

С.І. Лаврушко¹⁻², М.О. Дудченко¹, Г.П. Павленко¹, В.Л. Філатова¹¹ ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава²Полтавський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер

Сучасне комплексне лікування мікроспорії гладенької шкіри

Мета роботи — вивчити клінічну ефективність протигрибкового засобу 2 % крему сертаконазолу нітрату в комплексному лікуванні мікроспорії гладенької шкіри з переважним ураженням пушкового волосся у дітей та дорослих.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 80 хворих на мікроспорію гладенької шкіри віком від 2 до 53 років. Серед них було 9 дорослих та 71 дитина (49 дівчаток і 22 хлопчики). У 75 хворих спостерігалось ураження пушкового волосся. Усіх хворих розподілили на три групи залежно від лікування. Всім їм призначено тербінафін залежно від маси тіла: при масі тіла до 20 кг — 62,5 мг/добу (1/4 таблетки), від 20 до 40 кг — 125 мг/добу (1/2 таблетки), понад 40 кг — 250 мг/добу (1 таблетка). Системну терапію поєднували із зовнішнім лікуванням. У 1-й групі хворим призначали 2 % крем сертаконазолу нітрат, у 2-й — 2 % крем кетоконазолу, у 3-й — 1 % крем тербінафіну. Тривалість лікування в 1-й групі становила від 1 до 5 тиж залежно від локалізації патологічного процесу, у 2-й та 3-й — від 2 до 6 тиж.

Результати та обговорення. Внаслідок лікування досягнуто клінічного та етіологічного одужання у всіх 80 хворих на мікроспорію. Тривалість терапії становила від 1 до 6 тиж залежно від локалізації патологічного процесу. Тривалість лікування в 1-й групі становила від 1 до 5 тиж. Уведення до комплексу лікування хворих на мікроспорію 2 % крему сертаконазолу нітрату надало змогу поліпшити наслідки лікування і скоротити його термін на 7—14 днів (1—2 тиж). Спостерігалася хороша переносність препаратів без зміни показників загальних і біохімічних аналізів крові, сечі після закінчення курсу терапії.

Висновки. Протигрибковий засіб 2 % крем сертаконазолу нітрат є ефективним та безпечним у разі мікроспорії гладенької шкіри у дітей. Комплексне лікування хворих на мікроспорію системним антимікотиком тербінафіном та 2 % кремом сертаконазолу нітрату сприяло поліпшенню наслідків лікування, скороченню його термінів, прискоренню клінічного та мікологічного одужання. Цей комплексний метод виявився ефективним при мікроспорії гладенької шкіри з переважним ураженням пушкового волосся у дітей та дорослих.

Ключові слова

Мікроспорія, діти, гладенька шкіра, пушкове волосся, лікування, тербінафін, кетоконазол, сертаконазолу нітрат.

Мікроспорія — грибкове захворювання, зумовлене грибами роду *Microsporum*, коли уражаються шкіра та її придатки (переважно волосся і дуже рідко — нігтьові пластинки).

Належить до найпоширеніших дерматофітій, посідаючи друге місце в структурі грибкових інфекцій після мікозу стоп та кистей. У деяких регіонах країни частка пацієнтів із мікроспорією становить 80—90 % хворих на дерматомікози.

В окремих країнах світу захворюваність на мікроспорію сягає 60—99,7 % дерматомікозів, щороку рівень захворюваності збільшується на 8% [1,4, 5, 15].

Мікроспорія належить до трихомікозів. При трихомікозах патологічний процес локалізується переважно в шкірі та її придатках. Збудники

трихомікозів паразитують у волоссі, епідермісі, дермі, зумовлюючи виразну запальну реакцію, інколи в нігтях [6, 7, 11].

Особливості мікроспорії:

- 1) висококонтагіозне захворювання;
- 2) частіше хворіють діти наймолодшого віку, зокрема і новонароджені;
- 3) переважно патологія шкіри супроводжується ураженням її придатка — волосся (довгого та пушкового, інколи брів та вій), що зумовлює складність і тривалість лікування [6, 8].

