

ЛИТЕРАТУРА

1. Вислобоков А.В., Хмельницкий Р.А. Микроспория: трудности диагностики. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2010; 2: 47–9.
2. Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С., Иванов О.Л., ред. *Дерматовенерология. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013: 234–98.
3. Кубанова А.А., Кисина В.И. *Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. Руководство для практикующих врачей*. М.: Литтерра; 2005.
4. Корсунская И.М., Тамразова О.Б. *Дерматофитии с поражением волос у детей: клиника и лечение*. М.; 2004.
5. Кубанова А.А. *Дерматовенерология. Клинические рекомендации*. М.: ДЭКС-Пресс; 2008.
6. Рукавишников В.М., Моххамед Ю. *Актуальные вопросы дерматовенерологии*. Астрахань, М.; 1995: 83–9.

Поступила 23.12.13

REFERENCES

1. Vislobokov A.V. Khmelnytsky R.A. Mikrosporiya: difficulties of diagnostics. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2010; 2: 47–9. (in Russian)

2. Skripkin Yu.K., Butov Yu.S., Ivanov O., eds. *Dermatovenerology. National management [Dermatovenerologiya. Nacional'noe rukovodstvo]*. Moscow : GEOTAR-Media; 2013: 234–98. (in Russian)
3. Kubanova A.A., Kisina V.I. *Rational pharmacotherapy of diseases of skin and infections, sexually transmitted. The management for practicing doctors [Racionalnaya farmakoterapiya zabolevaniy kozhi i infekciy, peredavaemykh polovym putem. Rukovodstvo dlya praktikujushhikh vrachey]*. Moscow: Litterra; 2005. (in Russian)
4. Korsunskaya I.M., Tamrazova O.B. *Dermatofitii with damage of hair at children: clinic and treatment [Dermatofitii s porazheniem volos u detey: klinika i lechenie]*. Moscow; 2004. (in Russian)
5. Kubanova A.A. *Dermatovenerology. Clinical recommendations [Dermatovenerologiya. Klinicheskie rekomendatsii]*. Moscow: DEKS-Press; 2008. (in Russian)
6. Rukavishnikova V.M., Mokhkamed Yu. *Topical issues of a dermatovenerology [Aktualnye voprosy dermatovenerologii]*. Astrakhan, Moscow; 1995: 83–9. (in Russian)

Received 23.12.13

КОСМЕТОЛОГИЯ

© РОДИН А.Ю., ЗАКЛЯКОВА Т.Н., 2014
УДК 616.53-002.2/3-085.271.4

Применение полиненасыщенных незаменимых жирных кислот и антиоксидантов в терапии акне

Родин А.Ю.¹, Заклякова Т.Н.²

¹ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России; ²ГБУЗ Волгоградский областной клинический кожно-венерологический диспансер

Представлены результаты обследования 160 пациентов с акне различной степени тяжести, с определением качества жизни, уровня перекисного окисления липидов (малоновый диальдегид, диеновые конъюгаты) и активности антиокислительной системы (каталаза, глутатионпероксидаза) методом ультрафиолетовой спектрофотометрии до лечения и после него. В лечении пациентов использовали нутрицевтики (льняное масло) и антиоксиданты (селен, токоферола ацетат). Нежелательных побочных эффектов не отмечено.

Ключевые слова: акне; перекисное окисление липидов; антиокислительная система; льняное масло с селеном; токоферола ацетат.

POLYUNSATURATED ESSENTIAL FATTY ACIDS AND ANTIOXIDANTS IN THERAPY OF ACNE

Rodin A.Yu.¹, Zaklyakova T.N.²

¹Volgograd State Medical University, 400131, Volgograd, Russia; ²Volgograd Regional Clinical Dermatovenerological Center, 400054, Volgograd, Russia

A total of 160 patients with acne of different severity were examined. Their quality of life was evaluated. Lipid peroxidation processes were evaluated by malonic dialdehyde and conjugated dienes, antioxidant system activity was evaluated by catalase and glutathione peroxidase, which were measured by UV spectrophotometry before and after therapy. The patients were treated by nutraceuticals (linseed oil) and antioxidants (selenium, tocopherol acetate). No unwanted side effects were recorded.

Key words: acne; lipid peroxidation; antioxidant system; linseed oil with selenium; tocopherol acetate.

Сведения об авторах:

Заклякова Татьяна Николаевна – аспирант, врач-дерматолог (Zakljakova@mail.ru); Родин Алексей Юрьевич – доктор мед. наук, профессор.

