

УДК 616.5-002.828-085.282-036.8

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРЕПАРАТА БИНАФИН В ТЕРАПИИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ

¹Кунделеков А.Г., ²Нефёдова Е.П., ³Рогожников Е.А., ³Фетищев А.Н., ⁴Аникин А.И.,
⁵Пузина Н.А., ⁶Куликова Я.Д., ⁷Ворожцова Т.В., ⁸Бараболя Л.Н., ⁹Головко Е.А.

¹ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, e-mail: alexmed@newmail.ru;

²ГБУЗ «СКДИБ» МЗ КК, Краснодар, e-mail: kariba1@yandex.ru;

³ГБУЗ Кемеровской области «Кемеровский областной клинический кожно-венерологический диспансер», Кемерово, e-mail: Stevgenii@bk.ru;

⁴ГБУ РО ОКВД, Рязань, e-mail: Iues@inbox.ru;

⁵Медицинский центр «Надежда», Рязань, e-mail: puzina.2011@mail.ru;

⁶Областной кожно-венерологический диспансер, Тверь, e-mail: kulikova@yandex.ru;

⁷ГБОУ ВПО ПГМА им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, e-mail: van_k84@mail.ru;

⁸КГАУ «Краевой кожно-венерологический диспансер», Пермь, e-mail: van_k84@mail.ru;

⁹ГАОУЗ ПК «ГБ № 9», Пермь, e-mail: g.l.alexandrovna@mail.ru

Проведена текущая оценка клинической эффективности и переносимости терапии противогрибковым препаратом Бинафин (тербинафин компании Шрея Лайф Саенсиз Пвт.Лтд., Индия) у 89 больных дерматомикозами в возрасте от 18 до 67 лет. Клиническая эффективность препарата Бинафин по окончании терапии отмечалась у всех пациентов. За весь период наблюдения качество жизни значительно улучшилось у всех пациентов. Противогрибковый препарат Бинафин хорошо переносится больными. Переносимость препарата оценена как отличная у 89,9 ± 3,2%, хорошая – у 7,9 ± 2,9% больных. Серьезных побочных реакций, требующих отмены препарата, отмечено не было. Высокая клиническая эффективность, хорошая переносимость длительного курса приема препарата и высокое качество жизни больных после курса противогрибковой терапии на сегодняшний день позволяют рекомендовать Бинафин у больных различными грибковыми заболеваниями кожи, обусловленными дерматофитами.

Ключевые слова: дерматомикозы, фунгицидная терапия, тербинафин, качество жизни

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE, EFFICACY AND SAFETY OF BINAFIN IN THE THERAPY FOR DERMATOMYCOSIS

¹Kundelekov A.G., ²Nefjodova E.P., ³Rogozhnikov E.A., ³Fetishhev A.N., ⁴Anikin A.I.,
⁵Puzina N.A., ⁶Kulikova Ja.D., ⁷Vorozhzcova T.V., ⁸Barabolja L.N., ⁹Golovko E.A.

¹Kuban state medical university, Krasnodar, e-mail: alexmed@newmail.ru;

²Children's Hospital of Infectious Diseases, Krasnodar, e-mail: kariba1@yandex.ru;

³Kemerovo regional clinical dermatovenerologic dispensary, Kemerovo, e-mail: Stevgenii@bk.ru;

⁴Regional dermatovenerologic dispensary, Ryazan, e-mail: Iues@inbox.ru;

⁵Medical Center «Nadezhda», Ryazan, e-mail: puzina.2011@mail.ru;

⁶Regional dermatovenerologic dispensary, Tver, e-mail: kulikova@yandex.ru;

⁷Perm State Medical Academy, Perm, e-mail: van_k84@mail.ru;

⁸Regional dermatovenerologic dispensary, Perm, e-mail: van_k84@mail.ru;

