



Ламизил®: актуальные возможности в лечении микозов кожи

В настоящее время микотическими инфекциями кожи страдают около 20% населения планеты. В структуре кожной патологии грибковые поражения кожи и ногтей продолжают удерживать лидирующую позицию. Высокая значимость данной проблемы и современные методы борьбы с микозами обсуждались на сателлитном симпозиуме фармацевтической компании «Новартис Консьюмер Хелс» «Грибковые поражения кожи и ногтей: проблемы и пути решения», состоявшемся в рамках XXIX научно-практической конференции с международным участием «Рахмановские чтения. Буллезные дерматозы».

Местные антимикотики: спектр применения и алгоритм выбора



Профессор
А.А. Халдин

В своем докладе д.м.н., профессор А.А. ХАЛДИН, директор Клиники кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова ПМГМУ им. И.М. Сеченова, чл.-корр. РАЕН,

дал следующее определение микозам: «Микозы – это заболевания, вызываемые патогенными и условно-патогенными грибами, сходные в клинко-эпидемиологическом, патогенетическом и терапевтическом отношениях». Спектр грибковых поражений кожи достаточно широк и включает в себя кератомикозы, микозы крупных складок, микозы гладкой кожи, микозы стоп и кистей, кандидоз кожи, псевдомикозы, онихомикозы. На сегодняшний день в практическом здравоохранении уделяется большое внимание рациональной фармакотерапии, а именно антифунгальной. Существуют основные принципы фармакотерапии микозов: соответствие препарата этиологии инфекции; соответствие препарата форме заболевания, что требует рационального терапевтического подхода; соответствие формы

препарата локализации поражения, что позволяет создать наиболее эффективную концентрацию препарата в местах микотического поражения; соответствие длительности терапии форме и тяжести микоза. Исходя из данных положений, при выборе топического антимикотика следует учитывать его фунгицидное действие, спектр антимикотической активности, наличие различных наружных лекарственных форм. Должны быть учтены также побочные эффекты от применения препарата (по возможности минимальные) и уровень комплаентности.

Антимикотики можно разделить на две основные группы – азолы и аллиламины. Азолы (клотримазол, кетоконазол, бифоназол и др.) обладают фунгистатическим действием, то есть приостанавливают рост грибов. В отличие от них аллиламины, к которым относится и тербинафин (Ламизил®), при дерматофитиях оказывают преимущественно фун-



«Грибковые поражения кожи и ногтей: проблемы и пути решения»

гицидный эффект. Ламизил® отличается широким спектром антимикотического действия. Процент излечения при терапии Ламизилом микозов стоп достигает 95%, руброфитии – 97%, эпидермофитии паховой – 94%, кандидозов – 85%, разноцветного лишая – 79%¹. Однако, по словам докладчика, при местной терапии микозов кожи следует учитывать и тот факт, что нередко на фоне грибкового поражения возможна активизация бактериальной флоры, а также развитие воспалительной реакции. Между тем результаты зарубежных исследований показали, что Ламизил® обладает дополнительными свойствами – антибактериальными и противовоспалительными. Кроме того, препарат характеризуется более высоким уровнем комплаентности (в том числе за счет широкого выбора форм выпуска и наличия формы однократного применения) и короткими сроками микологического излечения по сравнению с бифоназолом и клотримазолом – после 7 дней лечения препаратом Ламизил® гибель гриба в биологическом материале была подтверждена лабораторными теста-

ми². «Мы в свое время провели большое исследование по эффективности и безопасности различных форм препарата Ламизил®, причем постарались оценить их эффективность в зависимости от локализации микотического процесса. В этой связи заслуживают внимания данные сравнительной оценки клинической и этиологической эффективности Ламизил® дермгеля и Ламизил® спрея (тербинафин 1%) при паховых дерматофитиях и микозах крупных складок», – уточнил профессор А.А. Халдин.