Вульгарные угри (*acne vulgaris*) – одно из наиболее распространенных хронических рецидивирующих заболеваний. В России его диагностируют у 88% обследованного населения в возрасте от 16 до 25 лет [1]. Распространенность заболевания, тяжесть клинических проявлений, значительное влияние на социальный статус и общественную адаптацию больных обуславливают актуальность данной проблемы и необходимость поиска новых, эффективных средств и схем лечения. Ранее [2] на основании использования госпитальной шкалы тревоги (HADS) и шкалы CADIMY пришли к выводу, что на качество жизни больных влияет множество факторов: локализация и видимость очагов поражения; пол и возраст; особенности работы; психологические особенности человека (претензии к своей внешности, навязчивые страхи, депрессия и т.д.); тяжесть течения заболевания, качество жизни повышается при положительных сдвигах в ответ на лечение. Качество жизни у больных угревой болезнью снижено, преимущественно у лиц в возрасте до 20 лет, что связано с их более высокими требованиями к своей внешности, а также при тяжелом течении заболевания.

Одним из ключевых факторов развития патологического процесса при *acne vulgaris* является дисбаланс липидов [3].

По химическому составу кожное сало представляет собой смесь липидов. Одним из патогенетических звеньев при себорее и акне считают активацию гидролиза триглицеридов кожного сала бактериальными липазами, что ведет к повышенному образованию свободных жирных кислот и развитию воспалительного процесса в стенке фолликула волоса [4]. При этом меняется не только количественный, но и качественный состав кожного сала, проявляясь в снижении концентрации полиненасыщенной незаменимой линоленовой кислоты, которая играет важную роль в предотвращении фолликулярного ретенционного гиперкератоза и формировании комедонов [5, 6]. Ее недостаток может быть обусловлен как нехваткой в пище (поступает в организм только извне), так и недостаточностью ферментных систем, обеспечивающих ее поступление и распределение в организме. Линоленовая кислота является основным регулятором дифференцировки кератиноцитов, подавляя экспрессию фермента трансглутаминазы (ТГ) [7]. Этот фермент участвует в синтезе кератина 1-й и 10-й фракций, белков (инволюкрин, лорикрин и филаггрин), основных компонентов цементирующей межклеточной субстанции корнеоцитов. Повышенная активность ТГ вызывает ретенционный гиперкератоз в выводных протоках сально-волосяных фолликулов. Преобладание процессов пролиферации и дискератоза над десквамацией эпителия в конечном счете приводит к закрытию протоков и образованию комедонов. Снижение концентрации линоленовой кислоты приводит также к увеличению рН кожного сала и изменению проницаемости эпителия фолликулов. Нарушается барьерная функция и создаются условия для роста микроорганизмов на поверхности кожи и внутри фолликулов [8].

Концентрация линоленовой кислоты зависит от ее количества в каждой отдельно взятой клетке сальной железы в начале дифференцировки и от степени раз-

ведения ее изначального количества липидами, синтезируемыми в последующем в этих клетках. В момент деления, когда еще сохраняется контакт с базальной мембраной, клетки имеют доступ к циркулирующим липидам, включая линолеат [9]. В норме кожное сало в просвете фолликула не содержит воды и не способно поддерживать рост бактерий, поэтому увеличение проницаемости фолликулярного эпителия является одним из факторов, способствующих росту популяций бактерий и проникновению в просвет фолликула хемотаксических субстанций с развитием воспаления. Таким образом, ретенционный гиперкератоз акроворонки сальных фолликулов и дисбаланс липидов являются основным звеном в патогенезе акне [3]. По нашему мнению, поиск эффективных методов коррекции липидного дисбаланса является актуальной проблемой, а введение дополнительного количества линоленовой кислоты в терапию акне является патогенетически обоснованным [12].

Цель исследования – определение уровня перекисного окисления липидов в зависимости от тяжести течения акне, оценка возможности коррекции процессов перекисного окисления липидов с применением нутрицевтиков и антиоксидантов на основании исследования уровней окислительного стресса и антиокислительной защиты у больных вульгарными угрями. Проведение сравнительного анализа эффективности лечения при использовании льняного масла с селеном и токоферола ацетата в составе комплексного лечения больных.

