

Експертний консенсус щодо лікування дерматофітії в Індії

Вступ

Поверхневі грибкові інфекції спричиняють дерматофіти, недерматофітні грибки і дріжджі-коменсали [1]. Дерматофіти, які найчастіше спричиняють поверхневі грибкові інфекції, набувають великого значення в країнах, що розвиваються, таких як Індія [1]. Ці організми метаболізують кератин і обумовлюють низку патологічних клінічних проявів, у тому числі *tinea pedis* (мікоз стоп), *tinea corporis* (мікоз шкіри тулуба), *tinea cruris* (паховий дерматомікоз/мікоз кінцівок) тощо [2]. Хоча зазвичай такі ураження є безболісними та поверхневими, грибки можуть поширюватися інвазивно, обумовлюючи глибокі й дисеміновані інфекції, а тому ними не слід нехтувати [3]. Ураження можуть поширюватися і негативно впливати на соціальне та професійне життя, психологічне здоров'я і значно знижувати якість життя хворої особи [4].

Нині дерматологи з усієї Індії стикаються з випадками дерматофітії з незвичайно великими ділянками ураження шкіри, кільцями в межах кільцевих уражень, множинними ураженнями (*tinea cruris et corporis*), а також ураженнями, що змінилися внаслідок використання кортикостероїдів, що ускладнює діагностику [5]. Таке мінливе обличчя дерматофітії спричинило справжню паніку серед дерматологів. Окрім того, схильність цієї патології до хронізації завдає значних страждань пацієнтам у порівнянні з будь-яким іншим дерматологічним захворюванням [5]. Останні дані щодо поширеності дерматофітії в Індії становлять від 36,6 до 78,4% [6].

Незважаючи на зростаючу поширеність дерматофітії в усьому світі, особливо в тропіках, дослідженням в цій галузі не надавалось належної уваги; отже, дерматофітія продовжує поширюватися по всьому світу, залишаючись серйозним викликом для практикуючих лікарів [2]. Рекомендації Американської академії дерматології щодо лікування *tinea cruris et corporis* були опубліковані два десятиліття тому, тоді як останні рекомендації Британської асоціації дерматології зосереджені лише на лікуванні *tinea*

capitis та оніхомікозів [7–9]. Водночас рекомендації з лікування, наведені в підручниках з дерматології, як видається, втратили свою актуальність, зважаючи на клінічний перебіг захворювання на даний момент [10]. Саме тому було вирішено зібрати експертну групу для створення нових рекомендацій з діагностики та лікування дерматофітії.

Обсяг і завдання рекомендацій

Діагностика та лікування дерматофітії стали важливою проблемою в галузі охорони здоров'я, зважаючи на відсутність даних досліджень щодо патофізіології та лікування захворювань цієї групи [2]. Доступна доказова база ґрунтується, перш за все, на когортних обсерваційних дослідженнях, а не на рандомізованих контрольованих дослідженнях (РКД). Аби заповнити ці прогалини, необхідно провести низку правильно розроблених РКД [10, 11]. Було опубліковано рекомендації щодо лікування дерматофітії голови та нігтів [8, 9]. Однак у даній ситуації в Індії їх неможливо використовувати для лікування інших дерматофітії, таких як *tinea corporis*, *cruris et pedis*.

Даний консенсус створено для подолання цього розриву, забезпечення підходів до діагностики та лікування дерматофітії, ґрунтуючись на попередньому досвіді, в тому числі лікування *tinea corporis*, *tinea cruris et tinea pedis*. Ці рекомендації стосуються трьох питань: визначення, лабораторна діагностика та лікування дерматофітії. Рекомендації були розроблені з використанням модифікованого методу Delphi – точний процес, що мінімізує упередженість і полегшує створення уніфікованих рекомендацій [13]. Експертна група вперше досягла консенсусу щодо **визначення термінології**, наведеної в таблиці, під час першого раунду Delphi.

Обговорення

У зв'язку з неактуальністю наявних рекомендацій фахівці в галузі клінічної дерматології та мікології розробили власні рекомендації, ґрунтуючись на клінічному досвіді.

