

Е.Ю. Корецкая

Запорожский государственный медицинский университет

Дифференцированные показания и методика комплексной терапии при угревой болезни, осложненной малассезиозом кожи

Цель работы — разработать дифференцированные показания, комплексную методику лечения больных угревой болезнью, осложненной малассезиозом, и дать клинико-лабораторную оценку ее эффективности.

Материалы и методы. Среди 120 больных угревой болезнью (45,8 % мужчин и 54,2 % женщин) в 100 случаях выявлен сопутствующий малассезиоз кожи. Проведен кластерный сопоставительный анализ клинико-лабораторных данных и разработаны методы комплексной дифференцированной терапии с оценкой ее результатов.

Результаты и обсуждение. Сопоставительный анализ клинических проявлений и течения дерматозов, лабораторных показателей (Ca^{++} , гормоны, микробиоценоз кожи, себометрия, корнеометрия, иммунный статус) позволил разделить 100 больных в две клинико-терапевтические группы. 40 пациентам первой группы рекомендовали прием итраконазола, азитромицина, субалина, тиотриазолина, экстракта артишока, левоцетиризина, витамина С, тиогамы-турбо, сульфеновой пасты наружно, азелаиновой кислоты, УФО. 30 больным второй группы были назначены аналогичные препараты с увеличением дозы и продолжительности приема, вместо субалина — тилорон, дополнительно дексаметазон.

Группы сравнения из 30 больных угревой болезнью и малассезиозом и 20 больных угревой болезнью без малассезиоза пролечены по общепринятой методике. У 70 больных основной группы в отличие от группы сравнения отмечено увеличение периода ремиссий, отсутствие прогрессирования дерматозов, а также осложнений от проводимой терапии, снижение частоты рецидивов, благоприятные сдвиги лабораторных показателей.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об обоснованности и более высокой эффективности предложенного комплексного дифференцированного метода лечения больных угревой болезнью, сочетанной с малассезиозом кожи, что позволяет рекомендовать ее для внедрения в практическое здравоохранение.

Ключевые слова

Угревая болезнь, малассезиоз, патогенез, анализ, эффективность лечения.

Угревая болезнь (УБ) занимает первое место в структуре косметической патологии и третье — по частоте обращения больных к дерматовенерологам и косметологам, при этом увеличивается количество больных старше 30 лет [1, 4, 7]. УБ — это мультифакториальное системное хроническое заболевание организма с поражением сальных желез и волосяных фолликулов, в развитии которого важную роль играют изменения гормонального фона, нарушения иммунного статуса, микроциркуляции кожи, смешанная инфекция, дефицит цинка в организме, расстройства пищеварительной системы, наследственность [6, 10, 11]. Актуальной проблемой остается и терапия УБ. Сложный патогенез акне

требует применения лечебных методов, чтобы активно воздействовать на гиперактивацию андрогенами сальных желез, гиперкератоз выводного протока сально-волосяного фолликула, колонизацию сальной железы микроорганизмами, воспаление и иммунный ответ [2, 3, 12]. Успешное лечение акне возможно при адекватном подборе препаратов с учетом стадии заболевания, возраста больного, типа кожи, сопутствующей патологии и образа жизни [5, 8, 9].

Цель работы — разработать дифференцированные показания, комплексную методику лечения больных УБ, осложненной малассезиозом, и дать клинико-лабораторную оценку ее эффективности.

Материалы и методы

Мы наблюдали 120 больных УБ — 55 мужчин и 65 женщин в возрасте 16—27 лет. Длительность заболевания составила 3—8 лет. Папуло-пустулезные угри диагностированы у 102 пациентов, узловато-кистозные — у 18. Малассезиоз кожи установлен в виде разноцветного лишая, гнойного фолликулита, кератоза Дарье, пситриаза волосистой части головы, как сопутствующий фактор — у 100 больных УБ.

В зависимости от установленных уровней сдвигов больные были объединены в две клинико-терапевтические группы, которые различались жалобами, анамнезом больных, особенностями клинических проявлений и течения дерматоза, выраженностью изменений показателей иммунного статуса, микробиоценоза кожи, себометрии, корнеометрии, уровня кальция крови и гормонального спектра.

