

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК 616.517-055.2-085.357-07

Опруженкова Е.П., Сидоренко О.А., Анисимова Л.А., Старостенко В.В.

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА 2-го ТИПА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России, 344022, г. Ростов-на-Дону, Россия

Представлены результаты сравнительного анализа гормонального статуса крови 75 женщин в возрасте от 49 до 60 лет (средний возраст $54,04 \pm 1,28$ года), страдающих псориазом 2-го типа и находящихся в постменопаузе (основная группа), и 50 женщин контрольной группы того же возраста и менструального статуса, не страдающих псориазом. В основной группе выделены две подгруппы: 1-я подгруппа получала базовую терапию в сочетании с менопаузальной гормональной терапией (МГТ) (эстрадиол 1 мг + дроспиренон 2 мг), 2-я подгруппа – базовую терапию. Клиническую оценку псориатического процесса проводили с учетом индекса PASI, оценивали дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) и содержание гонадотропных и половых гормонов крови перед лечением, а также через 3 и 6 мес от начала терапии пациенток в обеих подгруппах. У пациенток 1-й подгруппы, страдающих псориазом, отмечены более высокие показатели клинической эффективности терапии и качества жизни в сочетании со снижением концентрации фолликулостимулирующего гормона в крови на 13,2% ($p = 0,01$), повышением содержания эстрадиола крови на 69,3% ($p < 0,001$). Дополнение МГТ к стандартному лечению способствовало снижению индекса PASI в 1-й подгруппе по сравнению со 2-й подгруппой через 3 мес от начала лечения на 50,9% ($p < 0,001$), а через 6 мес – на 94% ($p < 0,001$), а также уменьшению ДИКЖ в 1-й подгруппе по сравнению со 2-й подгруппой через 3 мес на 15,3% ($p < 0,05$), через 6 мес – на 20,8% ($p < 0,05$). У пациенток с псориазом, находящихся в постменопаузе, благоприятные изменения индексов, отражающих клинические проявления болезни, были ассоциированы с коррекцией гормонального статуса крови при МГТ эстрадиолом 1 мг + дроспиреноном 2 мг.

Ключевые слова: псориаз 2-го типа; постменопауза; гормональный статус; менопаузальная гормональная терапия; качество жизни.

Для цитирования: Опруженкова Е.П., Сидоренко О.А., Анисимова Л.А., Старостенко В.В. Влияние гормонзаместительной терапии на течение псориаза 2-го типа у женщин в постменопаузе. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2016; 19(5): 296-300. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9588-2016-19-5-296-300>

Opruzhenkova E.P., Sidorenko O.A., Anisimova L.A., Starostenko V.V.

STUDY OF THE EFFECT OF MENOPAUSAL HORMONE THERAPY IN WOMEN WITH PSORIASIS TYPE 2 IN POSTMENOPAUSE

The Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, 344022, Russian Federation

The results of comparative analysis of the hormonal status from 75 women aged from 49 to 60 years old (average age 54.04 ± 1.28 year) in postmenopause with psoriasis type 2 (study group) and 50 women of control group of the same age and menstrual status without psoriasis are presented. There were two subgroups in the main group: subgroup 1 received basic therapy in combination with menopausal hormone therapy (MHT) (estradiol 1 mg + drospirenone 2 mg), subgroup 2 – basic therapy. Psoriatic process was assessed according to PASI index and was evaluated by the dermatology quality of the life index (DIQL) and the content of gonadotropic and sex hormones before treatment and after 3 and 6 months of starting treatment in patients of both subgroups. More pronounced clinical efficacy in combination with reduced FSH level is 13.2% ($p < 0.001$), increased content of estradiol 69.3% ($p < 0.001$) was observed in patients from 1 subgroup. MHT supplement to the basic treatment decreased the PASI index after 3 months of starting treatment for 50.9% ($p < 0.05$) and after 6 months – at 94% ($p < 0.001$), and reduced DIQL in subgroup 1 compared to 2 subgroup after 3 months – 15.3% ($p < 0.05$) and after 6 months – 20.8% ($p < 0.05$). In postmenopausal women with psoriasis favorable changes of indexes reflecting the clinical manifestations of the disease were associated with the correction of hormonal status in MHT estradiol 1 mg + drospirenone 2 mg.