В исследовании приняли участие 60 больных: в первую группу вошли 30 пациентов с паховой дерматофитией (26 мужчин и 4 женщины) в возрасте 23–63 года с длительностью заболевания от 1 месяца до 1 года, во вторую группу – 30 женщин, больных микозом крупных складок, в возрасте от 20 до 63 лет с длительностью заболевания от 1 месяца до 3 лет. Ламизил® спрей, как и Ламизил® дермгель, наносили 1 раз в сутки на пораженные участки кожи в течение 7 дней в виде монотерапии. Обязательным условием являлось использование препарата в одно и то же время (интервал между

процедурами не превышал 24 часов). Было проведено лабораторное тестирование до и после лечения. Через 7 дней после окончания лечения мицелий патогенных грибов не был обнаружен ни у одного из пациентов в обеих группах. Полное клиническое излечение наблюдалось через 14 дней терапии дермгелем или спреем. Однако динамика регресса кожной симптоматики паховых дерматофитий была более выраженной при терапии Ламизил® дермгелем, а динамика регресса кожной симптоматики микоза крупных складок – при применении Ламизил® спрея. Обобщая данные исследования, профессор А. А. Халдин в заключение предложил следующий алгоритм выбора топической формы Ламизила: для лечения кератомикозов, микозов крупных складок, микозов гладкой кожи, псевдомикозов предпочтительнее использовать Ламизил® спрей, для лечения паховых дерматофитий и кандидоза кожи назначать в первую очередь Ламизил® дермгель, а во вторую – Ламизил® спрей, для лечения микозов стоп и кистей эффективнее применять Ламизил® крем либо Ламизил® дермгель.

Дерматозы, вызванные и ассоциированные с *Malassezia spp.*

Грибы рода *Malassezia spp.* являются представителями нормобиоты кожи и вызывают поражения кожи только при воздействии эндогенных и экзогенных факторов. Как отметила в своем выступлении к.м.н. Л.П. КОТРЕХОВА, заведующая 1-м отделением НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина, доцент кафедры дерматовенерологии СЗГМУ им. И.И. Меч-

никова, *Malassezia spp.* могут вызывать развитие разноцветного (отрубевидного) лишая, малассезия-фолликулита, неонатального пустулеза, отита наружного слухового прохода. В настоящее время установлена роль *Malassezia spp.* в развитии себорейного дерматита и влияние на течение атопического дерматита и себорейного псориаза (изменение клинической картины,

¹ Nolting S., Bräutigam M. Clinical relevance of the antibacterial activity of terbinafine: a contralateral comparison between 1% terbinafine cream and 0.1% gentamicin sulphate cream in pyoderma // Br. J. Dermatol. 1992. Vol. 126. Suppl. 39. P. 56–60.

² Ryder N.S. Terbinafine: mode of action and properties of the squalene epoxidase inhibition // Br. J. Dermatol. 1992. Vol. 126. Suppl. 39. P. 2–7.



К.м.н. Л.П. Котрехова



XXIX НПК «Рахмановские чтения. Буллезные дерматозы» Симпозиум компании «Новартис Консьюмер Хелс»

увеличение частоты обострений, укорочение периода ремиссии). Благодаря новым методам диагностики на сегодняшний день определены и описаны 13 видов грибов рода *Malassezia* spp. Изучается влияние разных видов *Malassezia* на развитие и характер течения заболеваний, ассоциированных с ними. «Исследования показали, что у здоровых людей обнаруживается достаточное количество грибов рода *Malassezia*, например, *M. globosa*, *M. sympodialis*, *M. restricta*, в то же время установлено, что именно эти виды грибов вызывают развитие разноцветного лишая у больных, проживающих в умеренном климате. Кроме того, они же могут быть и причиной развития малассезия-