Результаты и обсуждение

Первую группу составили 60 больных УБ, в основном второй и частично третьей стадий без явлений пролиферации и значительной пустулизации угревой болезни, с невоспалительными поверхностными формами малассезиоза (простой пситриаз волосистой части головы, гнейс, себорейный дерматит, экзематид Дарье), негнойным фолликулярным малассезиозом (комедоны, негнойный фолликулит и фолликулярный экзематид), которые были обусловлены в основном *M. furfur*, *M. pachidermatis*. Содержание Са⁺⁺ в плазме составило в среднем (2,9 ± 0,16) нмоль/л, уровень паратгормона — (9,2 ± 0,9) нмоль/л, кальцитонина — (7,98 ± 0,5) нмоль/л. Показатель рН кожи лица составлял 6,9 ± 0,21, а на других участках кожи — 6,0 ± 0,03, жирность — (49,4 ± 4,8) и (37,2 ± 3,8) мкг/см² соответственно, влажность — (20,3 ± 0,54) и (29,8 ± 0,18) у. е. Микробиоценоз кожи лица был представлен дрожжеподобными грибами, ассоциациями малассезий и *Candida*, кокковой флорой и *P. acnes* в относительно небольших количествах, а непораженной кожи — стафилококком дермальным, *Malassezia*, *P. acnes*.

В иммунном статусе больных первой группы отмечены: фагоцитарный индекс (ФИ) — 52,4 ± 4,82; фагоцитарное число (ФЧ) — 5,8 ± 0,48; нейтрофилы — 5,1 ± 0,28; НСТ-тест — (17,1 ± 1,1) %; лейкоциты — 5,81 ± 0,42, лимфоциты — 1,22 ± 0,14, CD3⁺ — (0,88 ± 0,07) · 10⁹/л и (0,98 ± 0,06) · 10⁹/л, CD4⁺ соответственно: (0,44 ± 0,05) · 10⁹/л и (0,51 ± 0,04) · 10⁹/л, CD8⁺ — (0,31 ± 0,02) · 10⁹/л и (0,38 ± 0,03) · 10⁹/л, CD16⁺ — (0,32 ± 0,01) · 10⁹/л, CD22⁺ — (0,32 ± 0,02) · 10⁹/л и (0,33 ± 0,02) · 10⁹/л, CD4⁺/CD8⁺ — (1,28 ± 0,03) · 10⁹/л, IgG —

(16,8 ± 1,1) г/л и IgM — (1,82 ± 0,1) г/л, ИЛ-10 — (31,4 ± 5,8) п²/мл, ИЛ-12 — (88,4 ± 9,1) п²/мл.

Вторая группа состояла из 40 больных УБ третьей и четвертой стадий с ярко выраженными воспалительными изменениями, крупными пустулами, кистами и индуративными элементами, с проявлениями малассезиоза в виде малассезийного пустулеза, разноцветного лишая, комедонов, экзематидов Дарье, обусловленными *M. globosa*, *M. obtusus*, *M. furfur*. Содержание Са в плазме в среднем составляло (4,14 ± 0,28) нмоль/л, уровень паратгормона — (12,2 ± 0,9) нмоль/л, кальцитонина — (8,31 ± 0,54) нмоль/л. рН кожи лица — 7,5 ± 0,28, жирность — (58,4 ± 5,2) мкг/см², влажность — (14,8 ± 0,12) мкг/см². Микробиоценоз представлен на коже лица в виде комбинации *M. furfur*, *P. acnes*, *C. albicans*, грамотрицательной палочки, *S. aureus*, вне очагов поражения — *S. aureus*, малассезии, *C. albicans*.