Материалы и методы

Клиническое исследование проводили в соответствии с принципами биоэтики. Участие в исследовании было добровольным. Всего в исследование включено 160 человек в возрасте от 15 до 35 лет, были сформированы 4 группы, в том числе контрольная группа из 40 здоровых лиц, и 3 группы больных вульгарными угрями, получавших различную терапию. У всех пациентов, включенных в исследование, после подписания информированного согласия проводили осмотр, сбор анамнеза, анализ крови (каталаза, глутатионпероксидаза, малоновый диальдегид, диеновые конъюгаты), консультацию эндокринолога, по показаниям гинеколога (для исключения поздних акне). Перед назначением лечения проводили санацию хронических очагов инфекции (ЛОР, стоматолог) и назначали лечение, через 30 дней после окончания лечения проводили повторное исследование крови.

Оценку результатов эффективности лечения оценивали по общепринятым критериям: клиническое выздоровление (полный регресс воспалительных акне-элементов); значительное улучшение (разрешение акне-элементов более чем на 75%); улучшение (регресс элементов менее чем на 50%); без эффекта (отсутствие динамики кожного процесса к концу курса лечения и возникновение рецидива).

Критерии исключения из исследования [10]: возраст до 15 лет, прием системных кортикостероидов в течение последнего года, прием ароматических ретиноидов в течение последнего года, акне при эндокринопатиях (после консультации эндокринолога).

Активность перекисного окисления липидов (малоновый диальдегид, диеновые конъюгаты) и антиокислительной системы (каталаза и глутатионпероксидаза) определяли методом ультрафиолетовой (УФ) спектрофотометрии до и после лечения.

Продолжительность общего наблюдения за пациентами составила от 3 мес до 1 года.

В 1-й группе (40 больных) лечение проводили в режиме монотерапии – льняное масло с селеном по 1 десертной ложке (10 мл, или 8 г), витамин Е по 100 мг 2 раза в день в течение 1 мес и местная терапия. Во 2-й группе (40 больных) применяли комплексную (системную) терапию – при папулопустулезной

Таблица 1

Концентрация малонового диальдегида (в нмоль/мл) в плазме больных вульгарными угрями до и после лечения

Течение заболевания	Контрольная группа (n = 40)	До лечения	1-я группа (лечение льняным маслом с селеном + витамин Е) (n = 40)	2-я группа (комплексное лечение + льняное масло с селеном + витамин Е) (n = 40)	3-я группа (комплексное лечение) (n = 40)
Легкое		3,24 ± 0,16*	2,7 ± 0,18*	1,94 ± 0,27*	2,3 ± 0,17*
Среднетяжелое	2,15 ± 0,21	6,84 ± 0,55**	3,47 ± 0,32***	2,48 ± 0,23***	2,55 ± 0,31***
Тяжелое		7,02 ± 0,52**	7 ± 0,32**	6,89 ± 0,32**	6,91 ± 0,32**

Примечание. Здесь и в табл. 2–4: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$ при сравнении показателей до лечения и в контрольной группе; *** – $p < 0,001$ при сравнении показателей до и после лечения.

Таблица 2

Концентрация диеновых конъюгатов (в усл. ед/мг ткани) в плазме больных вульгарными угрями до и после лечения

Течение заболевания	Контрольная группа (n = 40)	До лечения	1-я группа (лечение льняным маслом с селеном + витамин Е) (n = 40)	2-я группа (комплексное лечение + льняное масло с селеном + витамин Е) (n = 40)	3-я группа (комплексное лечение) (n = 40)
Легкое		1,81 ± 0,12**	0,49 ± 0,06***	0,64 ± 0,13*	1,54 ± 0,10
Среднетяжелое	0,218 ± 0,04	1,75 ± 0,08**	1,31 ± 0,05*	1,39 ± 0,11*	1,53 ± 0,07
Тяжелое		1,73 ± 0,09**	1,71 ± 0,09	1,73 ± 0,08	1,70 ± 0,11

форме (более 20 элементов): антибиотикотерапию с учетом чувствительности в течение 14–21 сут и ретинол 100 000 МЕ/сут в течение 3–4 мес, наружно 2,5–5% гель бензоилпероксида в течение до 12 нед, а также льняное масло с селеном по 10 мл в день в течение 1 мес, витамин Е 100 мг 2 раза в сутки в течение 30 дней. В 3-й группе (40 больных) применяли только комплексную терапию – наружно 2,5–5% гель бензоилпероксида в течение до 12 нед, при папулопустулезной форме (более 20 элементов) – антибиотикотерапия с учетом чувствительности в течение 14–21 сут и ретинол 100 000 МЕ/сут 3–4 мес.