особенностей дерматозов, вызванных или ассоциированных с *Malassezia* spp., а также разработка методов комплексной терапии», – сообщила Л.П. Котрехова. В ходе работы было обследовано 512 больных с хроническими дерматозами, создан регистр 359 больных дерматозами, вызванных или ассоциированных с *Malassezia* spp. Самую многочисленную группу из 126 человек составили пациенты с отрубевидным лишаем, на втором месте оказались больные себорейным дерматитом (104 человека), на третьем – atopическим дерматитом (59 человек), 41 человек страдал себорейным псориазом, а 29 – малассезия-фолликулитом. Методом ДНК-секвенирования было идентифицировано 35 изолятов рода *Malassezia*, 31 из которых идентифицирован по видовой принадлежности. Было показано, что основными возбудителями являлись *M. sympodialis*, *M. globosa*, *M. restricta*, *M. furfur*. Из 126 больных отрубевидным лишаем большинство (64%) составили мужчины молодого и среднего возраста (медиана – 32 года) с продолжительностью заболевания 5–6 лет. У 35% пациентов заболевание носило рецидивирующий характер. Предикторами заболевания являлись гипергидроз, наличие сахарного диабета, особенности профессиональной деятельности, занятия спортом, прием гормональных однокомпонентных оральных контрацептивов. Частота себорейного дерматита была выше среди мужчин (58% больных) в возрасте от 18 до 65 лет (медиана – 41 год). Средняя продолжительность заболевания составила порядка 3,7 года, рецидивирующий характер отмечался у 33% пациентов. Развитию заболевания способствуют такие факторы риска, как расстройство вегетативной нервной системы, гипергидроз, патология щитовидной железы, желудочно-кишечного тракта, особенности профессиональной деятельности. В нашем исследовании у 34% па-

циентов обострение себорейного дерматита было связано со стрессами. Исследование показало, что atopическим дерматитом (АтД) и псориазом чаще страдают женщины (52% и 60% соответственно). Особенности течения при АтД являлись выраженный зуд, локализация очагов на голове и шее, экссудация, мокнутие, а также высокий уровень IgE и связь обострений с уровнем колонизации *Malassezia* spp. Выраженный зуд, жжение, локализация очагов на голове и шее, в складках кожи, экссудация также являются отличительными чертами псориаза. Применение антифунгальных препаратов для лечения atopического дерматита и псориаза привело к улучшению течения заболеваний. Из 29 больных малассезия-фолликулитом в возрасте 35–69 лет (медиана – 49 лет) женщин было достоверно больше (60%). Малассезия-фолликулит характеризовался острым началом, появлением большого количества мелких фолликулитов с тонким венчиком гиперемии на груди и спине, реже – на лице и шее. Высыпаниям предшествовал прием высоких или длительный прием средних и низких доз глюкокортикостероидов, массивная антибактериальная терапия, развитие иммунодефицитных состояний. Результаты обследования позволили разработать принципы лечения заболеваний, вызванных или ассоциированных с *Malassezia* spp. Монотерапия антимикотиком наружного действия назначалась для лечения отрубевидного лишая, малассезия-фолликулита и наружного отита. Комбинированная терапия – патогенетическая, симптоматическая в сочетании с местным антимикотиком – применялась для лечения себорейного дерматита, atopического дерматита и псориаза. «Из современных местных антимикотиков мы использовали тербинафин. Почему был сделан упор на применение этого препарата? Потому что он обладает активным проникно-

Тербинафин обладает высокой фунгицидной активностью по отношению к основным возбудителям, длительным антимикотическим действием и противовоспалительным эффектом.

фолликулита. В данном случае многое зависит от иммунного статуса пациента, а также от тех препаратов, которые получают больные», – уточнила докладчик. При этом установлено, что различные виды *Malassezia* обладают разной чувствительностью к антимикотикам, например, наиболее распространенный на территории России возбудитель отрубевидного лишая *M. sympodialis* обладает высокой чувствительностью к тербинафину. Это необходимо учитывать при выборе антимикотика для лечения заболеваний, вызванных грибами рода *Malassezia*, и назначать их в соответствии с нозологической формой заболевания. «В настоящее время в нашем институте проводится большое клиническое исследование, целью которого является изучение этиопатогенетических и клинических



«Грибковые поражения кожи и ногтей: проблемы и пути решения»