В иммунном статусе больных второй клинико-терапевтической группы отмечены: ФИ — 41,2 ± 4,8; ФЧ — 4,1 ± 0,42, нейтрофилы — (4,82 ± 0,24) · 10⁹/л, НСТ-тест — 14,8 ± 1,83, лейкоциты — (4,88 ± 0,6) · 10⁹/л, лимфоциты — (0,98 ± 0,16) · 10⁹/л, CD3⁺ — (0,63 ± 0,03) · 10⁹/л, CD4⁺ — (0,38 ± 0,03) · 10⁹/л, CD8⁺ — (0,27 ± 0,02) × 10⁹/л, CD16⁺ — (0,24 ± 0,01) · 10⁹/л, CD22⁺ — (0,42 ± 0,03) · 10⁹/л, CD4⁺/CD8⁺ — (1,11 ± 0,01) × 10⁹/л, IgG — (18,3 ± 0,8) г/л и IgM — (2,6 ± 1,4) г/л, ИЛ-10 — (45,4 ± 6,8) п²/мл, ИЛ-12 — (138,4 ± 13,8) п²/мл.

Мы разработали оригинальную методику комплексной терапии больных УБ с сопутствующим малассезиозом кожи с дифференцированным назначением препаратов как этиологического, так и патогенетического действия, наружных средств.

Среди всех медикаментозных средств мы выделили несколько основных групп: этиотропные (антимикотики и антибактериальные), иммуномодулирующие, гепатопротекторы, гипосенсибилизирующие, витамины, мембраностабилизирующие и антиоксиданты. В диете исключали сахар, резко ограничивали углеводы, запрещали употребление орехов, шоколада, морепродуктов, йодированную соль, препараты брома, натуральное молоко.

40 больным первой клинико-терапевтической группы рекомендовали прием итраконазола («Спорагал») по 100 мг 2 раза в сутки после еды в течение 14 дней, затем препарат назначали в виде пульс-терапии по 200 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней, далее — интервал 3 нед. В период интервала пациенты принимали азитромицин 500 мг 1 раз в сутки через день, 6—8 приемов. Также больным назначали тиоктовую кис-

лоту по 600 мг 1 раз в сутки 1–2 мес, аскорбиновую кислоту до 2,0 г/сут 1–1,5 мес, левоцетиризин 1 табл. на ночь 1 мес и «Цинарикс» по 1 табл. 2 раза в сутки 1–1,5 мес.

С целью иммуномодуляции рекомендовали прием двух препаратов — тиотриазолина и субалина. Тиотриазолин назначали по 2,0 мл 2,5 % раствора внутримышечно 10 дней, потом по 1 табл. 2 раза в сутки 20 дней. А затем больные принимали субалин: содержимое флакона растворяли в 1–2 чайных ложках кипяченой охлажденной воды и принимали внутрь за 30 минут до еды, запивая водой, 2 раза в сутки 20 дней. Для наружной терапии пациенты втирали 1 % пасты «Сульсена» во влажную кожу волосистой части головы, лица, шеи и верхней части туловища на 10–12 ч, а затем смывали водой с мылом. Первые 7 дней ежедневно, затем 7 дней через день, а в дальнейшем 2 раза в неделю 1–2 мес. Одновременно наносили азелаиновую кислоту («Азогель») на участки поражения кожи лица и туловища, а также обрабатывали кожу поочередно 1 % салициловым и 1 % левомецетиновым спиртом. Всем больным по показаниям назначали УФО через день 12–15 сеансов.

30 больным второй клинико-терапевтической группы рекомендовали итраконазол по 100 мг 2 раза в сутки после еды 14 дней, затем препарат дважды назначали в виде пульс-терапии по 200 мг 2 раза в сутки, далее — интервал 3 нед. Во время интервала назначали азитромицин по 500 мг 1 раз в сутки через день, 8–10 приемов. Также больные принимали тиоктовую кислоту по 600 мг 1 раз в сутки 2–4 мес, аскорбиновую кислоту — до 3,0 г в сутки 2 мес, левоцетиризин («Алерон») — по 1 табл. на ночь 1–1,5 мес, цинарикс — по 1 табл. 3 раза в сутки 2–3 мес.

С целью иммуномодуляции рекомендовали тиотриазолин и тилорон («Амиксин IC»). Тиотриазолин назначали по 2,0 мл 2,5 % раствора внутримышечно в течение 15–20 дней, а затем по 1 табл. 3 раза в сутки до 20 дней.

