детей поражение гладкой кожи на стопах характеризуется мелкопластинчатым шелушением на внутренней поверхности концевых фаланг пальцев, чаще в 3 и 4 межпальцевых складках или под пальцами, гиперемией и мацерацией. На подошвах кожа может быть не изменена или усилен кожный рисунок, иногда наблюдается кольцевидное шелушение. Заболевание сопровождается зудом. У детей чаще, чем у взрослых лиц возникают экссудативные формы поражения не только на стопах, но и на кистях.

Онихомикоз стоп при руброфитии преимущественно проявляется поражением всех ногтей.

Выделяют *нормотрофический, гипертрофический и атрофический* типы онихомикоза.

Для *нормотрофического* типа характерно появление в толще ногтя полос желтоватого и белого цвета, при этом ногтевая пластинка не изменяет своей формы, подногтевой гиперкератоз не выражен.

При *гипертрофическом* типе ногтевая пластинка утолщается за счет подногтевого гиперкератоза, приобретает желтоватую окраску, крошится, края становятся зазубренными.

Атрофический тип онихомикоза характеризуется значительным истон-

чением, отслойкой ногтевой пластинки от ногтевого ложа с образованием пустот или частичным ее разрушением.

Также различают дистальный, дистально-латеральный, белый поверхностный, проксимальный подногтевой, тотальный дистрофический онихомикоз.

Руброфития кистей в начале заболевания характеризуется поражением кожи ладоней и носит односторонний характер, может сочетаться с *онихомикозом* кистей. Клинически наблюдаются сухость кожи, утолщение рогового слоя, муковидное шелушение и утрированность кожных борозд. Возникающие очаги на тыле кистей имеют прерывистые края и состоят из узелков, пузырьков, корочек. Инфицирование кистей, гладкой кожи и складок, как правило, происходит из очагов *руброфитии стоп* в результате лимфогематогенного распространения грибов и при аутоинокуляции; в редких случаях возникает первично при экзогенном внедрении грибов.

Руброфития гладкой кожи чаще наблюдается на ягодицах, бедрах и голених, но может локализоваться на любых участках тела, включая кожу лица. Различают *эритематозно-сквамозную*, *фолликулярно-узелковую* и *инfiltrативно-нагноительную* формы.

Для *эритематозно-сквамозной* формы руброфитии характерно наличие розовых или красно-розовых с синюшным оттенком пятен округлых очертаний, имеющих четкие границы. На поверхности пятен обычно присутствуют мелкие чешуйки, по их периферии проходит прерывистый валик, состоящий из сочных папул. Нередко папулы бывают покрыты мелкими пузырьками и корочками. Пятна изначально небольшие, склонны к центробежному росту и слиянию друг с другом, при этом они образуют обширные очаги с фестончатыми очертаниями, занимающие обширные области кожного покрова.

Фолликулярно-узелковая форма руброфитии отличается поражением пушковых волос в пределах эритематозно-сквамозных очагов. Волосы утрачивают естественный блеск, становятся тусклыми и ломкими.

Инfiltrативно-нагноительная форма руброфитии встречается довольно редко, в основном у детей на волосистой части головы. По клиническим проявлениям она напоминает инfiltrативно-нагноительную трихофитию, вызванную зоофильными трихофитонами. На месте очагов после разрешения инфекционно-воспалительного процесса могут оставаться отдельные атрофические рубчики.

Эпидермофития

Эпидермофития стоп представляет собой поражение стоп, вызываемое *Trichophyton mentagrophytes, var. interdigitale* (межпальцевым трихофитом). Данный грибковый процесс встречается намного реже и клинически значительно отличается от руброфитии.

Возбудитель эпидермофитии стоп обладает выраженным аллергизирующим действием, поэтому у больных чаще возникают *интертригинозные* и

дисгидротические формы заболевания, сопровождающиеся вторичными высыпаниями (микидами). Возможно развитие эритемы, отечности, обильной десквамации эпидермиса с образованием эрозий и язв, присоединением вторичной инфекции, вызванной грамотрицательными бактериями. Такой процесс сопровождается региональным (пахово-бедренным) лимфаденитом, лимфангиитом и общеинфекционными симптомами: лихорадкой, недомоганием.