На сьогодні відомо понад 20 видів гриба *Microsporum*. Останніми роками лише *Microsporum canis (seu lanosum)* став практично єдиним збудником мікроспорії в світі [13,14,16,17]. Він є найпоширенішим збудником мікроспорії в

Україні та країнах Європи і вирізняється найвищою стійкістю порівняно з іншими дерматофітами [5, 6, 18].

Збудник мікроспорії *Microsporum canis* {*sen lanosum*) — дерматофіт із виразною кератолітичною активністю, здатний розкласти кератин тварин та людини. Активність кератиназ і загалом протеолітичних ферментів вважають основою патогенних якостей дерматофітів. Здатність розкласти різні типи кератину відповідає локалізації дерматофітної інфекції [9]. Ця особливість зумовлює ураження при мікроспорії придатка шкіри — волосся, основною складовою якого є кератин. У разі зараження міцелій гриба потрапляє в роговий шар епідермісу і звідти проникає у волосся [6, 8].

Здатність проникати в роговий шар шкіри і уражувати волосся зумовлена виразною кератолітичною активністю *Microsporum canis* [8].

При мікроспорії частіше уражується довге волосся, якщо патологічний процес локалізується на волосній частині голови, та пушкове волосся при висипах на гладенькій шкірі. Також уражується щетинисте волосся (брів та вії) [6, 8].

Лікування хворих на мікроспорию з ураженням волосся складне і тривале. Важливим моментом є комплексне лікування, коли призначають системний антимікотик залежно від локалізації патологічного процесу та зовнішню терапію. Для лікування мікроспорії волоссяної частини голови основним препаратом в Україні та інших країнах світу є гризеофульвін. При мікроспорії гладенької шкіри добре себе зарекомендував системний антимікотик тербінафін, особливо за ураження пушкового волосся [8, 11, 19]. Це пояснюється тим, що тербінафін є кератофільним антимікотиком, здатним нагромаджуватися в кератиномісних структурах (шкірі, волосі, нігтях), і може тривалий час зберігатися в цибулинні волоссяного фолікула, забезпечуючи терапевтичний ефект навіть після припинення використання препарату [3]. Тербінафін має найвищу серед системних антимікотиків активність щодо дерматофітів, які спричиняють більшість (до 94 %) мікозів [2].

Тербінафін має сильну фунгістатичну та фунгіцидну дію (тобто зумовлює загибель гриба). Фунгіцидна дія ґрунтується на специфічному гальмуванні скваленоксидази, порушуючи синтез ергостеролу — основного компонента мембрани клітини гриба. Це зумовлює внутрішньоклітинне нагромадження сквалену і загибель клітини гриба. Ліпофільність препарату сприяє проникненню в епідерміс, дерму, під шкіру, звідки тербінафін повільно всмоктується в кров. Сліди препарату виявляють у крові через 4—7 тиж після

закінчення терапії. Завдяки кератофільній властивості тербінафін нагромаджується в роговому шарі епідермісу і тривалий час там зберігається у фунгіцидних концентраціях [3].

Місцево для лікування мікроспорії застосовують різні креми та засоби із протигрибковою дією (тербінафін, кетоконазол, біфоназол, сертаконазол) та обробляють уражені ділянки 2 % спиртовим розчином йоду [10—12]. Важливою складовою ефективного та успішного лікування мікроспорії гладенької шкіри є епіляція або гоління ураженого пушкового волосся в осередках з інтервалом раз на 3 дні. Добре себе зарекомендував при мікроспорії у дітей 2 % крем сертаконазолу нітрату.

Сертаконазолпротигрибковий засіб для місцевого лікування, похідний імідазолу, який чинить сильну фунгіцидну дію і має широкий спектр активності проти патогенних грибкових інфекцій: дерматофітів, дріжджеподібних грибів та збудників, які спричиняють інфекційні захворювання шкіри та слизових оболонок, зокрема грампозитивні штами. Механізм його дії зумовлений пригніченням синтезу ергостеролу і підвищенням проникності мембрани клітин грибів, що призводить до їхньої загибелі. У разі місцевого застосування в крові та сечі не виявляють. Системна абсорбція не характерна. Дуже важливою є низька частота побічних ефектів [10].