Keywords: psoriasis type 2; postmenopause; hormonal status; menopausal hormone therapy; quality of life.

For citation: Opruzhenkova E.P., Sidorenko O.A., Anisimova L.A., Starostenko V.V. Study of the effect of menopausal hormone therapy in women with psoriasis type 2 in postmenopause. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei)*. 2016; 19(5): 296-300. (in Russian). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9588-2016-19-5-296-300>

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 05 June 2016

Accepted 20 September 2016

Псориаз является распространенным хроническим дерматозом, которым страдает около 5% населения в мире и 3,5% – в Российской Федерации [1]. Псориаз может дебютировать в любом возрасте. Согласно современным эпидемиологическим представлениям, выделяют два фенотипа псориаза: 1-го типа, для которого характерно раннее начало (16–25 лет), большая распространенность и часто рецидивирующее течение, в большинстве случаев присоединение системных нарушений, и 2-го типа, характеризующегося более поздним началом (на 5-м десятилетии жизни), более благоприятным течением, частым сочетанием с остеопорозом [2, 3]. При псориазе 1-го типа связь с наследственностью отмечена у 44% больных, а частота аллелей HLA-Cw6 – у 85%, HLA-DR7 – у 70%, тогда как при псориазе 2-го типа связь с наследственностью выявлена у 1% больных, а частота вышеуказанных аллелей в 14 и 30% соответственно [4]. Причинно-значимые факторы возникновения псориаза 2-го типа носят противоречивый характер. У пациентов женского пола заболевание часто впервые дебютирует в перименопаузальном и постменопаузальном периодах [5].

Климактерий – физиологический процесс перехода организма от репродуктивной фазы к старости, в основе которого лежит постепенное угасание функции яичников и снижение продукции эстрогенов [6]. У женщин на фоне снижения или прекращения выработки эстрогенов яичниками возникает комплекс нейровегетативных, эндокринно-метаболических и психоэмоциональных симптомов (ранневременные расстройства), объединяемых в климактерический синдром [6]. Климактерический синдром развивается у 65–80% женщин, причем у 15% сохраняется в течение всей последующей жизни [7]. Затем появляются урогенитальные и сексуальные нарушения, изменения внешности (средневременные расстройства). В последнюю очередь наступают поздневременные обменные нарушения с развитием остеопороза, ишемической болезни сердца, болезни Альцгеймера [6].

Биологические эффекты эстрогенов осуществляются посредством геномного и негеномного влияния на специфические ядерные и мембранные эстрогеновые рецепторы, представленные в большом количестве в различных органах и системах (гипоталамус, гипофиз, половые органы, молочные железы, мозг, сердечно-сосудистая и костно-мышечная системы, уретра, мочевой пузырь, толстая кишка, печень, кожа и сально-волосяные фолликулы) [6].

Многие женщины на рубеже 50 лет начинают испытывать вазомоторные нарушения, нарушения сна, изменения настроения, что связано с возрастным снижением уровня половых гормонов. К 60 годам прогрессируют атрофия слизистой оболочки влагалища, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, остеопороз. Возраст ассоциируется с ростом сердечно-сосудистых и урологических заболе-

ваний, метаболических и дегенеративных изменений, случаев катаракты, различных видов деменции [8]. Исследованиями последних лет в патогенезе ряда дерматозов доказана роль возрастных гормональных изменений у женщин при акне, склеродермии, розовых угрях, алопеции [9]. Наслаиваясь на патогенетические механизмы псориаза, гормональные изменения у женщин постменопаузального возраста, возможно, усугубляют выраженность клинических проявлений и течение дерматоза, содействуют развитию рецидивов и недостаточной эффективности терапии.