⁹Hospital № 9, Perm, e-mail: g.l.alexandrovna@mail.ru

Current conducted to evaluate the clinical efficacy and tolerability Binafin antifungal (terbinafine of the company Shreya Life Sciences PVT.LTD., India) in 89 patients dermatomycosis aged 18 to 67 years. Clinical efficacy Binafin at the end of therapy was observed in all patients. During the monitoring period the quality of life improved significantly in all patients. Binafin antifungal drug was well tolerated. Drug tolerance was assessed as excellent in 89,9 ± 3,2%, good - 7,9 ± 2,9% of patients. Serious adverse reactions requiring discontinuation of the drug, have been reported. Clinical efficacy, tolerability of extended treatment medication and quality of life of patients after a course of antifungal therapy to date allow us to recommend Binafin patients with various fungal infections of the skin caused by dermatophytes.

Keywords: dermatomycosis, fungicide therapy, terbinafin, quality of life

Поражение кожи и ее придатков грибковой инфекцией остается одной из актуальных проблем современной клинической дерматологии. По данным зарубежных исследований онихомикозом страдает от 2 до 18,5% жителей планеты, а в возрастной группе 70 лет и старше этим недугом поражено 50% населения Земли [12]. По

статистике в России ежегодно выявляют в среднем 200 тысяч больных микозами стоп, при этом регистрируют около 100 тысяч пациентов с онихомикозом. За рубежом частота онихомикозов в популяции составляет от 3 до 10%, возрастая у населения старше 60 лет – до 30% [5]. Исследованиями, проведенными французскими дерматологами,

выявлены возбудители дерматомикоза на гладкой коже и в ногтевых пластинках у 35 % взрослого населения старше 40 лет с изменениями ногтевых пластинок [11]. По данным отечественных авторов онихомикозы в структуре дерматологической патологии составляют 24 %, микозы стоп и микозы гладкой кожи – 7 %. Наряду с онихомикозом, микозы стоп поражают не менее 5 % всего взрослого городского населения [8]. Заболеваемость микозом стоп с каждым годом растет, объясняя общий рост заболеваемости дерматофитией [9].

Предрасполагающими факторами, способствующими распространению онихомикозов стоп среди городского населения, являются скученность проживания, посещение бассейна, бани, сауны, массажных и педикюрных кабинетов. Известно, что 28 % больных онихомикозом стоп были заражены именно в этих местах [15]. Кроме того, около трети обследованных лиц отмечали наличие в своем окружении больных микозами стоп, как правило, среди старших членов семьи [2].

Микоз стоп является основным источником распространения инфекции среди населения. Приблизительно в двух случаях из трех микоз вызывается *Trichophyton rubrum* [7]. При синдроме хронической руброфитии микоз стоп является основным «перевалочным пунктом» для распространения процесса на ногти стоп, ладони и ногти кистей, а оттуда и на гладкую кожу, тогда как наиболее стойким «резервуаром» является онихомикоз. От больного-носителя передается, как правило, легко излечиваемый микоз стоп (кожные чешуйки), а не собственно онихомикоз (онихомикоз излечивается гораздо труднее, с большими затратами и, кроме того, меньше влияет на качество жизни больного). Излеченный микоз стоп при неизлеченном онихомикозе, как правило, рецидивирует, что приводит к поддержанию и распространению популяции больных-носителей микоза стоп. В связи с этим первоочередной задачей в современной борьбе с дерматофитией является своевременное выявление микоза стоп, то есть раннее его распознавание и лечение, до развития онихомикоза [4].

В настоящее время дерматологи всего мира используют большое количество различных индексов и шкал для характеристики тяжести состояния и качества жизни дерматологических больных. Это позволяет повысить точность клинических оценок и проанализировать эффективность терапии. Оценка качества жизни является общепринятым в международной практике, высокоинформативным, чувствительным и экономичным

методом оценки здоровья. В последние годы и в дерматологической практике большое значение придается качеству жизни пациентов, страдающих дерматомикозами. Пациенты с микозами часто страдают от низкой самооценки, испытывают трудности в социальных взаимодействиях, имеют серьезные психологические проблемы, что отражается на производительности труда, служебном продвижении [3].