Мета роботи — вивчити клінічну ефективність протигрибкового засобу 2 % крему сертаконазолу нітрату в комплексному лікуванні мікроспорії гладенької шкіри з переважним ураженням пушкового волосся у дітей та дорослих.

Матеріали та методи

Під спостереженням у Полтавському обласному клінічному шкірно-венерологічному диспансері в період від травня до вересня 2017 р. перебували 80 хворих на мікроспорию гладенької шкіри віком від 2 до 53 років. З них було 9 дорослих (6 жінок і 3 чоловіки) віком від 19 до 53 років та 71 дитина віком від 2 до 15 років (49 дівчаток і 22 хлопчики). Більшість дітей відвідували навчальні шкільні та дошкільні заклади: 21 — дитячий садок, 42 — школу. У всіх хворих на мікроспорию супутніх захворювань не було.

Тривалість захворювання до звернення по медичну допомогу становила від 1 доби до 4 міс. Джерелом зараження у 38 стали домашні коти (переважно кошенята), у 7 — бездомні, у 15 — домашні та дворові коти у бабусь у селі, де діти перебували на канікулах чи в гостях. Лише у 7 пацієнтів джерелом зараження були домашні собаки, у 2 — домашні собаки у бабусь у селі. У 2 висипка на шкірі з'явилася після купання

в річці та перебування на пляжі. У 9 випадках джерело зараження не встановлено.

У всіх хворих на мікроспорію гладенької шкіри спостерігалися рожевого кольору висипи овальної чи округлої форми з підвищенням по периферії за рахунок вузликів і кірочок, з лущенням на поверхні, розміром від 0,5 до 3 см у діаметрі, різної локалізації. У 19 хворих виявлено поодинокі висипи розміром від 0,5 до 2 см у діаметрі на шкірі обличчя, шиї, грудей, спини, живота, передпліч, плечей. Від 2 до 4 осередків ураження мали 22 хворих, від 5 до 9 вогнищ — 27. Висипи локалізувалися на різних ділянках тіла. У 12 пацієнтів виявлено множинні висипи (понад 10) на шкірі обличчя, шиї, тулуба, верхніх та нижніх кінцівок розміром від 1 до 3 см у діаметрі.

Клінічний діагноз у всіх хворих підтвердився мікроскопічним аналізом, результатами культурального та люмінесцентного (у променях лампи Вуда) досліджень.

У 75 хворих мікроспорією гладенької шкіри спостерігалось ураження пушкового волосся, що підтверджено результатами мікроскопічного та люмінесцентного досліджень (яскраво-зелене світіння пушкового волосся у променях лампи Вуда). Клінічно ураження пушкового волосся виявляється фолікулярними осередками або утворенням перифолікулярних папул. Ураження пушкового волосся та множинні висипи при мікроспорії гладенької шкіри є показанням для системного лікування. Показанням для призначення системного антимікотика є також тривале неефективне лікування зовнішніми протигрибковими засобами. У разі локалізації висипів на відкритих ділянках тіла (наприклад, обличчі) для прискорення лікувального ефекту також призначали системний антимікотик тербінафін.

Усіх хворих на мікроспорію гладенької шкіри розподілили на три групи залежно від лікування. У 1-шу групу зараховано 40 хворих віком від 2 до 43 років (3 дорослих і 37 дітей). Другу групу склали 30 хворих віком від 2 до 34 років (3 дорослих і 27 дітей). До 3-ї групи ввійшли 10 пацієнтів віком від 12 до 53 років (3 дорослих і 7 дітей).

Усім хворим призначено тербінафін залежно від маси тіла: при масі тіла до 20 кг — 62,5 мг/добу (1/4 таблетки), від 20 до 40 кг — 125 мг/добу (1/2 таблетки), понад 40 кг — 250 мг/добу (1 таблетка) раз на добу. Системну терапію поєднували із зовнішнім лікуванням, яке передбачало епіляцію-або гоління пушкового волосся та змащування уражених ділянок 2 % спиртовим розчином йоду і протигрибковими засобами. Тривалість лікування становила від 1 до 6 тиж.

