

УДК 616.5(07)+616.97(07)

© О.А. Притуло, Д.В. Прохоров, Д.А. Равлюк, 2013.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШАМПУНЯ-ГЕЛЯ ДЛЯ ДУША ТЕРБИНАКОД В КОМПЛЕКСНОЙ АНТИМИКОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

**О.А. Притуло, Д.В. Прохоров, Д.А. Равлюк***Кафедра кожных и венерических болезней (зав.кафедрой – проф. О.А. Притуло), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь.***USING THE SHAMPOO-SHOWER GEL TERBINAKOD IN COMPLEX ANTIMYCOTIC THERAPY**  
**O.A. Pritulo, D.V. Prokhorov, D.A. Ravlyuk**

### SUMMARY

Diagnosis and treatment of mycotic infections remains one of the important problems in modern dermatology. In the domestic pharmaceutical market, a new tool – shampoo-shower gel Terbinakod (the main active ingredient is 1%-terbinafine (manufactured by the science and production association «FitoBioTechnologies»). We observed 50 patients (32men and 18women), aged 10 to 48 years, with various forms of fungal diseases. As a means of personal hygiene, the patients used the shampoo-shower gel Terbinakod, applying it to wet skin of the head and body, with gentle massage for foaming, and then rinsing it with water, three times a week. The treatment period was 3 to 6 weeks. Treatment tolerability was good. No side effects were observed in any of the 50 patients. During the treatment, there was regression of clinical signs and subjective sensations. Thus, the dermatological shower-shampoo gel Terbinakod can be recommended as a component of the complex treatment of fungal diseases.

### ВИКОРИСТАННЯ ШАМПУНЬ-ГЕЛЯ ДЛЯ ДУШУ ТЕРБИНАКОД У КОМПЛЕКСНОЇ АНТИМИКОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПІЇ

**О.О. Притуло, Д.В. Прохоров, Д.О. Равлюк**

### РЕЗЮМЕ

Діагностика й лікування микотической інфекції залишаються однією з актуальних проблем у сучасній дерматології. На вітчизняному фармринку з'явився новий засіб - шампунь-гель для душу Тербинакод (основна діюча речовина - 1% тербинафин, виробник - НПО «Фитобиотехнологии». Під нашим спостереженням перебувало 50 хворих (чоловіків - 32, жінок - 18), у віці від 10 до 48 років з різними формами грибкових захворювань. Як засіб особистої гігієни пацієнти використовували шампунь-гель для душу Тербинакод, що наносили на вологу шкіру голови й тіла, легенькими рухами, що масажують, спінювали й змивали водою, тривалість застосування - три рази в тиждень. Тривалість лікування 3-6 тижнів. Переносимість лікування була гарною. Побічних ефектів не спостерігалось в жодного з 50 хворих. У процесі лікування спостерігався регрес клінічних ознак і суб'єктивних відчуттів. Таким чином, дерматологічний шампунь-гель для душу Тербинакод може бути рекомендований як компонент комплексного лікування грибкових захворювань.

**Ключевые слова: грибковые заболевания, тербинафин.**

Диагностика и лечение микотической инфекции остаются одной из актуальных проблем в современной дерматологии. Известно, что на планете существует около 200 видов патогенных для человека грибов. В структуре общей кожной патологии грибковые болезни кожи занимают второе место, уступая только пиодермиям. По данным ВОЗ, у трети населения планеты есть микозы, и количество этих поражений постоянно увеличивается. В патогенезе микозов важную роль играют такие факторы: возраст, пол, нарушение углеводного обмена, частое использование антибиотиков, цитостатиков, гормонов, снижение иммунологической реактивности организма, местные факторы. Ухудшение экологической ситуации, материальных и социальных условий для большинства населения привело к учащению случаев, так называемых фоновых заболеваний. Особенности существования грибов в при-

роде и клинического течения вызываемых ими заболеваний обуславливают многообразие путей их распространения среди населения. Человек, страдающий микозом, представляет собой очаг инфекции, передача которой зависит от интенсивности его контактов с внешней средой, окружающими людьми. К наиболее распространенным грибковым заболеваниям, поражающим кожу и волосистую часть головы, относятся: отрубевидный лишай, микоз гладкой кожи и микоз волосистой части головы, себорейный дерматит [1,5].