вением в эпидермис, высокой фунгицидной активностью по отношению к основным возбудителям, длительным антимикотическим действием, антибактериальной активностью и противовоспалительным эффектом. Кроме того, как уже говорилось ранее, *Malassezia sympodialis* – основной возбудитель в Северо-Западном регионе – обладает высокой чувствительно-

стью к тербинафину», – пояснила докладчик. После лечения тербинафином (препаратом Ламизил®) больных отрубевидным лишаем (n = 48) клиническое выздоровление наблюдалось у 97,2% пациентов, микологическое – у 94,4%, полное – у 94,4%. После лечения больных малассезия-фолликулитом (n = 9) клиническое, микологическое и полное выздоровление на-

блюдалось у 87,5% пациентов. Была доказана высокая эффективность тербинафина (Ламизила) и в комплексной терапии дерматозов, ассоциированных с *Malassezia spp.*, – атопического дерматита, псориаза и себорейного дерматита – применение тербинафина позволило добиться достоверного улучшения у значительного большинства пациентов.

Современные подходы к лечению микозов стоп

Одной из причин высокой заболеваемости населения микозами стоп можно считать недостаточную осведомленность об источниках и путях распространения инфекции, клинических проявлениях, мерах профилактики, а также позднее обращение к врачу. В большинстве случаев микозы предшествуют развитию ониомикозов. Согласно статистическим данным, представленным в докладе д.м.н., профессора В.Ю. ВАСЕНОВОЙ (кафедра кожных болезней и косметологии ФУВ ВНИМУ им. Н.И. Пирогова), ониомикозы составляют 78% всех случаев дерматофитий и 24% всей дерматологической патологии, а средняя продолжительность заболевания составляет 9 лет. «Результаты нашего исследования, полученные путем тщательного опроса пациентов клиники, показывают, что в анамнезе 55% больных имелся семейный ониомикоз, а точнее – у 31% были инфицированы родители, у 19% – супруги. У 44% пациентов в семье был один больной ониомикозом, помимо самого пациента, у 10% – двое и у 1% – трое. Важно также отметить, что 60% больных неоднократно обращались к врачу по поводу ониомикоза», – уточнила докладчик. Нарушение кровоснабжения конечностей является одним из ведущих патогенетических аспектов развития ониомикозов. К заболеваниям, сопровождающимся нарушением кровоснабже-

ния конечностей, относятся хроническая венозная недостаточность, атеросклероз сосудов нижних конечностей, облитерирующий эндартериит, тромбофлебит, болезнь Рейно, сахарный диабет с выраженной микроангиопатией. По данным литературы, частота встречаемости микозов у больных с сосудистой патологией составляет от 30 до 90%. У части пациентов могут наблюдаться нарушения на уровне микроциркуляции. Профессор В.Ю. Васенова представила результаты обследования больных ониомикозом с помощью дуплексного сканирования. В нем приняли участие 38 пациентов (20 женщин, 18 мужчин) в возрасте 22–66 лет (в среднем 44,5 года), не имевших видимой сосудистой патологии. Больные были разделены на две группы, в первую группу вошли пациенты с длительностью заболевания в среднем 6,5 лет, во вторую – 11,5 лет. При обследовании оценивались следующие параметры: проходимость сосуда, состояние комплекса интима-медиа, скоростные показатели кровотока, показатель периферического сопротивления. У обследованных пациентов не выявлено патологии магистральных артерий нижних конечностей. У 41% пациентов первой группы диагностирована положительная сосудистая реактивность, то есть отсутствие патологических изменений структуры сосудов. Между тем у 59% пациентов второй группы была вы-



явлена отрицательная сосудистая реактивность – отсутствие изменений доплеровского спектра до и после нагрузки, что означало нарушение нормального функционирования сосуда. Таким образом, прослеживается связь между длительностью заболевания ониомикозами, и в целом микозами стоп, и нарушениями микроциркуляции сосудов нижних конечностей. Помимо этого, пациентам было проведено гистологическое исследование биоптатов ногтевого ложа, которое выявило утолщение эпителия ногтевого ложа за счет базального и шипового слоя, деструкцию базальной мембраны, отсутствие дифференцировки эпидермиса на слои. Электронная микроскопия показала отсутствие сформированных клеточных контактов (десмосом), наличие щелевидных пространств

