

С.І. Лаврушко<sup>1,2</sup><sup>1</sup>Українська медична стоматологічна академія, Полтава<sup>2</sup>КП «Полтавський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер  
Полтавської обласної ради»

## Клінічний випадок та лікування мікроспорії волосистої частини голови і нігтя кисті

Грибкові інфекції шкіри, волосся і нігтів поширені в усьому світі і їхня частота продовжує зростати. Їхніми основними збудниками є дерматофіти, географічний розподіл яких змінюється у різних частинах світу. Значна поширеність мікотичних інфекцій свідчить, що мікози шкіри виявляють у 20–25% населення світу, що робить їх однією з найбільш частих форм інфекції. Серед дерматофітних інфекцій важливе місце посідає мікроспорія, оскільки вона є висококонтагіозним і найпоширенішим грибковим захворюванням дитячого віку. Її збудником є переважно зоофільний дерматофіт *Microsporum canis*.

На сьогодні питання лікування мікроспорії у дітей залишається актуальним і потребує постійного вдосконалення існуючих та розробки нових схем лікування з урахуванням етіології, патогенезу та клінічного перебігу дерматозу. Для лікування мікроспорії волосистої частини голови у дітей та дорослих добре себе зарекомендував системний антимікотик гризеофульвін у комбінації з «Антралем». Препарат «Антраль» запобігає токсичному впливу лікарських речовин.

Описано клінічний випадок та лікування мікроспорії волосистої частини голови і нігтя кисті. При мікроспорії волосистої частини голови і нігтя кисті ефективним та безпечним виявився системний антимікотик гризеофульвін у комбінації з препаратом «Антраль». Гризеофульвін призначали у формі таблеток по 125 мг з розрахунку 21–22 мг на 1 кг маси тіла хворої дівчинки тричі на добу під час їди. «Антраль» хвора приймала у таблетках по 100 мг тричі на добу. В дослідженні системну терапію ми поєднували із зовнішнім лікуванням засобами із протигрибовою дією: 2% розчином йоду спиртового, 1% кремом тербінафіну та 1% розчином нафтифіну гідрохлориду. Досягнуто клінічного і мікологічного одужання. Переносність усіх препаратів була доброю. Побічних дій не спостерігали.

### Ключові слова

Мікроспорія, *Microsporum canis*, мікроспорія нігтя, лікування, гризеофульвін, «Антраль», тербінафін, нафтифіну гідрохлорид.

Мікотичні інфекції шкіри, волосся і нігтів поширені в усьому світі і їхня частота продовжує зростати. Основними їхніми збудниками є дерматофіти, географічний розподіл яких змінюється у різних частинах світу. Епідеміологія дерматофітних інфекцій змінилася внаслідок міграції населення, зміни способу життя, соціально-економічних умов та проведення медикаментозної терапії. Науковці всього світу досліджують і обговорюють глобальні закономірності інфекції та мінливу епідеміологію збудників дерматофітозів у різних країнах. Значна поширеність мікотичних інфекцій свідчить, що мікози шкіри виявляють у 20–25% населення світу, що робить їх однією з найбільш частих форм інфекції. Знання клінічних виявів та особливостей

перебігу мікозів дуже важливе в дерматологічній практиці [3, 4, 8, 13, 14].

Мікроспорія — висококонтагіозне захворювання, яке зазвичай виявляють у дітей, його спричиняють гриби роду *Microsporum*. Мікроспорія належить до трихомікозів. Збудником цього захворювання переважно є зоофільний дерматофіт *Microsporum canis*, виражена кератолітична активність якого зумовлює переважне ураження придатку шкіри волосся, основною складовою якого є кератин. Найчастіше виникає мікроспорія гладенької шкіри і волосистої частини голови. Розвиток захворювання спричиняють гіповітаміноз, імунодефіцитний стан, супутні застудні захворювання, поєднання надмірної вологості та підвищеної температури, недотри-

мання правил особистої гігієни, переохолодження та зниження захисних сил організму [3, 7, 9, 10].

