

С.І. Наконечна

Полтавський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер

Практичний досвід застосування тербінафіну в терапії мікроспорії гладенької шкіри з переважним ураженням пушкового волосся

Мета роботи — вивчити клінічну ефективність тербінафіну при мікроспорії гладенької шкіри з переважним ураженням пушкового волосся у дітей та дорослих.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 55 хворих на мікроспорію гладенької шкіри віком від 3 до 47 років, з них 6 дорослих та 49 дітей. У 50 хворих виявлено ураження пушкового волосся. Всім пацієнтам було призначено тербінафін залежно від маси тіла: при масі тіла менше ніж 20 кг — 62,5 мг (1/4 таблетки), від 20 до 40 кг — 125 мг (1/2 таблетки), з масою тіла більше ніж 40 кг — 250 мг (1 таблетка) 1 раз на добу. Тривалість прийому тербінафіну становила від 2 до 6 тижнів залежно від локалізації патологічного процесу. Системна терапія поєднувалася із зовнішнім лікуванням.

Результати та обговорення. В результаті лікування тербінафіном досягнуто клінічного та етіологічного одужання у всіх 55 хворих на мікроспорію гладенької шкіри з переважним ураженням пушкового волосся. Тривалість прийому тербінафіну становила від 2 до 6 тижнів і залежала від локалізації патологічного процесу, що зумовлено різними розмірами та особливостями розташування пушкового волосся на різних ділянках тіла. Спостерігалася добра переносимість препарату в дорослих та дітей без змін показників загальних і біохімічних аналізів крові, сечі після закінчення курсу терапії.

Висновки. Системний антимікотик тербінафін — ефективний і безпечний при мікроспорії гладенької шкіри з переважним ураженням пушкового волосся у дітей та дорослих. Термін прийому тербінафіну залежав від локалізації патологічного процесу. Своєчасне призначення тербінафіну, навіть при поширеному характері захворювання, дало змогу уникнути ураження пушкового волосся і прискорити клінічне та мікологічне одужання.

Ключові слова

Гладенька шкіра, пушкове волосся, мікроспорія, діти, ураження, лікування, тербінафін.

Мікроспорія — грибкове захворювання, зумовлене грибами роду *Microsporum*, при якому уражуються шкіра, її придатки та волосся і дуже рідко нігтьові пластини.

Мікроспорія належить до найпоширеніших дерматофітій, посідаючи друге місце після мікозів стоп та кистей. У деяких регіонах країни частка пацієнтів з мікроспорією становить 80–90 % усіх хворих дерматомікозами [5].

Особливості мікроспорії:

- 1) висококонтагіозне захворювання;
- 2) частіше хворіють діти з наймолодшого віку, зокрема і новонароджені;
- 3) переважно ураження шкіри супроводжується ураженням придатка шкіри — волосся (довгого та пушкового, інколи брів та вій), що зумовлює складність і тривалість лікування.

Це захворювання вперше описав у 1843 році в Парижі угорський вчений Gruby. Він виявив на поверхні ураженого волосся гриб, якому дав назву *Microsporum audouinii* на честь лікаря та зоолога Audouin (Одуена). Та спочатку це відкриття не було оцінено гідно, і авторитетні дерматологи ототожили мікроспорію з трихофітією. У 1893 році Sabouraud зміг відновити істину, досконало вивчивши біологію збудника мікроспорії, вказав особливості та ознаки, що відрізняють мікроспорію від трихофітії [5, 8].

На сьогодні відомо понад 20 видів гриба *Microsporum*. З них патогенними є такі групи:

- антропофільна — *M. ferrugineum*, *M. audouinii*, *M. distortum*, *M. rivalieri*, *M. langeronii*;
- зоофільна — *M. canis*, *M. nanum*, *M. persicolor*;

— геофільна — *M. gypseum*, *M. cookeii*, *Keratinomyces ajelloii*.

Із цих видів лише *M. canis (seu lanosum)* останніми роками став практично єдиним збудником мікроспорії у світі. Не випадково цей зоофільний гриб називають грибом-«космополітом». Він є найпоширенішим збудником мікроспорії в Україні та країнах Східної Європи і вирізняється найвищою стійкістю порівняно з іншими дерматофітами [1, 2, 8].