Таблиця. Визначення термінології

Термін	Визначення
Дерматофітія	Дерматофітія (<i>ringworm</i> або <i>tinea</i>) – це інфекційне захворювання шкіри або її придатків, спричинене грибами, відомими як дерматофіти, що характеризується еритемою, появою дрібних папул, плям, везикул, щілин і лущення шкіри кільцеподібної форми. Дерматофіти – це філаментні грибки, схильні до інвазії та розмноження у кератинізованих тканинах, таких як шкіра, волосся та нігті
Первинна інфекція	Даний пацієнт раніше не мав цієї інфекції або не отримував лікування з її приводу
Хронічна дерматофітія	Дерматофітія вважається хронічною, якщо пацієнт страждає на це захворювання впродовж більш ніж 6 міс – 1 рік з рецидивами захворювання або без таких, незважаючи на адекватне лікування
Рекурентна дерматофітія	Дерматофітія вважається рекурентною, коли епізод захворювання розвивається впродовж кількох тижнів (< 6 тиж) після завершення курсу лікування
Рецидив	Рецидив – це поява ознак захворювання після більш тривалого періоду (6–8 тиж) без ознак грибкової інфекції у пацієнта, який клінічно одужав
Рубромікоз	Рубромікозом вважається <ul style="list-style-type: none"> • А – Ураження шкіри наступних ділянок: <ol style="list-style-type: none"> 1) стопи, часто підощва; 2) руки, часто долоні; 3) нігті та 4) щонайменше одне ураження іншої ділянки, аніж 1, 2, 3, окрім ділянки статевих органів. • В – Позитивні мікроскопічні аналізи з використанням КОН на зразках, щонайменше з 3 або 4 ділянок. • С – Виявлення <i>Trichophyton rubrum</i> культуральним методом на щонайменше 3 або 4 ділянках тіла. Для встановлення діагнозу рубромікозу необхідна наявність критеріїв А, В та С.
Площа поверхні тіла	Площа витягнутої долоні від кисті до кінчиків пальців приблизно становить 1% поверхні тіла. Ураження менш ніж 3% поверхні тіла вважають легким, 3–10% – помірним, а понад 10% – тяжким.

Лабораторна діагностика

Мінлива клінічна картина захворювання зумовлює труднощі клінічної диференціації дерматофітій від інших дерматитів негрибкового походження. Тому часто виникає необхідність використання методів лабораторної діагностики для призначення відповідного лікування [14, 15]. Як продемонстрували результати досліджень, хороша якість і достатня кількість матеріалу, отриманого для дослідження, є обов'язковими для виділення дерматофітів, що було розглянуто в нещодавньому огляді Pihet et al. [15].

Для досягнення кращих результатів дослідження зскрібки слід брати на межі зі здоровою шкірою, що вважають найбільш демонстративними для обстежень [15, 16]. У літературі було запропоновано різні інструменти для забору зразків, такі як леза скальпелів, дермальні тупокінцеві кюретки або край слайдера [15–17]. Однак, відповідно до результатів Delphi, експерти не надали перевагу жодному спеціальному інструменту для отримання зразків шкіри.

Експерти погодилися, що мікроскопічне дослідження із застосуванням 10% розчину КОН для обробки зскрібків шкіри можна використовувати безпосередньо в лікувальній установі для швидкого виявлення дерматофітії. Важливість КОН-тесту як простого, швидкого, недорогого і ефективного скринінгового методу була раніше підкреслена в дослідженнях Kurade et al., Pihet et al., McKay et al. [15–17]. Отже, з метою покращення результатів лікування доцільно проводити мікроскопічне дослідження із застосуванням 10% розчину КОН щоразу, коли є підозра на дерматофітію.

Виділення культури грибків забезпечує остаточну ідентифікацію виду грибкової інфекції, однак його рутинне застосування обмежене у зв'язку

з недостатньою чутливістю методу, його тривалістю і малодоступністю [15, 18]. Експерти були такої самої думки. Однак вони рекомендували використання культурального методу дослідження в особливих ситуаціях, у тому числі, коли клінічна картина стерта або наявні ураження кількох ділянок тіла (*tinea cruris et corporis*).

