

**ИЗУЧЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ПОЛИСУЛЬФИДНОГО ЛИНИМЕНТА
У БОЛЬНЫХ ОТРУБЕВИДНЫМ ЛИШАЕМ**

Л. И. Богданович, А. И. Конча

Отрубевидный лишай — весьма распространенное заболевание кожи. На протяжении последнего десятилетия отмечается рост заболеваемости этим видом микоза [5, 6, 11, 22, 25, 26].

Помимо обычной локализации (область груди и межлопаточная, шея, плечи) описано поражение волосистой части головы [3, 7, 9, 14, 24]. Обращается внимание на случаи распространенных высыпаний с поражением кожи лица, подмышечных впадин, паховых и пахово-бедренных складок, лобка, половых органов, нижних конечностей, подошвенных поверхностей стоп, ногтевых пластинок [7, 11, 12, 14, 17, 24, 27, 29, 30].

Некоторые авторы при обследовании семей больных отрубевидным лишаем наблюдали в ряде случаев заболевание у 2—3 членов семьи [6, 10]. На основании этих данных авторы выражают сомнение по поводу общепринятого мнения о малой контагиозности отрубевидного лишая. Однако попытка экспериментального заражения 20 здоровых добровольцев отрубевидным лишаем путем втирания в кожу верхней половины туловища культуры гриба и кожных чешуек, содержащих возбудитель, оказалась безуспешной [25].

Отрубевидным лишаем чаще болеют в юношеском и зрелом возрасте, но имеются сообщения о значительной поражаемости детей раннего возраста [2, 6, 10, 18, 28, 31].

Согласно обычному представлению возбудитель отрубевидного лишая не внедряется глубже рогового слоя кожи. Однако удалось обнаружить возбудителя заболевания не только в роговом слое и устье волосяных фол-

ликулов, но и в других слоях эпидермиса и даже в дерме [19]. Этот факт дает возможность объяснить причину частых рецидивов заболевания.

Выявление мелких очагов поражения, незаметных при обычном осмотре, возможно при использовании люминесцентного метода диагностики. Очаги микоза при этом приобретают золотисто-желтое свечение.

Для лечения отрубевидного лишая применяются самые разнообразные средства: спиртовые растворы салициловой кислоты, йода; серно-салициловая мазь, серно-дегтярная мазь, цинкудан; метод И. П. Демьяновича и др. Из современных противогрибковых средств при отрубевидном лишае предлагаются: феносепт, толнафат, селсун, микозолон, клотримазолон, виосепт, фунгифен [4, 8, 21, 22, 23].

При лечении отрубевидного лишая вышеперечисленными средствами рецидивы нередки и составляют 15—45% [1, 13, 15, 20, 26].

Нами применялось новое средство для лечения отрубевидного лишая — 10% полисульфидный линимент, действующим началом которого является полисульфид натрия (Na_2S_4), основой — 5% мыльный гель. Терапевтическое действие полисульфидного линимента можно объяснить следующим образом. Основа линимента — мыльный гель — растворяет водно-липидную эмульсионную пленку кожи, размягчает роговой слой и способствует более глубокому проникновению раствора полисульфида в кожу, где он постепенно разлагается (в течение 3 дней) с выделением молекулярной серы и сероводорода, которые губительно действуют на возбудителя заболевания.

Наши данные основываются на результатах лечения 80 больных. Лечение осуществлялось в основном амбулаторно при Витебском областном кожно-венерологическом диспансере. Женщин было 38, мужчин — 42. Возраст большинства больных — 16—20 лет. С давностью заболевания до 1 года было 47 человек, от 2 до 6 лет — 25, свыше 6 лет — 8.

Диагноз ставили на основании клинической картины, люминесцентного метода исследования и нахождения грибов в чешуйках из очагов поражения.

Жалобы на умеренный зуд в очагах отмечали 15 больных, безуспешно в прошлом лечились 37. У 42 обследованных больных отмечалась повышенная

потливость, у 44 процесс поражения носил распространенный характер с обилием высыпаний на коже шеи, груди, живота, плеч и предплечий. У ребенка 6 лет пятна локализовались на коже лица, большей части лба, с переходом на волосистую кожу головы.

