

УДК 616.594.171-053.2-08

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОСПОРИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ У ДЕТЕЙ. ЭКЗИФИН КАК ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭТОЙ ПАТОЛОГИИ

М.Н. Лебедюк, И.С. Фучиж, М.Э. Запольский, В.И. Бойко

Одесский государственный медицинский университет
Одесский областной кожно-венерологический диспансер
Одесская областная детская кожно-венерологическая больница

Ключевые слова: микроспория у детей, этиология, клиника, лечение.

Способностью внедряться в роговой слой кожи и поражать при этом волосы обладают дерматофиты рода *Trichophyton* и *Microsporum*. Заболеваемость трихофитией за последние десятилетия среди населения Одесской области значительно снизилась и составляет в среднем 2—3 случая на 100 000 населения, в то время как микроспория гладкой кожи и волосистой части головы по-прежнему встречается довольно часто — 25—30 случаев на 100 000 населения.

В подавляющем большинстве случаев микроспорией волосистой части головы страдают дети в возрасте до 13—14 лет, гораздо реже взрослые. У мужчин заболевание регистрируют спорадически.

Микоспорумы принято делить на три группы: антропофильные, зоофильные и геофильные. Это обусловлено различиями эпидемиологии вызываемых ими микозов. Практическое значение имеют две другие группы микоспорумов, обладающие более или менее выраженными кератолитическими свойствами и нередко являющиеся причиной заболевания человека.

Источник инфицирования антропофильными микоспорумами — больные люди, которые заражают здоровых при непосредственном контакте или опосредовано через различные предметы (головные уборы, расчески и др.). Два наиболее важных антропофильных вида *Microsporum audouini* и *Microsporum ferrugineum* распространяются, непосредственно попадая на кожу из почвы или от больного человека к здоровому [1].

Зоофильные микоспорумы, в том числе и часто встречаемый *Microsporum canis*, менее контагиозны по сравнению с антропофильными. Однако распространенность зоофильных грибов на территории Украины в десятки раз превышает распространенность антропофильных микозов. Кошки, и особенно котята, являются основными источниками *Microsporum canis* для людей, реже переносят заболевание собаки. Около 80% всех случаев заражения связано с непосредственным контактом человека с больными животными. Передача возбудителя от инфицированного человека к здоровому наблюдается относительно редко (3—4%). Наибольшее количество

больных микроспорией, вызванной *Microsporum canis*, регистрируют в конце лета и осенью, что совпадает с увеличением количества больных микроспорией кошек. Необходимо помнить о возможности асимптомного носительства примерно у 2—3% кошек [6].

В патогенезе микроспории немаловажное значение играют следующие факторы:

- вирулентность попавшего на кожу возбудителя микроспории;
- наличие микротравм, то есть входных ворот для инфекции;
- температура, влажность окружающей среды;
- возраст больного (дети в возрасте до года страдают микроспорией крайне редко, а в возрастной группе от 4 до 10 лет заболевание встречается с максимальной частотой);
- иммунное состояние организма; специфическая сенсибилизация после перенесенного ранее микотического процесса с ослаблением организма в результате инфекционных заболеваний [2, 5];
- нарушение вегетативной нервной системы, которое проявляется изменением кислотно-щелочного баланса общего покрова, химического состава кожного сала [4];
- нарушение обмена веществ и гормональное состояние организма, гипергликемия кожи, снижение уровня белка крови;
- авитаминозы;
- дисбактериоз кишечника.

Вопрос лечения пациентов с микроспорией гладкой кожи не вызывает затруднений, так как не требует системного применения антимикотиков. При поражении волосистой части головы необходимо комплексное воздействие на возбудителя и применение наружных средств. Особенность зоофильной микроспории волосистой части головы — выраженные воспалительные явления, вплоть до образования значительной инфильтрации и даже нагноения в очагах поражения. В таких случаях необходимо назначение системных антимикотиков, способных создавать высокую концентрацию антифунгицидных средств в крови, не вызывая при этом нежелательных побочных воздействий на организм.