Так как большая доля пациентов с микозами – лица трудоспособного возраста, адекватная терапия этого заболевания способствует социальной и трудовой адаптации.

Высокая заболеваемость и распространенность микозов, обусловленных не только дерматофитами, но нередко и смешанной флорой, развитие лекарственной устойчивости делают особенно актуальной проблему выбора антимикотических средств системного и наружного действия с учетом этиологии, клинической формы и распространенности микоза, чувствительности к нему возбудителя и наличия сопутствующих заболеваний [6].

Учитывая возможную продолжительность терапии микозов (например, при онихомикозе продолжительность терапии может составлять несколько месяцев), особое значение приобретает стоимость лечения и соотношение «затраты – эффективность». Рациональное использование антимикотической терапии с позиции как клинической, так и экономической эффективности может привести к существенной экономии средств, что особенно важно при ограниченных ресурсах отечественного здравоохранения. Поэтому поиск современных перспективных и недорогих препаратов для терапии больных с кожными заболеваниями является актуальным.

Тербинафин – фунгицидный противогрибковый препарат широкого спектра действия из класса аллиламинов, эффективный в отношении дерматофитов, дрожжей и плесеней [10, 13]. Хорошие микробиологические и фармакокинетические характеристики (самая высокая активность в отношении дерматофитов среди системных антимикотиков, фунгицидные концентрации препарата сохраняются в коже и ногтевых пластинах в течение 30 – 36 недель после окончания лечения) препарата Бинафин сочетаются с доступной стоимостью терапии дерматомикозов [1].

Цель работы – изучение клинической эффективности и переносимости препарата Бинафин (тербинафин компании Шрея Лайф Саенсиз Пвт.Лтд., Индия) при лечении дерматомикозов в амбулаторных условиях.

Материалы и методы исследований

В работу были включены 89 пациентов в возрасте от 18 до 67 лет с различными дерматомикозами. Характеристика пациентов с дерматомикозами представлена в табл. 1.

В зависимости от характера и выраженности дерматомикоза назначалась местная, системная или

комбинированная терапия препаратом Бинафин. Таблетки Бинафин 250 мг назначались по 1 таблетке 1 раз в сутки. 1% крем Бинафин большие наносили на очищенные и сухие пораженные очаги и прилегающие участки кожи 1–2 раза в сутки, слегка втирая.

Выраженность кожной симптоматики оценивали с помощью определения общепринятого дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС).

Таблица 1

Характеристика пациентов с дерматомикозами

Дерматомикозы	Код по МКБ-10	Пациенты, чел.			Возраст пациентов, лет		
		п	м	ж	мин.	макс.	средний
Микоз стоп	V35.3	13	9	4	25	63	42,0 ± 3,5
Микоз ногтей	V35.1	23	10	13	29	66	50,8 ± 2,3
Микоз кистей	V35.2	6	3	3	24	64	40,5 ± 6,8
Микоз туловища	V35.4	9	4	5	23	64	41,7 ± 5,5
Эпидермофития паховая	V35.6	7	5	2	33	67	52,0 ± 4,3
Разноцветный лишай	V36.0	11	6	5	18	55	29,9 ± 3,0
Микоз стоп. Микоз ногтей	V35.3, V35.1	10	3	7	31	56	44,1 ± 2,3
Микоз стоп. Микоз туловища	V35.3, V35.4	5	3	2	22	65	46,2 ± 6,9
Микоз стоп. Эпидермофития паховая	V35.3, V35.6	5	3	2	20	51	41,0 ± 5,7
Итого по всем дерматомикозам		89	46	43	18	67	43,9 ± 1,4

Примечание: п – общее число пациентов, м – число мужчин, ж – число женщин.