Питання щодо лікування мікроспорії у дітей на сьогодні залишається актуальним і потребує постійного вдосконалення існуючих та розробки нових схем терапії мікотичних інфекцій з урахуванням їхньої етіології, патогенезу і клінічного перебігу. При визначенні чутливості збудників дерматофіти до антимікотиків (гризеофульвін, тербінафін, ністатин, кетоконазол, ітраконазол, флуконазол, клотримазол) в ізолятах, виділених у пацієнтів з грибковими ураженнями, вчені дійшли висновку, що гризеофульвін є одним із найбільш чутливих до збудників дерматофіти протигрибковим антибіотиком. Основним препаратом для лікування мікроспорії є системний антимікотик гризеофульвін. На зміну йому прийшли нові антимікотичні препарати (кетоконазол, тербінафін, ітраконазол), однак і на сьогодні гризеофульвін лишається ефективним системним антимікотиком у лікуванні мікроспорії волосистої частини голови. Це доведено результатами досліджень і практичним досвідом застосування препарату в Україні та інших країнах світу [1, 3, 4, 6].

У лікуванні мікроспорії важливим є комплексний підхід, що передбачає застосування системного антимікотика залежно від локалізації патологічного процесу та проведення зовнішньої терапії. Для зовнішнього лікування мікроспорії застосовують різні креми та засоби із протигрибковою дією (тербінафін, кетоконазол, біфоназол, нафтифін, сертаконазол) та обробляють уражені ділянки 2% спиртовим розчином йоду. На сьогодні ефективним та безпечним при мікроспорії гладенької шкіри з переважним ураженням пушкового волосся є комплексне лікування системним антимікотиком тербінафіном та 2% кремом сертаконазолу нітрату. При лікуванні мікроспорії волосистої частини голови у дітей та дорослих виявився ефективним та безпечним системний антимікотик гризеофульвін у комбінації з «Антралем». Гризеофульвін, що випускається у формі таблеток по 125 мг, призначають з розрахунку 21–22 мг на 1 кг маси тіла хворого. Препарат приймають тричі на добу під час їди з чайною ложкою олії. З метою зменшення побічних ефектів гризеофульвіну, підвищення ефективності лікування та скорочення його тривалості у дітей з мікроспорією волосистої частини голови застосовують препарат «Антраль» у формі таблеток, який призначають залежно від віку: дітям віком 4–10 років — по 100 мг на прийом, старше 10 років — по 200 мг тричі на добу. «Антраль» належить до групи гепатопротекторних препаратів, що чинять анти-

оксидантну, антиоксидантну, протизапальну, мембраностабілізуючу, знеболювальну, ангіопротекторну та імуномодулювальну дію. Препарат підвищує активність метаболічних процесів, активуючи систему цитохрому Р-450, унаслідок чого метаболізм одночасно прийнятих препаратів підсилюється, а ефективність — підвищується. Препарат «Антраль» запобігає токсичному впливу лікарських речовин [3, 4, 9, 10].

Дерматофіти є також основними збудниками оніхомікозів, але ураження, спричинені *Microsporum*, зустрічаються рідко. Практично всі випадки мікроспорійних оніхомікозів, описаних у публікаціях, пов'язані із зоофілічним грибом *Microsporum canis*. У зарубіжній літературі описані оніхомікози, зумовлені патогенними грибами *Microsporum gypsum* та *Microsporum nanum* [7, 17, 19].

На сьогодні досвід лікування мікроспорії нігтів недостатній, а самі випадки ураження нігтьових пластинок, спричинені *Microsporum canis*, у практичній діяльності лікарів-дерматологів зустрічаються дуже рідко. Ураження нігтів унаслідок дії *Microsporum canis* спостерігали та описали А.С. Чубарова (1949), П.М. Кашкін (1954), М.М. Тихонова, Р.А. Бубнова (1963), Г.В. Колпікова (1966). Ж.В. Степанова та співавт. у 1972 та 1997 р. описали клінічні випадки оніхомікозів, спричинених пухнастим мікроспорієм [2, 11, 12].