Методика лечения заключалась в ежедневном 10-минутном тщательном втирании линимента во всю поверхность кожи в течение трех дней. Мытье разрешалось через два дня после последнего втирания. Через 6—7 дней лечение повторялось. На однократную обработку расходуется около 100 г полисульфидного линимента. Линимент втирается полностью и не загрязняет белье. Во время его втирания ощущается запах сероводорода.

Ближайшие результаты лечения оказались хорошими. У всех 80 больных после 6-кратного втирания препарата на пораженных участках кожи исчезла бурая окраска, прекратилось шелушение. Свечения под люминесцентной лампой не наблюдалось, микроскопически грибы не обнаруживались. Переносимость лечения хорошая. Отдаленные результаты в течение 6—8 месяцев прослежены у всех больных, при этом у 3 отмечен рецидив заболевания (3,7%).

На основании вышеизложенного можно прийти к заключению: 10% полисульфидный линимент является новым высокоэффективным средством для лечения больных отрубевидным лишаем. Переносимость хорошая, лечение может проводиться амбулаторно.

Препарат можно рекомендовать для внедрения в практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агроник М. А. Вест. вен. и дерм., 1930, 3, 41.
2. Ариевич А. М.— В кн.: *Вопр. дерм. и вен.* Волгоград, 1963, 2, 291.
3. Ариевич А. М., Степанищева З. Г.— В кн.: *Очерки по грибковым заболеваниям.* М., 1955, 183.
4. Бабаянц Р. С. и др. Венгерские препараты, применяемые в дерматологии. Матер. симп. М., 1975, 49.
5. Богданович Л. И., Богданович И. И., Конча А. И. Здрав. Бел., 1972, 1, 66.
6. Брагина Л. М. Вестн. дерм. и вен., 1965, 12, 64.
7. Брагина Л. М. Матер. 7-й Ленингр. микологич. конф. Л., 1968, 25.
8. Ведрова И. Н., Шарпова Г. Я., Хамаганова А. В. Венгерские препараты, применяемые в дерматологии. Матер. симп. М., 1975, 32.
9. Данилевская Е. Д. Вестн. дерм. и вен., 1953, 3, 51.
10. Дук А. В. Вестн. дерм. и вен., 1962, 3, 61.
11. Дук А. В. Вестн. дерм. и вен., 1967, 7, 74.
12. Жиркова В. П. Вестн. дерм. и вен., 1977, 9, 78.
13. Ильин Б. И. Сов. мед., 1963, 3, 75.
14. Кашкин П. Н. Журнал усовершенствования врачей,

1929, 2, 129. 15. *Машкиллейсон Л. Н.* Инфекционные и паразитарные болезни кожи. М., 1960. 16. *Машкиллейсон Л. Н.* Лечение и профилактика кожных болезней. М., 1957, 209. 17. *Олах Д., Сатмари Ш. и др.*— В кн.: Медицинская микология и грибковые заболевания. Будапешт, 1966. 18. *Попхристов П.* Кожные болезни в детском возрасте. София, 1963. 19. *Савиных Н. М.* Вестн. дерм. и вен., 1970, 1, 46. 20. *Фрейман Н. М.* Вестн. дерм. и вен., 1964, 2, 70. 21. *Шеклаков Н. Д. и др.* Венгерские препараты, применяемые в дерматологии. Матер. симп. М., 1975, 40. 22. *Clayton Y. M., Connor B. L.* Brit. J. Derm., 1973, 89, 3, 297. 23. *Hefnawi H., Gothamy L., Refai M.* Mykosen, 1972, 15, 4, 165. 24. *Gheorghiu G., Douciu G.* Derm.-Vener. (Buc.), 1971, 16, 5, 409. 25. *Cojocaru J.* Derm.-Vener. (Buc.), 1976, 21, 4, 287. 26. *Hersle K.* Acta dermatovener., 1971, 51, 6, 476. 27. *Lewis J. M., Hopper M. E.*— In.: An Introduction to Mycology. Chicago, 1958, 165. 28. *Micholowski B. et al.* Brit. J. Derm., 1963, 75, 397. 29. *Roberts S. O. B.* Brit. J. Derm., 1969, 81, 5, 315. 30. *Stein P.* Ref. Zbl. Haut. Geschelchskr., 1935, 50, 551. 31. *Thulin H., Osterbye P.* Mykosen., 1975, 18, 5, 249.