Себорейный дерматит (СД) – хроническое воспалительное заболевание, поражает участки кожи с хорошо развитыми сальными железами. СД один из наиболее распространенных дерматозов, им страдает 2-5% населения земного шара. Мужчины болеют чаще. СД страдает 20-25% лиц молодого возраста. Этиопатогенетические механизмы развития СД не

имеют одного объяснения. В современной литературе рассматриваются такие механизмы возникновения и развития СД, как генетические, микробные, иммунные, эндокринные нарушения, функциональные и органические нарушения вегетативной нервной системы, патология желудочно-кишечного тракта, нарушения липидного обмена. Одним из этиопатогенетических механизмов развития СД считают размножение условно-патогенной микрофлоры на фоне нарушения нормального микробного биоценоза кожи, что способствует развитию инфекции в сальных железах. Важную роль отводят липофильному дрожжеподобному грибу *Pityosporum ovale* (*Malassezia furfur*), когда при сочетании ряда факторов (наличие очагов хронической инфекции, гормональные нарушения, особенно изменение физиологического равновесия эстрогенов-андрогенов, вегетодистонические расстройства, изменения ферментативной активности органов желудочно-кишечного тракта и печени) организм теряет способность контролировать рост дрожжеподобных грибов и удерживать их в сапрофитном состоянии, в результате наблюдается их бурный рост, повышение липазной активности и развитие воспаления кожи в областях их колонизации. У человека наибольшая плотность колонизации кожи дрожжеподобными грибами отмечается в богатых сальными железами участках: на волосистой части головы, на лице, периарикулярно, на коже центральных участков груди и спины, а также в области гениталий. Грибы рода *Malassezia* выбирают эти участки благодаря своей липофильности. Вид *Malassezia furfur* не способен синтезировать липиды, ему нужен экзогенный источник жирных кислот, как в качестве источника энергии, так и для мембранного синтеза. Наличие насыщенных и ненасыщенных свободных жирных кислот необходимо для жизнедеятельности гриба. Главным источником липидов для *Malassezia furfur* на коже человека, являются триглицериды и свободные жирные кислоты, продуцируемые сальными железами и холестерол, холестероловые эфиры, получаемые после распада кератинизированных клеток. Изучение видового состава *Malassezia* при СД показало, что из очагов выделяют почти все виды, но чаще *M. furfur*, *M. globosa*, *M. sympodialis*, *M. restricta*, *M. obtuse*. Микрофлора волосистой части головы в норме содержит не более 40% *M. furfur*, а при СД 83%. Роль *M. furfur* в патогенезе СД подтверждается многочисленными исследованиями по оценке эффективности лечения заболевания противогрибковыми средствами [2,4,6].

Перхоть создает социальный и психологический дискомфорт у одной шестой части населения Земли. Примерно каждый второй представитель индоевропейского населения, по крайней мере, раз в своей жизни имел проблемы, вызванные перхотью. Первые эпизоды перхоти появляются в пубертат-

ном периоде, когда начинают функционировать в полную силу сальные железы. Со временем перхоть может периодически появляться на протяжении всей жизни. Причиной ее возникновения может стать повышенное формирование кожного сала, также вызванное гормональными изменениями или диетами. Перхоть появляется вследствие ускоренного естественного процесса восстановления клеток кожи головы. При нормальном цикле развития клеток из нижнего слоя эпидермиса базальные кератиноциты достигают рогового слоя эпидермиса через 25-30 дней, полностью обезвоженные и ороговевшие. Когда это происходит быстрее 5 — 7 дней, отдельные клетки, которые не успели потерять воду, склеиваются и отшелушиваются в виде желтовато-белых пластинок, которые называют перхотью. Роговой слой нормального эпидермиса состоит из 25-35 полностью кератинизированных и плотно расположенных клеток. При перхоти количество слоев клеток в роговом слое не превышает десяти. Сами слои и клетки в них расположены хаотично. Классическая перхоть — скопление чешуек белого или серого цвета на поверхности волосистой части головы, которое иногда может переходить в тяжелую форму себорейного дерматита. Чешуйки могут быть достаточно ломкими, опадают довольно легко, становятся заметными на темной одежде [3, 6].

На современном этапе мы имеем широкие возможности для лечения больных, страдающих микотической инфекцией. Существуют так называемые критерии идеального антимикотика: противогрибковый компонент широкого спектра действия, антибактериальное действие и противовоспалительная активность, отсутствие эффекта формирования стойких штаммов микроорганизмов, однако без иммуносупрессивных свойств, удобство в применении, наличие различных местных форм препарата, безопасность лечения, доступная цена [1].

Как правило, для лечения грибковых заболеваний назначают препараты фунгицидного действия. Помимо основного лечения, врач-дерматолог назначает средство для ежедневной гигиены на период лечения. Логично было бы назначить и средства для личной гигиены с тем же действием. Но косметические и фармацевтические рынки не предлагают средств по уходу за волосами и телом на основе производных алиламинов. Врач-дерматолог вынужден рекомендовать шампуни на основе кетоконазола, а гели для душа в этой группе до сих пор отсутствовали.