Результаты

Уровень малонового диальдегида до лечения в плазме больных с легким течением акне больше показателей контрольной группы на 33,6%, при среднетяжелом течении – на 68,6%, при тяжелом – на 69,4% (табл. 1). Уровень диеновых конъюгатов до лечения превышал контрольные показатели в 7,9–8,3 раза при всех типах течения (табл. 2). Кон-

Таблица 3

Концентрация глутатионпероксидазы (в ммоль/мин в 1 г ткани) в плазме больных вульгарными угрями до и после лечения

Течение заболевания	Контрольная группа (n = 40)	До лечения	1-я группа (лечение льняным маслом с селеном + витамин Е) (n = 40)	2-я группа (комплексное лечение + льняное масло с селеном + витамин Е) (n = 40)	3-я группа (комплексное лечение) (n = 40)
Легкое		108,91 ± 12,48**	229,69 ± 8,99***	201,38 ± 10,17***	122,66 ± 13,73
Среднетяжелое	229,29 ± 15,07	100,94 ± 7,87**	148,28 ± 9,06*	237,84 ± 12,31***	102,53 ± 7,56
Тяжелое		89,92 ± 5,07**	98,33 ± 6,96	100,39 ± 2,61	90,49 ± 9,16

Таблица 4

Концентрация каталазы (в мкмоль/мин в 1 г ткани) в плазме больных вульгарными угрями до и после лечения

Течение заболевания	Контрольная группа (n = 40)	До лечения	1-я группа (лечение льняным маслом с селеном + витамин Е) (n = 40)	2-я группа (комплексное лечение + льняное масло с селеном + витамин Е) (n = 40)	3-я группа (комплексное лечение) (n = 40)
Легкое		177,76 ± 10,30**	245,79 ± 6,87***	231,05 ± 16,56***	235,48 ± 14,94
Среднетяжелое	237,77 ± 15,37	193,46 ± 12,86**	243,53 ± 12,84*	300,15 ± 18,33***	225,63 ± 17,98
Тяжелое		158,91 ± 4,76**	159,98 ± 9,7	161,04 ± 10,09	159,09 ± 12,84

центрация глутатионпероксидазы до лечения была ниже, чем в контрольной группе, при легком течении в 2,1 раза, среднетяжелом – в 2,3 раза, тяжелом – в 2,5 раза (табл. 3). Концентрация каталазы до лечения была снижена при легком течении на 25,2%, при среднетяжелом – на 18,6%, при тяжелом – на 33,2% (табл. 4). В процессе лечения во всех трех группах при легком и среднетяжелом течении происходило снижение концентрации малонового диальдегида до показателей контрольной группы. В то же время выявлены статистически незначимые различия этого показателя при тяжелом течении. Концентрация диеновых конъюгатов снижалась до уровня контрольной группы при легком течении при применении нутрицевтиков и антиоксидантов в составе моно- и комплексной терапии, оставаясь без изменений при использовании комплексного лечения. При среднетяжелом течении концентрация диеновых конъюгатов существенно снижалась также при использовании схемы: нутрицевтики + антиоксиданты + комплексное лечение ($p < 0,05$) и статистически незначимо при комплексном лечении. При тяжелом течении показатели диеновых конъюгатов не изменялись в ответ на проводимое лечение.

Концентрация каталазы в процессе лечения во всех группах при легком ($p < 0,001$) и среднетяжелом течении ($p < 0,05$) статистически значимо повышалась с максимальным значением при использовании комплексного лечения + нутрицевтики и антиоксиданты. При тяжелом течении концентрация каталазы оставалась неизменной независимо от вида проведенной терапии.

Концентрация глутатионпероксидазы при легком течении достигала контрольных показателей при использовании монотерапии и сочетания нутрицевтиков и антиоксидантов с комплексной терапией. При проведении комплексной терапии тенденция к повышению оказалась статистически незначимой.

При среднетяжелом течении акне концентрация глутатионпероксидазы достигала контрольных показателей только при использовании сочетания комплексной терапии и нутрицевтиков. При тяжелом течении показатели не менялись независимо от способа лечения.

Все больные переносили терапию хорошо, побочных эффектов не наблюдалось.

В целом при легком течении эффективность комплексной терапии с применением полиненасыщенных незаменимых жирных кислот была на 37% выше, чем при применении только комплексной терапии, среднетяжелом течении – на 22%, тяжелом – на 0,5%.