В начале заболевания наблюдается поражение складки между 3 и 4-м пальцами стопы, с переходом на верхнюю треть подошвы, свод, боковые поверхности стопы и пальцев.

Онихомикоз стоп, обусловленный *Trichophyton mentagrophytes, var. interdigitale* характеризуется поражением ногтевых пластин I и V пальцев стоп, при этом могут наблюдаться дистальный, дистально-латеральный и проксимальный тип измененных ногтей. Чаще выявляются поверхностные формы онихомикоза, однако могут встречаться комбинированные формы ониходистрофий у одного больного (аналогичные таковым при руброфитии).

Эпидермофития паховая характеризуется появлением на коже паховых областей, внутренних поверхностях бедер, мошонке, реже – в межъягодичной складке, а также в подмышечных и субмамарных областях шелушащихся розовых пятен. В начале заболевания размер элементов составляет до 1 см в диаметре, далее они увеличиваются в размерах, при этом воспалительные явления в центре могут разрешаться. Формируются крупные (до 10 см в диаметре) кольцевидные пятна красного цвета, образующие при слиянии «фестончатые» очаги. Границы очагов четкие, подчеркнуты отечным ярким гиперемизированным воспалительным валиком с пузырьками и мелкими пустулами на его поверхности. Субъективно высыпания характеризуются зудом.

Кандидоз ногтей и ногтевых валиков

Клиническая картина кандидозного онихомикоза обычно представлена проксимальной формой, реже – дистальной.

При *проксимальной форме* наблюдается желтовато-коричневый или буроватый цвет ногтевой пластины с участком выраженной ломкости, что приводит к образованию обрезанного сбоку края ногтя (проксимально-латеральный вариант). Процесс сочетается с явлениями паронихии, когда могут наблюдаться флюктуация и гнойное отделяемое при пальпации воспалённого ногтевого валика.

Дистальная форма кандидозного онихомикоза проявляется изменением окраски, гиперкератозом и последующим лизисом ногтевой пластины со свободного (дистального) края.

Плесневые онихомикозы

Клиническая картина плесневого онихомикоза чаще представлена *дистальной формой* и наблюдаемой у пожилых людей, уже страдающих онихопатиями стоп различного генеза, как грибковой, так и негрибковой природы (*вторичный онихомикоз*). Ногтевая пластина приобретает различную окраску (чёрную, зеленовато-желтую или серую) в зависимости от плеснево-

го возбудителя, вызвавшего данную патологию. Данные изменения зависят от пигментообразовательной деятельности грибов и частой их ассоциации с бактериями и дрожжеподобными грибами. В дальнейшем нижняя часть ногтя разволокняется, верхняя - утолщается. Развивается выраженный онихомикоз, ноготь деформируется, нередко изменяется по типу онихогрифоза, наиболее часто поражаются ногтевые пластины больших пальцев стоп.

Проксимальная форма онихомикоза с паронихией или без неё, вызываемая плесневыми грибами, встречается намного реже.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика дерматофитий базируется на данных клинической картины и результатах *лабораторных исследований* - проведения микроскопического исследования поражённых ногтевых пластин, соскоба чешуек с очагов на гладкой коже.

Для определения вида возбудителя проводится культуральное исследование и исследование молекулярно-биологическими методами.

При назначении системных антимикотических препаратов рекомендуется проведение биохимического исследования сыворотки крови для определения уровня билирубина, АСТ, АЛТ, ГГТ, щелочной фосфатазы, глюкозы.

При резистентных к терапии формах онихомикоза рекомендуется проведение ультразвукового исследования поверхностных и глубоких сосудов [12–14].

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальный диагноз руброфитии проводят с псориазом, себорейным дерматитом, экземой, красным плоским лишаем, герпетиформным дерматитом Дюринга, красной волчанкой, лимфомой кожи.

Дифференциальный диагноз паховой эпидермофитии проводят с эритразмой, рубромикозом, псориазом, кандидозом.

Дифференциальная диагностика кандидозных поражений ногтей проводится с онихиями и паронихиями бактериальной природы, псориазом.