Хворим 1-ї групи призначали системний антимікотик тербінафін у таблетках перорально

за схемою залежно від маси тіла, місцево двічі на добу — 2 % спиртовий розчин йоду і 2 % крем сертаконазолу нітрату. Видаляли пушкове волосся в осередках шляхом епіляції або гоління з інтервалом раз на 3 дні. Тривалість лікування становила від 1 до 5 тиж і залежала від локалізації патологічного процесу.

У 2-й групі хворим призначено системний антимікотик тербінафін у таблетках перорально за схемою залежно від маси тіла і місцево двічі на добу — 2 % спиртовий розчин йоду та 2 % крем кетоконазолу. Видалення пушкового волосся в осередках проводили шляхом епіляції або гоління з інтервалом раз на 3 дні. Тривалість лікування становила від 2 до 6 тиж залежно від локалізації патологічного процесу.

Хворим 3-ї групи призначали системний антимікотик тербінафін у таблетках перорально за схемою залежно від маси тіла, місцево двічі на добу — 2 % спиртовий розчин йоду та 1 % крем тербінафіну. Проводили епіляцію або гоління пушкового волосся в осередках ураження з інтервалом раз на 3 дні. Тривалість лікування становила від 2 до 6 тиж і залежала від локалізації патологічного процесу.

Клініко-етіологічний контроль ефективності 2 % крему сертаконазолу нітрату, 2 % крему кетоконазолу та 1 % крему тербінафіну проводили під час лікування раз на 3 дні до отримання негативних результатів мікроскопічного дослідження (два-три аналізи з триденним інтервалом) та за допомогою люмінесцентного дослідження в променях лампи Вуда (зникнення зеленого світіння пушкового волосся в осередках ураження гладенької шкіри та двократна відсутність люмінесцентного світіння волосся під час контрольних оглядів), а також за потреби — культурального дослідження (відсутність гриба *M. Canis*).

Результати та обговорення

На мікроспорію хворіють переважно діти віком до 15 років. Хворих на мікроспорію дівчаток було більше, ніж хлопчиків (49 дівчаток і 22 хлопчиків). Основним джерелом зараження були коти (у 60 з 80 хворих).

Дослідження проводили в теплі сезони року: наприкінці весни (від травня), влітку і на початку осені (до вересня).

Ураження пушкового волосся у 75 випадках підтверджували результатами мікроскопічного та люмінесцентного досліджень. У променях лампи Вуда волосся, уражене грибом роду *Microsporum*, світилося яскраво-зеленим кольором. Клінічно виявлялося перифолікулярними папулами (поодинокими або множинними)

залежно від кількості ураженого волосся на гладенькій шкірі.

У всіх 80 хворих на мікроспорію досягнуто клінічного та етіологічного одужання, що підтверджено результатами мікроскопічного, культурального та люмінесцентного досліджень. Тривалість лікування становила від 1 до 6 тиж і залежала від локалізації патологічного процесу та лікування. Це зумовлено різними розмірами і особливостями розташування пушкового волосся на різних ділянках тіла.

Сорока хворим 1-ї групи призначено системний антимікотик тербінафін у таблетках перорально за схемою залежно від маси тіла, місцево двічі на добу — 2 % спиртовий розчин йоду і 2 % крем сертаконазолу нітрат. Видаляли пушкове волосся в осередках шляхом епіляції або гоління з інтервалом раз на 3 дні. Тривалість лікування становила від 1 до 5 тиж і залежала від локалізації патологічного процесу. Це зумовлено тим, що пушкове волосся на різних ділянках тіла має різні розміри та довжину. У 3 хворих на мікроспорію гладенької шкіри без ураження пушкового волосся поодинокі висипи локалізувалися на обличчі, грудях, животі й лікування тривало 7 діб. У 7 хворих з ураженням пушкового волосся поодинокі висипи були розташовані на шкірі обличчя, шиї, живота, спини. Термін комплексного лікування становив 7 діб. У 5 хворих висипи локалізувалися на шкірі грудей, передньої поверхні шиї, обличчя, живота, і лікування тривало 10—11 діб. У 6 хворих лікування тривало 2 тиж. Висипи у них були розташовані на шкірі обличчя, шиї, спини, живота, згинальних поверхнях передпліч та плечей. Чотирьом хворим лікування було призначено протягом 3 тиж. Висипи у них локалізувалися на шкірі обличчя, грудей, передньої поверхні шиї, згинальних поверхнях верхніх та нижніх кінцівок. У 10 пацієнтів висипи були на шкірі обличчя, шиї, спини, живота, згинальних та розгинальних поверхнях нижніх та верхніх кінцівок. Термін лікування становив 4 тиж. У 5 пацієнтів з локалізацією патологічного процесу на шкірі задньої поверхні шиї, розгинальних поверхнь гомілок, стегон, плечей, передпліч лікування тривало 5 тиж.