У вітчизняній літературі даних про спостереження та лікування хворих з мікроспорією нігтьових пластинок не знайдено. Пошук достовірних даних та наукових досліджень стосовно теми оніхомікозів, спричинених грибами *Microsporum canis*, у всіх світових базах (Scopus, Pubmed, Web of Science) виявив незначну кількість публікацій [15–19].

За даними ретроспективного аналізу клінічних особливостей мікроспоріюми оніхомікозу науковці найчастіше виявляли дистальний латеральний субунгвальний оніхомікоз, при якому ураження обмежувалося частіше тільки нігтями (здебільшого стоп). У 27,78% випадків чинники ризику інфікування були пов'язані з коморбідними станами [17].

На підставі літературних даних та результатів власних досліджень можна виділити деякі характерні особливості мікроспорії нігтів: це захворювання зустрічається дуже рідко і клінічно схоже із трихофітієм ураженням нігтьових пластинок; ураження нігтів може бути ізольованим, а може бути пов'язане з попереднім інфікуванням *Microsporum* волосистої частини голови або гладенької шкіри; в анамнезі пацієнти часто відмічають попередню травматизацію нігтів; ураження нігтьових пластинок починається частіше із проксимально-латеральної частини нігтя;

яскраво-зелене світіння уражених нігтів у променях лампи Вуда при люмінесцентному дослідженні; наявність у пацієнтів коморбідних станів та супутніх захворювань в анамнезі; лейконіхії, плями та бугристість на нігтьових пластинках [2, 5, 11, 17].

Питання лікування мікроспорії у дітей на сьогодні залишається актуальним і потребує подальшого вивчення і вдосконалення існуючих схем терапії, особливо при мікроспорії нігтів. Основним препаратом для лікування мікроспорії з різною локалізацією патологічного процесу є системний антимікотик гризеофульвін, який застосовують у дітей та дорослих при оніхомікозах, спричинених *Microsporium canis* [6, 9–12]. За даними різних авторів, тривалість системної терапії гризеофульвіном при оніхомікозах кистей і стоп може коливатися від 4 до 12 міс. Науковці відмічають, що ефективність гризеофульвіну вища за наявності грибкових уражень на руках, аніж на ногах. При лікуванні тільки гризеофульвіном тривалість оніхомікозів кистей триває близько 4 міс, оніхомікозів стоп — 6 міс. Різні автори відзначають і триваліші терміни лікування: до 7, інколи — до 10–12 міс. Вчені вважають доцільним поєднання системних антимікотичних препаратів та зовнішніх засобів місцевої дії [6, 9, 10]. Для зовнішнього лікування мікроспорії застосовують різні креми та засоби із протигрибковою дією (тербінафін, кетоназол, нафтифін, біфоназол, сертаконазол) та обробляють уражені ділянки 2% спиртовим розчином йоду [3, 4, 9, 10]. У зарубіжних публікаціях є повідомлення про успішне лікування оніхомікозу, спричиненого *Microsporium canis*, за допомогою фотодинамічної терапії [17]. У публікаціях міжнародних журналів, які цитуються в світових базах Scopus, Pubmed і Web of Science, наведені дані про ефективність лікування оніхомікозів, спричинених грибами роду *Microsporium* (*Microsporium canis*, *Microsporium gypseum*, *Microsporium nanum*), системними антимікотиками тербінафіном або ітраконазолом у дорослих і дітей [15–19]. При лікуванні мікроспорії волосистої частини голови та нігтя кисті виявився ефективним системний антимікотик гризеофульвін у комбінації з «Антралем». У нашому дослідженні зовнішньо застосовували 2% розчин йоду спиртового та 1% крем тербінафіну (змащували осередки на волосистій частині голови) і протигрибковий зовнішній засіб 1% розчин нафтифіну гідрохлориду (наносили на нігтьову пластинку V пальця лівої кисті протягом 11 тиж).