Одновременно пациентам назначали тилорон в таблетках по 0,125 г в сутки 2 дня, в дальнейшем по 0,125 г через сутки в течение 14 дней. По показаниям больные принимали глюкокортикоидные гормональные препараты — дексаметазон по 2,0 внутримышечно через сутки, 5–6 инъекций, а в дальнейшем — 4 табл. утром после еды, затем снижая дозу на 1 табл. каждые 5 дней, курс до 1–1,5 мес. Также одновременно на участки поражения кожи лица и туловища наносили азелаиновую кислоту, поочередно обрабатывали кожу 1 % салициловым и 1 % левомецетиновым спиртом. Основная наружная терапия заключалась во

втирании 1–2 % пасты «Сульсена» во влажную кожу волосистой части головы, лица, шеи и верхней половины туловища на 10–12 ч, а затем смывании водой с мылом. Первые 10–12 дней ежедневно, затем 10 дней через день, а в дальнейшем 2 раза в неделю 2–3 мес. Рекомендовано УФО (эритемные дозы) через день 15–20 сеансов.

30 пациентов с УБ и сопутствующим малассезиозом пролечены традиционно без учета грибковой инфекции, как и 20 пациентов с угревой болезнью без сопутствующего малассезиоза: диета, витамины группы («В-нейровитан») 1 табл. 3 раза в сутки, антибиотики (оксициклин 100 мг/сут) до 12 нед, препараты эхинацеи — «Иммунал» 8 капель 2 раза в сутки, аскорбиновая кислота 0,5 г 3 раза в сутки, силимарин («Карсил») 1 табл. 3 раза в сутки, салициловый и левомецетиновый спирт наружно, азелаиновая кислота («Скинорен»).

Эффективность разработанной дифференцированной комплексной терапии оценивали путем сравнительного анализа клинико-лабораторных данных лечения 70 больных по предложенной методике и 50 пациентов, которых лечили обычными методами без учета сопутствующего малассезиоза, а также пациентов с УБ без малассезиоза.

В процессе лечения по предложенной методике ни у кого из 70 больных не отмечено негативного воздействия назначенных препаратов на организм, а также на угревую болезнь и малассезиоз. Стабилизация и начало разрешения проявлений заболевания кожи у пациентов наступали в среднем на 8–12-й и 12–16-й дни лечения (позже — у больных второй клинико-терапевтической группы). Благоприятный косметический эффект отмечался на 22–24-й дни, после чего пациентов переводили на лечение в амбулаторных условиях. В процессе лечения у больных обострения дерматоза не наблюдались. Также не развивались побочные действия препаратов, которые требовали бы изменения методики лечения. Общая продолжительность лечения по предложенной методике больных угревой болезнью, сочетанной с малассезиозом кожи, не превышала сроков, рекомендованных нормативами Министерства здравоохранения Украины при этой патологии.

В то же время из 50 больных, которых лечили по общепринятой методике, в 8 случаях УБ и малассезиоза кожи наступило обострение малассезиоза, которое привело к общей неэффективности лечения. У этих больных и 3 пациентов с УБ без малассезиоза на коже лица усилились гиперемия и отек, прогрессировали явления инфильтрации и гнойного процесса. У 12 паци-

ентов отмечалась торпидность эритематозных поражений кожи лица и рецидивы гнойно-воспалительных процессов с появлением свежих акне. Проявления дерматозов в первые 10 дней терапии стабилизировались только у 8 пациентов с сопутствующим малассезиозом и 5 больных угревой болезнью без малассезиоза. Удовлетворительный косметический эффект к 20-му дню лечения был достигнут только у 10 из 50 больных (20 %), которых лечили традиционными методами. Еще у 6 пациентов удовлетворительного результата удалось достичь к 29–38-му дню. Остальным 28 больным потребовалось назначение дополнительного лечения, особенно антимикотиков системно и локально. Общая продолжительность лечения (сроки утраты трудоспособности) у пациентов с угревой болезнью, которым проводили терапию общепринятыми методами, значительно превышала сроки, рекомендованные нормативами Министерства здравоохранения Украины для лечения больных УБ.