У 2-й групі 30 хворим призначено системний антимікотик тербінафін у таблетках перорально за схемою залежно від маси тіла і місцево двічі на добу 2 % спиртовий розчин йоду та 2 % крем кетоназолу. Видаляли пушкове волосся в осередках за методом епіляції або гоління з інтервалом раз на 3 дні. Тривалість лікування становила від 2 до 6 тиж залежно від локалізації патологічного процесу. У 2 хворих на мікроспорію гладенької шкіри без ураження пушкового

волосся поодинокі висипи локалізувалися на шкірі грудей та живота і лікування тривало 2 тиж. У 7 хворих з ураженням пушкового волосся термін лікування становив 2 тиж. Висипи у цих хворих локалізувалися на шкірі грудей, шиї, обличчя, спини, живота. У 5 хворих з ураженням пушкового волосся лікування тривало 3 тиж. Висипи локалізувалися на шкірі грудей, передньої поверхні шиї, обличчя, згинальних поверхнях передпліч та плечей. У 7 пацієнтів висипи були на шкірі обличчя, шиї, живота, спини, згинальних поверхнях верхніх та нижніх кінцівок. Термін лікування тривав 4 тиж. У 9 пацієнтів з локалізацією патологічного процесу на шкірі розгинальних поверхнь гомілок, стегон, передпліч, плечей, задньої поверхні шиї тривалість лікування становила 6 тиж.

Результати дослідження у 10 хворих 3-ї групи були схожими з результатами 2-ї групи. Тривалість лікування становила від 2 до 6 тиж і залежала від локалізації патологічного процесу. У 3 хворих лікування тривало 2 тиж. Висипи локалізувалися на шкірі обличчя, грудей, шиї, живота. У 4 пацієнтів вони були на шкірі обличчя, шиї, спини, живота, згинальних поверхнях нижніх та верхніх кінцівок. Термін лікування становив 4 тиж. У 3 пацієнтів з локалізацією патологічного процесу на шкірі задньої поверхні шиї, розгинальних поверхнь гомілок, стегон, плечей, передпліч лікування тривало 6 тиж.

В усіх хворих на мікроспорію гладенької шкіри з переважним ураженням пушкового волосся, яким у комплексне лікування з системним антимікотиком тербінафіном уведено 2 % крем сертаконазолу нітрату, досягнуто клінічного та етіологічного одужання. Тривалість лікування становила від 1 до 5 тиж залежно від локалізації патологічного процесу. Переносність препаратів була хорошою. Побічних ефектів не спостерігалось. Всім хворим до та після лікування виконано аналізи крові (загальний та біохімічний) і сечі. Відхилень у лабораторних показниках не виявлено. Результати лікування підтверджено негативними мікроскопічними аналізами та результатами люмінесцентного дослідження (двократною відсутністю люмінесцентного світіння волосся у променях лампи Вуда при контрольних оглядах).

У 3 хворих на мікроспорію гладенької шкіри без ураження пушкового волосся поодинокі висипи локалізувалися на шкірі обличчя, грудей, живота, де пушкове волосся менш розвинене, тому термін лікування становив лише 1 тиж.

Тривалість лікування у 7 хворих на мікроспорію гладенької шкіри з ураженням пушкового волосся становила теж 1 тиж. У цих хворих

спостерігалися поодинокі висипи на шкірі обличчя, шиї, живота, спини, де пушкове волосся має менші розміри та глибину залягання.