Експерти визнали важливість виявлення ураження пушкового волосся за допомогою дерматоскопії для вибору тактики лікування.

L'Ollivier C. et al. нещодавно наголосили на тому, що MALDI-TOF MS має стати діагностичною процедурою першої лінії як точний, економічно вигідний і швидкий метод визначення клінічних видів дерматофітів у рутинній лабораторній практиці [20]. Експерт-міколог вважає, що рутинне використання MALDI-TOF MS не завжди може допомогти у виборі лікування; на відміну від культурального методу, цей метод доступний лише в кількох центрах третинного рівня в Індії.

Фахівці визнали терапевтичне значення виявлення чутливості дерматофіта до протигрибкових препаратів. У поточних рекомендаціях «Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI)» відсутня послідовна кореляція між даними, отриманими *in vitro*, щодо чутливості до протигрибкових препаратів і клінічним результатом, з відсутністю контрольних точок МІК (мінімальна інгібуюча концентрація) для класифікації ізоляту як сприйнятливої, з посередньою сприйнятливістю або резистентного до певного протигрибкового засобу [21]. Отже, рутинне проведення досліджень на чутливість до протигрибкових препаратів неможливе в реальних умовах [21].

Вигляд уражених ділянок шкіри, попереднє лікування та знання фармакологічних властивостей

протигрибкових засобів допоможе у виборі терапії [22]. Також експерти визначили, що додатковими чинниками, які впливають на вибір лікування, є те, яка саме ділянка шкіри уражена (суха/багата на сальні залози), а також вік пацієнта. Ідеальний препарат для місцевого лікування має бути високоефективним, з низькою частотою виникнення рецидивів і короткою тривалістю дії, при цьому спричинювати мінімальні побічні ефекти. Окрім того, важливо обрати такий режим лікування, який буде прийнятним для пацієнта, що забезпечить дотримання лікування.

Tinea pedis

Tinea pedis зазвичай розпочинається з ураження міжпальцевих проміжків і характеризується гіперкератозними сухими мацерованими ерозивними ураженнями, що схильні до лущення та просочування [23]. Клінічна картина не є специфічною, багато не-дерматофітних видів можуть спричиняти таку симптоматику [23]. Топічне лікування є основним методом лікування хворих з *tinea pedis* [2, 24–26].

Необхідність топічного лікування *tinea pedis* виникає через те, що ділянки мацерації між пальцями, тріщини та десквамація рогового шару можуть стати вхідними воротами для вторинних бактеріальних інфекцій, а також резервуаром для дерматофітів з інших ділянок [27, 28]. У випадку *tinea pedis* з мацерованими ерозивними ураженнями між пальцями, часто ускладненого вторинною бактеріальною інфекцією, надають перевагу протигрибковим розчинам, гелям або спреям. Навпаки, у випадку сухих і лускатих гіперкератозних уражень надають перевагу кремам або мазям [29].

Експерти пропонують застосовувати препарати з широким спектром протигрибкової дії, активних щодо дерматофітів, дріжджів і цвілевих грибів, для лікування *tinea pedis* [30]. Імідазол окрім протигрибкової також виявляє хорошу протимікробну активність щодо грамположитивних бактерій, тому фахівці надають йому перевагу [29, 30]. Інші топічні препарати, що ефективно використовуються для лікування *tinea pedis*, – аліламіни, циклопіроксоламін, аморолфін тощо.

За даними Кокранівського огляду, системна терапія *tinea pedis* зазвичай застосовується у випадку хронічної інфекції або недостатньої ефективності топічної терапії [31]. Системна терапія також вважається більш доцільною в разі тяжких форм хвороби, таких як гіперкератоз [29]. До існуючої терапевтичної схеми входить тербінафін у дозі 250 мг щодня протягом 2 тиж або ітраконазол в дозі 200 мг щодня протягом 4 тиж [2, 29, 30].

