

Опыт применения препарата «ТЕРБИЗИЛ» в лечении микроспории у детей

Т. И. Дроздова, Т. В. Деревянко

Городской кожно-венерологический диспансер, Железногорск, Красноярский край

Микроспория — грибковое заболевание, обусловленное различными видами грибов рода *Microsporum*.

ЭТИОЛОГИЯ

Наиболее распространена зооантропонозная микроспория, вызываемая *Microsporum canis*.

Зооантропонозная микроспория — самое распространенное высококонтагиозное заболевание кожи и волос, общее для человека и животных. Для него характерно поражение жестких волос головы, верхней губы, подбородка, бровей, ресниц, лобка, половых губ, а также пушковых волос гладкой кожи.

Микроспория преобладает в странах Европы, особенно в Средиземноморье, США и Южной Америке, Японии, Израиле. Кувейте, Катаре, Арабских Эмиратах.

Сегодня микроспория получила наибольшее распространение даже в регионах с традиционно высокой заболеваемостью трихофитией. Так, в Дагестане, Узбекистане, Таджикистане, Туркменистане, Башкортостане, Казахстане, Армении, где ранее наблюдались единичные случаи микроспории, сегодня она составляет до 83–99,7% всех грибковых заболеваний волос. В России заболеваемость микроспорией составляет около 71,6 на 100 тыс. населения. Микроспорией в основном (до 65%) болеют дети, в том числе и новорожденные.

Основным источником заражения (80,5%) являются кошки, преимущественно бродячие. Предметы обихода становятся источником заражения у 2–2,5% больных микроспорией.

У 5,5% больных микроспорией источниками заражения становятся люди — родственники, друзья, соседи — при несоблюдении элементарных санитарно-гигиенических правил, а также сексуальные партнеры при локализации очагов микоза на наружных половых органах, лобке, животе, верхней части бедер.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Microsporum canis относится к зоофильным грибам и паразитирует на коже кошек

или собак. Заражение происходит в основном при контакте с больным животным или через предметы, инфицированные их шерстью. Заражение от человека наблюдается редко.

Заболеваемость микроспорией неодинакова в течение года и во многом зависит от появления у кошек, представляющих собой основной источник инфекции, котят, более подверженных инфицированию и заболеванию микроспорией. Можно выделить два всплеска заболевания микроспорией у человека. Первый приходится на май — июнь, другой подъем заболеваемости наблюдается в сентябре — ноябре.

КЛИНИКА

Microsporum canis поражает волосы, гладкую кожу, очень редко ногти. Инкубационный период при микроспории обычно составляет 5–7 дней. После него на гладкой коже, преимущественно на открытых участках лица, шеи, груди, верхних и нижних конечностей, появляются единичные (от 1 до 3) округло-овальные эритематосквамозные пятна величиной 1–4 см в диаметре, четко очерченные периферическим валиком. Если же котенка берут в постель, первичные очаги микоза растирают при мытье мочалкой, возникают многоочаговые, диссеминированные варианты микроспории. Распространению и слиянию очагов микоза также способствует нерациональное лечение, в частности смазывание кортикостероидными кремами.

Типичные очаги микроспории на голове располагаются обычно на макушке, в теменной и височных областях. Они выглядят как округло-овальные «пешинки» до 3–5 см в диаметре с четкими границами и «отсевами» вблизи них. Волосы в очагах тусклые, все обломаны на одном уровне, на высоте 4–6 мм, как бы подстрижены. Видимо, поэтому микроспорию в быту называют «стригущим лишаем». Поверхность очага микоза представляется шероховатой, шагреневой за счет выступающих «пеньков» волос, окутанных сероватыми или беловатыми чехликами. Под лампой Вуда поражен-

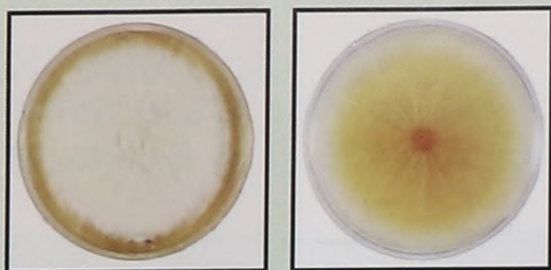


Фото 1, 2. Вид колоний *M. canis*
(Sutton, D. A., et al., 1998).



Фото 3,4.
Типичная микроскопическая
картина гриба *M. canis*
(Larone, D. H., photo A.C.
Velasco, 1995).