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения

- клиническое излечение;
- отрицательные результаты микроскопического исследования на грибы.

Показания для госпитализации

Длительное неэффективное амбулаторное лечение при распространенных формах заболевания.

Схемы лечения

Лечение микоза гладкой кожи стоп, кистей и других локализаций.

Наружная терапия

1. *Антимикотические препараты для наружного применения* [9, 11, 14, 15]:
 - изоконазол, крем (В) 1–2 раза в сутки наружно в течение 4 недель
или
 - кетоконазол, крем, мазь (В) 1–2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений
или
 - клотримазол, мазь, крем, раствор (В) 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений
или
 - тербинафин, спрей, дермгель (В) 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений
или
 - тербинафин, раствор (В) однократно наружно на обе стопы на 24 часа
или
 - миконазол, крем (В) 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений [16]
или
 - нафтифин, крем, раствор (В) 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений
или
 - оксиконазол, крем (В) 1–2 раза в сутки наружно в течение 4 недель
или
 - сертаконазол, крем 2% (В) 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений [16]
или
 - циклопирокс, крем (В) 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений
или
 - ундециленовая кислота+ундециленат цинка, мазь (С) 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений
или
 - эконазол, крем (В) 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений
или
 - бифоназол, крем (В) 1–2 раза в сутки наружно в течение 5 недель.
2. При значительном гиперкератозе в очагах микоза на стопах предварительно производят отслойку рогового слоя эпидермиса с использованием:
 - бифоназола (В) 1 раз в сутки в течение 3-4 дней [9, 11, 14].

3. На первом этапе терапии при наличии острых воспалительных явлений применяют *примочки*: [9, 11, 14]
- ихтиол, раствор 5-10% (D) 2–3 раза в сутки наружно в течение 1–2 дней
- или
- бриллиантовый зеленый, водный раствор 1% (D) 1–2 раза в сутки наружно в течение 1–2 дней
- или
- фукорцин, раствор (D) 1–2 раза в сутки наружно в течение 2–3 дней
- с последующим назначением *паст и мазей, содержащих противогрибковые и глюкокортикостероидные лекарственные средства*:
- миконазол + мазипредон (B) 2 раза в сутки наружно в течение 7–10 дней
- или
- изоконазол нитрат + дифлукортолон валерат (B) 2 раза в сутки наружно в течение 7–10 дней
- или
- клотримазол + бетаметазон, крем (B) 2 раза в сутки наружно в течение 7–10 дней.
4. При выраженном мокнутии (в острой фазе) и присоединении вторичной инфекции назначают *противовоспалительные растворы в качестве «примочки» и комбинированные антибактериальные препараты* [9, 11, 14]:
- ихтиол, раствор 5–10% (D) 2–3 раза в сутки наружно в течение 2–3 дней
- или
- натамицин + неомицин + гидрокортизон, крем (B) 2 раза в сутки наружно в течение 3–5 дней
- или
- бетаметазон дипропионат + гентамицина сульфат + клотримазол, мазь, крем (B) 2 раза в сутки наружно в течение 3–5 дней.

Системная терапия

1. При неэффективности наружной терапии назначают *антимикотические препараты системного действия* [9, 11, 14, 15]:
- итраконазол (A) 200 мг в сутки перорально после еды в течение 7 дней, затем 100 мг в сутки перорально после еды в течение 1–2 недель [17]
- или
- тербинафин (A) 250 мг в сутки перорально после еды течение 3–4 недель [15]
- или
- флуконазол (B) 150 мг перорально после еды 1 раз в неделю не менее 3–4 недель [18]
2. При острых воспалительных явлениях (мокнутие, наличие пузырей) и вы-

раженном зуде применяются *антигистаминные препараты*:

- хлоропирамина гидрохлорид (D) 0,025 г 2–3 раза в сутки перорально в течение 10–15 дней

или

- клемастин (D) 0,001 г 2 раза в сутки перорально в течение 10–15 дней

или

- мебгидролин (D) 0,1 г 2–3 раза в сутки перорально в течение 10–15 дней.

