

## МИКРОСПОРИЯ У ВЗРОСЛЫХ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ КРЕМОМ ЛАМИКОН

И. В. КАДЫГРОБ

MICROSPORIA IN ADULTS AND ITS TREATMENT WITH LAMIKON

I. V. KADYGROB

*Институт дерматологии и венерологии АМН Украины, Харьков, Украина*

**Представлены данные об эпидемиологии, клинике и особенностях течения микроспории гладкой кожи, с вовлечением в процесс пушковых волос, у взрослых. Показана эффективность метода эпиляции пушковых волос специально разработанной смолой с применением крема ламикон.**

*Ключевые слова: микроспория, крем ламикон.*

**The data about the epidemiology, clinical manifestations and peculiarities of the course of smooth skin microsporia involving lanugo in adults are presented. The efficacy of the method of lanugo epilation with a specially developed resin with Lamikon was shown.**

*Key words: microsporia, Lamikon cream.*

В наше время видовое разнообразие грибов оценено приблизительно в полтора-два миллиона видов, а доля известных видов составляет 4–6%, среди которых патогенные и условно патогенные грибы составляют около 20 тыс. видов. Известно более 20 видов гриба *Microsporum* [1]. Из них патогенными являются группы: антропофильная — *M. ferrugineum*, *M. audouini*, *M. distortum*; зоофильная — *M. canis*, *M. panum*, *M. persicolor*; геофильная — *M. gypseum*, *M. cookeii*.

Микроспория относится к числу наиболее распространенных дерматофитий, занимая второе место после микоза стоп и кистей. В Украине отмечается рост частоты этого заболевания в последние годы: в 1999 г. показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составлял 28,2, в 2005 г. — до 34,2 на 100 тыс. населения.

Микроспория считается болезнью детского возраста. На ее долю приходится 80–99,7% дерматофитий с поражением волос у детей.

В последние десятилетия прослеживается тенденция к снижению заболеваемости микроспорией волосистой части головы и повышению поражения гладкой кожи с вовлечением в процесс пушковых волос. Причина, по-видимому, не только в раннем выявлении больных за счет повышения качества диагностики, но и в меняющейся тропности гриба по отношению к длинным и пушковым волосам [2].

У взрослых, в отличие от детей до 15 лет, микроспория волосистой части головы возникает редко, что связано с гормональной перестройкой и активной работой главным образом половых желез. Секрет потовых желез у взрослых становится более кислым. С кислотностью пота и кожного покрова, особенно в период полового созревания,

связана динамика грибковых заболеваний. Подходящей для развития грибов является реакция пота рН = 5,9–7,2. На поверхности кожи у маленьких детей рН = 4,5–5,0, у более старших детей рН = 6,1–6,5; в период полового созревания наблюдается повышение кислотности пота, а у взрослых реакция пота колеблется в пределах от 4,4 до 7,1 рН. Реакция волосистой поверхности изменяется от рН = 6,16 до рН = 6,5 в период, предшествующий половой зрелости, до рН = 4,6–5,6 — после половой зрелости. При этом качественно изменяется состав кожного сала. В нем накапливаются свободные жирные кислоты с высоким содержанием атомов углерода, которые отличаются выраженной противогрибковой активностью. Кроме того, качественно изменяется кератин волос у взрослых. С этими двумя факторами связано чрезвычайно редкое поражение длинных и щетинистых волос у взрослых. У женщин, страдающих дисфункцией половых желез, а также при наступлении беременности очаги микроспории могут возникать и на волосистой части головы, где могут поражаться длинные волосы. Возможно, имеет значение разная толщина волос у детей и взрослых. Примечательно, что микроспория волосистой части головы практически не встречается у детей с рыжими волосами [3].

Однако в последнее время возросла частота возникновения этого микоза у взрослых, причем не только с обычной для лиц старшего возраста локализацией на гладкой коже, но и на волосистой части головы [4].

Инкубационный период заболевания составляет в среднем 5–7 дней. Внедрение гриба в кожу не обязательно приводит к развитию микоза. У некоторых людей (носителей) грибок определяется

при микроскопии и культуральном исследовании на визуально здоровой коже. Заболевание в этих случаях может не возникнуть вовсе или развивается через несколько месяцев после заражения. Попав в кожу, грибок прорастает, образует сплетения ветвистого мицелия, которые постепенно захватывают новые участки кожи, в том числе окружающей волосяной фолликул, откуда проникают в волос.

Выделяют микроспорию волосистой части головы, гладкой кожи с поражением пушковых волос и редкую микроспорию ногтевых пластинок.

Очаги микроспории волосистой части головы располагаются главным образом на макушке, в теменной и височных областях. Обычно присутствуют 1–2 крупных очага величиной от 2 до 5 см, с округлыми очертаниями и четкими границами. В первые дни грибок локализуется только в устье волосяного фолликула. На 6–7-й день процесс распространяется на сами волосы, которые становятся хрупкими, обламываются над уровнем окружающей кожи на 4–6 мм. Оставшиеся пеньки выглядят тусклыми, покрыты чехликом серовато-белого цвета, представляющим собой споры гриба. Кожа в очаге поражения слегка гиперемизирована, отечна и умеренно инфильтрирована, поверхность ее покрыта серовато-белыми мелкими чешуйками.

Микроспория гладкой кожи возникает на любых участках кожного покрова, но чаще на открытых частях тела. Очаги поражения имеют вид резко ограниченных, круглых, немного выступающих над кожей воспалительных дисков с двумя зонами — периферическим пятнисто-узелково-корочковым валиком и обратно развивающимся шелушащимся центром. В процесс часто вовлекаются пушковые волосы, что затрудняет лечение заболевания [5].