Донині не розроблено єдиної та загальноприйнятої класифікації мікозів, яка б повністю задовольнила вимоги лікаря-практика. Найбільше визнання має класифікація М.Д. Шеклакова, запропонована в 1976 році:

I. Кератомікози.

II. Дерматофітії:

1. Епідермофітія пахова.
2. Мікоз, зумовлений інтердигітальним трихофітоном (епідермофітія стоп).
3. Мікоз, зумовлений червоним трихофітоном (рубромікоз).
4. Трихофітія.
5. Мікроспорія.

III. Кандидоз.

IV. Глибокі мікози.

За класифікацією Л.М. Машкілейсона (1960) мікроспорія належить до дерматомікозів, при яких уражується волосся. А.М. Арієвич зараховує це захворювання до групи трихомікозів. При трихомікозах патологічний процес локалізується переважно в шкірі та її придатках. Збудники трихомікозів паразитують у волоссі, епідермісі, дермі, зумовлюючи виражену запальну реакцію, та інколи в нігтях.

Збудник мікроспорії *Microsporum canis (seu lanosum)* — дерматофіт з вираженою кератолітичною активністю, здатний розкладати кератин тварин та людини. Активність кератиназ і загалом протеолітичних ферментів вважається основою патогенних якостей дерматофітів. Здатність розкладати різні типи кератину відповідає локалізації дерматофітної інфекції [9]. Ця особливість зумовлює ураження при мікроспорії придатка шкіри — волосся, основною складовою якого є кератин. У разі зараження міцелій гриба потрапляє в роговий шар епідермісу і звідти проникає у волосся.

Здатність проникати в роговий шар шкіри і уражувати волосся зумовлена вираженою кератолітичною активністю *Microsporum canis*.

При мікроспорії частіше уражується довге волосся, якщо патологічний процес локалізується на волосистій частині голови, та пушкове волосся — при висипах на гладенькій шкірі. Спостерігається також ураження щетинистого волосся (брів та вій).

На сьогодні лікування хворих на мікроспорію з ураженням волосся залишається складним і тривалим. Це також є важливою соціальною проблемою, оскільки найчастіше від мікроспорії страждають діти. Через високу контагіозність мікозу дітям забороняється відвідувати дитячі садки, школи, спортивні секції, басейн, оздоровчі табори.

Із 1959 року донині основним препаратом для лікування мікроспорії є гризеофульвін [5]. На зміну йому винайдено нові препарати: кетоконазол, тербінафін, ітраконазол.

Останніми роками в клінічній практиці дерматовенерологів виникають певні труднощі, зумовлені не лише появою резистентних до терапії випадків захворювання, а й відсутністю гризеофульвіну [6]. У практиці лікування мікроспорії добре себе зарекомендував системний антимікотик тербінафін, особливо при мікроспорії гладенької шкіри з ураженням пушкового волосся.

Це пояснюється тим, що тербінафін є кератофільним антимікотиком, здатним накопичуватися в кератиновмісних структурах (шкірі, волоссі, нігтях), і може тривалий час зберігатися в цибуліні волосяного фолікула, забезпечуючи терапевтичний ефект навіть після припинення вживання препарату [4]. Тербінафін має найвищу серед системних антимікотиків активність щодо дерматофітів, які спричинюють більшість (до 94 %) мікозів [3]. Тербінафін — протигрибковий препарат групи аліламінів, який зарекомендував себе як високоефективний засіб системної та топічної терапії різних грибкових інфекцій шкіри [3].

Тербінафін має сильну фунгістатичну та фунгіцидну дію (тобто призводить до загибелі гриба). Фунгіцидна дія ґрунтується на специфічному гальмуванні скваленоксидази, порушуючи в результаті синтез ергостеролу — основного компонента мембрани клітини гриба. Це призводить до внутрішньоклітинного накопичення сквалени і загибелі клітини гриба. Чутливість скваленоксидази у грибів у 10 тис. разів вища, ніж у людини, що пояснює специфічність та вибірковість дії тербінафіну щодо грибкової клітини. Ліпофільність препарату сприяє доброму проникненню в епідерміс, дерму, під шкіру, звідки тербінафін повільно всмоктується у кров. Сліди препарату виявляють у крові через 4–7 тиж після закінчення терапії. Завдяки своїй кератофільній властивості тербінафін накопичується в роговому шарі епідермісу і тривалий час там зберігається у фунгіцидних концентраціях [4].

Мета роботи — вивчити клінічну ефективність препарату тербінафіну при мікроспорії

гладенької шкіри з переважним ураженням пушкового волосся у дітей та дорослих.