Скорочення терміну лікування до 1 тиж можливе в разі поодиноких висипів на ділянках тіла, де пушкове волосся менш розвинене (шкірі обличчя, грудей, шиї, живота, спини), за умови своєчасного лікування на початку захворювання, раннього звернення до лікаря, в 1-шу — 2-гу добу захворювання, коли пушкове волосся не встигло уразитися, або в початковій стадії його ураження.

Усі хворі добре реагували на 2 % крем сертаконазолу нітрату. Крем має легку структуру, легко наноситься на шкіру, швидко всмоктується в шкіру, не забруднює одягу, має приємний запах. Він швидко зменшував почервоніння шкіри, яке інколи спостерігалось після нанесення розчину йоду, зменшував лущення та запалення, добре вирівнював поверхню шкіри.

Порівняно з іншими засобами спостерігалася висока ефективність 2 % крему сертаконазолу нітрату: гіперемія зменшувалася вже через 3 доби (до другого контрольного візиту до лікаря), лусочки добре відшаровувалися вже через 3—7 діб (на час другого і повторних візитів до лікаря), добре вирівнювалася поверхня шкіри, особливо у разі попереднього самостійного ви-

користання інших лікарських засобів та методів народної медицини.

Протигрибковий засіб 2 % крем сертаконазолу нітрат виявився ефективним та безпечним у разі мікроспорії гладенької шкіри у дітей. Комплексне лікування хворих на мікроспорію системним антимікотиком тербінафіном та 2 % кремом сертаконазолу нітрату надало змогу поліпшити наслідки лікування, скоротити термін лікування на 7—14 діб і прискорити клінічне та мікологічне одужання. Цей комплексний метод лікування виявився ефективним при мікроспорії гладенької шкіри з переважним ураженням пушкового волосся у дітей та дорослих.

Висновки

Протигрибковий засіб 2 % крем сертаконазолу нітрат ефективний та безпечний у разі мікроспорії гладенької шкіри у дітей. Комплексне лікування хворих на мікроспорію системним антимікотиком тербінафіном та 2 % кремом сертаконазолу нітрату сприяло підвищенню ефективності лікування, зокрема скороченню його термінів та прискоренню клінічного і мікологічного одужання. Цей комплексний метод лікування виявився ефективним при мікроспорії гладенької шкіри з переважним ураженням пушкового волосся у дітей та дорослих.