ДИШС позволяет объективно количественно оценить выраженность патологического кожного процесса в баллах (максимум – 30 баллов). Оценка качества жизни пациентов проводилась с помощью русскоязычной версии специального дерматологического опросника Dermatology Life Quality Index (DLQI) – дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) 2 раза: до лечения и через 1 неделю после завершения противогрибковой терапии. Максимальный индекс равен 30 (наихудшее качество жизни) [3, 14].

Оценку переносимости оценивали по следующей шкале:

- отличная – отсутствие побочных эффектов;

- хорошая – легкие побочные эффекты, не требующие медицинского вмешательства;

- удовлетворительная – умеренные побочные эффекты, требующие назначения препарата для их устранения;

- плохая – выраженные побочные эффекты, требующие отмены препарата.

Результаты исследования и их обсуждение

Динамика показателей эффективности лечения и сроки лечения дерматомикозов представлены в табл. 2.

Таблица 2

Динамика показателей ДИКЖ, ДИШС и сроки лечения дерматомикозов препаратом Бинафин (M±m).

Дерматомикозы	Длительность терапии до наступления полноценного результата, дней	ДИКЖ, балл		ДИШС, балл				
		до лечения	после лечения	до лечения	7-й день терапии	14-й день терапии	заключительный день терапии	заключительный день терапии при микозах ногтей
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Микоз стоп	15,2 ± 1,1	16,8 ± 0,8	1,2 ± 0,6**	8,7 ± 0,4	4,2 ± 0,7**	1,2 ± 0,7*	0,5 ± 0,4	
Микоз ногтей	57,3 ± 5,3	4,3 ± 1,0	1,4 ± 0,3*	2,7 ± 1,0	2,4 ± 0,9	1,4 ± 0,6	1,1 ± 0,6	0,3 ± 0,2
Микоз кистей	21,0 ± 5,1	15,0 ± 3,5	0,7 ± 0,4*	7,7 ± 1,0	3,2 ± 0,5*	0,7 ± 0,4*	0,0 ± 0,0	
Микоз туловища	20,6 ± 2,5	18,4 ± 2,8	1,3 ± 1,0**	10,1 ± 1,0	6,9 ± 1,0*	3,4 ± 1,2*	1,3 ± 0,9	

Окончание табл. 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Эпидермофития паховая	18,3 ± 2,5	10,6 ± 2,3	0,3 ± 0,3*	8,1 ± 0,6	4,7 ± 0,6*	1,0 ± 0,5*	0,1 ± 0,1	
Разноцветный лишай	24,0 ± 2,4	9,3 ± 1,5	1,0 ± 0,4**	2,8 ± 0,3	1,9 ± 0,3*	0,8 ± 0,3*	0,2 ± 0,1	
Микоз стоп. Микоз ногтей	94,0 ± 5,6	16,3 ± 2,6	1,8 ± 1,1**	11,1 ± 1,5	6,6 ± 1,4*	3,6 ± 1,0	1,3 ± 0,9	0,5 ± 0,3
Микоз стоп. Микоз туловища	18,8 ± 1,4	21,0 ± 0,5	0,0 ± 0,0**	12,8 ± 0,5	6,0 ± 1,6*	1,2 ± 0,8*	0,0 ± 0,0	
Микоз стоп. Эпидермофития паховая	16,6 ± 1,3	20,8 ± 1,0	0,0 ± 0,0**	11,2 ± 1,4	6,6 ± 1,0*	3,4 ± 0,5*	0,0 ± 0,0**	
Итого по всем дерматомикозам		12,6 ± 0,9	1,1 ± 0,2**	7,1 ± 0,5	4,2 ± 0,4*	1,8 ± 0,3**	0,7 ± 0,2*	

Примечание: чем меньше показатель, тем выше качество жизни

* – достоверность различий с предыдущей оценкой ($p < 0,05$)

** – достоверность различий с предыдущей оценкой ($p < 0,001$).

Клиническая эффективность препарата Бинафин у больных по окончании терапии отмечалась у всех больных различными дерматомикозами. За весь период наблюдения качество жизни значительно улучшилось у всех 89 пациентов ($p < 0,001$). Эффективность противогрибковой терапии подтверждается еженедельным достоверным снижением ДИШС.