Матеріали та методи

Під спостереженням у Полтавському обласному клінічному шкірно-венерологічному диспансері перебували 55 хворих на мікроспорію гладенької шкіри віком від 3 до 47 років, з них 6 дорослих (4 жінки і 2 чоловіків) віком від 19 до 47 років та 49 дітей від 3 до 15 років (37 дівчаток і 12 хлопчиків). Майже всі діти відвідували навчальні шкільні та дошкільні заклади: 18 — дитячий садок, 29 — школу.

Тривалість захворювання до звернення по медичну допомогу до лікаря становила від 1 дня до 3 тиж. Джерелом зараження у 18 хворих стали домашні коти (переважно кошенята), у 14 — бездомні, у 9 — домашні та дворові коти в бабусь у селі, де діти перебували на канікулах чи в гостях. Лише у 5 пацієнтів джерелом зараження були домашні собаки, у 9 випадках джерело зараження не встановлено.

У всіх хворих на мікроспорію гладенької шкіри спостерігалися висипи овальної чи круглої форми з підвищенням по периферії за рахунок вузликів і кірочок, рожевого кольору, з лущенням на поверхні, розміром від 0,5 до 3 см у діаметрі, різної локалізації. У 9 хворих виявлено поодинокі висипи розміром від 0,5 до 2 см у діаметрі на шкірі обличчя, шиї, грудей, спини, живота, передпліч, плечей, стегон, гомілок. Від 2 до 4 вогнищ ураження мали 14 хворих, від 5 до 9 вогнищ — 23. Висипи локалізувалися на різних ділянках тіла. У 9 пацієнтів виявлено множинні висипи (більш як 10) на шкірі обличчя, шиї, тулуба, верхніх та нижніх кінцівок розміром від 1 до 3 см у діаметрі.

Клінічний діагноз у всіх хворих підтвердився мікроскопічним аналізом, результатами культурального та люмінесцентного (у променях лампи Вуда) досліджень.

У 50 пацієнтів з мікроспорією гладенької шкіри спостерігалася ураження пушкового волосся, що підтверджувалося результатами мікроскопічного та люмінесцентного досліджень (яскраво-зелене світіння пушкового волосся у променях лампи Вуда). Клінічно ураження пушкового волосся виявляється фолікулярними вогнищами або утворенням перифолікулярних папул. Ураження пушкового волосся та множинні висипи при мікроспорії гладенької шкіри є показанням для системного лікування. Показанням для призначення системного антимікотика при мікроспорії є також тривале неефективне лікування зовнішніми протигрибковими засобами. В разі локалізації висипів на відкри-

тих ділянках тіла (наприклад, обличчі) за побажанням батьків для прискорення лікувального ефекту також призначали системний антимікотик тербінафін.

Усім хворим дозу тербінафіну призначали залежно від маси тіла: при масі тіла менше ніж 20 кг — 62,5 мг/добу (1/4 табл.), від 20 до 40 кг — 125 мг/добу (1/2 табл.), більше ніж 40 кг — 250 мг/добу (1 табл.) разово. Тривалість лікування становила від 2 до 6 тиж залежно від локалізації патологічного процесу на гладенькій шкірі. Системна терапія поєднувалася із зовнішнім лікуванням, яке включало епіляцію пушкового волосся та оброблення уражених ділянок 2 % розчином йоду і протигрибковими зовнішніми засобами.

Клініко-етіологічний контроль ефективності тербінафіну проводився під час лікування 1 раз на 3—4 дні до отримання негативних результатів мікроскопічного дослідження (три аналізи з триденним інтервалом) та за допомогою люмінесцентного дослідження у променях лампи Вуда (зникнення зеленого світіння пушкового волосся в осередках ураження гладенької шкіри), а також у разі потреби з використанням культурального методу (відсутність гриба *M. canis*).

Результати та обговорення

Результати дослідження підтверджують, що на мікроспорію хворіють переважно діти віком до 15 років. Хворих на мікроспорію дівчаток було більше, ніж хлопчиків, — 37 і 12 відповідно. Основним джерелом зараження стали коти (у 41 з 55).

Ураження пушкового волосся у 50 випадках підтверджувалося результатами мікроскопічного та люмінесцентного досліджень. У променях лампи Вуда волосся, уражене грибом роду *Microsporum*, світилося яскраво-зеленим кольором. Клінічно ураження пушкового волосся проявлялося перифолікулярними папулами (поодинокими або множинними) залежно від кількості ураженого волосся на гладенькій шкірі.

