



Для контроля эффективности терапии препаратами железа использовали ранние и поздние критерии. К ранним критериям относят: повышение среднего содержания гемоглобина (Hb) в ретикулоците – Ret (reticulocyte hemoglobin content – CHg); увеличение разницы между CHg и средним содержанием гемоглобина в эритроците (mean corpuscular hemoglobin – MCH) – D-Hb; появление фракции незрелых Ret (immature reticulocyte fraction – IRF), представляющей собой сумму количества Ret с высокой флюоресценцией (high fluorescence reticulocyte fractions – HFR) и количества Ret со средней флюоресценцией (medium fluorescence reticulocyte fractions – MFR); повышение количества Ret по отношению к изначальному на 7–10-й дни от начала лечения препаратами железа (ретикулоцитарная реакция); повышение концентрации Hb на 10 г/л и гематокрита на 3% к концу 4-й недели лечения.

К поздним критериям относят: исчезновение клинических проявлений заболевания через 1–3 мес от начала лечения; преодоление тканевой сидеропении через 3–6 мес от начала лечения (в зависимости от степени тяжести анемии), определяемое по нормализации концентрации сывороточного ферритина.

Ретикулоцитарные индексы отражают текущее обеспечение эритропоэза железом и синтез гемоглобина в костномозговых предшественниках эритроцитов. Преимуществом

ретикулоцитарных индексов по сравнению с определением концентрации гемоглобина, эритроцитарных индексов и биохимических показателей в диагностике и контроле лечения ДЖ является то, что они дают более актуальное представление о запасах железа в костном мозге, их определение является чувствительным методом, позволяющим оценить ответ на терапию препаратами железа на ранних этапах лечения.

Результатом реализации данной программы стало снижение частоты ЖДА среди воспитанниц с 4,7% в 2014 г. до 1,1% в 2015 г. (по данным диспансеризации).

Успех реализации данной программы был обусловлен рациональным подходом к коррекции ЖДА в соответствии с «Федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению железодефицитной анемии у детей» (2013). В частности, назначение препаратов железа в адекватных дозах, которые рассчитывались для каждого конкретного больного с учетом массы его тела и терапевтического плана лечения, достаточная длительность курса лечения препаратами железа, составившая при анемии легкой степени 3 мес, при анемии средней степени 4,5 мес, а также проведение контроля эффективности терапии препаратами железа с применением инновационного подхода и новых лабораторных критериев обеспечило полное излечение практически всех воспитанниц с ЖДА к концу курса ферротерапии.

© М.В.УСТИНОВ, 2018
УДК 616.596-002.828-085

Устинов М.В. (umderma@rambler.ru) – Возможности оптимизации терапии онихомикозов у пожилых лиц.

Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.Мандрыка, Москва

В условиях амбулаторно-поликлинического приема государственных кожно-венерологических учреждений изучены некоторые клинические и эпидемиологические особенности картины онихомикозов в старшей возрастной группе. Предложен алгоритм, который позволял бы надежно добиваться излечения заболевания или определял необходимость в паллиативной наружной терапии с целью надежной локализации источника инфекции. Полученные результаты свидетельствуют не только о том, что степень протяженности и глубины поражения ногтевых пластин прямо пропорционально зависит от возраста пациентов. Сделан вывод, что целевой аудиторией профилактики и ранней диагностики онихомикозов являются лица молодого и среднего возраста.

К л ю ч е в ы е с л о в а: терапия онихомикозов у пожилых лиц, системные антимикотики.

Ustinov M.V. – Opportunities for optimizing therapy for onychomycosis in elderly people. In the conditions of outpatient polyclinic reception of state dermatovenerologic institutions, some clinical and epidemiological features of the picture of onychomycosis in the older age group were studied. An algorithm is proposed that would reliably achieve the cure of the disease or determines the need for palliative external therapy, in order to reliably localize the source of infection. The obtained results testify not only that the extent of the extent and depth of lesion of the nail plates directly depends on the age of the patients. It is concluded that the target audience of prevention and early diagnosis of onychomycosis is a person of young and middle age.

К е у в о р д: therapy of onychomycosis in the elderly, systemic antimicrotics.

С появлением современных системных антимикотиков возникли прогнозы, что проблема онихомикоза будет решена. Однако практика показала, что эффективность терапии резко возросла, но случаев неудач системной терапии микозов ногтей было достаточно.

Срок назначения и суммарные дозы системных антимикотиков зависят от степени поражения ногтевой пластины. Рекомендуемые производителями сроки лечения не выдерживают критики при применении у лиц старшей возрастной группы и требуют кор-



рекции в виде увеличения. Факторами, увеличивающими сроки терапии, помимо возраста, являются степень поражения ногтевой пластины и сопутствующая патология. Существует множество индексов, определяющих терапевтическую тактику в зависимости от степени поражения ногтевой пластины. В нашей стране наибольшее распространение получил индекс КИОТОС (Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В., 2008). В условиях амбулаторно-поликлинического приема государственных кожно-венерологических учреждений исследованы некоторые клинические и эпидемиологические особенности картины онихомикозов в старшей возрастной группе, чтобы выработать тактику лечения, отвечающую критериям надежности результата.