Несмотря на то что менопаузальную гормональную терапию (МГТ) чаще назначают по определенным показаниям (лечение менопаузальных симптомов, профилактика менопаузального остеопороза, профилактика и лечение вульвовагинальной атрофии), постепенно накапливается все больше данных, свидетельствующих о том, что МГТ может снижать риск остеоартрита, сердечно-сосудистых заболеваний, рака кишечника, абдоминального ожирения, преждевременной потери зубов, болезни Паркинсона, уменьшения содержания коллагена в коже [10].

Комплексное лечение псориаза 2-го типа на фоне своевременной и рациональной коррекции гормональных изменений могло бы не только повысить эффективность терапии дерматоза, предупредить развитие осложненных форм заболевания, но и сохранить качество жизни (КЖ) женщины на достойном уровне, обеспечив ей активное долголетие.

Все эти данные свидетельствуют о необходимости разработки медикаментозных мер в лечении псориаза 2-го типа и защиты здоровья женщин в постменопаузальном периоде (путем назначения МГТ).

Цель работы – изучить влияние МГТ, включенной в состав базовой терапии, на течение псориаза 2-го типа у женщин в постменопаузе.

Материал и методы

На первом этапе исследования были сформированы две клинические группы – основная и контрольная. В основную группу были включены 75 женщин в возрасте от 49 до 60 лет (средний возраст $54,04 \pm 1,28$ года) с дебютом псориаза в постменопаузальном периоде. Контрольную группу составили 50 женщин от 49 до 59 лет (средний возраст $53,4 \pm 1,1$ года) в постменопаузе, не страдающие псориазом. В основной группе наблюдали 41 (54,7%) больного ладонно-подошвенным и 34 (45,3%) – обыкновенным псориазом. Критериями включения пациенток в основную группу явились: женский пол, постменопауза, дебют псориаза в период постменопаузы, отсутствие МГТ в анамнезе, информированное согласие на участие в проспективном исследовании, в контрольную группу – женский пол, постменопауза, отсутствие МГТ в анамнезе.

На втором этапе исследования пациенток основной группы в зависимости от тактики лечения разделили на две подгруппы: 1-я подгруппа ($n = 39$) дополнительно к базовой терапии получала МГТ, 2-я подгруппа ($n = 36$) получала только базовое лечение, включавшее: метаболические средства (адеметионин, поливитамин), иммуносупрессивную терапию (гамма-D-глутамил-D-триптофан натрия), наружно – кальципотриол + глюкокортикостероид, в дальнейшем – переход на кальципотриол. Больным 1-й подгруппы дополнительно назначали МГТ комбинированным препаратом эстрадиол 1 мг + дроспиренон (производное спиронолактона) 2 мг в течение 3 мес. Длительность терапии пациенток как 1-й, так и 2-й подгрупп составляла 3 мес. Препаратом выбора в качестве МГТ послужил эстрадиол 1 мг + дроспиренон 2 мг в связи с тем, что эстрадиол, входящий в состав комбинированного препарата, идентичен естественному 17 β -эстрадиолу и метаболически ведет себя подобно гормону, вырабатываемому яичниками. Дроспиренон среди всех синтетических гестагенов

Для корреспонденции:

Опруженкова Евгения Павловна, ассистент кафедры кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, 344022, г. Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: eva.opruzhenkova@mail.ru.

For correspondents:

Opuzhenkova Evgeniya P., assistant of department of skin and venereal diseases of Rostov State medical University, Rostov-on-Don, 344022, Russian Federation. E-mail: eva.opruzhenkova@mail.ru.

Information about authors:

Opuzhenkova E.P., <http://orcid.org/0000-0002-5830-1768>;
Sidorenko O.A., <http://orcid.org/0000-0002-7387-2497>;
Anisimova L.A., <http://orcid.org/0000-0002-9696-9179>;
Starostenko V.V., <http://orcid.org/0000-1755-366X>.