Наибольшее влияние на качество жизни испытывали пациенты с сочетанной патологией микоза стоп и микоза туловища – ДИКЖ=21,0 ± 0,5 балл, что также подтверждается показателем ДИШС = 12,8 ± 0,5 баллов. В среднем за 18,8 ± 1,4 дней комбинированной терапии (таблетки и крем) все эти пациенты (5) достигли клинического излечения: ДИШС = 0 и ДИКЖ = 0 баллов ($p < 0,001$).

Сочетанная патология – микоз стоп и паховая эпидермофития также выражено влияет на качество жизни пациентов: ДИКЖ = 20,8 ± 1,0 баллов, при этом ДИШС = 11,2 ± 1,4 баллов. В среднем через 16,6 ± 1,3 дней на комбинированной терапии все эти пациенты (5) достигли клинического излечения ($p < 0,001$).

Микоз туловища – как отдельная патология также значительно влияет на качество жизни пациентов: ДИКЖ = 18,4 ± 2,8 баллов. Показатель ДИШС при этом равен 10,1 ± 1,0 баллов. При лечении Бинафином в среднем через три недели (20,6 ± 2,5 дней) симптомы заболевания значительно уменьшились. ДИШС при этом достоверно снижался каждую неделю.

Наименее продолжительная противогрибковая терапия отмечалась у пациентов с микозом стоп – 15,2 ± 1,1 дней, наиболее продолжительная – 94,0 ± 5,6 дней – с сочетанием микоза стоп и микоза ногтей. Длительность лечения при сочетании микоза стоп и микоза ногтей (в среднем 3 месяца) обусловлена системной терапией микоза ногтей. Обращает на себя внимание, что микоз ногтей сам по себе – меньше всего из всех дерматомикозов влияет на качество жизни (4,3 ± 1,0 балла), а полноценный результат лечения при этом наблюдается в среднем только через 2 месяца терапии (57,3 ± 5,3 дней). Длительность терапии до наступления полноценного результата лечения микоза ногтей рук при этом составила в среднем 6 недель, а микоза ногтей ног – 8–12 недель. В зависимости от характера поражения ногтя, регресс подногтевого гиперкератоза, изменения цвета и формы ногтевых пластинок и других клинических проявлений отмечался через 6–12 недель терапии таблетированной формой препарата. Критерием эффективности лечения считалось исчезновение клинических проявлений онихомикоза и отрицательный результат микроскопического и/или культурального исследования чешуек с бывших очагов поражения ногтей.

Разноцветный лишай – самый «молодой» дерматомикоз (средний возраст пациентов – 29,9 ± 3,0 лет) – несколько больше оказывал влияние на качество жизни пациентов, чем микоз ногтей, а уровень ДИШС имел схожий уровень с микозом ногтей –

2,8 ± 0,3 балла. Через 3,5 недели применения препарат Бинафин в форме 1% крема показал достоверную эффективность, что отразилось и на изменении качества жизни пациентов ($p < 0,001$).

Так как большинство пациентов с дерматомикозами трудоспособного возраста, качество жизни является информативным показателем их социальной адаптации. За весь период наблюдения качество жизни пациентов достоверно ($p < 0,001$) улучшилось у всех пациентов в среднем в 11,8 раза (табл. 2).

Переносимость препарата Бинафин при лечении дерматомикозов была признана отличной у 80 (89,9%) больных, хорошей – у 7 (7,9%) пациентов (табл. 3).

