

# Препарат тербинафина Бинафин в лечении микроспории

Профессор Э.А. Баткаев, Т.И. Исаева

РУДН, Москва

**М**икроспория является наиболее распространенной дерматофитией, поражающей преимущественно детей. Это обусловлено как особенностями их кожного покрова (недостаточная плотность и компактность кератина эпидермиса и волос, непрочные связи между клетками эпидермиса, несовершенство защитной функции водно-липидной мантии за счет сдвига рН в нейтральную сторону), так и высокой вирулентностью возбудителя в нейтральной среде.

Основным возбудителем заболевания является зоофильный патогенный гриб – *Microsporum canis* (*M. canis*), носителями возбудителя и основными источниками заражения служат кошки (особенно котята), собаки [3, 8].

Лечение микроспории основано на принципах индивидуального, дифференцированного подхода к больным и должно быть комбинированным, т.е. рационально сочетать средства наружной терапии и системные антимикотические препараты, которые используются при поражении пушковых и тем более – длинных волос [2].

Системные антимикотики, к которым относятся препараты, содержащие **тербинафин**, оказывают выраженное противогрибковое действие.

Вместе с тем наличие на фармакологическом рынке страны многочисленного количества препаратов этой группы требует подтверждения их эффективности при лечении микозов и микроспории в частности.

**Целью исследования** являлось изучение эффективности и безопасности тербинафина (**Бинафин**, фармацевтическая компания «Шрея») в лекарственных формах таблетки (0,25 г) и 1% крем в терапии микроспории.

## Материалы и методы:

1. Больные микроспорией гладкой кожи и волосистой части головы (n=67).
2. Дерматологический осмотр.
3. Общие клинические анализы.
4. Осмотр под лампой Вуда.
5. Микроскопическое исследование на грибы.
6. Культуральное исследование на грибы.

Среди наблюдаемых больных (n=67) были: 28 – с микроспорией гладкой кожи (с поражением пушковых волос и/или множественными очагами), 39 – с микроспорией волосистой части головы, из них 16 пациентов с микроспорией волосистой части головы и гладкой кожи. Помимо места локализации патологического процесса учитывали возраст больных, общее соматическое состояние и наличие сопутствующих заболеваний (табл. 1).

Были применены следующие схемы системной терапии микроспории Бинафином: пациентам с массой тела до 20 кг препарат назначался по 62,5 мг/сут.; от 20 до 40 кг – 125 мг/сут., выше 40 кг – 250 мг/сут.

Наружная терапия заключалась в смазывании очагов 2% настойкой йода ежедневно утром, аппликациях 1% крема Бинафина 2% салициловой мази 2 раза в нед. (за 2 ч до мытья головы). Гигиенический уход за кожей включал мытье головы мылом 2 раза в нед., еженедельное бритье волос (у детей), ручную эпиляцию пинцетом пораженных волос.

При оценке качества лечения антимикотическими препаратами учитывали: клиническое выздоровление, отсутствие люминесцентного свечения и отрицательные результаты микроскопических и бактериологических исследований. Контроль этиологического излечения (сроки и периодичность) проводились в соответствии с Методическими указаниями Минздрава России №2001/180 от 2001 г. и Клиническими рекомендациями [Дерматовенерология / Под ред. А.А. Кубановой. – М, 2007].

**Результаты.** У пациентов с микроспорией гладкой кожи (с поражением пушковых волос и/или множественными очагами) наблюдалась излеченность клиническая на 49,8 день и этиологическая – на 56,2 день; при микроспории волосистой части головы клиническое выздоровление наступало на 69,8 день, этиологическое – на 76,3 день лечения (средние показатели).