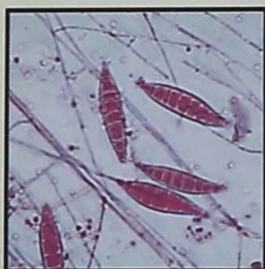


Фото 5. Фазово-контрастная
микроскопия культуры
M. canis
(Sutton, D. A. et al., 1998)

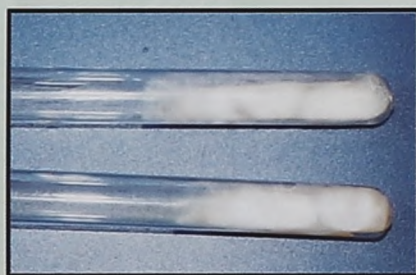
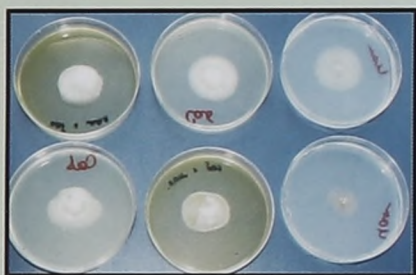


Фото 6, 7. Характер роста колоний *M. canis* на среде Сабуро и на скошенном агаре;
нормальный вариант роста и развития культур.
(Данные бактериологической лаборатории УрНИИДВиИ, 2004)

Фото 8. Характер роста и интенсивная
желтовато-оранжевая окраска культур *M. xanthodes*.
(Данные бактериологической лаборатории
УрНИИДВиИ, 2004)

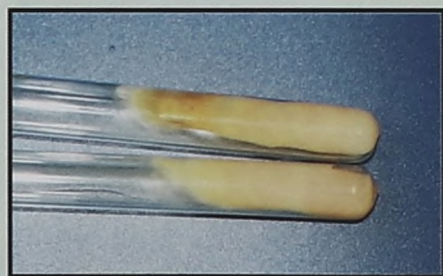


Фото 9. Изменения макроморфологии
культур *M. canis* на скошенном агаре.
(Данные бактериологической лаборатории
УрНИИДВиИ, 2004)



ные волосы светятся ярким зеленым светом, напоминая только что скошенный луг.

Микроспория традиционно считается болезнью детского возраста. Однако в настоящее время этим микозом нередко болеют и взрослые. Сказываются, видимо, неблагоприятные социальные и экологические условия, рост числа нейроэндокринных заболеваний и иммунодефицитных состояний. Женщины болеют в 4 раза чаще мужчин.

ДИАГНОСТИКА

У детей микроспория, как правило, диагностируется своевременно, атипичные формы и ошибки в диагностике наблюдаются в 5% случаев, у взрослых этот показатель возрастает почти в 4 раза и составляет 19% случаев.

Из атипичных форм микроспории особого внимания заслуживают стертые, трихофитоидные разновидности. Они наблюдаются не так уж редко: у 8,5% больных, причем у взрослых в 2,5 раза чаще. Такая микроспория протекает незаметно, почти не беспокоит больных и не заставляет их сразу же обратиться к врачу. Ее нередко путают с себореидами, себорейным дерматитом, псориазом и другими заболеваниями, а неправильно подобранное лечение не приносит результатов. В связи с этим такие варианты микроспории приобретают хронический характер, становясь причиной дальнейшей диссеминации микоза у самого заболевшего и его распространения в окружающей среде. Зафиксирована продолжительность трихофитоидной микроспории от 7 мес до 2 лет.

Такие формы микроспории обычно характерны для ослабленных больных (туберкулез, болезнь Шегрена, пеллагроидный дерматит и др.). Клинически они проявляются диффузным или очаговым шелушением, разреженностью волос или формированием участков очаговой алопеции. Волосы в очагах тусклые, без чехликов, обломаны по-разному — на уровне кожи и на высоте 10–15 мм. Участки алопеции то очень мелкие, с булавочную головку, то гигантские, полициклических очертаний при слиянии.

Диагноз микроспории ставят на основании клинических проявлений, нахождения грибов при микроскопическом исследовании, свечения под люминесцентной лампой Вуда и выделения культуры при посеве на питательную среду Сабура.

ЛЕЧЕНИЕ

При микроспории волосистой части головы, множественных очагах на гладкой коже, единичных очагах с поражением пушковых волос назначают антимикотики системного действия.