На отечественном фармрынке появилось новое средство — шампунь-гель для душа Тербинакод (основное действующее вещество — 1% тербинафин, производитель НПО «ФитоБиоТехнологии»). Тербинафин — алиламиновое соединение, синтезирован в 1983г., обладает не только фунгистатическим, но фунгицидным действием в отношении дермато-

мицетов, дрожжевых и некоторых плесневых грибов. Тербинафин, ингибируя скваленэпоксидазу в клеточной мембране гриба, специфически подавляет ранний этап синтеза стеролов в клетке гриба, что приводит к дефициту эргостерола, внутриклеточному накоплению сквалена и гибели клетки гриба.

В состав Тербинакода также входят: пантенол (увлажняет, успокаивает, снимает раздражение, стимулирует регенерацию кожи, нормализует клеточный метаболизм), эфирное масло апельсина (обладает тонирующим действием на кожу, стимулирует регенерацию и увлажняет; аромат апельсина положительно влияет на процесс восстановления: тонизирует, уменьшает нервное напряжение и беспокойство, повышает настроение), мягкие поверхностно-активные вещества (для нормализации pH кожи в качестве основы шампуня-геля использованы мягкие поверхностно-активные вещества (ПАВ), что важно для восстановления естественного защитного барьера поврежденной кожи).

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 50 больных (мужчин — 32, женщин — 18) в возрасте от 10 до 48 лет с различными формами кожной патологии: распространенный отрубевидный лишай — у 9, распространенный микоз гладкой кожи — у 10, микоз волосистой части головы — у 8, псориаз волосистой части головы — у 6, сухая себорея — у 12, жирная себорея — у 5 пациентов. Давность заболевания варьировала от 2 месяцев до 9 лет.

Всем больным проводили комплексное клинико-лабораторное обследование, консультации смежных специалистов. При выявлении сопутствующей патологии назначалось соответствующее лечение.

Всем больным проводили курс комплексной базовой стандартной терапии согласно основному дерматологическому диагнозу. В качестве средства личной гигиены пациенты использовали шампунь-гель для душа Тербинакод, который наносили на влажную кожу головы и тела, легкими массирующими движениями вспенивали и смывали водой, длительность применения — три раза в неделю. Период лечения составлял 3-6 недель.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Переносимость лечения была хорошей. Побочных эффектов не наблюдалось ни у одного из 50 больных.

Эффективность лечения оценивалась дважды в неделю в течение всего курса лечения (от 3 до 6 недель), в зависимости от регресса симптомов (зуд, шелушение, жирность, эритема). Также оценивалась переносимость и косметическая привлекательность Тербинакода.

Положительный терапевтический эффект различной степени выраженности в процессе лечения наблюдался у всех пациентов и проявлялся к концу

первой недели от начала лечения, усиливаясь в дальнейшем.

Шелушение уменьшилось уже после первого мытья волос и тела у 15 пациентов и у 41 полностью регрессировало на 4-й неделе курса лечения. Значительное уменьшение шелушения после второго — третьего мытья отмечалось у остальных 35 больных.

Снижение зуда было отмечено у 33 пациентов к концу первой недели от начала лечения и у 12 — к концу третьей.

Уменьшение эритемы наблюдалось у всех больных к середине второй недели лечения вплоть до ее полного исчезновения к концу третьей недели у 47 пациентов.

Отмечен регресс элементов высыпаний: папул — к началу второй недели, инфильтрации — к середине третьей.

Косметическая приемлемость была оценена пациентами как отличная. Шампунь-гель для душа Тербинакод при мытье образует маслянистую пену с приятным запахом. Волосы после мытья приобретали блеск и мягкость, а также легко расчесывались и поддавались укладке.

#### ВЫВОДЫ

Таким образом, дерматологический шампунь-гель для душа Тербинакод является высокоэффективным наружным средством для лечения различных грибковых заболеваний, имеет отличную переносимость, косметически приемлем, и может быть рекомендован в качестве составляющего комплексного лечения грибковых заболеваний.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Н.В. Михайлец, Т.В. Святенко. Рациональные подходы к выбору местного антимикотического средства // Украинський журнал дерматології, венерології, косметології. - 2010. - № 1(36). - С. 70-74.
2. Е.Н. Михнева. Этапное лечение себорейного дерматита волосистой части головы // Дерматология и венерология. - 2012. - № 2. - С. 44 - 45.
3. Короленко В.В. Лупа як дерматокосметологічна проблема та її лікування в сучасних умовах // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2010. - №2(37). - С. 73-77.
4. Позднякова О.Н. Местная терапия себореи и себорейного дерматита // Вестник дерматологии и венерологии. - 2005. - № 5. - С. 45-47.
5. Третьякова Н.Н. Дифференциальная диагностика и принципы терапии основных эритематосквамозных поражений кожи лица (клиническая лекция) // Клиническая дерматология и венерология. - 2010. - № 2. - С. 115-124.
6. Фриго Н.В., Новолоцкая Т.И., Ротанов С.В. и др. Роль грибов *Malassezia* в патогенезе дерматозов // Вестник дерматологии и венерологии. - 2005. - № 6. - С. 17-21.