Таблица 1
Показатели половых и гонадотропных гормонов у пациенток основной и контрольной групп

Показатель	Основная группа (n = 75)	Контрольная группа (n = 50)	p
ФСГ, мМе/мл	75 ± 2,25	67,28 ± 1,94	< 0,05
ЛГ, мМе/мл	36,9 ± 1,76	36,6 ± 1,17	> 0,05
ЛГ/ФСГ	0,6 ± 0,02	0,54 ± 0,02	> 0,05
Пролактин, мМе/мл	208,8 ± 13,46	422,2 ± 16,5	< 0,001
Эстрадиол, пг/мл	12,8 ± 0,29	54,9 ± 0,86	< 0,001
Прогестерон, нмоль/л	0,46 ± 0,02	0,5 ± 0,05	> 0,05
Тестостерон, нг/мл	0,84 ± 0,09	0,52 ± 0,06	< 0,05

наиболее сходен с эндогенным прогестероном. Помимо антиальдостеронового влияния он обладает также антиандрогенным действием, и его биохимические превращения не затрагивают чувствительности тканей к инсулину [11, 12]. Назначение МГТ проводили после проведенного гинекологом-эндокринологом гинекологического осмотра и осмотра молочных желез, цитологического исследования мазков по Папаниколау (Pap-test) [13], трансвагинального ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза, маммографии, изучения анамнеза, в том числе семейного анамнеза по тромбозам и раку молочной железы.

Перед началом лечения, а также через 3 и 6 мес от начала терапии проводили клиническую оценку состояния больного, включавшую определение индекса PASI и дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ), а также определение концентраций фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ) гормонов, пролактина, эстрадиола, прогестерона, тестостерона в крови методом иммунофлуоресценции с использованием иммуноферментных тест-систем Delfia ("Wallac Oy", Финляндия) до лечения и через 6 мес от начала терапии.

Статистический анализ результатов исследования проводили с помощью программы Statistica 10.0 ("StatSoft Inc.", США). В работе исследованные величины были представлены в виде выборочного среднего значения и стандартной ошибки средней величины. Статистическую значимость различий средних величин независимых выборок оценивали с помощью параметрического *t*-критерия Стьюдента при нормальном законе распределения и непараметрического критерия Манна–Уитни при различии распределения показателей от нормального. Решение о распределении показателей в выборке формировали путем использования критерия Шапиро–Уилка. Каждому наблюдаемому значению критерия рассчитывали достигаемый уровень значимости *p*. Критическим считали уровень значимости *p* = 0,05.

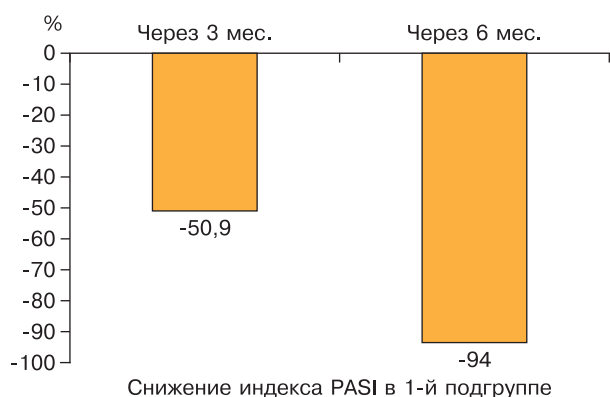


Рис. 1. Снижение индекса PASI в 1-й подгруппе по сравнению со 2-й подгруппой через 3 и 6 мес от начала лечения.

Результаты

До лечения у больных 1-й подгруппы индекс PASI составил $14,4 \pm 0,5$ балла, у больных 2-й подгруппы – $13,42 \pm 0,52$. У 55 (73,3%) пациенток наблюдалась средняя степень тяжести псориаза 2-го типа, у 20 (26,7%) – легкая, большие с тяжелой степенью тяжести псориаза 2-го типа отсутствовали.

Несмотря на легкую и среднюю степень тяжести псориаза 2-го типа, влияние болезни на КЖ пациенток было чрезвычайно сильным и очень сильным (ДИКЖ составил $24,2 \pm 0,48$ балла). Чрезвычайно сильное влияние псориаза 2-го типа на КЖ отмечено у 62 (82,7%), очень сильное – у 13 (17,3%) больных.

Показатели половых и гонадотропных гормонов у больных основной и контрольной групп представлены в табл. 1.