Тривалість прийому тербінафіну становила від 2 до 6 тиж і залежала від локалізації патологічного процесу. Це зумовлено тим, що пушкове волосся на різних ділянках тіла має різні розміри та довжину. Так, на шкірі верхніх та нижніх кінцівок пушкове волосся більше розвинене, має більшу довжину, товщину та глибину залягання волоссяного фолікула (особливо на розгинальних поверхнях гомілок, передпліч та плечей), тому в цих випадках тривалість лікування в середньому становила 6 тиж. Якщо висипи локалізувалися на ділянках тіла, де пушкове волосся менше розвинене (на грудях, передній поверхні шиї, зги-

нальних поверхнях плечей та передпліч, на обличчі), лікування тербінафіном тривало 2 тиж. У разі локалізації патологічного процесу на шкірі обличчя близько до волосистої частини голови (на лобі, скронях), задній поверхні шиї, спини, де пушкове волосся має середню довжину, товщину та глибину залягання волосяного фолікула, тривалість прийому тербінафіну становила 4 тиж.

14 хворим на мікроспорію гладенької шкіри з ураженням пушкового волосся прийом тербінафіну було призначено протягом 2 тиж. Висипи у цих хворих локалізувалися на шкірі грудей, передньої поверхні шиї, обличчя, згинальних поверхнях передпліч та плечей. У 19 пацієнтів висипи були розташовані на шкірі обличчя, шиї, живота, спини, згинальних поверхнях верхніх та нижніх кінцівок. Лікування цих хворих тривало 4 тиж. У 17 пацієнтів з локалізацією патологічного процесу на шкірі розгинальних поверхонь гомілок, стегон, передпліч, плечей, задньої поверхні шиї лікування тривало 6 тиж. У 5 хворих патологічний процес на шкірі мав поширений характер, але тербінафін було призначено своєчасно, під час первинного звернення до лікаря, що дало змогу уникнути ураження пушкового волосся, тому термін лікування становив лише 2 тиж.

Клінічного та мікологічного одужання досягнуто в усіх хворих. Переносимість тербінафіну

була доброю. Побічні ефекти не спостерігалися. Усім пацієнтам до та після лікування виконували аналізи крові (загальний та біохімічний) та сечі. Відхилень від норми в лабораторних показниках не виявлено. Результати лікування підтверджено негативними мікроскопічними аналізами та результатами люмінесцентного дослідження (зникло люмінесцентне світіння волосся у променях лампи Вуда).

Висновки

У всіх хворих на мікроспорію гладенької шкіри з переважним ураженням пушкового волосся, яким було призначено тербінафін, досягнуто клінічного та етіологічного одужання. Спостерігалася добра переносимість препарату без змін загальних та біохімічних аналізів крові, сечі після закінчення курсу терапії. Побічних ефектів не виявлено. Своєчасне призначення тербінафіну (під час первинного звернення до лікаря), навіть при поширеному характері захворювання, надало змогу уникнути ураження пушкового волосся, скоротити термін прийому препарату до 2 тиж і прискорити клінічне та мікологічне одужання. Системний антимікотик тербінафін є ефективним і безпечним при мікроспорії гладенької шкіри з переважним ураженням пушкового волосся у дітей та дорослих.