Отже, досвід лікування мікроспорії нігтів недостатній, а питання щодо розробки способів лікування залишається актуальним і потребує

постійного вдосконалення існуючих методів лікування з урахуванням етіології, патогенезу та клінічного перебігу захворювання.

Наводимо клінічний випадок та методи лікування мікроспорії волосистої частини голови і нігтя кисті (рисунок).

**Наводимо випадок.** Хвора М., 8 років, 6 січня 2015 р. звернулася з батьками по медичну допомогу до дерматолога Полтавського обласного клінічного шкірно-венерологічного диспансеру зі скаргами на висипання на шкірі волосистої частини голови та ураження нігтя V пальця лівої кисті. Із анамнезу: висипання на волосистій частині голови почали турбувати 25.12.2014. Ураження нігтьової пластинки лівої кисті мама помітила у дитини за 1 міс до цього. Не лікувалася. Джерело зараження не встановлено.

На момент огляду на лівій скроневій ділянці волосистої частини голови виявлено один осередок ураження округлої форми з чіткими межами, діаметром до 5 см, біло-рожевого кольору, вкритий сіруватими дрібними лусочками. Волосся в осередку ураження повністю обламано на однаковому рівні — на висоті 3–6 мм від поверхні шкіри. При люмінесцентному методі дослідження відзначено яскраво-зелене світіння волосся в променях лампи Вуда в осередку ураження. За даними мікроскопічного дослідження волосся виявлено його ураження паразитарним грибом роду *Microsporium*. Нігтьова пластинка V пальця лівої кисті деформована, потовщена, з нерівною бугристою поверхнею, біло-бурого кольору. В променях лампи Вуда наявне яскраво-зелене світіння нігтьової пластинки V пальця лівої кисті. При мікроскопічному дослідженні паразитарних грибів не виявлено. Взято матеріал для культурального дослідження з волосистої частини голови та нігтьової пластинки кисті (див. рисунок А, Б).

Дерматологічний діагноз: мікроспорія волосистої частини голови і нігтя кисті.

Хворій було призначено системний антимікотик гризеофульвін у формі таблеток по 125 мг з розрахунку 21–22 мг на 1 кг маси тіла (маса тіла дівчинки — 20 кг) тричі на добу під час їди з чайною ложкою олії. Гризеофульвін призначили у комбінації з препаратом «Антраль» у таблетках по 100 мг на прийом тричі на добу. Системну терапію поєднували із зовнішнім лікуванням, яке передбачало епіляцію, потім гоління волосся на уражених ділянках на волосистій частині голови з інтервалом 1 раз на 5 днів та змащування уражених ділянок 2% розчином йоду спиртового двічі на добу і нанесення 1% крему тербінафіну двічі на добу. Тривалість лікування становила 8 тиж. Зовнішньо на нігтьову

