

УДК 616.5–002.828–053.2–085

ЗАСТОСУВАННЯ ТЕРБІЗИЛУ В ЛІКУВАННІ МІКРОСПОРІЇ ТА ТРИХОФІТІЇ У ДІТЕЙ

О. В. Буянова

Івано-Франківська державна медична академія

Ключові слова: мікроспорія, трихофітія, лікування, Тербізил.

Мікроспорія і трихофітія є одними з найпоширеніших дерматомікозів, особливо в дитячому віці. Зокрема, вивчення динаміки захворюваності у Донецьку за останні 20 років дало змогу відзначити, що на тлі зниження загальної кількості хворих з дерматофітіями рівень захворюваності на трихофітію лишається на досить високому рівні й становить близько 82 %, або 73,5–171,4 на 100 тис. населення [2].

Мікроспорія — це мікоз, який спричиняють гриби роду *Microsporium*, уражує гладку шкіру, довге та пушкове волосся.

На території України мікроспорію найчастіше викликає зоофільний *Microsporium canis* і значно рідше атропофільний *Microsporium ferrugineum*. Головними джерелами найпоширенішої мікроспорії, спричиненої *Microsporium canis*, є коти, особливо кошенята, та собаки, зараження від яких відбувається зазвичай при безпосередньому контакті, а також через предмети та речі, забруднені лусочками, та волосся.

Трихофітія — це трихомікоз, що буває поверхневим та інфільтративно-нагнійним. Поверхневу трихофітію викликають антропофільні гриби — *Trichophyton violaceum* та *Trichophyton tongurans*. Джерелами зараження, як правило, є діти молодшого та середнього віку, хворі на поверхневу трихофітію, рідше дорослі, у яких захворювання перебігає за хронічним типом. Інфікування відбувається шляхом безпосереднього контакту з хворим або через головні убори, білизну, гребінці, шітки. Інфільтративно-нагнійну трихофітію спричинюють *Trichophyton verrucosum* та *Trichophyton mentagrophytes*, що належать до зоофільних грибів і зазвичай паразитують на гризунах, коровах, телятах [1].

Для проникнення грибів у шкіру та розвитку захворювання провідне значення має патогенність і вірулентність збудника (його місце знаходження, мікроскопічні й культуральні особливості, біохімічна активність, імуногенні властивості й можливість зараження тварин цим грибом). Останніми роками вельми важливу роль у розвитку мікроспорії та трихофітії відводять стану макро-

організму (вік, зниження реактивності, імуносупресія, порушення обмінних процесів, авітаміноз, ендокринні, функціональні порушення). Не можна не враховувати і стану шкіри як одного з чинників інфікування грибами (тріщини, мацерація, потертість, травми, поріз, тісне взуття).

Особливості епідеміології, патогенезу й клініки мікроспорії та трихофітії на сучасному етапі, ураження цими недугами головним чином дітей потребує комплексного підходу до лікування з використанням високоефективних антимікотиків широкого спектра дії, а також різноманітних патогенетичних препаратів, що можуть усунути чинники інфікування й активізувати захисні сили організму. Це дає змогу забезпечити високий відсотоквилікування, досягти тривалих ремісій у разі доброї переносності, мінімальної кількості побічних явищ і ускладнень.

Під нашим клініко-лабораторним спостереженням перебувало 34 дітей, хворих на мікроспорію, та 8 — трихофітію. Поділ пацієнтів за віком та діагнозом демонструють табл. 1, 2.

Клінічно при мікроспорії волосистої частини голови ми спостерігали округлі, різковідмежовані вогнища суцільно обляманого на одному рівні (3–4 мм) волосся, оточеного сірувато-білим нальотом. Кількість вогнищ — від 1 до 8. Шкіра в ділянці ураження дещо гіперемована, набрякла, без гострозапальних явищ. Вогнища мікроспорії на гладкій шкірі локалізувалися переважно на відкритих ділянках шкіри: обличчі, шиї, передпліччі, тулубі. Ми спостерігали від 1 до 6 набряклих плям рожево-червоного кольору, правильних, округлих обрисів з чіткими межами. Поверхня вкрита кірочками та лусочками, нерідко утворювалися фігури за типом подвійних кілець, вогнища дисемінувалися, особливо під час миття. Поверхнева трихофітія волосистої частини голови та гладкої шкіри, яку виявлено у 8 пацієнтів, клінічно дуже нагадувала мікроспорію. У двох дітей діагностовано інфільтративно-нагнійну трихофітію, що локалізувалася на волосистій частині голови і була представлена різко обмеженими півкулеподібними вузлами синюш-