Профессор
В.Ю. Васенова



XXIX НПК «Рахмановские чтения. Буллезные дерматозы» Симпозиум компании «Новартис Консьюмер Хелс»

между клетками, неравномерный контур между ядрами. Наблюдается выраженная деструкция соединительной ткани, сужение сосуда, единичные фибробласты, нити мицелия в дерме. Прогрессирование микозов гладкой кожи является основной причиной развития онихомикозов – в 68% случаев микоз стопы осложняется онихомикозом. Методы лечения микозов включают этиотропную (антифунгальную), патогенетическую и симптоматическую терапию и профилактику реинфекции. При ограниченном поражении кожи назначается местная противогрибковая терапия, при распространенном поражении кожи ногтей, волос – системная терапия, которая дает оптимальный результат в сочетании с местной терапией. В чем заключаются преимущества местной терапии? В непосредственном воздействии на очаг поражения, быстром создании необходимой концентрации действующего вещества, отсутствии системного действия и минималь-

ном риске развития нежелательных побочных явлений. «Какими требованиями руководствуются врачи при выборе антимикотика? Препарат должен обладать широким спектром действия, фунгицидной активностью, способностью быстро обеспечивать клиническое и микологическое излечение, удобством в применении. Все эти качества присущи современному синтетическому антимикотику из группы аллиламинов – тербинафину (Ламизилу)», – отметила профессор В.Ю. Васенова. Тербинафин (Ламизил®) имеет широкий спектр противогрибковой активности, он эффективен против всех возбудителей грибковых инфекций гладкой кожи. Тербинафин (Ламизил®) оказывает фунгицидный эффект в отношении 86% возбудителей³. Благодаря фунгицидному эффекту тербинафин обеспечивает высокий процент излечения при широком спектре грибковых заболеваний всего за 1 неделю лечения. При микозах стоп микологическое излечение в 78% случаев достигает

ся после однократного нанесения препарата Ламизил® крем 1%⁴. Более того, после однократного применения тербинафина (Ламизил®) микологический контроль, проведенный спустя 3 месяца, показывает, что результат сохраняется в 94% случаев излечения. Тербинафин, благодаря своим липофильным и кератофильным свойствам, сохраняет фармакологическую активность в коже в течение нескольких месяцев. Это обеспечивает высокую эффективность тербинафина и надежную профилактику реинфицирования даже через 3 месяца лечения⁵.

По словам профессора В.Ю. Васеновой, на сегодняшний день Ламизил® является единственным местным антимикотиком, который выпускается в различных лекарственных формах (табл. 1) – в виде крема, спрея, дермгеля и пленкообразующего раствора, что позволяет подобрать наиболее удобную и эффективную форму для каждого клинического случая. Профессор В.Ю. Васенова подробно остановилась на характеристике и способах применения всех лекарственных форм препарата Ламизил®.

Ламизил® крем 1% обладает кератопластическим, противовоспалительным и смягчающим действием, его назначают при микозах стоп и кистей, микозах гладкой кожи, разноцветном лишае 1–2 раза в сутки в течение 1–2 недель. Ламизил® дермгель 1% оказывает выраженное охлаждающее, противовоспалительное, эпителизирующее действие, его следует применять 1 раз в сутки в течение 1 недели при микозах стоп (интертригинозная форма), микозах складок и разноцветном лишае.