Обсуждение

Анализируя представленные данные о повышении концентрации малонового диальдегида и диеновых конъюгатов и снижении уровней глутатионпероксидазы и каталазы, можно сделать вывод о развии при акне "окислительного стресса", наиболее выраженного при тяжелом варианте течения заболевания на фоне значительного снижения антиоксидантного потенциала плазмы, что согласуется с полученными нами ранее данными [11].

В результате использования полиненасыщенных незаменимых жирных кислот и антиоксидантов в лечении акне с легким и среднетяжелым течением получены положительные результаты, а именно: сократились сроки лечения больных как при монотерапии, так и при комплексном лечении (пациенты 3-й группы), а также повысилось качество жизни пациентов в процессе и после курса лечения, о чем мы сообщали ранее [2]. В процессе лечения также нормализовались показатели перекисного окисления липидов и антиокислительной системы. При тяжелом течении акне вышеуказанная схема лечения сопровождалась тенденцией к нормализации некоторых лабораторных показателей, но клинически оказалась неэффективной. Очевидно, значимость липидного дисбаланса при тяжелом течении акне в отличие от легкого и среднетяжелого течения не столь велика, поэтому коррекция липидных нарушений при тяжелом течении не сопровождается клиническим улучшением, тем не менее, учитывая улучшение лабораторных показателей липидного обмена, назначение предложенной методики в составе комплексной терапии тяжелых форм акне, по нашему мнению, является адекватным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кубанова А.А., Самсонов В.А., Забненкова О.В. Современные особенности патогенеза и терапии акне. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2003; 1: 9–16.
2. Заклякова Т.Н., Родин А.Ю. Качество жизни пациентов с угревой болезнью в зависимости от тяжести течения заболевания. В кн.: *Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. Тезисы 68-й открытой научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвященной 75-летию ВолГМУ*. Волгоград: Изд-во ВолГМУ; 2010: 252–3.
3. Данилова А.А., Шеклакова М.Н. Акне. *Русский медицинский журнал*. 2001; 11: 452–3.
4. Akimoto N., Sato T., Sakiguchi T., Kitamura K., Kohno Y., Ito A. Cell proliferation and lipid formation in hamster sebaceous gland cells. *Dermatology*. 2002; 204(2): 118–23.
5. Адаскевич В.П. *Акне вульгарные и розовые*. М.: Медицинская книга; 2003.
6. Потекаев Н.Н. *Акне и розацеа*. М.: БИНОМ; 2007.
7. Cunliffe W.J., Holland D.B., Clark S.M., Stables G.L. Comedogenesis: Some new aetiological, clinical and therapeutic strategies. *Br. J. Dermatol.* 2000; 142(6): 1084–91.
8. Toyoda M., Morohashi M. Pathogenesis of acne. *Med. Electron. Microsc.* 2001; 34(1): 29–40.
9. Кабаева Т.И., Осипов Г.А. Роль состава кожного сала в патогенезе акне. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2004; 2: 28–30.
10. Монахов С.А., Иванов О.Л. *Акне. Этиопатогенез, клиника, терапия: Методическое пособие для врачей*. М.: Bayer HealthCare, 2012.
11. Родин А.Ю., Заклякова Т.Н. Антиоксидантный потенциал плазмы больных акне и методы его коррекции. В кн.: *Материалы IV Всероссийского конгресса дерматовенерологов. Санкт-Петербург, 6–9 июля 2011 г.* СПб.; 2011: 226–7.
12. Родин А.Ю., Заклякова Т.Н. *Способ лечения угревой болезни*. Патент РФ на изобретение, №2495675. 2013. <http://bankpatentov.ru/node/413960>

