

МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**Чмыхунова Валерия Владимировна**

студент, БГМУ, Республика Беларусь, г. Минск

Алиновская Яна Александровна

студент, БГМУ, Республика Беларусь, г. Минск

Афанасьева Татьяна Сергеевна

студент, БГМУ, Республика Беларусь, г. Минск

Балашова Екатерина Олеговна

студент, БГМУ, Республика Беларусь, г. Минск

Хилькевич Николай Дмитриевич

канд. мед. наук, доцент, БГМУ, Республика Беларусь, г. Минск

В настоящее время, как показывают статистические данные, проблемы сахарного диабета и онихомикозов остаются весьма актуальными и взаимосвязанными. Каждый третий больной сахарным диабетом предъявляет жалобы на грибковые поражения стоп. Нарушение углеводного обмена, прогрессирующая диабетическая ангиопатия, формирование «диабетической стопы», иммунологические изменения и др., - все это факторы, благоприятствующие грибковой инвазии и формированию хронического заболевания стоп и ногтей.

Многие исследователи отмечают высокий процент неудач (до 30%), даже при использовании современных препаратов и схем лечения онихомикозов при сахарном диабете. Частично это можно объяснить наблюдающимся при сахарном диабете снижением магистрального кровотока в артериях нижних конечностей, которое, в свою очередь, препятствует эффективной доставке системных противогрибковых препаратов к очагам поражения и созданию необходимых терапевтических концентраций. В этих условиях особое значение приобретает рациональное консервативное лечение, способствующее улучшению тканевого кровотока и коллатерального кровообращения нижних конечностей. Однако, как показывает ряд литературных данных, использование в качестве патогенетических препаратов, улучшающих периферическое кровообращение, наряду с этиотропными противогрибковыми препаратами системного действия является недостаточным для лечения онихомикозов у больных с сахарным диабетом.

Практически всем этим пациентам с учетом тяжести поражения ногтевых пластинок показана комбинированная терапия. Местная терапия ногтей до настоящего времени сводилась к назначению кератолитиков, 40% карбомидный пластырь, 50% мазь с йодидом калия с последующей подчисткой и применением растворов кислот и 10% йода. А для больных сахарным диабетом это не приемлемо, в связи с тем, что на фоне хронических обменных нарушений, у них развивается нейропатия, снижается порог болевой чувствительности и применение ими растворов кислот при сниженной чувствительности может привести к развитию трофических длительно не заживающих язв дистальных отделов пальцев. Таким образом местное лечение ногтевых пластинок у пациентов с сахарным

диабетом требует особого внимания и нуждается в совершенствовании для достижения более высоких результатов клинико-микологического излечения и снижения риска развития поражения мягких тканей.

Согласно данным исследования, А.Ю.Сергеева, Ю.В.Сергеева и В.Ю.Сергеева продвижения грибковой инфекции при онихомикозе происходит по каналам и пространствах под ногтевой пластинкой. С учетом концепции авторов наиболее обоснованным для наружного лечения онихомикозов у больных сахарным диабетом является применение водно-спиртовых растворов антимикотиков, наносимых с фронтально-дистальной части ногтевой пластинки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 36 больных сахарным диабетом в возрасте от 35 до 59 лет, страдающих онихомикозами. Диагноз был подтвержден лабораторно. Все больные указывали на длительный период поражения стоп и ногтей, захватывающий от 1 года до нескольких лет. Некоторые из них неоднократно обращались ранее за медицинской помощью, получали различную терапию, включавшую системные антимикотики, использование растворов йода, противогрибковых мазей, удаление ногтевых пластинок и др. После всестороннего обследования, исключавшего серьезную патологию со стороны паренхиматозных органов, всем пациентам была назначена этиотропная терапия одним из антимикотиков на 3 месяца, одновременно был назначен мидокалм по 50 мг внутрь 3 раза в день на протяжении месяца. Из наружных методов лечения пациентам было рекомендовано наносить на пораженные ногтевые пластинки ежедневно по 1-2 капли 2 раза в день препарат Экзодерил (1% Водно-спиртовой раствор, активное действующее вещество - *нафтифина гидрохлорид*). Раствор Экзодерил наносили на фронтально-дистальную часть пораженной ногтевой пластины больных, при этом раствор очень быстро проникал в подногтевые зоны онихолизиса что позволяло, действующему веществу проникать вглубь патологического процесса, аккумулируя при этом высокие концентрации препарата в зоне скопления грибов. Всем пациентам давались рекомендации относительно дезинфекции обуви, соблюдения правил личной гигиены.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Динамическое наблюдение за больными показало, что лечение переносилось хорошо. Трудностей с нанесением препарата у пациентов не возникало. Аллергических реакций или других серьезных побочных явлений, потребовавших прекращения терапии не наблюдалось. Лишь у одной пациентки отмечалось чувство жжения после нанесения препарата экзодерил в течение первых 3-4-х дней, которое со временем прошло.