Таблица 3
Оценка переносимости проведенной противогрибковой терапии

Оценка	Переносимость, n (%)
Отличная	80 (89,9 ± 3,2%)
Хорошая	7 (7,9 ± 2,9%)
Удовлетворительная	2 (2,2 ± 1,6%)
Неудовлетворительная	-

Из побочных реакций отмечались: на прием препарата в форме таблеток – тошнота (3,4 ± 1,9%), чувство переполнения желудка (2,2 ± 1,6%), общая слабость (1,1 ± 1,1%), сонливость (1,1 ± 1,1%); при применении препарата в форме крема – в месте нанесения отмечалось покраснение (4,5 ± 2,2%). Серьезных побочных реакций, требующих отмены препарата, отмечено не было. Никто из пациентов не отказался от приема препарата до завершения исследования, что может свидетельствовать о безопасности препарата.

Выводы

1. Клиническая эффективность препарата Бинафин у больных, находившихся на амбулаторном лечении в различных ЛПУ России по поводу различных дерматомикозов, по окончании терапии отмечалась у всех пациентов. За весь период наблюдения качество жизни значительно улучшилось у всех пациентов.

2. Противогрибковый препарат Бинафин хорошо переносился больными. Серьезных побочных реакций, требующих отмены препарата, отмечено не было.

3. Высокая клиническая эффективность, хорошая переносимость длительного курса приема препарата и значительное улучшение качества жизни больных, после проведенной антимикотической терапии, позволяют рекомендовать Бинафин как про-

тивогрибковый препарат для терапии различных дерматомикозов.

Список литературы

1. Баткаев Э.А., Верхогляд И.В. Сравнительная фармакоэкономическая оценка применения антимикотиков группы тербинафина // Лечащий врач, 2008. – № 5. – С.80–81.
2. Белоусова Т.А. Онихомикозы: особенности современного течения и рациональные терапевтические решения // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 15. №19. – С. 1383–1388.
3. Кочергин Н.Г. Дерматологическое качество жизни как психосоматический симптом дерматоза // Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 2006. – № 4. – С.11–15.
4. Наружная терапия микозов стоп. Пособие для врачей. (Под редакцией Ю.В. Сергеева). М.: Национальная академия микологии. – 2005. – 20 с.
5. Потекаев Н.Н. Онихомикоз. – М., 2009. – 92 с.
6. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем: Рук. для практикующих врачей / А.А. Кубанова, В.И. Кисина, Л.А. Блатун, А.М. Вавилов и др.; под общ. ред. А.А. Кубановой, В.И. Кисинной. – М.: Литтерра, 2005. – 882 с.
7. Сергеев А.Ю. Современные методы лечения онихомикозов // Consilium medicum. – 2001. – Т.3. № 4. – С. 1–4.
8. Сергеев А.Ю., Иванов О.Л., Сергеев Ю.В. и др. Исследование современной эпидемиологии онихомикоза // Вестник дерматологии и венерологии. – 2002, № 3. – С. 31–35.
9. Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю., Лещенко В.М. Современная программа борьбы с дерматомикозами в России // Успехи медицинской микологии. – М.: 2003. – Т.2. – С. 160–162.
10. Степанова Ж.В. Онихомикоз // Русский Медицинский Журнал, 1999. – Т.7. № 14. – С. 648–651.
11. Anane S., Chtourou O. et al. Onychomycoses chez les sujets ages // Annales de dermatologie et de venerologie. – 2007. – Vol. 134, № 10. – P. 743–747.
12. Baran R., Onychomycosis: the current approach to diagnosis and therapy. London: Malden MA: 1999.
13. De Backer M., De Keyser P., De Vroey C. et al. A 12-week treatment for dematophyte toe Onychomycosis: terbinafine 250 mg/day vs. itraconazole 200 mg/day – a double-blind comparative trial. Br Dermatol. 1996; 134 (46): 16–17.
14. Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – A simple practical measure for routine clinical use. Clinical and Experimental Dermatology. 1994. № 19. P. 210–216.
15. Scrivener J. Onychomycoses: epidemiologie et Clinique // Revue francophone des laboratoires. – 2011. – Vol. 41, № 432. – P. 35–41.