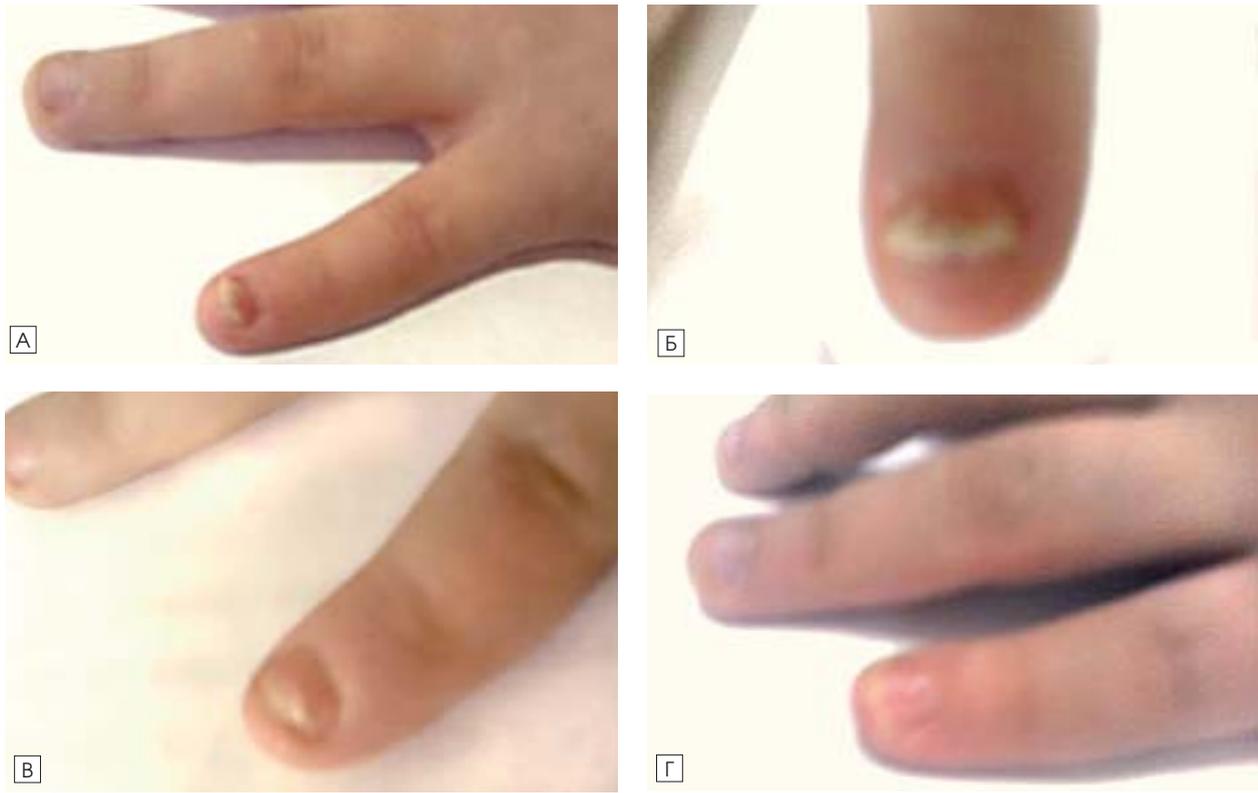


Рисунок. Мікроспорія нігтя лівої кисті

А, Б — до лікування; В — під час лікування; Г — після лікування.

пластинку V пальця лівої кисті застосовували 2% розчин йоду спиртового двічі на добу та протигрибковий зовнішній засіб 1% розчин нафтифіну гідрохлориду двічі на добу протягом 11 тиж. Переносність усіх препаратів була доброю. Побічні дії не спостерігали.

Лабораторні дослідження: результати загального аналізу крові, загального аналізу сечі та біохімічного аналізу крові — в межах норми (до та після лікування). За результатами культурального дослідження з волосистої частини голови та нітьової пластинки V пальця лівої кисті від 19 січня 2015 р. визначено *Microsporum canis*.

Хвора прийшла на контрольний огляд через 5 днів. Скарги відсутні. Лікування переносить добре. При огляді на волосистій частині голови в лівій скроневій ділянці відмічено появу трьох нових осередків ураження округлої форми з чіткими межами діаметром від 0,5 до 1 см, в яких частково обламане волосся на рівні 3–6 мм. У променях лампи Вуда при люмінесцентному дослідженні наявне яскраво-зелене світіння ураженого волосся в осередках. За даними мікроскопічного дослідження паразитарних грибів не виявлено. Нітьова пластинка V пальця лівої кисті майже без змін. У променях лампи Вуда наявне яскраво-зелене світіння нітьової пластин-

ки. При мікроскопічному дослідженні паразитарних грибів не виявлено. Лікування продовжено.