Список літератури

1. Антонова С.Б., Уфимцева М.А. Заболеваемость микроспорией: эпидемиологические аспекты, современные особенности течения // Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского.— 2016.— Т. 95, № 2,— С. 142—146.
2. Болотная Л.А. Роль тербинафина в терапии грибковых поражений кожи // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2012.— № 4,— С. 108—115.
3. Кочеткова Л., Потекаев Н., Коваленко А. и др. Место хромато-масс-спектрометрии в разработке оптимальных подходов к системной терапии и мониторинга больных микроспорией волосистой части головы // Врач.— 2008.— № 1.— С. 36—38.
4. Карабаева И.Т. Изучение иммунологической реактивности организма у больных микроспорией // Укр. жури, дерматол., венерол., косметол.— 2015.— № 2,— С. 61-66.
5. Кутасевич Я.Ф. Микроспория сегодня: эпидемиология, особенности клиники, диагностики, лечения // Дерматология та венерология,— 2003,— № 2,— С. 43—47.
6. Наконечна С.І. Пробиотично-вітамінно-мінеральний комплекс у комплексному лікуванні мікроспорії // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2016,— № 4,— С. 50-56.
7. Наконечна С.І. Досвід застосування системного антимікотика гризофульвіну в комбінації з гепатопротекторним препаратом «Антраль» для терапії мікроспорії // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2015,— № 4,— С. 51-55.
8. Наконечна С.І. Практичний досвід застосування тербінафіну в терапії мікроспорії гладенької шкіри з переважним ураженням пушкового волосся // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2013,— № 4,— С. 98—103.
9. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей.— М.: ООО «Бином-пресс», 2003,- С, 169-172.
10. Сергеев А.Ю., Бурцева Г.Н., Николаевский В.О., Сергеев Ю.В. Доказательный опыт терапии дерматомикозов сертаконазолом // Иммунопатология, аллергология, инфектология,— 2015.— № 4,— С. 92—104.
11. Степаненко В.І., Чоботарь А.І., Бондарь С.О. Дерматология і венерология,— К.: ВСВ «Медицина», 2015.— С. 90-102.
12. Яковлев А.Б. Современные концепции терапии микроспории и трихофитии // Рос. журн. кожн. и венерич. болезней,— 2014.— № 6,— С. 22—29.
13. Bendjaballah-Laliam A., Djazer H. Epidemiology of Tinea capitis in the suburbs of Tipasa, Algeria // J. Mycol. Med.— 2014,-Vol. 24, N 2,-P. 141-143.
14. Deng S., Hu H., Abliz P., Wan Z. A random comparative study of terbinafine versus griseofulvin in patients with tinea capitis in Western China // Mycopathologia. — 2011. — Vol. 172, N 5. - P. 365-372.
15. Leite Jr. D.P., Amadio J.V., Simoes Sde A. et al. Dermatophytosis in military in the central-west region of Brazil: literature review // Mycopathologia.— 2014,— Vol. 177, N1-2,-P. 65-74.
16. Maraki S. Epidemiology of dermatophytoses in Crete, Greece between 2004 and 2010 // G. Ital. Dermatol. Venereol. — 2012.-Vol. 147, N3, - P. 315-319.
17. Sakae H., Noguchi H., Ichinokawa Y., Hiruma M. Analysis of 25 cases of microsporum canis infection encountered at a dermatology clinic in Kumamoto during a recent 3-year

- period // *Med. Mycol. J.* - 2011. - Vol. 52, N 2. - P. 139-144.
18. Yin B., Xiao Y., Ran Y. et al. *Microsporum canis* infection in three familial cases with tinea capitis and tinea corporis // *Mycopathologia.*— 2013,- Vol. 176, N 3-4,- P. 259-265.
19. Zaraq I., Hawilo A., Aounallah A. et al. Inflammatory Tinea capitis: a 12-year study and a review of the literature // *Mycoses.* - 2013,- Vol. 56, N 2,- P. 110-116.

С.И. Лаврушко^{1,2}, Н.А. Дудченко¹, А.П. Павленко¹, В.Л. Филатова¹

¹*ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», Полтава*

²*Полтавский областной клинический кожно-венерологический диспансер*

Современное комплексное лечение микроспории гладкой кожи

Цель работы — изучить клиническую эффективность противогрибкового средства 2 % крема сертаконазола нитрата в комплексном лечении микроспории гладкой кожи с преимущественным поражением пушковых волос у детей и взрослых.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 80 больных микроспорией гладкой кожи в возрасте от 2 до 53 лет. Из них 9 взрослых и 71 ребенок (49 девочек и 22 мальчика). У 75 пациентов наблюдалось поражение пушковых волос. Всех больных разделили на три группы в зависимости от лечения. Всем им назначено тербинафин в зависимости от массы тела: при массе тела до 20 кг — 62,5 мг/сут (1/4 таблетки), от 20 до 40 кг — 125 мг/сут (1/2 таблетки), более 40 кг — 250 мг/сут (1 таблетка). Системная терапия совмещалась с внешним лечением. В 1-й группе больным назначали 2 % крем сертаконазола нитрат, во 2-й — 2 % крем кетоконазола, в 3-й — 1 % крем тербинафина. Длительность лечения в 1-й группе составила от 1 до 5 нед в зависимости от локализации патологического процесса, во 2-й и 3-й — от 2 до 6 нед.

Результаты и обсуждение. В результате лечения достигнуто клиническое и этиологическое излечение у всех 80 больных микроспорией. Длительность лечения составила от 1 до 6 нед в зависимости от локализации патологического процесса. Длительность лечения в 1-й группе составила от 1 до 5 нед. Включение в комплексное лечение больных микроспорией 2 % крема сертаконазола нитрата дало возможность улучшить результаты лечения и сократить срок лечения на 7—14 дней. Наблюдалась хорошая переносимость препаратов без изменений показателей общих и биохимических анализов крови, мочи после окончания курса терапии.