В основной группе по сравнению с контрольной концентрация ФСГ в крови была выше на 11,4% ($75 \pm 2,25$ против $67,28 \pm 1,94$ мМе/мл; $p < 0,05$), в содержании ЛГ и прогестерона в крови межгрупповых различий не обнаружено ($p > 0,05$), при этом содержание пролактина было на 50,5% ниже у пациенток из основной группы по сравнению с контрольной ($208,8 \pm 13,46$ против $422,2 \pm 16,51$ мМе/мл), концентрация эстрадиола в крови была снижена ($p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой на 76,7% ($12,8 \pm 0,29$ против $54,9 \pm 0,86$ пг/мл; $p < 0,001$). Напротив, концентрация тестостерона была выше в основной группе (на 61,5%). Таким образом, у пациенток основной группы наблюдалась гипергонадотропная недостаточность яичников, дефицит эстрадиола с относительной гиперандрогенией, что явилось основанием для включения в состав базовой терапии МГТ.

При оценке результатов лечения через 3 мес от начала терапии в двух подгруппах выявлена положительная клиническая динамика, отражающая наличие у пациенток стационарной и регрессирующей стадии псориаза, более выраженная у пациенток 1-й подгруппы. Индекс PASI в 1-й подгруппе снизился с $14,4 \pm 0,54$ до $2,1 \pm 0,54$ балла, а во 2-й подгруппе – с $13,42 \pm 0,52$ до $4,28 \pm 0,63$ балла. Снижение индекса PASI в 1-й подгруппе составило 85,4% ($p < 0,001$), во 2-й подгруппе – 68,1% ($p < 0,05$). Значительное улучшение псориазического статуса (снижение индекса PASI на 75–100%) в 1-й подгруппе наблюдалось у 32 (82,1%) пациенток, во 2-й подгруппе – у 13 (36,1%). В 1-й подгруппе через 3 мес от начала лечения частота легкой степени тяжести псориаза 2-го типа возросла с 74,4 до 97,4%, через 6 мес от начала лечения наблюдалась у всех пациенток 1-й подгруппы. Во 2-й подгруппе легкая степень тяжести псориаза 2-го типа через 3 мес от начала лечения встречалась реже – у 86,1%, через 6 мес – у 94,4% больных.

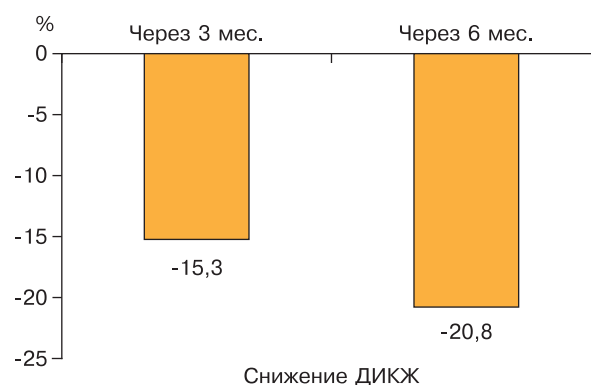


Рис. 2. Снижение ДИКЖ в 1-й подгруппе по сравнению со 2-й подгруппой через 3 и 6 мес от начала лечения.

Таблица 2

Динамика содержания половых и гонадотропных гормонов крови у больных 1-й и 2-й подгрупп через 6 мес от начала лечения

Показатель	1-я подгруппа (с МГТ) (n = 39)			2-я подгруппа (без МГТ) (n = 36)		
	до лечения	через 6 мес от начала лечения	p	до лечения	через 6 мес от начала лечения	p
ФСГ, мМе/мл	52,84 ± 1,92	45,86 ± 1,8	0,01	69,09 ± 3,92	71,84 ± 3,8	0,62
ЛГ, мМе/мл	31,49 ± 1,5	27,75 ± 1,3	0,06	40,84 ± 2,9	45,38 ± 2,3	0,24
ЛГ/ФСГ	0,6 ± 0,02	0,62 ± 0,03	0,77	0,61 ± 0,06	0,65 ± 0,05	0,57
Пролактин, мМе/мл	214,4 ± 13,3	224,5 ± 13,6	0,59	216,1 ± 20,7	226,4 ± 19,5	0,73
Эстрадиол, пг/мл	12,05 ± 1,0	20,4 ± 1,6	< 0,001	13,68 ± 0,48	13,19 ± 0,31	0,41
Прогестерон, нмоль/л	0,43 ± 0,02	0,4 ± 0,01	0,18	0,46 ± 0,03	0,45 ± 0,02	0,98
Тестостерон, нг/мл	0,77 ± 0,07	0,68 ± 0,06	0,35	0,69 ± 0,13	0,6 ± 0,11	0,58