Современные противогрибковые препараты для системного применения дают значительно лучший противомикотический эффект в сравнении с классическим гризеофульвином. Однако изучению их действия на организм человека при лечении микроспории волосистой части головы уделено недостаточно внимания [7].

Мы выбрали препарат экзифин прежде всего по той причине, что он лишь незначительно ограничивает функцию цитохрома P450 (СУР) и не взаимодействует со стероидными гормонами организма человека, благодаря чему обладает минимальным количеством побочных эффектов, имеет низкий потенциал лекарственных влияний. Экзифин является специфическим блокатором эпоксидазного фермента, а поэтому предотвращает биосинтез эргостерола грибка, входящего в состав мембраны его клетки. Перорально принятый экзифин в 70—80% абсорбируется в желудочно-кишечном тракте. Прием пищи не влияет на биодоступность препарата, он стойко накапливается в составе ороговевающего эпителия. Помимо вышеуказанных свойств, экзифин обладает выраженным фунгицидным действием на дерматофиты, дает возможность за короткие сроки подавить активность возбудителя микроспории и полностью элиминировать его из организма человека [3].

Под нашим наблюдением с 2002 года находилось 35 больных микроспорией волосистой части головы. Эту группу составляли дети в возрасте от 4 до 14 лет. Из них 21 пациент получал терапию экзифином и 14 больных пролечены классическим гризеофульвином. Распределение обследованных в зависимости от возрастной группы представлено в табл. 1.

Источником заражения в 32 случаях являлись домашние животные (кошки, собаки) в 3 — больные дети. У 17 пациентов, находившихся под нашим наблюдением, помимо поражения волосистой части головы высыпания локализовались и на гладкой коже. Диагноз основывался на данных анамнеза, клинической картины, микроскопического и культурального исследования. Всем наблюдаемым до начала терапии, через 10 дней после начала и по окончании

лечения проводили биохимические исследования крови с учетом активности трансаминаз, щелочной фосфатазы, В-липопротеидов, определяли уровень белка в плазме крови. Пациентов постоянно осматривали лечащие врачи, с частотой повторных визитов 1 раз в 3—4 дня.

Терапию гризеофульвином проводили по традиционной схеме из расчета 22 мг/кг массы тела больного, ежедневно до первого отрицательного анализа на грибы, а затем в той же суточной дозе через день в течение 2 недель. Наружная терапия сводилась к полному сбриванию волос на голове с последующей эпиляцией их в очагах поражения, обработкой 5% спиртовым раствором йода и 5% гризеофульвиновой мазью.

Экзифин назначали больным микроспорией волосистой части головы из расчета 5мг/кг массы тела в сутки. Продолжительность лечения в среднем составляла 3—4 недели. Волосы пациентам остригали максимально коротко до 1 см в длину. Помимо приема препарата внутрь проводили наружную терапию: обработка очагов поражения 5% спиртовым раствором йода 1 раз/сут и 2 раза/сут 1% кремом экзифин. Через 7 и 14 дней после начала лечения пораженные волосы эпилировались.

Помимо специфической терапии, всем наблюдаемым назначали гепатопротекторы, витаминотерапию, препараты, стимулирующие иммунитет.

Все жалобы, поступающие от пациентов в ходе лечения, проанализированы и в зависимости от их частоты зафиксированы в амбулаторных карточках больных (табл. 2).

Необходимо отметить также, что вышеуказанные жалобы являлись обратимыми и самопроизвольно исчезали после окончания терапии как экзифином, так и гризеофульвином.

При лечении экзифином уже через 14 дней у 13 (62%) пациентов возбудитель микроспории не выявлялся в очагах поражения, чего не наблюдалось при использовании гризеофульвина. Вместе с тем у некоторых больных, особенно с инфильтративно-нагноительными формами заболевания, элиминация возбудителя затягивалась до 28 дней (табл. 3).