Ламизил® спрей 1% отличается подсушивающим, противозудным, охлаждающим и противовоспалитель-

Таблица 1. Лекарственные формы препарата Ламизил®

Лекарственная форма	Действие	Показания	Применение
Ламизил® крем 1%	Кератопластическое, противовоспалительное, смягчающее	Микоз стоп и кистей, микоз гладкой кожи, разноцветный лишай	1–2 раза в сутки 1–2 недели
Ламизил® дермгель 1%	Охлаждающее противовоспалительное, эпителизирующее	Микоз стоп (интертригинозная форма), микоз складок, разноцветный лишай	1 раз в сутки 1 неделю
Ламизил® спрей 1%	Охлаждающее, подсушивающее, противозудное, противовоспалительное	Разноцветный лишай, микозы волосистой части головы, микоз с явлениями экссудации	1–2 раза в сутки 1–2 недели
Ламизил® Уно 1% пленкообраз. раствор	Подсушивающее, противозудное, противовоспалительное	Микоз стоп	Однократно

³ Favre B., Ghannoum M.A., Ryder N.S. Biochemical characterization of terbinafine-resistant Trichophyton rubrum isolates // Med. Mycol. 2004. Vol. 42. № 6. P. 525–529.

⁴ Evans E.G. Tinea pedis: clinical experience and efficacy of short treatment // Dermatology. 1997. Vol. 194. Suppl. 1. P. 3–6.

⁵ Hill S., Thomas R., Smith S.G., Finlay A.Y. An investigation of the pharmacokinetics of topical terbinafine (Lamisil) 1% cream // Br. J. Dermatol. 1992. Vol. 127. № 4. P. 396–400.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Крем 15 г



П № 008851 от 10.06.2010

Показания

- Грибок стопы при сухой коже
- Разноцветный лишай

Преимущества

- Обладает смягчающим действием
- Устраняет сухость кожи

Дермгель 15 г



П № 01336401 от 06.06.2010

Показания

- Грибок стопы, сопровождающийся зудом и опрелостью
- Паховый грибок
- Грибок крупных складок
- Разноцветный лишай

Преимущества

- Быстро охлаждает, снимая зуд
- Быстро впитывается
- Подсушивает кожу и способствует ее заживлению

Крем 30 г



П № 008851 от 10.06.2010

Показания

- Грибок подошв и пяток

Преимущества

- Избавляет от грибка подошв и пяток
- Устраняет ороговение и шелушение
- Смягчает кожу
- Способствует заживлению трещин

Спрей 15 мл и 30 мл



П № 01600302 от 22.12.2009

Показания

- Разноцветный лишай
- Грибок стопы
- Труднодоступные места, волосистая часть головы
- Грибок крупных складок

Преимущества

- Идеальное средство для активных людей
- Обладает освежающим и подсушивающим действием
- Не оставляет пятен на одежде
- Быстро впитывается

Пленкообразующий раствор 4 г



№ ЛСР-00358307 от 06.11.2007

Показания

- Грибок стопы

Преимущества

- ПРОСТО — всего 1 применение*
- УДОБНО — не требует многократного нанесения
- ЭФФЕКТИВНО — быстрое снятие симптомов и длительное защитное действие

* Микологическое излечение достигается через 3 дня Gabor Petranzyi et al Antifungal activity of the allylamine derivative terbinafine in vitro AAAC vol 31 No 9 1999

ЛАМИЗИЛ®

NOVARTIS

ООО «Новартис Консьюмер Хелс»

123317, г. Москва, Пресненская наб., д. 10
тел.: (495) 969-21-65, факс (495) 969-21-66



XXIX НПК «Рахмановские чтения. Буллезные дерматозы» Симпозиум компании «Новартис Консьюмер Хелс»

тельным действием. Он эффективен при разноцветном лишае, микозах волосистой части головы, а также микозах с явлениями экссудации и применяется 1–2 раза в сутки в течение 1–2 недель.

Отличительной особенностью пленкообразующего раствора Ламизил® Уно 1%, который также обладает подсушивающим, про-

кожи в течение 3 дней и удерживается в поверхностных и глубоких слоях кожи в течение 13 дней. Различают следующие клинические формы микозов стоп: стертую, сквамозную, гиперкератотическую, интертригинозную, дисгидротическую, острую, онихомикоз. «Ламизил® Уно отличается удобством применения и является наиболее эффективным препаратом при терапии стертой, сквамозной форм микозов стоп и менее эффективен при гиперкератозе», – отметил профессор В.Ю. Васенова. Гиперкератотическая форма чаще всего встречается у женщин, развивается в результате ношения неудобной обуви и/или каких-либо наследственных факторов.