Через 6 мес от начала лечения в 1-й подгруппе индекс PASI снизился до $0,2 \pm 0,12$ балла, во 2-й подгруппе составил более высокое значение – $3,35 \pm 0,27$ балла. Градиент снижения индекса PASI в 1-й подгруппе пациенток по сравнению со 2-й подгруппой был более выражен к 6-му месяцу от начала терапии. Эта динамика показателя сопровождалась снижением индекса PASI в 1-й подгруппе по сравнению со 2-й подгруппой через 3 мес от начала лечения на 50,9% ($p < 0,001$), а через 6 мес – на 94% ($p < 0,001$) (рис. 1).

Через 3 мес от начала лечения в 1-й подгруппе ДИКЖ снизился с $25,7 \pm 0,78$ до $18,3 \pm 0,67$ балла, во 2-й подгруппе – с $24,6 \pm 0,86$ до $21,6 \pm 0,75$ балла. Снижение ДИКЖ в 1-й подгруппе составило 28,8% ($p < 0,01$), а во 2-й подгруппе – 12,2% ($p = 0,05$). Значительное улучшение качества жизни (снижение индекса ДИКЖ на 75–100%) в 1-й подгруппе наблюдалось у 7 (17,9%) пациенток, во 2-й подгруппе – у 3 (8,3%). Динамика ДИКЖ в двух подгруппах не имела выраженных различий, при этом в 1-й подгруппе через 3 мес ДИКЖ был статистически значимо ниже, чем во 2-й подгруппе, – $18,3 \pm 0,67$ против $21,6 \pm 0,75$ балла, а через 6 мес $14,5 \pm 0,93$ против $18,2 \pm 0,76$ балла. Снижение ДИКЖ в 1-й подгруппе по сравнению со 2-й подгруппой через 3 мес составило 15,3% ($p < 0,05$), через 6 мес – 20,8% ($p < 0,05$) (рис. 2).

Через 6 мес от начала лечения полная клиническая ремиссия в 1-й подгруппе наступила у 37 (94,9%) больных, во 2-й подгруппе – у 27 (75%).

Включение МГТ в комплексную терапию псориаза 2-го типа пациенткам, находящимся в постменопаузе, способствовало повышению клинической эффективности лечения дерматоза.

Применение МГТ в 1-й подгруппе способствовало снижению концентрации ФСГ в крови с $52,84 \pm 1,92$ до $45,86 \pm 1,8$ мМе/мл, т.е. на 13,2% ($p = 0,01$), повышению содержания эстрадиола крови с $12,05 \pm 1$ до $20,4 \pm 1,6$ пг/мл, на 69,3% ($p < 0,001$). Снижение ФСГ крови явилось следствием снижения секреции гипофизом в результате повышения содержания эстрадиола при МГТ по механизму обратной связи.

В динамике ЛГ в крови у больных 1-й подгруппы отмечена лишь тенденция к снижению без достижения статистической значимости. Так, у пациенток 1-й подгруппы концентрация ЛГ снижалась на 11,9% ($p = 0,06$) с $31,49 \pm 1,5$ до $27,75 \pm 1,3$ мМе/мл. У больных 2-й подгруппы статистически значимых изменений содержания гормонов крови не отмечено (табл. 2).