Список літератури

1. Адашкевич В.П., Шафранская Т.В., Прокурат С.В. Тербинафин (Тербизил) в комплексной терапии больных микроспорией // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 2.— С. 63–65.
2. Болотная Л.А., Шмелькова Е.С. «Ламикон» (тербинафин) в комплексной терапии различных форм микроспории // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2008.— № 1.— С. 64–67.
3. Болотная Л.А. Роль тербинафина в терапии грибковых поражений кожи // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2012.— № 4.— С. 108–115.
4. Кочеткова Л., Потекаев Н., Коваленко А. и др. Место хромато-масс-спектрометрии в разработке оптимальных подходов к системной терапии и мониторинга больных микроспорией волосистой части головы // Врач.— 2008.— № 1.— С. 36–38.
5. Кутасевич Я.Ф., Зимина Т.В., Пятикоп И.А. Микроспория сегодня: эпидемиология, особенности клиники, диагностики, лечения // Дерматол. та венерол.— 2003.— № 2.— С. 43–47.
6. Малишевская Н.П., Нестеров С.Н. Современные особенности эпидемиологии, клиники и лечения микроспории // Лечащий врач.— 2006.— № 1.— С. 90–92.
7. Потекаев Н.Н., Брагина Е.Е., Дмитриев Г.А. Влияние тербинафина на *Microsporum canis*. Исследование *in vitro* и *in vivo* // Вестн. дерматол. и венерол.— 2000.— № 5.— С. 69–72.
8. Потекаев Н.Н. К клинике и терапии микроспории // Вестн. дерматол. и венерол.— 2000.— № 5.— С. 69–72.
9. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции: руководство для врачей.— М.: ООО «Бином-пресс», 2003.— С. 169–172.
10. Степанова Ж.В. Клинические особенности и лечение микроспории в современных условиях // Вестн. дерматол. и венерол.— 2008.— № 6.— С. 85–88.
11. Шмелькова Е.С. Современное комплексное лечение при атипичных формах микроспории // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2010.— № 3.— С. 99–102.
12. Язданов Ф.И., Титова Т.Н., Мингазова Э.З., Мавзютов А.Р. О перспективах молекулярно-биологической диагностики микроспории // Клин. лабор. диагностика.— 2011.— № 9.— С. 49.
13. Abdel-Rahman S.M., Herron J., Fallon-Friedlander S., Hauffe S. Pharmacokinetics of terbinafine in young children treated for tinea capitis // *Pediatr. Infect Dis J.*— 2005.— Vol. 24, N 10.— P. 886–891.
14. Anemüller W., Baumgartner S., Brasch J. Atypical *Microsporum canis* variant in an immunosuppressed child // *J. Dtsch. Dermatol. Ges.*— 2008.— Vol. 6, N 6.— P. 473–475.
15. Aste N., Pau M. Tinea capitis caused by *Microsporum canis* treated with terbinafine // *Mycoses.*— 2004.— Vol. 47, N 9–10.— P. 428–430.
16. Atzori L., Aste N., Pau M. Tinea faciei due to *microsporum canis* in children: a survey of 46 cases in the District of Cagliari (Italy) // *Pediatr Dermatol.*— 2012.— Vol. 29, N 4.— P. 409–413.
17. Băguț E.T., Baldo A., Mathy A., Cambier L. Subtilisin Sub3 is involved in adherence of *Microsporum canis* to human and animal epidermis // *Vet. Microbiol.*— 2012.— Vol. 160.— P. 413–419.
18. Baleviciene G., Ceburkovas O., Maciuliene D. Oral terbinafine for tinea capitis due to *Microsporum canis* in children // *Acta Derm. Venereol.*— 2001.— Vol. 81, N 1.— P. 61.
19. Chen W., Seidl H.P., Ring J., Schnopp C. Two pediatric cases of *Microsporum persicolor* infection // *Int. J. Dermatol.*— 2012.— Vol. 51, N 2.— P. 204–206.
20. Cheng N., Rucker Wright D., Cohen B.A. Dermatophytid in tinea capitis: rarely reported common phenomenon with

- clinical implications // *Pediatrics*.— 2011.— Vol. 128, N 2.— P. 453–457.
21. Deng S., Hu H., Abliz P., Wan Z. A random comparative study of terbinafine versus griseofulvin in patients with tinea capitis in Western China // *Mycopathologia*.— 2011.— Vol. 172, N 5.— P. 365–372.
 22. Devliotou-Panagiotidou D., Koussidou-Eremondi T.H. Efficacy and tolerability of 8 weeks' treatment with terbinafine in children with tinea capitis caused by *Microsporum canis*: a comparison of three doses // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*— 2004.— Vol. 18, N 2.— P. 155–159.
 23. González U., Seaton T., Bergus G. Systemic antifungal therapy for tinea capitis in children // *J. Cochrane Database Syst. Rev.*— 2007.— Vol. 17, N 4.— P. CD004685.
 24. Havlickova B., Czaika V.A., Friedrich M. Epidemiological trends in skin mycoses worldwide // *Mycoses*.— 2008.— Vol. 51 (suppl. 4).— P. 2–15.
 25. Kakourou T., Uksal U. Guidelines for the management of tinea capitis in children // *Eur. Society for Pediatr. Dermatol. Pediatr. Dermatol.*— 2010.— Vol. 27, N 3.— P. 226–228.
 26. Komba E.V., Mgonde Y.M. The spectrum of dermatological disorders among primary school children in Dar es Salaam // *BMC Public Health*.— 2010.— Vol. 16.— P. 10: 765.
 27. Sakae H., Noguchi H., Ichinokawa Y., Hiruma M. Analysis of 25 cases of *microsporum canis* infection encountered at a dermatology clinic in Kumamoto during a recent 3-year period // *Med. Mycol. J.*— 2011.— Vol. 52, N 2.— P. 139–144.