Докладчик представила данные исследования эффективности применения Ламизил® крема 1% у женщин в терапии микозов стоп, сопровождающихся трещинами⁷. Под наблюдением находилось 30 женщин в возрасте 21–54 лет с длительностью заболевания от 3 месяцев до 30 лет. На фоне шелушения стоп у 18 женщин отмечались поверхностные трещины, у 12 – глубокие трещины стоп. В качестве монотерапии всем больным был назначен Ламизил® крем 1% 30 г, который наносился на кожу стоп и межпальцевых промежутков в течение 2 недель. Больные были разделены на две равные группы: в первой группе (n = 15) проводилась терапия кремом 1 раз в сутки, во второй (n = 15) – 2 раза в сутки. В результате проведенного исследования микологическое излечение через две недели отмечалось у 26 пациенток: 12 (80%) женщин из первой группы, 14 (93%) женщин из второй группы, что было подтверждено двукратным микроскопическим исследованием через 7 и 10 дней после окончания терапии. «Главный вывод, который можно сделать, – для изле-

чения больных с гиперкератозом и трещинами целесообразно и эффективно назначение препарата Ламизил® в виде крема по два раза в день в течение двух недель», – констатировала докладчик. Профессор В.Ю. Васенова затронула проблему дезинфекции зараженной обуви, отметив, что наиболее оптимальным средством является обработка обуви препаратом Ламизил® спрей 1%, что подтверждают результаты исследования по обеззараживанию стелек, инфицированных дерматофитами, 1% раствором тербинафина, проведенные в отделе дерматологии и микологической лаборатории больницы Сен-Луи (Париж, Франция). Все стельки, обработанные 1% раствором тербинафина, через 48 и 96 часов оказались стерильными. Исследование также показало их стерильность через 3 и 6 недель инкубации. «Ламизил® спрей – идеальный вариант для обработки любой обуви, однократная обработка препаратом Ламизил® спрей 1% позволяет обеззараживать обувь на срок 1,5 месяца», – подчеркнула В.Ю. Васенова, завершая выступление.

Заключение

Резюмируя данные, представленные в выступлениях докладчиков, можно сделать следующие выводы: Ламизил®, сочетая в себе фунгицидные, антибактериальные и противовоспалительные свойства, является высокоэффективным и безопасным препаратом в терапии грибковых поражений кожи и стоп. В настоящее время Ламизил® является единственным местным антимикотиком, представленным разнообразными лекарственными формами в виде крема, спрея, дермгеля, пленкообразующего раствора, что позволяет подобрать наиболее удобную и эффективную форму для каждого клинического случая. ●

Тербинафин обладает высокой фунгицидной активностью по отношению к основным возбудителям, длительным антимикотическим действием и противовоспалительным эффектом.

тивозудным, противовоспалительным действием, является однократное использование при микозах стоп. По мнению докладчика, этот способ применения может быть весьма привлекательным для больных микозами стоп. Согласно данным проведенного в 2007 г. исследования, среди требований, которыми пациенты руководствуются при выборе препарата, удобство применения занимает первую позицию, затем следуют быстрое избавление от всех симптомов, уничтожение грибковой инфекции, полное излечение и защита от повторного заражения⁶. Ламизил® Уно сочетает в себе фунгицидное действие тербинафина с революционной технологией пленкообразующего раствора.

При однократном нанесении на кожу Ламизил® Уно этанол испаряется и через 1–2 минуты на коже остается пленка, содержащая тербинафин. Максимальная концентрация тербинафина достигается всего через 30 минут после нанесения раствора, препарат продолжает проникать в роговой слой

⁶ The Ipsos Health Care & Insurance Australia Report, 2007.

⁷ Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б. Применение крема Ламизил при лечении микозов стоп у женщин // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2006. № 5. С. 62–64.