

Актуальные вопросы диагностики и лечения социально значимых дерматозов и инфекций, передаваемых половым путём: Материалы международной научно-практической конференции. (г.Витебск, 16-17 сентября 2010 г.) – Витебск, 2010. – С.58-61.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕРБИЗИЛА В ЛЕЧЕНИИ МИКРОСПОРИИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Панкратов В.Г., Римко Е.Г., Рабчинская О.М., Олецкая Н.Э.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер», г. Минск

Одним из наиболее распространенных дерматомикозов (трихомикозов) является микроспория. Это распространенное высококонтагиозное грибковое заболевание, поражающее кожу и её придатки (волосы, реде ногти) у человека, а также кожу и шерсть животных. Заболевание вызывается различными видами грибов рода *Microsporum*. Основной контингент болеющих – дети: начиная с грудного возраста и до 16 лет, но в последние годы участились случаи семейной микроспории, где одновременно болеют дети, взрослые, старики. На территории Беларуси регистрируется относительно высокий уровень заболеваемости микроспорией: в 2003 г. было 41,3 случая на 100 000 населения, в 2005 – 48,1; в 2008 – 43,0 сл./100 тысяч. Среди возбудителей микроспории в последние 4 года в г. Минске выявляется только одна разновидность микроспорумов – *Microsporum lanosum*, т.е. пушистый микроспорум – возбудитель зооантропонозной микроспории. Он стал своеобразным грибом-космополитом, паразитирующим на всем евроазиатском континенте, о чём пишут и другие авторы (Н.П. Малишевская., С.Н. Нестеров, 2006).

Проведенный нами анализ частоты регистрации микроспории у жителей г. Минска в различные месяцы года в период с января 2003 года по декабрь 2009 года показал, что наименьшая заболеваемость микроспорией все эти годы регистрировалась в марте – июле, а в августе – сентябре ежегодно имел место выраженный рост заболеваемости микроспорией с последующим постепенным снижением этого показателя в период с октября по февраль. Такая динамика заболеваемости обусловлена, прежде всего, сезонностью эпизоотии микроспории среди кошек – основного резервуара и источника заражения микроспорией детей и взрослых. Играет роль и сезонность миграции населения, связанная с отпускным периодом; после возвращения в августе-сентябре дети и подростки, отдохавшие летом в деревне и в загородных зонах отдыха, осматриваются родителями и медработниками при поступлении их в школы и детские сады.

Современное лечение микроспории базируется на использовании системных антимикотиков: гризеофульвина, препаратов тербинафина или итраконазола. Гризеофульвин в течение последних 5 лет не поступает в аптечную сеть Беларуси и препараты тербинафина стали ведущими антимикотиками для лечения микроспории и трихофитии у детей до 14 лет, а в более старшем возрасте можно использовать и препараты итраконазола. Тербинафин (Ламизил, Тербизил) – самый щадящий системный антимикотик, главной мишенью которого является скваленовая эпоксидаза исключительно грибковых клеток.

Целью настоящего исследования было проведение сравнительной оценки клинической эффективности дженерика Тербизила и бренда Ламизила в лечении микроспории гладкой кожи, волосистой части головы и сочетанного микотического поражения волосистой части головы и гладкой кожи.

Под нашим наблюдением находилось 106 больных микроспорией в возрасте от 2 лет до 49 лет, из них 60 (56,6 %) – мужского пола и 46 (43,4 %) – женского пола. В возрасте до 4 лет было 12 детей, от 5 до 7 лет – 27 больных, от 8 до 14 лет – 52, 15-18 лет – 4, старше 18 лет – 11 пациентов.