Лечение онихомикозов стоп и кистей

Наружная терапия [9, 11, 14, 15]

При поражении единичных ногтевых пластин с дистального или боковых краев на 1/3–1/2 пластины можно применять *только наружные противогрибковые препараты и ногтевых чистки* (с применением кератолитических средств или скалера).

Кератолитические средства:

- бифоназол, мазь (C) 1 раз в сутки наружно до полного удаления инфицированных участков ногтей.

После удаления пораженных грибами участков ногтей на очищенное ногтевое ложе применяют один из препаратов:

- кетоконазол, крем (C) 2 раза в сутки наружно до отрастания здоровых ногтей

или

- клотримазол, крем, раствор (C) 2 раза в сутки наружно до отрастания здоровых ногтей

или

- нафтифин, крем, раствор (C) 2 раза в сутки наружно до отрастания здоровых ногтей

или

- оксиконазол, крем (C) 1 раз в сутки наружно до отрастания здоровых ногтей

или

- тербинафин, крем (C) 2 раза в сутки наружно до отрастания здоровых ногтей

или

- циклопирокс, крем, раствор (C) 2 раза в сутки наружно до отрастания здоровых ногтей

или

- бифоназол, раствор, крем 1% (C) 1 раз в сутки наружно в течение до отрастания здоровых ногтей

или

- аморолфин, лак для ногтей 5% (C) 1-2 раза в неделю наружно в течение 6–8 месяцев при поражении ногтей на кистях и в течение 9–12 месяцев при поражении ногтей на стопах (A) [19]

или

- циклопироксоламин, лак для ногтей 8% (C) через день наружно в течение

1 месяца, 2 раза в неделю – в течение второго месяца, 1 раз в неделю – в течение третьего месяца и до отрастания здоровых ногтей (но не менее 6 месяцев).

Системная терапия

При тотальном поражении ногтей назначают *системные антимикотические препараты*: [9, 11, 14, 15]

– итраконазол (А) 200 мг перорально 2 раза в сутки после еды в течение 7 дней, повторный курс - через 3 недели, в течение 3 месяцев при микозе ногтей кистей и в течение 4 месяцев при микозе ногтей стоп [20, 21]

или

– кетоконазол (С) 400 мг перорально 1 раз в сутки в первый день терапии, далее – 200 мг 1 раз в сутки после еды до полного отрастания здоровых ногтей (не более 4-х месяцев) [22]

или

– тербинафин (А) 250 мг перорально 1 раз в сутки после еды в течение 3 месяцев при онихомикозе кистей и в течение 4 месяцев при онихомикозе стоп [23]

или

– флуконазол (В) 150 мг перорально 1 раз в неделю после еды до полного отрастания здоровых ногтей (не более 4-х месяцев). Флуконазол эффективен при онихомикозе кистей и стоп без поражения матрикса.

Особые ситуации

Лечение детей [9, 11, 14, 15]

– тербинафин (С) детям с массой тела более 40 кг – 250 мг 1 раз в сутки перорально после еды; детям с массой тела от 20 до 40 кг – 125 мг в сутки перорально после еды, детям с массой тела менее 20 кг – 62,5 мг в сутки в течение 2–3 месяцев при онихомикозе кистей и в течение 3–4 месяцев при онихомикозе стоп.

Требования к результатам лечения

- отсутствие патологических изменений на коже;
- отрицательные результаты микроскопического исследования на грибы.

Первые контрольные лабораторные исследования в процессе лечения онихомикоза кистей проводят через 6 недель и при онихомикозе стоп - через 12 недель после окончания терапии.

Тактика при отсутствии эффекта от лечения

В случае отсутствия положительной динамики в клинической картине онихомикоза при системной или комбинированной терапии, проводимой в течение 16 недель, а также при выявлении замедленного отрастания здоровой ногтевой пластинки, рекомендована смена препаратов на антимикотическое лекарственное средство другой фармакологической группы с присоединени-

ем ангиопротекторов.