При подальших контрольних оглядах кожних 5 днів у пацієнтки відмічено покращення: поступове відновлення росту здорового волосся на волосистій частині голови в осередках ураження до рівномірного відновлення здорового волосся, поступове зменшення інтенсивності зеленого світіння та кількості ураженого волосся в променях лампи Вуда при люмінесцентному дослідженні до 2-кратної відсутності світіння волосся, поступове відновлення і ріст здорової нітьової пластинки V пальця лівої кисті, поступове зменшення інтенсивності зеленого світіння ураженого нігтя лівої кисті в променях лампи Вуда при люмінесцентному дослідженні до остаточного його зникнення, відсутність паразитарних грибів за даними мікроскопічного дослідження. Через 8 тиж під час контрольного огляду пацієнтки відмічено рівномірний ріст здорового волосся в осередках ураження на волосистій частині голови. В променях лампи Вуда при люмінесцентному дослідженні відсутнє світіння волосся. За даними мікроскопічного дослідження паразитарних грибів не виявлено. Лікування відмінено. Нітьова пластинка V пальця лівої кисті відновилася на 2/3, має нерівну поверхню

(див. рисунок, В). У променях лампи Вуда при люмінесцентному дослідженні наявне поодинокі крапкове зелене світіння на нігті лівої кисті. За даними мікроскопічного дослідження паразитарних грибів не виявлено. Зовнішнє лікування нігтя V пальця лівої кисті продовжено.

27.03.2015 р. пацієнтка прийшла на контрольний огляд. Скарги відсутні. Патологічний процес на волосистій частині голови повністю регресував, відмічено рівномірний ріст здорового волосся. Під час огляду нігтьова пластинка V пальця лівої кисті відновилася повністю, має здоровий вигляд, рівну та гладку поверхню (див. рисунок, Г). У променях лампи Вуда при люмінесцентному дослідженні відсутнє світіння волосся і нігтя. За даними мікроскопічного дослідження паразитарних грибів не виявлено. Досягнуто клінічного і мікологічного одужання. Переносність усіх препаратів була доброю. Побічні дії не спостерігали. Хворій до та після лікування виконано аналізи крові (загальний та біохімічний) і сечі. Відхилень у лабораторних показниках не виявлено. Лікування відмінено. Рекомендовано диспансерний нагляд протягом 3 міс.

Після лікування дівчинка перебувала під диспансерним спостереженням протягом 3 міс. Пацієнтка приходила на контрольний огляд раз на

місяць. У осередках ураження на волосистій частині голови повністю відновився ріст здорового волосся. Нігтьова пластинка V пальця лівої кисті має здоровий вигляд, рівну та гладку поверхню. В променях лампи Вуда відсутнє люмінесцентне світіння волосся і нігтя. За даними мікроскопічного дослідження паразитарних грибів не виявлено. Рецидиви не спостерігали. Дитину знято з диспансерного обліку.

## Висновки

Цей клінічний випадок заслуговує на увагу, оскільки ураження нігтів при мікроспорії зустрічається рідко, про що свідчить аналіз даних вітчизняної та зарубіжної літератури. При мікроспорії волосистої частини голови і нігтя кисті виявився ефективним та безпечним системний антимікотик гризеофульвін у комбінації з препаратом «Антраль» у поєднанні із зовнішнім лікуванням 1% кремом тербінафіну та 1% розчином нафтифіну гідрохлориду.

Отже, досвід лікування мікроспорії нігтів недостатній, питання щодо розробки способів лікування залишається актуальним і потребує постійного вдосконалення існуючих методів лікування з урахуванням етіології, патогенезу та клінічного перебігу дерматозу.