Результаты исследований, проведенных за последние годы, свидетельствуют об увеличении числа многоочаговых, атипичных и осложненных форм микроспории.

Проникновение грибов в кожу и ее придатки, а также дальнейшее развитие заболевания во многом зависят от инфицирующей дозы, наличия у грибов рецепторов, тропных к кератиноцитам, барьерно-защитных свойств кожи (содержания органических жирных кислот и ундециленовой кислоты в кожном салае, рН кожи, фагоцитарной активности макро- и микрофагов) и «факторов агрессии» грибов (специфических ферментов) [6].

Особенности клиники и патогенеза микроспории необходимо учитывать при диагностике и лечении данного микоза.

Под нашим наблюдением находилось 56 человек (31 женщина и 25 мужчин) в возрасте от 14 до 56 лет с диагнозом микроспория гладкой кожи. Диагноз у всех больных подтвержден микологически. Всем больным были проведены клинические анализы крови и мочи в начале и конце лечения. Патологии в них выявлено не было.

Для лечения больных микроспорией мы использовали наружный метод с применением нового отечественного препарата производства «Фармак» — крема ламикон, содержащего 1% тербинафина, с предварительной эпиляцией пушковых волос из очага поражения специально разработанной смолой для эпиляции. По результатам оценки фунгицидной активности методом «колодцев», крем ламикон имеет диаметр зоны задержки роста *Microsporum canis* 74 мм, что свидетельствует о высокой чувствительности микроорганизма к данному препарату.

При лечении дерматомикозов гладкой кожи и волосистой части головы, даже при использовании современных препаратов для комбинированного лечения, длинные и пушковые волосы необходимо удалять, поскольку с поверхности кожи грибы элиминируются быстрее, а волосы длительное время являются резервуаром возбудителя, и наружные средства не уничтожают мицелий, находящийся в волосе. Длительность лечения, как правило, обусловлена сроками сохранения пораженных пушковых волос. До недавнего времени в процессе терапии рекомендовали сбривать волосы еженедельно, но в таком случае при микроскопическом изучении пораженных волос оказывается множество мелких спор (2–3 мкм) на его поверхности (поражение по типу *ectothrix*) [5].

Основанием для применения крема ламикон при микроспории является не только широкий спектр его противогрибковой активности, но и механизм противогрибкового действия, заключающийся в подавлении на ранних стадиях синтеза компонента цитоплазматической мембраны, более выраженный тропизм к роговому слою кожи [7]. Крем ламикон проникает в верхнюю часть рогового слоя, где его липофильный характер обеспечивает эффективное связывание и удержание. Он также проникает в волосяные фолликулы, создавая эффективные концентрации препарата в тех местах, где нередко существуют остаточные клетки гриба, которые могут служить источником рецидива [8]. После местного применения препарата всасывается менее 5% дозы, поэтому поступление ламикона в системную циркуляцию невелико [9].

Длительность проведенного нами лечения составляла от 21 дня до 35 дней. Эпиляция проводилась прерывистым методом 1-й и 2-й день, а затем один раз в 7 дней. Крем наносили на пораженные участки кожи два раза в день до получения трехкратного отрицательного результата микологического исследования, которое проводилось один раз в неделю. Клинические анализы крови и мочи проводились в начале и конце лечения.

Лечение больные переносили хорошо, побочных явлений не отмечалось. Обследуемые отмечали хорошую впитываемость крема, экономичность и удобство в применении. Эффективность лечения клинически определяли по регрессу высыпаний, побледнению очагов, уменьшению

инфильтрации, шелушения, стиханию зуда. Критерием излеченности, помимо разрешения очагов микоза, являлись трехкратные отрицательные данные микологического исследования. При первом контрольном микроскопическом исследовании через 7 дней грибы отсутствовали в 46 случаях

(80%). В остальных случаях грибы отсутствовали на 14-й день лечения.

Таким образом, новый отечественный препарат ламикон высоко эффективен в лечении микроспории гладкой кожи и волосистой части головы, удобен в применении и экономически выгоден.

#### Литература

1. *Потекаев Н. Н.* К клинике и терапии микроспории // Вестн. дерматол. и венерол.— 2000.— № 5.— С. 69–72.
2. *Кутасевич Я. Ф., Зимина Т. В., Пятикоп И. А.* Микроспория сегодня: Эпидемиология, особенности клиники, диагностики, лечения // Журн. дерматол. та венерол.— 2003.— № 2 (20).— С. 43–47.
3. *Кашкин П. Н.* Дерматомикозы: Руков. для врачей.— Медицина, 1967.— 334 с.
4. *Рукавишникова В. М.* Современные особенности клиники и лечения микроспории // Лечащий врач.— 2001.— № 4.— С. 1–11.
5. *Потекаев Н. Н.* Микроспория // Рос. мед. журн.— 2000.— № 4.— С. 189–195.
6. *Бойко С. Ю.* Исследование эффективности препарата ламизил в лечении микроспории волосистой части головы у детей // Журн. дерматол. и венерол.— 1999.— № 2 (8).— С. 118–119.
7. *Проценко Т. В., Кравец Е. В.* Опыт применения ламизила в комплексной терапии микроспории у детей // Дерматол. та венерол.— 2002.— № 3 (17).— С. 24–25.
8. *Калюжная Л. Д., Королева Ж. В.* Использование 1% крема ламизил при дерматомикозах // Актуальні питання дерматовенерології.— Днепропетровск, 1998.— Вып. 11.— С. 5–7.
9. Ламизил-спрей — первый опыт применения в России при лечении больных дерматофитиями / В. М. Лещенко, Г. М. Лещенко, Л. Г. Миринова и др. // Рос. журн. кож. и вен. болезней.— 1999.— № 3.— С. 42–44.

Поступила 08.06.2007.