ПРОФИЛАКТИКА

Первичная профилактика: уход за кожей стоп с целью профилактики микротравм, потертостей, устранения гипергидроза (алюминия хлоргидрат 15%+децилен гликоль 1%) или сухости кожи (tetranyl U 1,5%+мочевина 10%), плоскостопия и др. [9, 11, 14]

Вторичная профилактика: дезинфекционная обработка обуви, перчаток 1 раз в месяц до полного излечения [9, 11, 14]:

- ундециленамидопропилтримониум метосульфат, спрей (D)
или
- хлоргексидина биглюконата, раствор 1% (C).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гарибова Л.В., Лекомцева С.Н. Основы микологии: морфология и систематика грибов и грибоподобных организмов. Учебное пособие. – М.: Товарищество научных изданий КМК, 2005. – 220 с.
2. Елинов Н.П. Краткий микологический словарь (для врачей и биологов). – СПб: International Clinic & Hospital МЕДЕМ, 2004. – 174 с.
3. Маянский А. Н., Заславская М. И., Салина Е.В. Введение в медицинскую микологию. – Н. Новгород: Издат. НГМА, 2003. – 54 с.
4. Медицинская микология. Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Б. Сбойчакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 208 с.
5. Микология сегодня. / Под ред. Ю.Т. Дьякова, Ю.В. Сергеева. – Т.1. – М.: Национальная академия микологии, 2007. – 370 с.
6. Мюллер Э., Леффлер В. Микология. Пер. с нем.- М.: «Мир», 1995. – 343 с.
7. Разнатовский К.И., Родионов А.Н., Котрехова Л.П. Дерматомикозы. Рук-во для врачей. - СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2006. – 184 с.
8. Пестерев П.Н. Трихофития зооантропонозная. – Томск: изд-во Том.ун-та, 1988. – 124 с.
9. Разнатовский К.И., Родионов А.Н., Котрехова Л.П. Дерматомикозы. Рук-во для врачей. - СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2006. – 184 с.
10. Сергеев А.Ю. Грибковые заболевания ногтей. 2-е изд. – М.: «Национальная академия микологии», 2007. – 164 с.
11. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. – М.: «БИНОМ», 2003. – 440 с.
12. Аравийский Р.А., Клишко Н.Н., Васильева Н.В. Диагностика микозов. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2004. – 186 с.
13. Клишко Н.Н. Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей. – М., 2007. – С. 124 – 178.
14. Степанова Ж.В. Грибковые заболевания: диагностика и лечение. – М.: «Миклош», 2011. – 124 с.
15. Richardson M.D., Warnock D.W. Fungal infection. Diagnosis and management. – Oxford, 1997; 2-nd ed. – 250 p.
16. Alomar C., Bassas S., Casas M. et al. Multi-center double-blind trial on the efficacy and safety setoconazole 2% cream in comparison with miconazole 2% cream on patients suffering from cutaneous mycoses. *Arzneim. Forsch. Drug Res.* 1992; 45 (5a):767–773.
17. Katsambas A., Antoniou C., Frangouli E. et al. Itraconazole in the treatment of tinea corporis and tinea cutis. *Clin Exp Dermatol* 1993; 18; 322–325.
18. Montero J.F. Fluconazole in the treatment of tinea capitis, *Int J Dermatol* 1998; 37: 870–873.
19. Baran R., Feuillade M., Darty A. et al. A randomized trial of amorolfine 5% solution nail lacquer combined with terbinafine alone in the treatment of dermatophyte toenail onychomycosis affecting the matrix region. *Br J Dermatol* 2001; 42: 1177–1183.
20. Brautigam M., Nolting S., Schopf R.E. et al. Randomized double blind comparison terbinafine itraconazole for treatment of toenail tinea infection. *BMJ* 1995; 311: 919–922.
21. Gupta A.K., Lynde C.M., Konnikow N. Single-blind, randomized, prospective study of sequential itraconazole and terbinafine pulse compared with terbinafine pulse for the treatment of toenail onychomycosis. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44: 485–491.
22. De Doncker P., Decroix J., Pièrard G.E. et al. Antifungals pulse therapy for onychomycosis. *Arch Dermatol* 1996; 132: 34–41.
23. Gupta A.K., Shear N.H. A risk-benefit assessment of the newer oral antifungal agents used to treat onychomycosis. *Drug Safety* 2000; 22; 33–52.