Микроспория гладкой кожи туловища и конечностей была выявлена у 40 пациентов, поражение только волосистой части головы *M. lanosum* констатировано у 38 больных. Наличие очагов микроспории одновременно на волосистой части головы и гладкой коже шеи, туловища и конечностей отмечено у 28 пациентов. Инфильтративно-нагноительная форма микроспории диагностирована у 3 больных. Число очагов на гладкой коже колебалось от 2 до 21, при этом у 33,6 % пациентов их число было от 2 до 5, а у 45,4 % – от 6 до 15. Желто-зеленое свечение очагов в лучах лампы Вуда, особенно на волосистой части головы, было отмечено до начала лечения у всех больных. До лечения у всех больных клинический диагноз был подтвержден лабораторно (микроскопически – у 100 %, культура гриба *M. lanosum* была получена у 101 из 106 (95,3 %) обследованных..

Первая группа больных микроспорией получала внутрь Тербизил (76 человек), вторая – Ламизил (30 человек). Оба препарата тербинафина назначались согласно клиническим протоколам диагностики и лечения больных с болезнями кожи и подкожной клетчатки. При наличии у больного массивного поражения волосистой части головы и гладкой кожи препараты тербинафина назначались по методике профессора Н.Н.Потекаева из расчета: дети до 20 кг – 94 мг препарата, от 20 до 40 кг – 187 мг, свыше 40 кг – 250 мг. На эту же методику 1,5 кратного увеличения суточной дозы препарата переводились пациенты, у которых в течение первых 5 недель лечения результаты

микроскопического исследования пеньков волос на грибы были стабильно положительными,

Из 40 больных с микроспорией гладкой кожи 8 получали лечение ламизилом, 32-тербизилом. Третий подряд отрицательный анализ был получен соответственно на $24,6 \pm 2,9$ и $25,0 \pm 2,1$ день ($P > 0,1$), т.е. клиническое и микологическое излечение очагов микроспории на гладкой кожи происходило в среднем за 3,5 недели при использовании как брэнда (Ламизила), так и Тербизила. Это согласуется с данными других авторов.

У больных, получавших лечение по поводу микроспории волосистой части головы Ламизилом (12 больных) первый и третий подряд отрицательные анализы были получены соответственно через $22,7 \pm 4,0$ и $34,8 \pm 4,4$ дней, а при лечении Тербизилом (26 пациентов) соответственно – $25,4 \pm 3,3$ и $38,2 \pm 2,8$ дней. Различия показателей обеих групп недостоверны ($P > 0,1$).

При сочетанном поражении гладкой кожи и волосистой части головы лечение ламизилом (10 больных) позволило получить первый отрицательный результат через $22,6 \pm 3,4$ дней, а третий – через $35,9 \pm 4,7$ дней. В группе больных, получавших лечение тербизилом, эти показатели были соответственно равны $26,9 \pm 4,8$ и $38,5 \pm 6,9$ дней. По обоим показателям различия были статистически не достоверны ($P > 0,1$).

Анализ клинических материалов показал, что в ряде случаев при лечении тербизилом перевод на повышенные в 1,5 раза дозы антимикотика проводился с большой задержкой (на 2-4 недели), что, возможно, и сказалось на относительно более длинных сроках излечения больных.

Дети и взрослые больные микроспорией в целом хорошо перенесли лечение Тербизилом или Ламизилом, легкие побочные эффекты, не потребовавшие отмены препарата, имели место у 4 пациентов из 106 наблюдавшихся. Общие анализы крови и мочи оставались в пределах нормы на протяжении всего курса лечения.

Таким образом, препараты тербинафина – Ламизил и Тербизил – являются эффективными системными антимикотиками у детей и взрослых больных микроспорией, с хорошей переносимостью лечения. Тербизил, будучи дженериком Ламизила, практически не уступает по клинической и микологической эффективности Ламизилу, имевшие место небольшие различия в скорости разрешения микологического процесса были статистически недостоверны. При практически равной эффективности лечения стоимость препаратов часто играет решающее значение. С фармакоэкономической точки зрения лечение Тербизилом является для пациента более предпочтительным. Терапевтические методики, учитывая длительные сроки лечения микроспории у детей препаратами тербинафина, нуждаются в дальнейшем совершенствовании, возможно

путём подключения физиотерапевтических методов по созданию более высоких концентраций противогрибкового препарата в очагах микотической инфекции.