Среди больных УБ, сочетанной с малассезиозом кожи, у 70 пациентов, пролеченных по предложенной методике, отмечались благоприятные сдвиги показателей микробиоценоза кожи, себометрии, корнеометрии, уровня Ca^{++} и гормонов.

Наиболее показательные сдвиги функции фагоцитов наблюдались в группе больных УБ с сопутствующим малассезиозом, которые получали разработанный нами комплекс терапевтических мероприятий. Так, ФИ статистически достоверно увеличивался, не достигая уровня здоровых лиц. ФЧ увеличилось к концу лечения у пациентов обеих групп, однако не достигало уровня у здоровых лиц. У больных УБ без осложнения малассезиозом, которых лечили по общепринятой методике, динамики показателей ФИ и ФЧ не наблюдалось. Уровень нейтрофилов после лечения во всех группах больных оставался без изменений и снижался до показателей здоровых лиц у пациентов с УБ и сопутствующим малассезиозом кожи. Показатель НСТ-теста увеличивался статистически значимо у больных УБ, осложненной малассезиозом кожи, и после лечения предложенными препаратами достигал уровня контрольной группы. В то же время отмечалось снижение показателей НСТ-теста у пациентов с УБ без малассезиоза кожи, однако показатели оставались по-прежнему высокими в сравнении со здоровыми лицами, что, по-видимому, можно объяснить достаточно высокой защитной реакцией организма больных при отсутствии осложняющей грибной инфекции.

Статистически достоверно снижался уровень IgG у больных УБ после лечения по предложен-

ной методике. Также у этих пациентов значительно уменьшился уровень IgM. В то же время у больных УБ без малассезиоза достоверные сдвиги уровня иммуноглобулинов не наблюдались.

Количество лейкоцитов в крови после лечения по предложенной методике статистически достоверно увеличивалось, однако у пациентов с УБ с малассезиозом кожи и без него, которых лечили традиционно, достоверные сдвиги не отмечены. Статистически значимо количество лимфоцитов $CD3^+$, $CD4^+$ и $CD8^+$ увеличилось только в случаях терапии по предложенной методике. Существенные сдвиги уровня $CD16^+$ после лечения не достигнуты. $CD22^+$ статистически значимо снижался после лечения предложенными препаратами. Своеобразно изменение индекса $CD4^+/CD8^+$. У пациентов, которых лечили по предложенной методике, отмечен рост показателей ($p < 0,05$). В то же время у больных УБ с малассезиозом и без микоза лечение традиционными методами приводило даже к снижению индекса ($p < 0,05$).

В группе больных УБ с сопутствующим малассезиозом, принимавших лечение по предложенной методике, наблюдалось статистически значимое ($p < 0,01$) снижение уровня противовоспалительных цитокинов, которые являются одними из важнейших регуляторных цитокинов, определяющих направленность иммунного ответа (устраняется угнетение Т-хелперов, а также снижение функции макрофагов), на фоне существенных благоприятных сдвигов клинических проявлений УБ. Это свидетельствует о нормализации иммунного статуса, что можно объяснить как иммунокоррекцией лекарственными препаратами, так и устранением колонизации кожи малассезиозом и *P. acnes*.

Степень нормализации и отклонений изученных показателей иммунного статуса от нормы коррелировала у наблюдаемых больных с динамикой изменений основных проявлений клиники под влиянием предложенной нами терапии. Наиболее высокая статистическая зависимость установлена между динамикой клинических проявлений и динамикой показателей.

Средняя продолжительность ремиссии дерматоза во всех группах при наблюдении в течение 1 года была статистически значимой у больных, которые получали терапию по предложенной методике. Максимальный срок наблюдения за больными составил 2,5 года.

Ни у одного из 50 пациентов, которых лечили традиционно, период ремиссии не превышал 8 мес. Ремиссия более 6 мес продолжалась только у 12 % больных. В случаях лечения без учета сопутству-

ючого малассезиоза кожи период ремиссии УБ составил более 2,5 мес (70 % пациентов).

У больных, принимавших лечение по предложенной методике, период ремиссии составил 8–14 мес. У значительного количества пациентов (от 11 до 21 % в обеих группах) длительность ремиссий превышала 14 мес (в целом 18 % из всех пациентов, принимавших лечение предложенным методом). В то же время среди этих пациентов у 9 % отмечены непродолжительные ремиссии (до 3 мес).