Для доказательства связи между изменением содержания половых и гонадотропных гормонов в крови у пациенток с псориазом 2-го типа при включении в терапию МГТ и индексами PASI и ДИКЖ, отражающим псориа-

тический статус и КЖ, был предпринят корреляционный анализ. Статистически значимые корреляционные связи были установлены между ФСГ и PASI ($r = 0,57$; $p < 0,001$), ЛГ и PASI ($r = 0,42$; $p = 0,045$), эстрадиолом и PASI ($r = -0,85$; $p < 0,001$), ФСГ и ДИКЖ ($r = 0,68$; $p < 0,001$), ЛГ и ДИКЖ ($r = 0,49$; $p = 0,036$), эстрадиолом и ДИКЖ ($r = -0,88$; $p < 0,001$).

Таким образом, у пациенток постменопаузального возраста, страдающих псориазом 2-го типа, наряду с более выраженными изменениями индексов, отражающих клинические проявления дерматоза и КЖ, на фоне базовой терапии с включением МГТ (эстрадиолом 1 мг + дроспиреноном 2 мг) была отмечена коррекция гормонального статуса крови.

Население планеты стареет, продолжительность жизни увеличивается, и современная женщина более трети жизни проводит в постменопаузе. В настоящее время сохранение качества жизни – приоритетное направление здравоохранения. Наряду с рекомендациями по образу жизни, питанию, физической активности и отказу от вредных привычек МГТ большинством международных научных сообществ рассматривается как часть общей стратегии, направленной на поддержание здоровья и КЖ [10].

Дополнительное включение МГТ (эстрадиолом 1 мг + дроспиреноном 2 мг) в состав комплексной терапии псориаза 2-го типа у женщин в постменопаузе способствует повышению эффективности терапии с выраженной редукцией клинических симптомов и улучшением КЖ и сопряжено с коррекцией гормонального статуса крови.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- Хагаманова И.В., Алмазова А.А., Лебедева Г.А., Ермаченко А.В. Проблемы эпидемиологии псориаза. *Клиническая дерматология и венерология*. 2015; 1: 12–6.
- Мишина О.С. Гендерные и возрастные особенности качества жизни людей с псориазом в России. *Справочник врача общей практики*. 2015; 3: 28–38.
- Потекаев Н.Н., Круглова Л.С., ред. *Псориазная болезнь*. М.: Группа МДВ; 2014: 12–7.
- Шульман А.Я. Генетические аспекты проблемы псориаза. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2006; 9(5): 37–8.
- Третьякова Н.Н. Дифференциальная диагностика и принципы терапии ладонно-подошвенных форм псориаза. Клиническая лекция. *Клиническая дерматология и венерология*. 2010; 5: 98–104.
- Сметник В.П., ред. *Медицина климактерия*. Ярославль: Литера; 2006: 15–50.