Зважаючи на поточний сценарій, фахівці надають перевагу комбінованій терапії у всіх пацієнтів з *tinea pedis*. Однак немає досліджень, які б порівнювали комбінацію системної та топічної терапії з монотерапією [2]. Для комбінованої терапії слід використовувати препарати з різних груп для ширшого охоплення збудників і запобігання виникненню

резистентності. У випадках первинної інфекції надають перевагу тербінафіну в дозі 250 мг/добу, тоді як у випадку резистентної інфекції або тяжкого перебігу захворювання препаратом вибору є ітраконазол у дозі 200–400 мг/добу, розділений на кілька прийомів. Експерти зазначають, що мінімальна тривалість лікування первинної інфекції повинна становити 2–4 тиж, резистентної інфекції – 4 тиж.

Tinea cruris et corporis

Оскільки дерматофіти, що спричинюють *tinea cruris et corporis*, обмежені поверхневою кератинізованою тканиною, топічне лікування найбільш доцільно застосовувати в пацієнтів з первинною інфекцією, якщо вона не поширена [32, 33]. У випадку первинної інфекції рекомендується застосування топічних протигрибкових препаратів. У клінічних дослідженнях не було встановлено переваги однієї групи препаратів над іншими [34]. Однак фахівці надають перевагу використанню топічних азолів над аліламінами, зважаючи на їхні антибактеріальні та протизапальні властивості, а також протигрибкову активність широкого спектру [33]. Топічні протигрибкові препарати зазвичай добре переносяться і, як правило, не спричинюють побічних ефектів.

Великі поверхневі ураження або ураження з папулами й пустулами потребують пероральної терапії [2, 35–37]. Експерти виступали за використання комбінованої терапії для лікування таких хворих і хворих з резистентною інфекцією. На думку фахівців, тербінафін (250 мг один раз на добу) і ітраконазол (100–200 мг/добу) однаково ефективні для лікування первинних випадків інфекції. У випадку резистентної інфекції фахівці рекомендують використовувати ітраконазол (200–400 мг/добу, розподілений на кілька доз) разом з відповідною місцевою терапією. Мінімальна тривалість терапії первинної інфекції має становити 2–4 тиж, а в резистентних випадках – 4 тиж.

Tinea cruris в більшості випадків є результатом автоінокуляції в пацієнтів, що страждають на *tinea pedis* [23]. Слід лікувати супутній *tinea pedis*, щоб зменшити ризик рецидиву [38]. Корисним також може бути щоденне використання підсушуючих порошоків в паховій ділянці, уникання тісного одягу та близьки з небавовняних тканин [10, 39]. Також підкреслюється роль обстеження і лікування контактних осіб і уникнення контактних видів спорту, обговорення цих питань з пацієнтом.

Tinea incognito

Tinea incognito – це мікотична інфекція шкіри, перебіг якої був змінений внаслідок неправильного застосування кортикостероїдів (КС) і місцевих імуномодуляторів, таких як інгібітори кальциневрину, що утруднює діагностику [40, 41]. Оскільки деякі сильнодіючі місцеві КС можна придбати без рецепта та лікарі не-дерматологічного профілю також можуть призначати топічні КС без проведення будь-яких досліджень на наявність

ПОТУЖНА СИЛА У БОРОТБІ З ГРИБКОВОЮ ІНФЕКЦІЄЮ*

Тербінафін ЕКЗИФІН

ЗРУЧНА АЛЬТЕРНАТИВА протигрибковому крему:

- Широкий спектр протигрибкової дії¹
- Підходить для мікозів з мокнуттям^{2,3}
- Зручний спосіб застосування – 1 раз на добу¹