Из 50 пациентов, которым была назначена терапия по общепринятой методике, у 14 зарегистрировано прогрессирование УБ, характеризовавшееся появлением свежих инфильтратов, гнойников, развитием конглобатных угрей (у 4 пациентов), формированием камедонов. Нередко одновременно наблюдалось и прогрессирование проявлений малассезиоза (у 8 больных): увеличение распространенности, трансформация клинических проявлений.

Частыми у этих пациентов были факты общей и локальной непереносимости лекарственных препаратов, которые ранее давали хороший терапевтический эффект.

Среди 70 пациентов, получавших лечение по предложенной нами методике, дерматоз не прогрессировал и не развивались побочные явления,

отмечалась хорошая переносимость противорецидивной терапии.

Выводы

1. Результаты кластерного анализа особенностей клиники и течения дерматозов, изменений клинико-лабораторных показателей позволяют разделить больных на две клинико-терапевтические группы, что патогенетически и научно обосновано.

2. Эффективность такого разделения больных и проведение им соответствующей дифференцированной комплексной терапии подтверждена сравнительным анализом результатов предложенной терапии и традиционного лечения аналогической смешанной патологии, а также угревой болезни без малассезиоза. Применение предложенной методики лечения и профилактики рецидивов угревой болезни и малассезиоза приводит к снижению частоты рецидивов, увеличению периодов ремиссий, отсутствию прогрессирования угревой болезни и малассезиоза кожи, а также осложнений терапии.

3. Результаты лечения убедительно доказывают обоснованность и более высокую эффективность предложенного дифференцированного метода лечения больных с УБ и малассезиозом кожи и позволяют рекомендовать его для внедрения в практическое здравоохранение.

Список литературы

1. Адашкевич В.П. Акне вульгарные и розовые.— М.: Медкнига, Н. Новгород: НГМА, 2005.— 160 с.
2. Аравийская Е.Р. Современный взгляд на лечение акне: состояние проблемы и новые возможности // Леч. врач.— 2003.— № 4.— С. 4–6.
3. Волошина Н.О., Денисенко О.І., Васюк В.Я. Особливості клініки та перебігу вульгарних вугрів на тлі супутньої гелікобактерної інфекції гастродуоденальної локалізації // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2013.— № 3 (50)— С. 16–21.
4. Гусаков Н.И. Акне.— М., 2003.— 76 с.
5. Коган Б.Г., Верба Е.А. Современные и наиболее безопасные подходы в комбинированном лечении акне: взгляд на проблему // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2011.— № 2 (41)— С. 82–86.
6. Кубанова А.А., Самсонов В.А., Забненкова О.В. Современные особенности патогенеза и терапии акне // Вестн. дерматол. и венерологии.— 2003.— № 1.— С. 9–15.
7. Майорова А.В., Шаповалов В.С., Ахтямов С.Н. Угревая болезнь в практике врача-дерматокосметолога.— М.: Фирма Клавель, 2005.— 192 с.
8. Масюкова С.А., Ахтямов С.Н. Акне: проблема и решение // Concilium medicum.— 2002.— Т. 4, № 5.— С. 217–223.
9. Самцов А.В. Акне и акнеформные дерматозы. Монография.— М.: ООО «Ютком», 2009.— 288 с.
10. Суворова К.Н., Котова Н.В. Юношеские угри— клиника, патогенез, лечение // Росс. журн. кожн. и венер. болезней.— 1999.— № 3.— С. 67–72.
11. Korting H.C., Sehmann P. Acne vulgaris // Hautarzt.— 2010.— Bd. 61 (2)— S. 97–98.
12. Logan A. Omega-3 fatty acids and acne // Arch. Dermatol.— 2003.— Vol. 139.— P. 941–942.

О.Ю. Корецька

Запорізький державний медичний університет

Диференційовані показання та методика комплексної терапії при вугровій хворобі, ускладненій маласезіозом шкіри

Мета роботи — розробити диференційовані показання, комплексну методику лікування хворих на вугрову хворобу, ускладнену маласезіозом, і дати клініко-лабораторну оцінку її ефективності.