## Список літератури

- Ахмедова С.Д. Проспективный анализ чувствительности микробиоты при дерматомикозах // Биомедицина.— 2018.— № 1.— С. 30–32.
- Колпикова Г.В. Микроспория ногтя // Вестн. дерматол. и венерол.— 1966.— № 5.— С. 81–84.
- Лаврушко С.І. Оптимізація лікування мікроспорії волосистої частини голови у дітей // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2019.— № 3 (74).— С. 35–44.
- Лаврушко С.І., Степаненко В.І., Дудченко М.О., Павленко Г.П. Сучасні погляди на лікування мікроспорії у дітей з урахуванням етіології, патогенезу та особливостей клінічного перебігу дерматозу // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2018.— № 4 (71).— С. 16–25.
- Машкилейсон Л.Н. Инфекционные и паразитарные болезни кожи.— М.: МЕДГИЗ, 1960.— С. 242–245.
- Машкилейсон Л.Н. Лечение и профилактика кожных болезней.— М.: Медицина, 1964.— С. 214–222.
- Медведева Т.В., Чилина Г.А. Случай онихомикоза, вызванного *Microsporum canis* // Проблемы медицинской микологии.— 2011.— Т. 13, № 2.— С. 42–44.
- Попова І.Б. Сучасні аспекти лікування мікроспорії // Світ медицини та біології.— 2013.— № 2.— С. 156–158.
- Степаненко В.І. Дерматологія, венерологія. Підручник / За редакцією В.І. Степаненка.— К.: КІМ, 2012.— С. 210–215.
- Степаненко В.І., Чоботарь А.І., Бондарь С.О. Дерматологія і венерологія.— К.: ВСВ «Медицина», 2015.— С. 90–103.
- Степанова Ж.В., Климова И.Я., Шаповалова Ф.С. Онихомикоз, обусловленный пушистым микроспорием // Вестн. дерматол. и венерол.— 1997.— № 4.— С. 37–39.
- Степанова Ж.В., Ливанова Н.К., Немкаева Р.М. Изолированное поражение ногтевой пластинки пушистым микроспорием // Вестн. дерматол. и венерол.— 1972.— № 5.— С. 85–87.
- Agarwal U.S., Saran J., Agarwal P. Clinico-mycological study of dermatophytes in a tertiary care centre in northwest India // Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.— 2014.— Vol. 80 (2).— P. 194.
- Ameen M. Epidemiology of superficial fungal infections // Clin. Dermatol.— 2010.— Vol. 28 (2).— P. 197–201.
- André J., De Doncker P., Laporte M. et al. Onychomycosis caused by *Microsporum canis*: treatment with itraconazole // J. Am. Acad. Dermatol.— 1995.— Vol. 32 (6).— P. 1052–1053. doi: 10.1016/0190-9622(95)91361-0.
- Lee H.J., Ha S.J., Lee S.J. et al. White superficial onychomycosis of a toenail due to *Microsporum canis* // Acta Derm. Venereol.— 2000.— Vol. 80 (2).— P. 155.
- Martínez E., Ameen M., Tejada D., Arenas R. *Microsporum* spp. onychomycosis: disease presentation, risk factors and treatment responses in an urban population // Braz. J. Infect. Dis.— 2014.— Vol. 18 (2).— P. 181–186. doi: 10.1016/j.bjid.2013.08.005.
- Piraccini B.M., Morelli R., Stinchi C., Tosti A. Proximal subungual onychomycosis due to *Microsporum canis* // Br. J. Dermatol.— 1996.— Vol. 134 (1).— P. 175–177.
- Romano C., Paccagnini E., Pelliccia L. Case report. Onychomycosis due to *Microsporum canis* // Mycoses.— 2001.— Vol. 44 (3–4).— P. 119–120.

С.И. Лаврушко<sup>1,2</sup><sup>1</sup>Українська медична стоматологічна академія, Полтава<sup>2</sup>КП «Полтавський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер Полтавського обласного совета»

## Клинический случай и лечение микроспории волосистой части головы и ногтя кисти

Грибковые инфекции кожи, волос и ногтей распространены во всем мире и их частота продолжает повышаться. Их основными возбудителями являются дерматофиты, географическое распределение которых варьирует в разных частях мира. Значительная распространенность микотических инфекций свидетельствует, что микозы кожи возникают у 20–25% населения мира, что делает их одной из наиболее частых форм инфекции. Среди дерматофитных инфекций важное место занимает микроспория, так как является высококонтагиозным и наиболее распространенным грибковым заболеванием детского возраста. Возбудителем этой болезни преимущественно является зоофильный дерматофит *Microsporum canis*.