*тербінафін має фунгіцидну дію. 1. Інструкція по медичному застосуванню Ексіфін гель. 2. Expert Consensus on The Management of Dermatophytosis in India (ECTODERM India). Rajagopalan M, Inamadar A, Mittal A, Misra AK, Srinivas CR, Sardana K, Godee K, Patel K, Rengasamy M, Rudramurthy S, Dogra S. BMC Dermatol. 2018 Jul 24;18(1):6. doi: 10.1186/s12895-018-0073-1. 3. Анкітина И.В. Особенности диагностики и лечения интертригинозных форм дерматомикозов. РМЖ, №17, 2009. 4. Expert Consensus on The Management of Dermatophytosis in India (ECTODERM India). Rajagopalan M, Inamadar A, Mittal A, Misra AK, Srinivas CR, Sardana K, Godee K, Patel K, Rengasamy M, Rudramurthy S, Dogra S. BMC Dermatol. 2018 Jul 24;18(1):6. doi: 10.1186/s12895-018-0073-1. Вилет з інструкції для лікарського засобу Ексіфін гель. Ексіфін гель склад: 1 г гелю містить тербінафін 10 мг. Показання: Грибкової інфекції шкіри, стригучий дерматофітія, такі як Trichophyton (наприклад T. rubrum, T. mentagrophytes, T. verrucosum, T. violaceum), Microsporum canis та Epidermophyton floccosum, наприклад, міжпальцева епідермофітія стоп («стопа атлета»), пахова дерматофітія («свербіж жовке»), дерматофітія тулуба («стригучий лишай»), Лишай, стригучий Pityrosporum orbiculare (який також відомий як Malassezia furfur). Умови відпуску: без рецепта. Протипоказання: Підвищена чутливість до тербінафін або до будь-якого з компонентів препарату. Реєстраційне посвідчення НРЦ/4720/03/01, наказ №192 від 24.01.2019. Реклама лікарського засобу, що розміщується в спеціалізованих виданнях, призначених для медичних закладів і лікарів або в матеріалах, що розповсюджуються на спеціалізованих заходах на медичну тематику. Побічні реакції: Місцеві прояви, такі як свербіж, лущення шкіри, біль у місці нанесення, подразнення у місці нанесення, порушення пігментації, відсуття лічення шкіри, еритема, утворення кірки, іші. Проведене зображення здорових ніг дорослого та підлітка. Гель Ексіфін не рекомендується застосовувати дітям через недостатність досвіду. За додатковою інформацією звертайтеся за адресою: ТОВ «Др.Реддіс Лабораторі», Столичне шосе, 103, офіс 11-А, Київ, Україна, 03131, тел. +380444923173. Перед призначенням ознайомтеся з повним текстом інструкції. Тек-25.03.2019-01С-02

грибків, поширеність цієї форми дерматиту поступово збільшується [41].

Класичною особливістю є те, що може пригнічуватися вираженість запалення і зменшуватися утворення лусочок, але симптоми рецидивують, коли припиняють застосування КС-крему. Крім того, ураження можуть проявлятися як виражений гнійний фолікуліт і дифузна запальна реакція [40–42]. Фахівці вважають, що у випадку *tinea incognito* має призначатись пероральна протигрибкова терапія, і доцільно одразу припинити використання топічних КС. Відповідно до думки експертів, препаратом вибору є ітраконазол в дозі 200–400 мг на добу протягом 4–6 тиж або довше.

Роль топічних КС

Розглянувши численні метааналізи, експертна група дійшла висновку, що комбінована терапія із застосуванням КС відіграє важливу роль у контролі запалення, що супроводжує дерматофітоз [43]. Хоча експерти визнали, що КС можуть грати роль у лікуванні запальних процесів, зважаючи на поточну ситуацію в Індії, було накладено вето на використання топічних КС для лікування будь-якого типу дерматофітії в Індії. Експерти вважали, що це дасть поштовх до призначення КС у випадку інфекційних дерматозів, які вже стали проблемою в країні.