Матеріали та методи. Серед 120 хворих на вугрову хворобу (45,8 % чоловіків і 54,2 % жінок) у 100 випадках виявлено супутній маласезіоз шкіри. Проведено кластерний порівняльний аналіз клініко-лабораторних даних і розроблено методи комплексної диференційованої терапії з оцінкою її результатів.

Результати та обговорення. Порівняльний аналіз клінічних виявів і перебігу дерматозів, лабораторних показників (Ca^{++} , гормони, мікробіоценоз шкіри, себометрія, корнеометрія, імунний статус) дав змогу розподілити 100 хворих у дві клініко-терапевтичні групи. 40 пацієнтам першої групи рекомендували прийом ітраконазолу, азитроміцину, субаліну, тіотриазоліну, екстракту артишоку, левоцетиризину, вітаміну С, тіогами-турбо, сульсенової пасту зовнішньо, азелаїнової кислоти, УФО. 30 хворим другої групи були призначені аналогічні препарати зі збільшенням дози і тривалості прийому, замість субаліну – тилорон, додатково дексаметазон.

Групи порівняння з 30 хворих на вугрову хворобу і маласезіоз і 20 хворих на вугрову хворобу без маласезіозу проліковані за загальноприйнятною методикою. У 70 хворих основної групи на відміну від групи порівняння відзначено збільшення періоду ремісій, відсутність прогресування дерматозів, а також ускладнень від проведеної терапії, зниження частоти рецидивів, сприятливі зрушення лабораторних показників.

Висновки. Отримані дані свідчать про обґрунтованість і вищу ефективність запропонованого комплексного диференційованого методу лікування хворих на вугрову хворобу, поєднану з маласезіозом шкіри, що дає змогу рекомендувати його для впровадження в практичну охорону здоров'я.

Ключові слова: вугрова хвороба, маласезіоз, патогенез, аналіз, ефективність лікування.

E.Yu. Koretskaya

Zaporizhzhya State Medical University

Differentiated indications and methods of complex therapy of patients with acne complicated by skin malasseziosis

Aim of the research – to develop the differentiated indications and complex methods for treatment of patients with acne complicated by malasseziosis and to give clinical and laboratory evaluation of its effectiveness.

Materials and methods. 120 patients with acne were observed (45.8 % men and 54.2 % women) and concomitant skin malasseziosis was revealed in 100 of them. Comparative clustered analysis of clinical and laboratory data was carried out, and methods of complex differentiated therapy with the evaluation of its results were developed.

Results and discussion. Comparative analysis of clinical manifestations, course of dermatoses and laboratory parameters (Ca^{++} , hormones, skin microbiocenosis, sebometria, corneometria, immune status) made it possible to divide 100 patients into 2 clinico-therapeutic groups. 40 patients of the first group were recommended to take itraconazole, azithromycin, subalinum, thiotriazolium, cynarix, aleron, vitamin C, thiogamma-turbo, pasta sulseni externally, acidum azelaicum, UV therapy. 30 patients of the second group were recommended to take the similar medications, increasing their doses and intake duration, but tiloronum was prescribed instead of subalinum and dexamethasone was prescribed additionally.

Comparison groups of 30 patients with acne and malassezia infection and 20 patients with acne without malasseziosis were treated by the standard methods. The 70 patients of the study group, unlike those of the comparison group, had remission elongation, absence of dermatoses progression and complications of therapy, reduction in the frequency of relapses, favorable changes in laboratory parameters.

Conclusions. Obtained data prove the validity and high effectiveness of the proposed complex differentiated method of treating patients with acne and concomitant skin malasseziosis, which permits recommending it for the implementation into practical health care.

Key words: acne, malasseziosis, pathogenesis, analysis, effectiveness of treatment.

Дані про автора:

Корецька Олена Юрїївна, асист. кафедри дерматовенерології та косметології з циклом естетичної медицини
Запорізького державного медичного університету
69035, м. Запоріжжя, просп. Маяковського, 26
E-mail: koretskaya@bk.ru