Верификация диагноза осуществлялась по клинической картине, лабораторными методами (микроскопией соскобов с очагов пораженных ногтей стоп) на первичном приеме. Все больные были разделены на 5 возрастных групп, независимо от пола: до 29 лет, 30–39 лет, 40–49 лет, 50–59 лет, 60 лет и старше. Протяженность поражения в долях длины ногтя определялась по трем показателям – менее $\frac{1}{3}$, $\frac{1}{3}$ – $\frac{2}{3}$ и более $\frac{2}{3}$ ногтя. Толщина подногтевого гиперкератоза также определялась по трем показателям: нет или менее 1 мм; 1–2 мм и более 2 мм. Общее количество анкетированных, обследованных и пролеченных больных с заполнением регистрационных карт составило 263 человека.

Мы получили следующие эпидемиологические показатели: в возрастной группе до 29 лет, которая включала 30 пациентов, протяженность поражения в долях длины ногтя менее $\frac{1}{3}$ наблюдалось у 23 пациентов, $\frac{1}{3}$ – $\frac{2}{3}$ отмечалось у 7, а более $\frac{2}{3}$ не встречалась. Возрастная группа 30–39 лет включала 32 пациентов и имела следующие показатели: менее $\frac{1}{3}$ – у 23, $\frac{1}{3}$ – $\frac{2}{3}$ – у 8 пациентов, более $\frac{2}{3}$ – у 1. Следующей группой наблюдения были лица в возрасте 40–49 лет (88 больных), среди которых менее $\frac{1}{3}$ поражения длины ногтя встречалось у 44, $\frac{1}{3}$ – $\frac{2}{3}$ – у 41, более $\frac{2}{3}$ – у 3 пациентов. Группа лиц в возрасте от 50 до 59 лет была самой многочисленной (105 человек), в которой страдали от поражения менее $\frac{1}{3}$ длины ногтя 33 пациента, $\frac{1}{3}$ – $\frac{2}{3}$ ногтевой пластинки поражалось в 65 случаях, более $\frac{2}{3}$ у 7 человек. И последнюю группу наблюдения составила лица старше 60 лет – 73 человека, среди которых поражения ногтя менее $\frac{1}{3}$ были у 8 человек, $\frac{1}{3}$ – $\frac{2}{3}$ – у 43 человек и более $\frac{2}{3}$ – у 22 пациентов.

Усредненный портрет пациента: 4–6 пораженных ногтей, максимальное поражение – 1-й палец стопы ориентировочно на $\frac{2}{3}$ ногтевой пластины и более в виде дистально-проксимальной формы с подногтевым гиперкератозом 1–2 мм.

Полученные результаты свидетельствуют не только о том, что степень протяжен-

ности и глубины поражения ногтевых пластин прямо пропорционально зависит от возраста пациентов, но и о том, что первичное заражение происходит еще в трудоспособном возрасте.

Лица старше 50 лет составили 67,68% процентов выборки, которым уже была назначена системная терапия. На самом деле обращающихся с грибковыми поражениями ногтей лиц старшей возрастной группы минимум в 2,5 раза больше. Многие из не вошедших в исследование больных либо сразу отказывались от системных антигрибковых препаратов, либо выбыли из наблюдения по различным причинам.

Изложенное и стало основой попытки создать алгоритм лечения онихомикоза у лиц старшей возрастной группы, который позволял бы надежно добиваться излечения заболевания или определял необходимость в паллиативном наружном лечении с целью надежной локализации источника инфекции от других членов семьи при так называемой внутрисемейной передаче. Алгоритм предполагает ответ на ряд вопросов: правильность постановки диагноза и качество диагностики; оценка реальной готовности пациента к лечению (материальной, соматической, психологической); возможна ли системная терапия и какой препарат лучше; наличие подногтевого гиперкератоза как фактор отягощения; срок применения системных антимикотиков и необходимость их смены или отмены при неэффективности; профилактика рецидивов, понятие о паллиативе и вторичной профилактике внутрисемейной передачи при отказе от полноценного лечения.

Учитывая, что по полученным в исследовании данным лица старшего возраста приходят в основном с выраженным поражением, лабораторное подтверждение диагноза обычно не вызывает сложностей. В случаях, когда по клинике у больного заподозрен онихомикоз, а лабораторного подтверждения нет, то рекомендованы альтернативные методы диагностики (ПЦР, посев) или многократные диагностические пробы после подготовки: отказ от наружного лечения и гигиены, закрытие ногтя тканевым пластырем наглухо за несколько дней до исследования. Начинать системную терапию без лабораторного подтверждения диагноза недопустимо.