Спустя 4 недели от начала лечения у 70% пациентов ногтевые пластинки посветлели, наметился рост клинически здоровых пластинок. Через 12 недель от начала терапии клиническое выздоровление наблюдалось у 30%, микологическое у 54%. К концу 24 недели от начала терапии клиническое выздоровление наблюдалось у 60%, микологическое у 74%. Через 12 месяцев от начала терапии клиническое выздоровление наблюдалось у 75%, микологическое у 80%. Колебания уровня сахара в крови на фоне лечения от 4,9 до 10,2 ммоль/л.

ВЫВОДЫ

Данная концепция в настоящее время служит основой нового терапевтического подхода к местной терапии онихомикозов у больных сахарным диабетом, а именно - применения водно-спиртовых форм противогрибковых средств 1% раствора нафтифина гидрохлорида («Экзодерил»), наносимых с фронтально-дистальной части ногтевой пластинки. Именно такой подход позволяет лекарственному средству легко проникать вслед за продвижением патологического процесса, вызываемого патогенным грибом, и аккумулировать высокие концентрации лекарства непосредственно в зоне скопления гриба.

Список литературы:

1. Брискин Б.С, Сакунова Т.И., Якобишвили Я.И. Роль препарата мидокалм в комплексном лечении больных синдромом «диабетическая стопа», нейропатическая форма поражения //Хирургия. -2000. -№5.-С. 34-35.
2. Катушкина А.П., Пригун Н.П., Забаровская З.В. и др. Использование мидокалма в лечении диабетического поражения стоп // Тез. докл. IX Российского национального конгресса «Человек и лекарство» - М., 2002.-С.202-203.
3. Новиков Ф.К. Опыт применения орунгала для лечения онихомикоза стоп в позднем и старческом возрасте// Вестн. дерматологии и венерологии.- 2001.- №6.- С.50-51.
4. Особенности оригинального препарата «Гедеон Рихтер АО» Мидокалм // Пособие для врачей. - Будапешт, 1998.-С.-12.
5. Сергеев Ю.В., Кудрявцева Е.В., Сергеев А.Ю. Экзодерил (нафтифин) - клиническая эффективность при дерматомикозах и инфекциях смешанной этиологии. - Российский журнал кожных и венерических болезней. - Изд-во Медицина. - 2004. - №1. - С.1-5.
6. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В., Сергеев В.Ю. Новые концепции патогенеза, диагностики и терапии онихомикозов // Иммунопатология, аллергология, инфектология. - 2007. - №3. - С.1.
7. Petranyi J. Preclinical evaluation exoderili (Naftifine). Resultsof experimental studies ofthe antifungal activiti profile // Mykosen, 1987, 30 (Suppl.1) - P. 22-27.
8. Тоскин И.А., Галустян СМ. Факторы, влияющие на эпидемиологический процесс микозов стоп // Вестн. дерматологии и венерологии. -2001.- №6.-С.15-19.
9. Чур Н.Н. Лечение больных с синдромом диабетической стопы// Здравоохранение.-1998.-№3.-С.8-11 .