Практичні рекомендації

Згідно з рекомендацією Американської академії сімейних лікарів (AAFP), топічні протигрибкові препарати слід використовувати щонайменше протягом 1 тиж після зникнення клінічних проявів захворювання [22]. Проте фахівці рекомендували продовжувати застосовувати протигрибкові препарати протягом 2 тиж після розрешення клінічних симптомів [44]. Також експерти зазначають про необхідність продовження системної терапії протягом 2 тиж після зникнення клінічних симптомів у випадках резистентної інфекції. Оскільки деякі системні протигрибкові препарати є гепатотоксичними, доцільно визначати базальні рівні печінкових показників з метою виключення порушення функції печінки і проводити періодично повторно аналізи, якщо лікування триває більше ніж 4 тиж.

Системні протигрибкові препарати в сучасних умовах

У нинішній ситуації з дерматофітією в Індії спостерігається радикальна зміна рецептурної практики. Більшість дерматологів в Індії використовують комбінацію пероральних протигрибкових засобів, більші дози протигрибкових препаратів [30, 45], триваліше лікування, а також інші методи терапії, що навіть не були схвалені для лікування дерматофітії, зокрема для лікування резистентних інфекцій, і це, як правило, є більш дієвим у окремих пацієнтів [10, 11, 30]. Експерти були такої самої думки і дали

погодили використання вищої дози тербінафіну, однак не застосування високих доз ітраконазолу у зв'язку з його нелінійною фармакокінетикою.

Фахівці вважають, що необхідно використовувати інші системні протигрибкові засоби, такі як гризеофульвін (в дозі 250–500 мг двічі на добу) і флуконазол (150–300 мг/тиж) у пацієнтів, у яких лікування тербінафіном або ітраконазолом було неуспішним.

Ад'ювантна терапія

Дерматофітії зазвичай пов'язані з кількаразовим збільшенням проліферації клітин епідермісу, що призводить до його потовщення з гіперкератозом і лущенням шкіри [47]. Оскільки луски утруднюють абсорбцію топічних протигрибкових препаратів, застосування лише топічних протигрибкових засобів може бути неефективним, особливо у випадках резистентної інфекції [48].

Кератолітики, з їх подвійним ефектом, можуть сприяти збільшенню концентрації топічних протигрибкових засобів і видаленню рогового шару, в якому залягають грибки [30, 38]. Експерти взяли до уваги ці патологічні особливості і рекомендували місцеве застосування саліцилової кислоти 3–6%, оскільки вона розм'якшує роговий шар і сприяє відлущенню шкіри, однак її не слід використовувати на обличчі та в складках шкіри.

У разі дерматофітії спостерігається значне збільшення трансепідермальної втрати води і специфічні ультраструктурні зміни, такі як порушення утворення позаклітинного ліпідного подвійного шару, що призводять до порушеної бар'єрної функції шкіри [47]. Це, своєю чергою, може призвести до хронізації хвороби. Розглядаючи ці факти, фахівці запропонували використовувати зволожувальні засоби для ад'ювантної терапії дерматофітії. Оскільки свербіж є поширеним симптомом дерматофітії, в гострих випадках як ад'ювантна терапія можуть використовуватись антигістамінні препарати.

Пацієнти похилого віку

Для пацієнтів похилого віку лікування необхідно підбирати індивідуально. До початку лікування треба брати до уваги потреби пацієнта, ділянку ураження та її розміри, наявність супутніх захворювань і можливі взаємодії препаратів [39, 49]. Для здорового літнього пацієнта можна розглядати ті самі рекомендації, що застосовують щодо молодшого покоління. У пацієнтів похилого віку слід надавати перевагу топічній терапії; системна терапія необхідна лише у випадках, коли топічне лікування неефективне, уражено великі ділянки шкіри, а також у випадку резистентної інфекції. Оскільки триазольні препарати для системного застосування (ітраконазол, флуконазол) взаємодіють з багатьма лікарськими засобами, перевагу надають пероральному прийому тербінафіну [39, 49].

Діти

Дерматофітія відносно рідше зустрічається в дітей. В одному індійському дослідженні було повідомлено, що поширеність дерматофітії серед дітей становить лише 3,1% [50]. Проте останніми роками було помічено експоненціальне збільшення поширеності дерматофітії серед дітей [39].