Таблица 1. Возрастная характеристика больных, получавших Тербизил (n=30)

Возраст, лет	Число больных (%)
3–6	4(13)
7–10	17(57)
11–14	9(30)

Таблица 2. Распределение больных по клиническим формам (n=30)

Диагноз	Число больных	
	абс	%
Микроспория волосистой части головы	8	27
Микроспория волосистой части головы и гладкой кожи	12	40
Распространенные формы микроспории гладкой кожи	10	33

Таблица 3. Сроки излечения больных микроспорией

Форма микроспории	Число больных		Сроки излечения, дни
	абс	%	
Микроспория волосистой части головы (n= 8)	3	37,5	24
	4	50	28
	1	12,5	30
Микроспория волосистой части головы и гладкой кожи (n= 12)	8	66,7	24
	3	25	28
	1	8,3	32
Распространенные формы микроспории гладкой кожи (n= 10)	3	30	20
	5	50	22
	2	20	24

Одновременно проводят наружную терапию: сбривание волос 1 раз в 7–10 дней, мытье головы 2–3 раза в неделю, в очаги поражения втирают серно-салициловую, серно-дегтярную мазь, клотримазол, тербинафин и др., смазывают спиртовой настойкой йода (2%). Лечение микроспории проводят под контролем люминесцентной лампы Вуда, микроскопического исследования на грибы. Критерием излечения считается разрешение клинических проявлений, отсутствие свечения под люминесцентной лампой, три отрицательных анализа на грибы с 5–7-дневным интервалом при поражении волосистой части головы и 3-дневным — гладкой кожи.

Мы изучили эффективность терапии микроспории с помощью системного антимикотика из группы аллиламинов тербинафина компании «Гедеон Рихтер» (Венгрия) с торговым названием «Тербизил».

Тербизил обладает не только фунгистатическим, но и фунгицидным действием и является активным антимикотическим средством в отношении дерматофитов. Препарат, действуя

на скваленэпоксидазу, блокирует превращение скваленов в ланостерол. Развивающийся дефицит эргостерола и внутриклеточное накопление сквалена вызывают гибель грибковой клетки. Тербинафин липофилен, поэтому он быстро достигает дермального слоя кожи, скапливается в роговом слое эпидермиса, волосяных фолликулах и волосах, длительно сохраняясь после отмены препарата.

Нами пролечены 30 детей в возрасте от 3 до 14 лет. Среди них 19 (63%) мальчиков и 11 (37%) девочек. Распределение больных по возрасту представлено в *таблице 1*.

Следует отметить, что 57% больных составляют дети от 7 до 10 лет.

Давность заболевания до 2 нед была у 15 детей, от 2 до 4 нед — у 11 детей, свыше 1 мес — у 4 детей.

Из *таблицы 2* видно, что в наблюдаемой нами группе 40% составляли больные с поражением волосистой части головы и гладкой кожи.

Диагноз во всех случаях подтвержден микроскопическим, культуральным и люминесцентными методами.

Тербизил назначали в зависимости от массы тела ребенка и в соответствии с рекомендациями компании-производителя: при массе тела ребенка меньше 20 кг — в дозе 62,5 мг в сутки; детям с массой от 20 до 40 кг — 125 мг; более 40 кг — 250 мг. Всем больным проводили традиционную наружную терапию, еженедельное сбривание волос в очагах на волосистой части головы.

Для контроля за переносимостью препарата всем пациентам до начала лечения, в процессе лечения (1 раз в 10 дней) и после его окончания проводили клинические анализы крови, общий анализ мочи, исследовали билирубин и печеночные трансаминазы, амилазу, щелочную фосфатазу. Изменений в лабораторных показателях не выявлено.

Эффективность терапии оценивали по срокам регресса клинических проявлений и элиминации возбудителя.

Сроки лечения больных в зависимости от формы микроспории представлены в *таблице 3*.

Сроки лечения составили от 20 до 32 дней в зависимости от локализации и распространенности процесса. У всех пролеченных нами больных наступило полное клиническое и микологическое излечение.

В течение 1-го месяца после лечения контрольные анализы на споры и мицелий патогенного гриба проводили 1 раз в 10 дней, затем 1 раз в 1-2 мес. Рецидивов заболевания не было.

Таким образом, эффективность применения **Тербизила** при микроспории волосистой части головы и гладкой кожи у детей продемонстрирована микологическим излечением, стойким терапевтическим эффектом, отсутствием побочных реакций и осложнений.

ПРОФИЛАКТИКА

При заболевании микроспорией проводят текущую и заключительную дезинфекцию. Текущую дезинфекцию осуществляют родители до госпитализации ребенка, а при амбулаторном лечении — до выздоровления по рекомендации медицинского персонала. При заражении микроспорией от домашнего животного его следует показать ветеринарному врачу. Если у животного диагностирована микроспория, то по желанию родителей можно провести лечение. Если животное здорово, то ему рекомендуется профилактическое лечение вакциной с целью предотвращения заражения от ребенка. О заражении от безнадзорных животных следует сообщить в ветеринарную лечебницу или санэпидстанцию. Заболевший микроспорией не должен посещать детский коллектив до выздоровления.

Основной мерой профилактики микроспории для здоровых детей является соблюдение санитарно-гигиенических правил. После игры с животным на улице необходимо мыть руки, нельзя пользоваться чужими головными уборами, расческами, бельем.