С.И. Наконечная

Полтавский областной клинический кожно-венерологический диспансер

Практический опыт применения тербинафина в терапии микроспории гладкой кожи с преимущественным поражением пушковых волос

Цель работы — изучить клиническую эффективность тербинафина при микроспории гладкой кожи с преимущественным поражением пушковых волос у детей и взрослых.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 55 больных микроспорией гладкой кожи в возрасте от 3 до 47 лет, из них 6 взрослых и 49 детей. У 50 больных отмечалось поражение пушковых волос. Всем пациентам был назначен тербинафин в зависимости от массы тела: при массе тела менее 20 кг — 62,5 мг (1/4 таблетки), от 20 до 40 г — 125 мг (1/2 таблетки), с массой тела более 40 кг — 250 мг (1 таблетка) 1 раз в сутки. Продолжительность приема тербинафина составляла от 2 до 6 недель в зависимости от локализации патологического процесса. Системная терапия сочеталась с наружным лечением.

Результаты и обсуждение. В результате лечения тербинафином достигнуто клиническое и этиологическое выздоровление у всех 55 больных микроспорией гладкой кожи с преимущественным поражением пушковых волос. Длительность приема тербинафина составляла от 2 до 6 недель в зависимости от локализации патологического процесса, что обусловлено разными размерами и особенностями расположения пушковых волос на разных участках тела. Отмечалась хорошая переносимость препарата у взрослых и детей без изменений показателей общих и биохимических анализов крови, мочи после окончания курса терапии.

Выводы. Системный антимикотик тербинафин является эффективным и безопасным при микроспории гладкой кожи с преимущественным поражением пушковых волос у детей и взрослых. Срок приема тербинафина зависит от локализации патологического процесса. Своевременное назначение тербинафина, даже при распространенном характере заболевания, позволило избежать поражения пушковых волос и ускорить клиническое и микологическое выздоровление.

Ключевые слова: гладкая кожа, пушковые волосы, микроспория, дети, поражение, лечение, тербинафин.

S.I. Nakonechna

Poltava Regional Clinical Dermatovenereologic Dispensary

Practical experience of using terbinafine in the treatment of microsporia of smooth skin mainly affecting the vellus hair

Purpose — to examine the clinical efficacy of terbinafine in the treatment of microsporia of smooth skin mainly affecting the vellus hair in children and adults.

Materials and methods. We observed 55 patients with microsporia of smooth skin aged from 3 to 47 years, including 6 adults and 49 children. Lesions of vellus hair were fixed in 50 patients. All patients were prescribed terbinafine depending on the body weight: for less than 20 kg of body weight — 62.5 mg (1/4 tablets), 20 to 40 kg — 125 mg (1/2 tablet), more than 40 kg — 250 mg (1 tablet) once a day. The duration of terbinafine administration ranged from 2 to 6 weeks depending on the localization of the pathological process on the smooth skin. Systemic therapy combined with external treatment.

Results and discussion. Terbinafine treatment of 55 patients with microsporia of smooth skin mainly affecting the vellus hair provided clinical and etiological recovery in all patients. Duration of terbinafine administration ranged from 2 to 6 weeks depending on the localization of the pathological process, which is caused by different size and location features

of vellus hair on different parts of the body. There was good tolerability in adults and children without changing the general and biochemical blood and urine tests after completion of therapy.

Conclusions. Systemic antimycotic terbinafine is effective and safe in treating microsporia of smooth skin mainly affecting the vellus hair in children and adults. The duration of terbinafine therapy depended on the localization of the pathological process in the smooth skin. Timely administration of terbinafine allowed us to avoid damage of vellus hair and accelerate clinical and mycological cure even with widespread nature of the disease.

Key words: microsporia of smooth skin, children, affection of vellus hair, treatment, terbinafine.

Дані про автора:

Наконечна Світлана Іванівна, лікар-дерматовенеролог диспансерного відділення Полтавського обласного клінічного шкірно-венерологічного диспансеру
36011, м. Полтава, вул. Енгельса, 12. Тел. (053 22) 7-43-44. E-mail: svet-la-na70@mail.ru