Експерти надають перевагу використанню топічних агентів у цій віковій групі у зв'язку зі швидким оновленням шкірних покривів, що сприяє відносно кращій клінічній відповіді на монотерапію топічними препаратами. Системну терапію рекомендовано застосовувати лише у випадку значного ураження шкіри або резистентної інфекції. Рекомендовано застосування флуконазолу і тербінафіну у дитячій віковій групі. Флуконазол можна призначати з раннього дитинства, тоді як тербінафін слід застосовувати тільки у дітей старших 2 років.

Вагітні жінки

Топічні протигрибкові засоби мінімально або й зовсім не абсорбуються в системний кровотік, а тому можуть бути призначені на будь-якому терміні вагітності [39, 51–53]. Щодо стосується системної терапії, тербінафін належить до препаратів категорії В, однак жодних даних щодо його застосування під час вагітності немає; також невідомо, чи проникає тербінафін крізь трансплацентарний бар'єр [39, 50].

Інших системних протигрибкових препаратів слід уникати під час вагітності. Хоча клінічні дослідження з ітраконазолом не виявили жодних ризиків під час вагітності, враховуючи ризик, пов'язаний із застосуванням препаратів з групи азолів у людей, призначення цього препарату все ж слід уникати під час вагітності [51]. Пропонується використовувати ефективні методи контрацепції протягом 2 міс після прийому перорального ітраконазолу до планового зачаття [54]. Експерти, які брали участь в обговоренні цього консенсусу, погоджувалися з цими рекомендаціями без змін.

Загальні рекомендації

Необхідно підкреслити важливість регулярного прийому медикаментів і дотримання рекомендацій лікаря. Варто уникати носіння тісного одягу, спільного використання постільної білизни, рушників і одягу. Слід регулярно прати нижню білизну, шкарпетки та шапки, сушити на сонці і прасувати. Пацієнтів слід оцінювати на наявність таких асоційованих станів, як надмірне потовиділення або ожиріння, що може призвести до рецидиву захворювання. Тому таких хворих слід заохочувати частіше міняти одяг, використовувати абсорбуючі порошки

і дезодоранти (для зменшення потовиділення), а також до похудання.

У випадку *tinea pedis* можна використовувати медикаментозні порошки профілактично. Слід уникати використання оклюзійного взуття та шльопанців у громадських душових. Вогнища з неприємним запахом та мацерацією шкіри вказують на вторинну бактеріальну інфекцію, що потребує відповідного лікування з використанням системних або місцевих антибіотиків.

Висновки

У майбутньому для покращення результатів лікування буде корисним ведення реєстру пацієнтів, визначення колективного імунітету, концентрації препарату в шкірі та її кореляція з концентрацією в крові, оцінка відповіді на різні схеми дозування, аналіз особливих ситуацій, таких як резистентна інфекція, рецидиви, імунодефіцитні стани або наявність супутніх захворювань.

Пріоритети майбутніх досліджень для покращення результатів лікування дерматофітії:

- покращення методів діагностики, з високою точністю, швидким одержанням результатів та їх прогностичним значенням, як, наприклад, BSA (визначення ураженої площі поверхні тіла), що може використовуватися для корекції протигрибкової терапії в режимі реального часу;
- пряме виявлення видів, що спричинюють інфекцію, а також визначення їх резистентності до протигрибкових препаратів;
- покращення моделей прогнозування ризику, у тому числі генетичних факторів ризику, для цільового спостереження та профілактики;
- механізми для швидкого досягнення максимального протигрибкового ефекту (наприклад, комбінована терапія, терапевтичний моніторинг лікарських засобів);
- нові імуномодуючі засоби для максимізації протигрибкового ефекту і мінімізації імуно-опосередкованого пошкодження шкіри;
- спільні національні та міжнародні програми щодо лікування дерматофітії.

Список літератури – в редакції.

Матеріал надано компаніїю.

Реферативний огляд статті

Murlidhar Rajagopalan et al.

«Expert Consensus on The Management of Dermatophytosis in India (ECTODERM India)», BMC Dermatology (2018) 18:6.

Переклад – Христина Ключківська

©