7. Нейфельд И.В., Рогожина И.Е., Киричук В.Ф., Бобылева И.В., Жирняков А.И. Особенности липидного спектра крови у женщин с климактерическим синдромом. *Лечение и профилактика*. 2014; 2(10): 5–10.
8. Люненфельд Б. Клинические последствия старения женщины. Профилактические стратегии с акцентом на заместительную гормональную терапию. *Гинекология*. 2014; 1: 22–5.
9. Юрчик Я.Н. Динамика перименопаузальных расстройств у женщин с псориазом на фоне лечения. *Украинский журнал дерматологии, венерологии и косметологии*. 2007; 4: 35–8.
10. Юрченева С.В., Дубровина А.В. Применение ультраликих доз препаратов при проведении менопаузальной гормональной терапии. *Проблемы репродукции*. 2015; 3: 122–5.
11. Dhont M. History of oral contraception. *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care*. 2010; 15(Suppl. 2): S12–8. doi: 10.3109/13625187.2010.513071.
12. Sitruk-Ware R., Nath A. Metabolic effects of contraceptive steroids. *Rev. Endocr. Metab. Disord*. 2011; 12(2): 63–75. doi: 10.1007/s11154-011-9182-4.
13. Кулакова В.И., Прилепская В.Н., ред. *Практическая гинекология*. М.: МЕДпресс-информ; 2001: 52–7.
4. Shulman A.Ya. Genetic aspects of a problem of psoriasis. *Russian Journal of Skin and Venereal diseases (Rossiyskii zhurnal kozhnykh i venericheskikh boleznei)*. 2006; 9(5): 37–8. (in Russian)
5. Tretiyakova N.N. Differential diagnostics and principles of therapy of palmar and plantar forms of psoriasis. Clinical lecture. *Clinical dermatology and venereology (Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya)*. 2010; 5: 98–104. (in Russian)
6. Smetnik V.P., ed. *Medicine menopause*. Yaroslavl: Litera; 2006: 15–50. (in Russian)
7. Neifeld I.V., Rogozhina I.E., Kirichuk V.F., Bobyleva I.V., Zhirnyakov A.I. Features lipid profile in women with climacteric syndrome. *Treatment and prevention. Russian Journal (Lechenie i profilaktika)*. 2014; 2(10): 5–10. (in Russian)
8. Lyunenfeld B. Clinical consequences of aging of the woman. Preventive strategy with emphasis on replacement hormonal therapy. *Gynecology. Russian Journal (Ginekologiya)*. 2014; 1: 22–5. (in Russian)
9. Yurchik Ya.N. Dynamics of perimenopausal disorders in women with psoriasis during therapy. *Ukrainian Journal of dermatology, venereology and cosmetology*. 2007; 4: 35–38. (in Ukraine)
10. Yureneva S.V., Dubrovina A.V. Application of ultra-low doses of drugs when holding menopausal hormone therapy. *Problems of reproduction. Russian Journal (Problemy reprodukcii)*. 2015; 3: 122–5. (in Russian)
11. Dhont M. History of oral contraception. *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care*. 2010; 15(Suppl. 2): S12–8. doi: 10.3109/13625187.2010.513071.
12. Sitruk-Ware R., Nath A. Metabolic effects of contraceptive steroids. *Rev. Endocr. Metab. Disord*. 2011; 12(2): 63–75. doi: 10.1007/s11154-011-9182-4.
13. Kulakova V.I., Prilepskaya V.N. *Practical gynecology*. Moscow: MEDpress-inform; 2001: 52–7. (in Russian)

REFERENCES

1. Hagamanova I.V., Almazova A.A., Lebedeva G. A., Ermachenko A.V. Psoriasis epidemiology problems. *Clinical dermatology and venereology. Russian Journal (Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya)*. 2015; 1: 12–16. (in Russian)
2. Mishina O. S. Gender and age features of quality of life of people with psoriasis in Russia. *Reference book of the general practitioner (Spravochnik vracha obshchey praktiki)*. 2015; 5: 28–38. (in Russian)
3. Potekaev N.N., Kruglova L.S., eds. *Psoriatic disease*. Moscow: MDV Group; 2014: 12–7. (in Russian)

Поступила 05.06.16

Принята к печати 20.09.16

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 616.594.14-092:612.015.3]-055.2-085

Перламутров Ю.Н.¹, Анциферов М.Б.², Левина Н.В.³

РОЛЬ КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ У ЖЕНЩИН

¹ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, 127473, г Москва, Россия;²ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России, 117036, г Москва, Россия;³ООО «Центр лечебной косметики Даная», 115114, г Москва, Россия

Проблема андрогенетической алопеции у женщин рассматривается специалистами различных специальностей, однако сообщения о состоянии метаболических процессов у данной категории больных крайне малочисленны. Цель исследования: повышение эффективности терапии андрогенетической алопеции с учетом метаболических отклонений.

Материал и методы. С целью выявления особенностей клинического течения и гормонально-метаболических отклонений были обследованы 80 женщин, больных андрогенетической алопецией. **Результаты.** Установлено, что при андрогенетической алопеции у женщин отмечаются в большинстве случаев отклонения в углеводном и липидном обмене. Комплексная терапия с использованием метформина способствовала повышению клинической эффективности в лечении женщин с андрогенетической алопецией.

Ключевые слова: андрогенетическая алопеция; гормонально-метаболические отклонения; комплексная терапия; метформин; высокая эффективность.

Для цитирования: Перламутров Ю.Н., Анциферов М.Б., Левина Н.В. Роль коррекции метаболических нарушений в комплексной терапии андрогенетической алопеции у женщин. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2016; 19(5): 300–304. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9588-2016-19-5-300-304>