

Ефективність лікування хворих на себорею із застосуванням комбінованої терапії

Н. Ю. Резніченко, Г. І. Резніченко

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя

Резюме

Сучасні методи терапії себорейного дерматиту залежать від клінічних проявів і ступеня тяжкості захворювання. Правильна оцінка ступеня тяжкості клінічних проявів дозволяє визначити оптимальну тактику лікування, спрямовану на усунення патогенетичних змін при себорейному дерматиті, таких як ліквідація запального процесу, нормалізація мікробіологічних, себомоторних і гормональних змін. Визначальне значення у досягненні належного ефекту терапії має вдалий підбір медикаментозних препаратів. У статті представлено результати дослідження ефективності застосування у жінок із себорейним дерматитом терапії на основі препаратів «Белара», «Ріхтер ЦиклоБаланс» та «Верошпірон» у порівнянні з традиційними схемами лікування.

Ключові слова: вугрова хвороба, акне, себорейний дерматит, діагностика, лікування, Белара, Ріхтер ЦиклоБаланс, Верошпірон.

EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH SEBORRHEA USING COMBINED THERAPY

N. Yu. Reznichenko, G. I. Reznichenko

Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia

Resume

Modern methods of therapy of seborrheic dermatitis depend on the clinical manifestations and severity of the disease. Correct assessment of the degree of severity of clinical manifestations allows determining the optimal treatment tactics aimed at eliminating pathogenetic changes in seborrheic dermatitis, such as elimination of the inflammatory process, normalization of microbiological, sebomotor and hormonal changes. The correct selection of medicinal products is of decisive importance in achieving the proper effect of therapy. The article presents the effectiveness of therapy with the use of Belara, Richter CycloBalance and Verospiron in women with seborrheic dermatitis in comparison with traditional therapy.

Key words: acne, seborrheic dermatitis, diagnosis, treatment, Belara, Richter CycloBalance, Verospiron.

Вступ

Одним із пріоритетних завдань сучасної дерматовенерології, як і медицини в цілому, є удосконалення надання якісної медичної допомоги пацієнтам із різноманітними дерматозами [11, 21, 23]. Актуальним питанням в умовах тривало стресу є надання якісної медичної допомоги при запальних ураженнях сально-волосяного апарату шкіри — себорейному дерматиті. Для успішного вирішення цієї проблеми потрібна тісна взаємодія дерматовенеролога, акушера-гінеколога, ендокринолога, сімейного лікаря та інших суміжних спеціалістів. Незважаючи на велику кількість наукових досліджень, себорейний дерматит залишається значною медико-соціальною проблемою сьогодення. На частку себорейного дерматиту припадає 15–20 % серед усіх звернень до дерматологів [1, 6, 19].

Актуальність

Себорейний дерматит — це не лише захворювання шкіри, а багатогранний комплекс взаємозалежних гістохімічних і органних дисфункцій, в першу чергу обумовлених гормональними змінами, наявністю гіперандрогенних станів і підвищеною чутливістю клітин шкіри, сальних залоз і волосяних фолікулів до похідних тестостерону. Безперечно, важливу роль у їх виникненні мають певні генетичні чинники. Хоча себорейний дерматит не є спадковим захворюванням, проте існують певні варіації генів, які визначають розвиток сальних залоз і їх функціональну спроможність. Цим фактором нерідко обумовлена тяжкість клінічних проявів як себореї, так і вугрової хвороби [9, 14, 18, 39].

Для клінічної картини себорейного дерматиту характерним є ураження волосистої частини голови, обличчя в ділянці носо-губних складок та бокових

поверхонь носа з підвищенням або зниженням жирності шкіри, розвитком еритематозно-сквамозних висипань, що супроводжуються свербіжем. Порушення цілісності шкіри при тривалому перебігу себорейного дерматиту може призводити до розвитку вторинної інфекції [23, 27].

Незважаючи на чисельні клінічні та лабораторні дослідження, лікування та профілактика загострень себорейного дерматиту у більшості випадків викликає труднощі та є довготривалим процесом [12–14, 31, 46].

Наведене вище говорить про необхідність пошуку нових шляхів лікування та розробки патогенетично обґрунтованої терапії себорейного дерматиту.

Розглядаючи сучасні методи терапії себорейного дерматиту необхідно заначити, що вони залежать від клінічних проявів і ступеня тяжкості захворювання [29, 35, 39].



Правильна оцінка ступеня тяжкості клінічних проявів дозволяє визначити оптимальну тактику лікування, спрямовану на усунення патогенетичних змін при себорейному дерматиті таких як ліквідація запального процесу [27], нормалізація мікробіологічних, себомоторних і гормональних змін [22, 43, 44, 50].

Згідно сучасних рекомендацій для лікування себорейного дерматиту використовуються препарати, які впливають на активність рецепторів до похідних тестостерону, синтез андрогенів і глобуліну, що зв'язує статеві стероїди, активність ферментних систем, які сприяють перетворенню неактивного тестостерону на активний, антибактеріальні та антимікотичні препарати, засоби, що покращують регенеративну функцію шкіри.

У жінок при гіперандрогенних станах з проявами себорейного дерматиту застосовують сучасні комбіновані оральні контрацептиви [7, 8, 48].