Выводы. Противогрибковое средство 2 % крем сертаконазола нитрат является эффективным и безопасным при микроспории гладкой кожи у детей. Комплексное лечение больных микроспорией системным антимикотиком тербинафином и 2 % кремом сертаконазола нитрата способствовало улучшению результатов лечения, сокращению сроков лечения, ускорению клинического и микологического выздоровления. Этот комплексный метод лечения оказался эффективным при микроспории гладкой кожи с преимущественным поражением пушковых волос у детей и взрослых.

Ключевые слова: микроспория, дети, гладкая кожа, пушковые волосы, лечение, тербинафин, кетоконазол, сертаконазола нитрат.

S.I. Lavrushko^{1,2}, M.O. Dudchenko¹, H.P. Pavlenko¹, V.L. Filatova¹

¹*HESI << Ukrainian Medical Stomatological Academy >>, Poltava*

²*Poltava Regional Clinical Dermatovenerologic Dispensary*

Modern complex treatment of microsporia of smooth skin

Objective — to determine clinical efficacy of antifungal agent 2 % sertaconazole nitrate cream in complex treatment of microsporia of smooth skin mainly affecting the vellus hair in children and adults.

Materials and methods. We observed 80 patients with microsporia of smooth skin aged from 2 to 53 years including 9 adults and 71 children (49 girls and 22 boys). There were injured vellus hair in 75 patients presented. All patients were divided into 3 groups depending on treatment assigned. All patients of 3 groups were prescribed terbinafine depending on body weight: for less than 20 kg of body weight — 62.5 mg/24-hour period (1/4 of pill); 20 to 40 kg — 125 mg/24-hour period (1/2 of pill), more than 40 kg — 250 mg/24-hour period (1 pill). System therapy was combined with on skin treatment. Patients of the 1st group were prescribed 2 % sertaconazole nitrate cream, patients of the 2nd group — ketoconazole cream, patients of the 3rd group — terbinafine cream. Treatment duration in the 1st group ranged from 1 to 5 weeks depending on localization of pathological process. Treatment duration in the 2nd and 3rd groups ranged from 2 to 6 weeks.

Results and discussion. All 80 patients with microsporia have clinically and etiologically recovered as a result of treatment. Treatment duration for all three groups ranged from 1 to 6 weeks depending on localization of the pathological process. Treatment duration in the 1st group ranged from 1 to 5 weeks. The inclusion of 2 % sertaconazole nitrate cream in complex treatment of patients with microsporia allowed to improve treatment results and to shorten treatment duration by

7—14 days. There was good tolerability in adults and children without changing the general and biochemical blood and urine tests after completion of therapy.

Conclusions. Antifungal agent 2 % sertaconazole nitrate cream is effective and safe in case of microsporia of smooth skin in children. Complex treatment of patients with microsporia by means of antimycotic terbinafine and 2 % sertaconazole nitrate cream has contributed to improvement of treatment results, reduction of treatment duration, acceleration of clinical and mycological recovery. This complex treatment method showed its effectiveness in treatment of patients with microsporia of smooth skin mainly affecting the vellus hair in children and adults.

Key words: microsporia, children, smooth skin, vellus hair, treatment, terbinafine, ketoconazole, sertaconazole nitrate. □

Дані про авторів:

Лаврушко Світлана Іванівна, аспірант очної (вечірньої) форми навчання кафедри внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів зі шкірними та венеричними хворобами ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», лікар-дерматовенеролог диспансерного відділення Полтавського обласного клінічного шкірно-венерологічного диспансеру 36039, м. Полтава, вул. Олесь Гончара, 12

E-mail: lavruskosvitlana@gmail.com

Дудченко Микола Олексійович, д. мед. н., проф. кафедри внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів зі шкірними та венеричними хворобами ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

Павленко Ганна Петрівна, к. мед. н., доц. кафедри фізіології ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

Філатова Валентина Луківна, к. біол. н., доц. кафедри гігієни, екології та охорони праці ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»