Поступила 03.12.13

REFERENCES

1. Kubanova A.A., Samsonov V.A., Zabnenkova O.V. Modern features of acnes pathogenesis and therapies. *Vestnik dermatologii i venerologii* 2003; 1: 9–16. (in Russian).
2. Zaklyakova T.N., Rodin A.Yu. Quality of life of patients with an acne illness depending on weight of a course of a disease. In: *Actual problems of experimental and clinical medicine: Abstracts of the 68th open scientific and practical conference of young scientists and students with the international participation, VOLGMU devoted to the 75 anniversary (Aktual'nye problemy eksperimental'noy i klinicheskoy meditsiny: Tezisy 68-y otkrytoy nauchno-prakticheskoy konferentsii molodykh uchenykh i studentov s mezhdunarodnym uchastiem, posvyashchennoy 75-letiyu VolGMU)*. Volgograd: Publishing house of VOLGMU; 2010: 252–3. (in Russian).
3. Danilova A.A., Sheklakova M.N. Acne. *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2001; 11: 452–3. (in Russian)
4. Akimoto N, Sato T, Sakiguchi T, Kitamura K., Kohno Y., Ito A. Cell proliferation and lipid formation in hamster sebaceous gland cells. *Dermatology*. 2002; 204(2): 118–23.
5. Adaskevich V.P. *Acne vulgar and pink*. Moscow: Medical book; 2003. (in Russian)
6. Potekaev N.N. *Acne and rozacea*. Moscow: BINOM; 2007. (in Russian)
7. Cunliffe W.J., Holland D.B., Clark S.M., Stables G.L. Comedogenesis: Some new aetiological, clinical and therapeutic strategies. *Br. J. Dermatol.* 2000; 142(6): 1084–91.
8. Toyoda M., Morohashi M. Pathogenesis of acne. *Med. Electron. Microsc.* 2001; 34(1): 29–40.
9. Kabaeva T.I., Osipov G.A. Role of composition of skin fat in pathogenesis of acne. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2004; 2: 28–30. (in Russian)
10. Monakhov S.A., Ivanov O.L. *Acne. Etiopatogenez, clinic, therapy. Methodical grant for doctors (Akne. Etiopatogenez, klinika, terapiya: Metodicheskoe posobie dlya vrachey)*. Moscow: Bayer HealthCare; 2012. (in Russian)
11. Rodin A.Yu., Zaklyakova T.N. Antioxidant potential of plasma of sick acnes and methods of its correction. In: *Abstracts of IV of the All-Russian congress of dermatovenerologists. 6–9 July 2011, St. Petersburg (Materialy IV Vserossiyskogo kongressa dermatovenerologov, St.Peterburg, 6–9.072011)*. St.Peterburg; 2011: 226–7. (in Russian)
12. Rodin A. Yu., Zaklyakova T.N. *A method of treating acne (Sposob lecheniya akne)*. Patent for the invention, No 2495675; 2013. <http://bankpatentov.ru/node/413960>. (in Russian)

Received 03.12.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.5-002-031:611.911-085

Терапия себорейного дерматита волосистой части ГОЛОВЫ

Калинина О.В.^{1,2}, Евстафьев В. В.², Альбанова В.И.³

¹Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии (зав. — проф. В.И. Ноздрин) МИ ФГБОУ ВПО Орловский государственный университет; ²ОГБУЗ Смоленский кожно-венерологический диспансер (главный врач — канд. мед. наук В.В. Евстафьев); ³кафедра кожных и венерических болезней (зав. — проф. В.А. Молочков) ФППОВ ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Представлены результаты лечения 147 пациентов мужского пола с диагнозом себорейного дерматита волосистой части головы. Установлено, что применение раствора ретинола пальмитата внутрь в дозе 200 000 МЕ и 50% нафталанового спирта наружно является наиболее эффективным и безопасным способом лечения с наименьшей частотой рецидивов.

Ключевые слова: себорейный дерматит; лечение; ретинола пальмитат; нафталановый спирт.

THERAPY OF SEBORRHEIC DERMATITIS OF THE HEAD

Kalinina O.V.^{1,2}, Evstafyev V.V.², Albanova V.I.³

¹Orel State University, Orel, Russia; ²Smolensk Center of Skin and Sexually-Transmitted Diseases, Smolensk, Russia; ³I.M.Setchenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

The authors present the results of treatment of 147 patients (male) with clinically diagnosed seborrheic dermatitis of the hairy part of the head. Oral retinol palmitate solution (200 000 U) and topical 50% naphthalene alcohol proved to be the most effective and safe therapeutic method with the least incidence of relapses.

Key words: seborrheic dermatitis; therapy; retinol palmitate; naphthalene alcohol.

Себорейный дерматит — хронический воспалительный рецидивирующий дерматоз, характеризующийся эритематозно-сквамозными высыпаниями в зонах с гипертрофированными, гиперактивными

сальными железами [1—3]. Себорейный дерматит относится к наиболее распространенным заболеваниям кожи. Несмотря на широкий спектр средств лечения, количество больных с этой патологией увеличивается.

Сведения об авторах:

Калинина Олеся Владимировна — врач-дерматовенеролог (olesya.kalinina577@yandex.ru); Евстафьев Владимир Викторович — кандидат мед. наук, доцент; Альбанова Вера Игоревна — доктор мед. наук, профессор (albanova@rambler.ru).