Таблиця 1

Поділ хворих на мікроспорію за віком та діагнозом

Вік, роки	Мікроспорія гладкої шкіри	Мікроспорія волосистої частини голови	Поєднання уражень гладкої шкіри і волосистої частини голови
6–10	6	4	3
10–14	5	7	4
14–16	2	2	1

Таблиця 2

Поділ хворих на трихофітію за віком та діагнозом

Вік, роки	Поверхнева трихофітія волосистої частини голови	Поверхнева трихофітія гладкої шкіри	Інфільтративно-нагнійна трихофітія
6–10	2	1	1
10–14	1	1	1
14–16	—	1	—

но-червоного кольору, горбкувата поверхня яких вкрита фолікулами, кірками, ерозіями, лусочками. Частина волосся випала, решта розхитана, устя волосяних фолікулів розширені, наповнені гноем, гострозапальні явища виражені.

Діагноз мікроспорії та трихофітії встановлено на підставі клінічної картини, результатів мікроскопічного та культурального досліджень, епідеміологічного обстеження.

Не викликає дискусії питання щодо потреби лікування піломікозів, адже ці недуги є епідемічно небезпечними, часто призводять до поширення інфекції, особливо в дитячих колективах. До того ж істотно порушується функція уражених органів, виникає загроза дисемінації грибкового процесу, а в разі тривалого перебігу виникають ускладнення, зумовлені вторинною бактеріальною флорою.

Слід наголосити, що досить часто патогенні гриби можуть індукувати в організмі розвиток мікогенної алергії з формуванням нової патології — екземи, нейродерміту, бронхіальної астми, вазомоторного риніту, атопічного дерматиту. Гриби нерідко сприяють появі лікарської непереносності, зокрема антибіотиків, розвитку вторинного імунодефіциту.

Принципи раціональної протигрибкової терапії включають загальні, фармакотерапевтичні та фармакокінетичні. Загальні принципи передбачають якомога швидший початок терапії, встановлення мікологічного діагнозу, стану імунітету, а також наявності супутньої патології та її лікування. Фармакотерапевтичними принципами є обґрунтування показань до призначення антимікотика, вибір найактивнішого та найменш токсичного препарату, призначення адекватних доз,

визначення тривалості курсу, проведення контролю за лікуванням, профілактика ускладнень та побічних явищ, потреба комбінованої терапії. Фармакодинамічні принципи передбачають форму випуску і спосіб призначення препарату, швидкість всмоктування, ступінь зв'язування з білками крові, здатність проникати і нагромаджуватися у вогнищах інфекції, шляхи і терміни елімінації з організму, можливість фармацевтичної взаємодії з іншими препаратами.

За хімічною структурою серед протигрибкових препаратів є похідні азолу (імідазоли) — кетоконазол, клотримазол, міконазол та інші, а також триазоли — інтраконазол, флуконазол та інші. До групи аліламінів належать тербінафін (Тербізил), антибіотиків — амфотерацин В, амфоглюкомін, гризеофульвін, леворин, морфолінів — аморолфін, феколатриклозан, 8-оксихінолону-кліохінол.

За механізмом протигрибкової дії всі антимікотики поділяються на три групи. По-перше, вони порушують структуру і функцію клітинної стінки грибів за рахунок зв'язування з ергостеролом, а також функцію клітинної мембрани (полієнові антибіотики), блокують синтез ергостеролу (азоли, аліламіни). Крім того, тільки аліламіни ще й пригнічують скваленоксидазу — фермент, потрібний для розвитку грибів (фунгіцидний ефект). По-друге, антимікотики порушують синтез нуклеїнових кислот і поділ клітин гриба. По-третє, вони гальмують процеси трансмембранного обміну в клітинах грибів [2].

