

Усубалиев М.Б.

**ТЕРФАЛИН СПРЕЙ (ТЕРБИНАФИН) В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ  
РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ**

*M.B. Usubaliev*

**TERFALIN SPRAY IN LOCAL TREATMENT OF PITYRIASIS VERSICOLOR**

УДК: 616.085/615+519

*В статье предоставлены результаты местного лечения разноцветного лишая 1% спреем терфалин. Клиническое выздоровление наступило на 14 день лечения у 96% больных, побочных эффектов не было.*

**Ключевые слова:** разноцветный лишай, терфалин спрей, тербинафин, местное лечение.

*Макалада көп ырандуу чакалай оорусун 1% терфалин спрейи менен аймактык дарылоосунун жыйынтыктары берилген. Дарылоонун 14 күнүндө клиникалык айыгуу 96% оорукчанда болгон, дарынын кошумча жагымсыз эффекттери байкалган жок.*

**Негизги сөздөр:** көп ырандуу чакалай оорусу, терфалин спрей, тербинафин, аймактык дарылоо.

*There are the results of local treatment of pityriasis versicolor with 1% Terfalin spray in the article. 96% of the patients had clinical recovery on 14th day, side effect were absent.*

**Key words:** pityriasis versicolor, terfalin spray, terbinafin, local treatment.

**Введение**

Отрубевидный лишай - хроническое рецидивирующее заболевание кожи, распространенное повсеместно, но чаще оно встречается в тех странах, где повышены температура и влажность воздуха. Болеют лица как молодого, так и пожилого возраста, заболевание регистрируется и у детей [3].

Возбудителями разноцветного лишая являются липофильные дрожжеподобные грибы рода *Malassezia*, который включает 11 видов. Из них *M. sympodialis*, *M. globosa* по данным российских и зарубежных авторов, чаще выделяются от пациентов в странах Европы. Развитие разноцветного лишая у лиц, проживающих в условиях жаркого и влажного климата вызывает *M. furfur* и *M. obtusa* (Средняя Азия, Таиланд, Малайзия, Иран и т.д.) [1,5,6].

Риск возникновения разноцветного лишая возрастает у людей, страдающих повышенной потливостью, определенным химическим составом пота, благоприятной для возбудителя рН кожи, с сопутствующими заболеваниями: эндокринными нарушениями, хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, а также иммунодефицитом. Перегревание, нерациональный гигиенический режим также способствуют возникновению заболевания или его рецидивам. В последние годы клинически установлена генетическая предрасположенность к развитию разноцветного лишая [2]. Нередко это заболевание развивается на фоне туберкулеза легких, лимфогранулематоза, так как эти болезни зачастую сопровождаются повышенной потливостью. Болезнь начинается (точный инкубационный период не установлен) появлением на коже пятен не воспалительного характера, желтовато-бурого, коричневатого-розового цвета,

напоминающие по окраске кофе с молоком. Размер пятен варьирует от просыяного зерна до чечевицы и крупнее. Элементы сыпи склонны к слиянию и к периферическому росту, часто напоминая своей картиной "географические" очертания. После облучения ультрафиолетом остаются белые пятна. Поверхность очагов бывает или гладкая, или слегка шелушащаяся мелкими отрубевидными чешуйками, которые особенно четко выявляются при поскабливании. Различный оттенок окраски пятен и наличие мелкопластинчатого шелушения послужили основанием для названия дерматоза - разноцветный, или отрубевидный, лишай. Субъективных ощущений обычно не отмечается, и лишь у неопытных пациентов и у лиц, страдающих повышенной потливостью, отмечается временами зуд [2,3].

В последние 10 лет на фармацевтическом рынке имеется широкий выбор антифунгальных средств, для наружного применения. Разработано уже более 200 различных препаратов, наиболее перспективными из них являются средства, оказывающие фунгистатическое и фунгицидное действие одновременно [4]. Этим требованиям отвечает препарат тербинафин (терфалин), относящийся к классу аллиламинов. Активность тербинафина (терфалина) в отношении дрожжеподобных грибов в зависимом от их вида может быть фунгицидной и фунгистатической.

**Цель исследования**

Оценить безопасность и эффективность применения терфалин спрея (тербинафина) в лечении больных разноцветным лишаем.