У больных, получавших под нашим наблюдением лечение тербинафином (ламизил) (описано нами ранее), имевших проявления микроспории на гладкой коже (с поражением пушковых волос и/или множествен-

**Таблица 1. Возрастная структура групп больных микроспорией при лечении различными системными антимикотиками (абсолютное число, процент к общему числу всех обследованных больных в группах)**

Возрастная группа (лет)	группа Бинафина (n=67)	
	абс.	%
0–3	4	6
4–6	15	22
7–9	14	21
10–13	16	24
14–16	10	15
17–20	6	9
20–60	2	3
<b>Всего</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

ными очагами), клиническое выздоровление отмечалось в сроки на 43,7 день, этиологическое выздоровление – на 51,2 день лечения (средние показатели). У пациентов с микроспорией волосистой части головы клиническое выздоровление наблюдалось в сроки на 63,2 день, этиологическое – на 71,8 день лечения (средние показатели). Как видно, сроки этиологической излеченности микроспории при системной терапии препаратами Бинафина и ламизила существенно не отличаются.

Препараты хорошо переносились пациентами. Побочные эффекты были представлены диспепсическими явлениями – тошнотой, незначительной болезненностью и ощущением переполнения в желудке, потерей аппетита. Такие жалобы предъявили по 1 (2%) пациенту из группы с микроспорией гладкой кожи (с поражением пушковых волос и/или множественными очагами) и 2 (4%) пациента из группы больных микроспорией волосистой части головы, принимавших Бинафин. Аллергических реакций отмечено не было. Отклонений от биологических показателей крови не наблюдалось во всех группах.

**Выводы.** Применение **Бинафина** в сочетании с рациональной местной терапией обеспечило 100% клиническое и микологическое выздоровление у всех наблюдаемых пациентов с микроспорией гладкой кожи (с поражением пушковых волос и/или множественными очагами) и волосистой части головы, независимо от воз-

раста и пола. При этом сроки лечения пациентов с обеими формами микроспории (по показателям этиологического излечения) существенно не отличались при использовании **Бинафина** (8,0 до 10,9 нед.) и ламизила (7,3 до 10,3 нед.). Наличие легких побочных эффектов (диспепсия) лишь в 2–4% случаев при лечении тербинафинами свидетельствует о хорошей переносимости терапии большинством больных.

#### Литература

1. Абидова З.М., Нурматов У.В., Туляганов А.Р. VIII Всероссийский съезд дерматовенерологов: Тезисы научных работ. Ч 1. // Дерматология. – М., 2001. – С.154–155.
2. Будумян Т.И., Степанова Ж.В., Панова Е.О., Потекаев Н.Н. Терапия и профилактика зооантропонозной микроспории: Метод. указания. – Екатеринбург, 2001.
3. Дерматовенерология: национальное руководство / Под ред. Ю.К.Скрипкина, Ю.С.Бутова. – М., 2011.
4. Квитко Б.И. Микроспория волосистой части головы у ребенка 3-недельного возраста // Вестн. дерматол. и венерол. 1960. № 8. С. 73.
5. Кубанова А.А., Потекаев Н.С., Потекаев Н.Н. Руководство по практической микологии. – М.: ФИД «Деловой экспресс», 2001. С. 92–104.
6. Мохаммад Юсуф. Клинико-эпидемиологические особенности микроспории в современных условиях и разработка лечения новыми медикаментозными средствами: автореф. дисс... канд. мед. наук. – М., 1996. С. 18.
7. Овсянникова Е.В., Потекаев Н.Н.: тезисы научных работ VIII Всероссийского съезда дерматовенерологов. – М., 2001. – 50 с.
8. Справочник миколога / Под ред. Баткаева Э.А. – М.: РМАПО, 2008.
9. Степанова Ж.В., Ливанова Н.К. Зоонозная микроспория у 10-дневной девочки // Вестн. дерматол. и венерол. 1971. № 5. С. 84–85.




Реклама

# БИНАФИН




## ТАБЛЕТКИ

## КРЕМ

### ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ

-  **ОНИХОМИКОЗ**
-  **ДЕРМАТОМИКОЗ**
-  **МИКОЗЫ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ**



-  **МИКОЗЫ СТОП, ГОЛЕНЕЙ, ТУЛОВИЩА**
-  **КАНДИДОЗ КОЖИ**
-  **РАЗНОЦВЕТНЫЙ ЛИШАЙ**