Сегодня вопрос лечения микроспории у детей остается актуальным и требует постоянного совершенствования существующих и разработки новых схем лечения с учетом этиологии, патогенеза и клинического течения дерматоза. Для лечения микроспории кожи головы у детей и взрослых хорошо зарекомендовал себя системный антимикотик гризеофульвин в сочетании с «Антралем». Препарат «Антраль» предотвращает токсическое воздействие лекарственных веществ.

Описаны клинический случай и методы лечения микроспории кожи головы и ногтя кисти. При микроспории кожи головы и ногтя кисти эффективным и безопасным оказалась системный антимикотик гризеофульвин в сочетании с препаратом «Антраль». Гризеофульвин назначали в форме таблеток по 125 мг из расчета 21–22 мг на 1 кг массы тела больной девочки трижды в сутки во время еды. «Антраль» в таблетках пациентка принимала по 100 мг трижды в сутки. В исследовании мы сочетали системную терапию с внешним лечением с помощью средств с противогрибковым действием: 2% раствором йода спиртового, 1% кремом тербинафина и 1% раствором нафтифина гидрохлорида. Достигнуто клиническое и микологическое выздоровление. Переносимость всех препаратов была хорошей. Побочных эффектов не наблюдали.

**Ключевые слова:** микроспория, *Microsporum canis*, микроспория ногтя, лечение, гризеофульвин, «Антраль», тербинафин, нафтифина гидрохлорид.

S.I. Lavrushko<sup>1,2</sup><sup>1</sup>Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava<sup>2</sup>ME «Poltava Regional Clinical Dermatovenerologic Dispensary of Poltava Regional Council»

## Clinical case and treatment of microsporia of the scalp and nail

Fungal infections of the skin, hair and nails are spread all over the world and their frequency continues to grow. The main pathogens are dermatophytes, geographical distribution of which varies in different parts of the world. The high prevalence of mycotic infections shows that mycoses of the skin are found in 20–25% of the world's population, making it one of the most frequent forms of infection. Microsporia occupies an important place among dermatophytic infections, as it is highly infectious and the most common fungal disease of children's age. Zoophilic dermatitis *Microsporum canis* is a predominant pathogen of this disease.

Today, the issue of treatment of microsporia in children remains relevant and requires constant improvement of existing and development of new treatment regimens taking into account the etiology, pathogenesis and clinical course of dermatosis. The systemic antimycotic griseofulvin in combination with *Antral* has shown its effectiveness in the treatment of microsporia of the scalp in children and adults. *Antral* prevents the toxic effects of medicines and substances.

The article describes the clinical case and treatment of microsporia of the scalp and nail. In microsporia of the scalp and nail was an effective and safe systemic antimycotic Griseofulvin in combination with the drug *Antral*. With microsporia of the scalp and nail, the systemic antimycotic griseofulvin in combination with the *Antral* drug turned out to be effective and safe. Griseofulvin was prescribed in tablets of 125 mg 3 times a day during meals, at the rate of 21–22 mg per 1 kg of body weight of a sick girl. The patient took *Antral* in tablets: 100 mg 3 times a day. In our study, the system therapy was combined with external treatment by antifungal drugs: 2% solution of iodine alcohol, 1% terbinafine in cream and 1% solution of naphthifin hydrochloride. Clinical and mycological recovery was achieved. Tolerability of all drugs was good. Side effects were not observed.

**Key words:** microsporia, *Microsporum canis*, nail microsporia, treatment, griseofulvin, *Antral*, terbinafine, naphthifin hydrochloride.

### Дані про автора:

Лаврушко Світлана Іванівна, аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб Української медичної стоматологічної академії; лікар-дерматовенеролог диспансерного відділення КП «Полтавський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер Полтавської обласної ради»

36039, м. Полтава, вул. Олесь Гончара, 12

E-mail: lavruskosvitlana@gmail.com