Материалы и методы исследования В 2011 г. под нашим наблюдением находились 47 пациентов, страдающих разноцветным лишаем в возрасте от 17 до 45 лет (33 мужчин и 14 женщин). Длительность заболевания колебалась от 2 месяцев до 6 лет, в среднем составляла 2,45 года. У 16 (34,04%) больных данное заболевание возникло повторно. У 23 (48,9%) больных наблюдались ограниченные формы разноцветного лишая, представленные одиночными, множественными или сливающимися между собой пятнами светло-коричневого или телесного цвета с отрубевидным шелушением на поверхности. В ряде случаев образовывались крупные очаги с фестончатыми краями. У 24 (51,1%) больных процесс носил распространенный характер и занимал до 40% кожного покрова. Легкий и умеренный зуд отмечался у 20 (42,5%) больных. Среди сопутствующих заболеваний патология желудочно-кишечного тракта (в том числе хронический гастрит, хронический холецистит, хронический гепатит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки) встречался у 35 (74,5%) больных, вегетососудистые нарушения, сопровождающиеся гипергидрозом - у 12 (25,5%), ожирение 3-4 степени тяжести у 3 (6,4%).

До начала лечения всем больным проводили прямую микроскопию чешуек кожи из очагов поражения после обработки КОН, йодную пробу Бальзера.

Эффективность терапии оценивали на 7-й и 14-й дни лечения. Критериями клинической излеченности были отсутствие гиперпигментированных пятен, шелушения, отрицательные анализы микроскопического исследования, отрицательная йодная проба Бальзера.

#### Результаты и обсуждение

Пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе (22 больных) местно был назначен 5% салициловый спирт и крем клотримазола 2 раза в сутки, а во второй группе (25 больных) местно терфалин спрей, который наносили 2 раз в сутки в течение 14 дней. Также в обеих группах пациентам проводились дезинфекция одежды, нательного и постельного белья.

В результате лечения на 7-й день у 8 (36,4%) больных первой группы клинические проявления заболевания регрессировали и визуализировались только при окраске йодом, во второй группе регресс клинических проявлений отмечался у 14 (56%) больных.

После лечения (на 14 день) в группе больных, получавших местно терфалин спрей, клиническое и микологическое выздоровление отмечено у 24 (96%), проба Бальзера была отрицательной у 23 (92%), в то время как в I группе эти показатели составили соответственно 77,3% и 72,7%.

При применении терфалин спрея ни у одного из пациентов развитие нежелательных явлений, аллергических реакций не отмечено. Все пациенты отмечали удобство использования высокую эффективность применения препарата, прежде всего его хоро-

шую впитываемость, отсутствие жирного блеска на коже.

#### Выводы

Таким образом, препарат терфалин спрей (тербинафин) оказывает выраженный терапевтический эффект в лечении разноцветного лишая и способствует более быстрому клиническому выздоровлению пациентов.

#### Литература:

1. Котрехова Л.П., Васильева Н.В., Разнатовский К.И., Пиотровская И.В. Клиническая эффективность и безопасность тербинафина (ламизил спрей, ламизил дермгель) в лечении отрубевидного лишая // Клиническая дерматология и венерология. - 2007, №3. - С. 35-38.
2. Кунгуров Н.В., Скурихина М.Е., Будумян Т.М. Современные особенности клинической картины и терапии разноцветного лишая // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2004, №4. - С. 49-51.
3. Родионов А.Н. Грибковые заболевания кожи: руководство для врачей. - СПб: "Питер", 2000, - 288 с.
4. Сергеев Ю.В., Шпигель Б.И., Сергеев А.Ю. Фармакотерапия микозов. М.: медицина для всех, 2003.- 200 с.
5. Gupta A.K., Ryder J.E., Nicol K., Cooper E.A. Superficial fungal infections: an update on pityriasis versicolor, seborrheic dermatitis, tinea capitis, and onychomycosis. Clin Dermatol 2003; 21: №5. - P. 417-425.
6. Gandra R.F., Simao R.C., Matsumoto F.E. Genotyping by RAPD-PCR analyses of Malassezia furfur strains from pityriasis versicolor and seborrheic dermatitis patients. Mycopathologia 2006; 162: №4. - P. 273-280.

Рецензент: к.м.н., доцент Токталиев Дж.Дж.