В процессе обследования и принятия решения на системную терапию следует предупредить больного о сроках терапии, материальных затратах и необходимости методичного выполнения врачебных назначений, особенно наружной составляющей лечения, как наименее комплаентной и наиболее длительной. Нужно помнить, что иногда пожилой пациент не в состоянии адекватно оценить



свои возможности. Врач в таких случаях должен корректно увести пациента от желания лечиться системными антимикотиками. При решении о системной терапии у лиц старшей возрастной группы необходима компенсация по сопутствующей патологии, при необходимости — взаимодействие с лечащими врачами других специальностей, в т. ч. в плане модерации периферического кровообращения. Следует учитывать, что зачастую лечащие врачи склонны к перестраховке. Поэтому дерматовенерологу надо самому уметь оценивать результаты анализов и обследований, полученных для оценки возможности приема противогрибковых препаратов внутрь.

Принимая решение на прием системных антимикотиков, мы должны также убедиться, что планируемые к назначению препараты, особенно азолового ряда, не имеют фармакологического взаимодействия с другими лекарствами, уже назначенными больному. По мнению многих авторов, у лиц старшей возрастной группы, предпочтительнее препараты аллиламинового ряда. Не подвергая сомнению это мнение, мы считаем, что итраконазол с его вариантами режимов дозирования может использоваться у больных старше 50 лет не менее эффективно и безопасно. В этой возрастной группе мы предпочитаем использование 0,2 г итраконазола в сутки в течение 4 мес, с последующим переходом на 0,1 г итраконазола в сутки при необходимости продолжить терапию. Критерием полной отмены препаратов стало сокращение размеров пораженной части более чем на 50% при дистально-латеральной форме онихомикоза или продвижение отрастающей здоровой части ногтя за его середину при проксимальной форме.

При хорошей переносимости возможно лечение и по схеме классической пульс-терапии, количество пульсов — не менее 4. Сроки лечения системными препаратами — один из самых дискуссионных вопросов. Мы предлагаем, как указано выше, лечить до момента сокращения изначальной максимальной длины микотического поражения не менее чем в 2 раза или более, при условии минимизации подногтевого кератоза. Критерии смены препарата при неэффективности лечения — отсутствие положительной динамики за 4 мес применения препарата, при этом предлагаем менять азоловый препарат на аллиламин и наоборот. Если же и второй препарат не дал положительной динамики за тот же срок, избегая дальнейших материальных потерь для пациента и токсических реакций, мы рекомендуем использовать наружную паллиативную терапию (такой подход получил название «правило 4 месяцев»).

Устранение подногтевого гиперкератоза вне зависимости от метода является необходимым условием успешности терапии. Принципиальным может быть вопрос: чистка или

удаление? Длительные наблюдения за течением онихомикозов после тотальной зачистки или хирургического удаления ногтевой пластинки при комбинированной терапии выявило определенные закономерности — отрастающая здоровая ногтевая пластина нередко врезается в боковые ногтевые валики или в ногтевое ложе, которое за период отсутствия ткани ногтя «отвыкает» от его твердости. Это создает предпосылки для формирования «вросшего ногтя» с последующей необходимостью хирургической (подологической) коррекции. Другие варианты негативных последствий — онихолизис, деформации ногтевых пластин, вплоть до полного их отсутствия.

Наш выбор — чистка, а способ чистки: использование кератолитиков («Микоспор» набор для ногтей, «Микостоп» крем-паста для ногтей и др.) или механическая чистка (фрезы, пилки и др.) не влияет на эффективность при правильном проведении. Определяющим фактором является удобство для пациента: некоторые методы предполагают домашнее использование, другие являются врачебными манипуляциями и требуют соответствующего оборудования.

Важно при чистке оставлять вентральный слой ногтевой пластины, прилегающий к гипонихию. Его оставление, по нашим наблюдениям, позволяет избежать травматизации, присоединения вторичной бактериальной инфекции, возможного рубцевания, онихолизиса и врастания ногтей. Проблема при таком подходе к чистке: в ногте остается очаг микотической инфекции. Решение этой проблемы — регулярное и длительное использование противогрибковых растворов до полного отрастания здорового ногтя.

При достижении искомого результата важным остается вопрос вторичной профилактики онихомикозов, которая направлена как на защиту ногтевой пластины, так и борьбу с возбудителем в местах возможного контакта. Паллиатив в лечении онихомикоза — применение наружных средств (в основном противогрибковых лаков), когда пациент не может принимать системные препараты по различным причинам, а вероятность излечения при этом невысока. Такой подход направлен на профилактику внутрисемейной передачи инфекции и снижает вероятность прогрессирования заболевания.

Полученные результаты свидетельствуют не только о том, что степень протяженности и глубины поражения ногтевых пластин прямо пропорционально зависит от возраста пациентов. Из этого также следует, что первичное заражение происходит еще в трудно-, боеспособном возрасте, т. е. целевой аудиторией профилактики и ранней диагностики онихомикоза являются лица молодого и среднего возраста.