References

1. Batkaev Je.A., Verhogljad I.V. Sravnitel'naja farmakojekonomicheskaja ocenka primeneniya antimikotikov gruppy terbinafina [Comparative pharmacoeconomic evaluation of the use of antimycotics terbinafine group] // Physician, 2008. no. 5. pp. 80–81.
2. Belousova T.A. Onihomikozy: osobennosti sovremennogo techenija i racional'nye terapevticheskie reshenija [Onychomycosis: current features of modern and rational therapeutic decisions] // Russian Journal of Medicine. 2007. V.15, no. 19. pp. 1383–1388.
3. Kochergin N.G. Dermatologicheskoe kachestvo zhizni kak psihosomaticheskij simptom dermatoz [Dermatology quality of life as a psychosomatic symptom dermatosis] // Rus. journal Skin and Venereal Diseases. 2006. no. 4. pp. 11–15.

4. Naruzhnaja terapija mikofov stop. Posobie dlja vrachej [Outdoor therapy of foot mycoses. Manual for physicians. (Edited by Sergeev Yu)]. M.: National Academy of Mycology. – 2005. 20 p.
5. Potekaev N.N. Onihomikoz [Onychomycosis]. – M., 2009. 92 p.
6. Racional'naja farmakoterapija zabojevanij kozhi i infekcij, peredavaemyh polovym putem: Ruk. dlja praktikujushchih vrachej [Rational pharmacotherapy skin diseases and sexually transmitted infections by: Rook. for practitioners] /Kubanova A.A., Kisina V.I., Blatun L.A., Vavilov A.M. et al.; Edited by Kubanova A, Kisina V. – M. Litterra, 2005. 882 p.
7. Sergeev A.Ju. Sovremennye metody lechenija onihomikozov [Modern methods of treatment of onychomycosis] // Consilium medicum. 2001. V. 3, no. 4. – pp. 1–4.
8. Sergeev A.Ju., Ivanov O.L., Sergeev Ju.V., i dr. Issledovanie sovremennoj jepidemiologii onihomikoza [The study of modern epidemiology onychomycosis] // Journal of Dermatology and Venereology. 2002, no.3. pp. 31–35.
9. Sergeev Ju.V., Sergeev A.Ju., Leshhenko V.M. Sovremennaja programma bor'by s dermatomikozami v Rossii [Modern control program dermatomycoses in Russia] // Advances in medical mycology. – M.: 2003. V. 2. – pp. 160–162.
10. Stepanova Zh.V. Onihomikoz [Onychomycosis] // Russian Journal of Medicine, 1999. V. 7, no. 14. – pp. 648–651.
11. Anane S., Chtourou O., et al. Onychomycoses chez les sujets ages // Annales de dermatologie et de venerologie. – 2007. Vol. 134, no. 10. pp. 743–747.
12. Baran R., Onychomycosis: the current approach to diagnosis and therapy. London: Malden MA:1999.
13. De Backer M., De Keyser P., De Vroey C. et al. A 12-week treatment for dermatophyte toe Onychomycosis: terbinafine 250 mg/day vs. itraconazole 200 mg/day – a double-blind comparative trial. Br Dermatol. 1996; 134 (46): 16–17.
14. Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – A simple practical measure for routine clinical use. Clinical and Experimental Dermatology. 1994. no. 19. pp. 210–216.
15. Scrivener J. Onychomycoses: epidemiologie et Clinique // Revue francophone des laboratoires. 2011. Vol. 41, no. 432. pp. 35–41.

Рецензенты:

Катханова О.А., д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии, ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар;

Пономарева А.И., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой клинической фармакологии и функциональной диагностики ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар.

Работа поступила в редакцию 05.08.2014.