Для лікування трихомікозів у дітей ми зупинили свій вибір на тербінафіні (Тербізил), який володіє фунгіцидною дією, блокує скваленоксидазний фермент грибів [5], тербінафін є самостій-

ним класом протигрибкових засобів, що визначає його терапевтичний потенціал. Крім того, тербінафін ретельно і широко вивчено в лікуванні поверхневих грибкових захворювань [4].

Основними властивостями тербінафіну є:

- 1) широкий спектр антифунгальної дії;
- 2) добра всмоктуваність;
- 3) елективна кумуляція і утворення стійкого терапевтичного ефекту в товщі епітелію, що роговіє;
- 4) нечисленні лікарські взаємодії;
- 5) добра переносність [4].

Тербізил дітям, хворим на мікроспорію та трихофітію, призначали з розрахунку: 20–40 кг маси тіла — 1 дитяча таблетка (125 мг) 1 раз на добу, за маси тіла дитини понад 40 кг — 2 дитячі таблетки (125 мг) 1 раз на добу протягом 4–5 тижнів. У разі локалізації патологічного процесу на гладкій шкірі використовували Тербізил у формі 1% крему. За місцевого застосування Тербізил проникає у верхню частину рогового шару, де його ліпофіль-

ний характер забезпечує ефективне зв'язування і утримання. Він також проникає у волосяні фолікули, створюючи ефект концентрації препарату в тих локалізаціях, де нерідко існують залишкові клітини гриба, які можуть слугувати джерелом рецидиву. Усі пацієнти лікування переносили добре, побічних явищ не спостерігалось.

Після завершення курсу лікування Тербізілом клініко-лабораторне одужання настало у 32 осіб: відновився ріст волосся, зменшилося лущення, регресували еритематозно-сквамозні вогнища на гладкій шкірі. Тільки у 2 дітей з мікроспорією під час лабораторного обстеження по завершенні терапії виявлено ріст *Microsporum canis*. Детальним обстеженням у них виявлено супутню патологію: гельмінтоз, амебіаз, гастроудоденіт. Після консультації з інфекціоністами, гастроентерологами цим хворим було призначено повторний курс лікування.

Отже, Тербізил є високоефективним препаратом в лікуванні мікроспорії та трихофітії у дітей.

Цитована література

1. *Кожные и венерические болезни*: Справочник / Под ред. Иванова.— М.: Медицина, 1997.— 352 с.
2. *Кравець О. В.* Клініко-епідеміологічні особливості мікроспорії дітей у сучасних умовах та розробка нових методів терапії. // Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— 2002.— 18 с.
3. *Федотов В. П.* Актуальные вопросы дерматофитий / В. П. Федотов, В. Г. Кубась // *Дерматовенерол., косметол., сексопатол.*— 2000.— № 2 (3).— С. 6–11.
4. *Evans E.* The dinical efficacy of terbinafine in the treatment of fungal infections of the skin // *Rev. Contemp. Pharmacother.*— 1997.— Vol. 8.— P. 325–341.
5. *Ryder N. I.* Antifungal activity and mechanism of action of terbinafine / N. I. Ryder, B. Favre // *Kev. Cont. Pharmacother.*— 1997.— Vol. 8.— P. 275–288.

Применение Тербизила в лечении микроспории и трихофитии у детей

О. В. Буянова

В статье приведены результаты лечения 34 детей с микроспорией и 8 с трихофитией волосистой части головы и гладкой кожи с применением Тербизила (детские таблетки по 125 мг), а также 1% крема Тербизила. Доказан высокий клинический эффект Тербизила, который можно рекомендовать как препарат выбора в лечении микроспории и трихофитии у детей.

The use of Terbizil in treatment of microsporia and trichophytosis in children

O. V. Buianova

The results of the treatment of 34 children suffering from microsporia and 8 — from trichophytosis of the hairy part of head and smooth skin with the use of Terbizil (children tablets 125 mg) and 1 % cream Terbizil are presented in this article. High clinical effect of Terbizil, which can be recommended as a preparation of choice in treatment of microsporia and trichophytosis in children, has been proved.