Таблица 1. Распределение больных микроспорией в зависимости от возраста

Возраст больных, годы	Количество больных	
	абс.	%
От 4 до 7	16	45,7
От 7 до 10	13	37,1
От 10 до 14	6	17,2
Всего	35	100

Таблица 2. Частота жалоб, поступивших от пациентов в ходе лечения микроспории волосистой части головы экзифином и гризеофульвином

Терапия	Жалобы больных			
	Головная боль	Нарушение вкуса	Гастро-энтеральные нарушения (тошнота, изжога, боль в желудке, диарея)	Кожный зуд
Экзифином (n = 21)	3 (14,2%)	4 (19%)	2 (9,5%)	—
Гризеофульвином (n = 14)	5 (35,7%)	6 (42,8%)	6 (42,8%)	2 (14,2%)

Примечание. В скобках указан процент предъявляемых жалоб по отношению к общему числу пациентов в данной группе.

Исходя из наших данных, показатели элиминации возбудителя микроспории из очагов поражения были значительно выше при использовании экзифина, что позволило сократить длительность лечения.

После проведенной терапии больные находились в течение 6 месяцев на диспансерном учете. Случаев рецидива заболевания при применении экзифина не отмечено. После окончания терапии экзифином все биохимические показатели крови пациентов приобретали первоначальные значения.

На основании вышеизложенного, можно сделать вывод, что экзифин обладает минимальным количеством побочных эффектов, его хорошо переносят пациенты, и он является высокоэффективным средством лечения микроспории волосистой части головы у детей.

Таблица 3. Показатели элиминации возбудителя микроспории из очагов поражения

Количество больных	Скорость элиминации, сут		
	14	28	40
21 (терапия экзифином)	13 (62%)	8 (38%)	-
14 (терапия гризеофульвином)	1 (7,2%)	7 (50%)	6 (42,8%)

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кашкин П.Н., Шеклаков Н.Д. Руководство по медицинской микологии.— М.: Медицина, 1981.— С. 130—132.
2. Луценко В.А. Макрофаги в инфекционном процессе // Иммунология.— 1995.— № 4.— С. 40—43.
3. Подани Б. Исследование надежности, эффективности и переносимости тербинафина при онихомикозе // Дерматол., венерол., косметол.— 2003.— № 3.— С. 28—30.

4. Руденко А.В. и др. Онихомикозы у жителей Украины // ТСК.— К., 2001.— С. 16.

5. Соколова Е.И. Клиническая иммунология.— М.: Медицина, 1998.— 270 с.

6. Степанова Ж.В. и др. К вопросу эпидемиологии, клиники и лечения микроспории, обусловленной пушистым микоспорумом: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.— М., 1980.

7. Фицпатрик Т. и др. Дерматология, атлас-справочник.— М.: Практика, 1999.— С. 716.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МІКРОСПОРІЇ ВОЛОСЯНОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ У ДІТЕЙ. ЕКЗИФІН ЯК ПРЕПАРАТ ВИБОРУ ПРИ ЛІКУВАННІ ЦЬОЇ ПАТОЛОГІЇ

М.Н. Лебедюк, І.С. Фучижі, М.Е. Запольський, В.І. Бойко

Розглянуто чинники, що сприяють розвитку микроспорії у людей. Проведено практичне вивчення препарату екзифін під час лікування дітей, хворих на микроспорію волосяної частини голови. Визначено терміни елімінації збудника микроспорії з осередків ураження у разі лікування екзифином. Доведено, що екзифін є високоефективним засобом лікування грибкової інфекції.

THE CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF CHILDREN SCALP TINEA. EXIFINE IS A RANGE MEDICINE USING IN THIS PATHOLOGY TREATMENT

M.N. Lebeduk, L.S. Fushizhi, M.E. Zapolskiy, V.I. Boyko

Agents that are enable to tinea development are considered. The practical study of Exifine in children with scalp tinea treatment was conducted. The period of tinea agent elimination from the affected area after the treatment with Exifin was defined... It was proved that exifin is a highly effective medicine in the fungal infection treatment.