Комбіновані оральні контрацептиви гальмують функцію яєчників, ендометрію, маткових труб, впливають на біохімічний склад слизу цервікального каналу шийки матки і мають лікувальні властивості, що проявляються у виді антиандрогеного ефекту та інших [17].

Белара з антиандрогенними властивостями, здатна знижувати як ендогенну, так і локальну продукцію андрогенів [42, 48].

Властивості хлормадинону ацетату (ХМА) у складі Белари близькі до ефектів натурального прогестерону: метаболічна нейтральність, позитивний вплив на профіль ліпідів [8], відсутність впливу на вуглеводний обмін (Phase II study), артеріальний тиск, масу тіла [30]. Не спостерігається негативних змін щодо ліпідного профілю, ХМА потенціює захисну дію естрогенів на серцево-судинну систему. Белара не чинить значущого впливу на гемостаз [42], при її застосуванні відсутній первинний метаболізм у печінці і вплив на систему цитохрому P450, саме тому не відбувається впливу на метаболізм деяких лікарських засобів, які застосовуються додатково при гіперандрогенних станах. Метаболіт ХМА, підвищуючи концентрацію аллопрегнанолону та діючи як агоніст рецептора гамма-аміномасляної кислоти, підвищує синтез ендорфінів, які мають антистресовий ефект.

Завдяки метаболічній нейтральності Белару можуть приймати й жінки віком від

40 років (з урахуванням протипоказань до її застосування) [8]. Белара є ефективним засобом для лікування себорейного дерматиту. Белара також перешкоджає віковим змінам шкіри (90 % жінок, які брали участь у дослідженні, відзначили загальне поліпшення стану їх шкіри) [7, 8, 42]. Косметичні ефекти Белари можливі за рахунок зменшення трансепідермальної втрати вологи, що приводить до покращення бар'єрних функцій епідермісу.

Верошпірон пригнічує синтез лютеїнізуючого гормону на рівні гіпофіза, блокує 5-альфа-редуктазу рецепторів сальних залоз і регулює діяльність останніх шляхом блокування рецепторів андрогенів, що дозволяє його використовувати системно і місцево у вигляді крему, за наявності реєстрації препарату в країні [24, 32, 33, 37, 38, 40, 41, 45, 47]. Проведені рядом вчених дослідження показали, що застосування спіронолактону в низьких дозах (200–100 мг/добу) в порівнянні з плацебо, привело до значного покращення ($P < 0,001$).

Міо-інозитол і його похідні необхідні для реалізації ефектів гонадотропінів лютеїнізуючого (ЛГ) і фолікулостимулюючого гормонів (ФСГ), поліпшення функції яєчників, ооцитів, сприяння інвазії трофобласта при закріпленні бластоцисти, процесам плацентарної та фізіологічного розвитку ембріона.

Існує багато літературних джерел, які стосуються дослідження ефективності міо-інозитулу при синдромі полікістозних яєчників (СПКЯ) [16, 25, 26, 34, 49] і свідчать, що у жінок з СПКЯ за наявності ановуляції та інсулінорезистентності при тримісячному застосуванні міо-інозитулу спостерігалось відновлення овуляції у 72 % випадків і настання вагітності у 37,9 %. Окрім того у пацієнок цієї когорти зменшувались індекс маси тіла й індекс НОМА, нормалізувались співвідношення ЛГ/ФСГ і глюкози/інсуліну, рівнів тестостерону, андростендіону й інсуліну, що підтверджує важливу роль міо-інозитулу в зниженні інсулінорезистентності й поліпшенні функції яєчників при СПКЯ. Одночасно знижувався рівень загального холестерину та підвищувався вміст ліпопротеїдів високої щільності.

Нині важливим напрямом у профілактиці та лікуванні симптомів СПКЯ й обумовленого ним непліддя є застосування міо-інозитулу при включенні в програму прегравідарної підготовки та підтримки вагітності у таких пацієнок [4].

Нейтралізація гомоцистеїну шляхом метилювання, активний синтез ДНК і посилене ділення клітин в період активного росту ембріона лежать в основі розвитку здорового плода, що передбачає наявність достатньої кількості фолієвої кислоти [2, 3, 10, 20].

Прийом фолієвої кислоти на етапі прегравідарної підготовки та під час вагітності значно знижує частоту вроджених дефектів нервової трубки плода, зокрема аненцефалії, енцефалоцеле і *spina bifida* [28, 36]. Оскільки фолієва кислота в організмі жінки сприяє зменшенню ризику виникнення дефектів нервової трубки, рекомендовано щоденно застосовувати 400 мкг фолату на етапі планування вагітності.

Метою нашої роботи було визначити ефективність застосування у жінок із себорейним дерматитом терапії із застосуванням препаратів «Белара», «Ріхтер ЦиклоБаланс» та «Верошпірон» у порівнянні з традиційною терапією.

Матеріал та методи дослідження

Під нашим спостереженням перебувала 101 жінка репродуктивного віку, 71 жінка із себорейним дерматитом.

Дослідження було схвалено локальною комісією з питань етики.

Критеріями включення до усіх груп дослідження були: вік жінок від 25 до 40 років, підписана інформована згода на участь у дослідженні.

Було сформовано 3 підгрупи пацієнок:

- I підгрупа — 22 жінки, які отримували стандартну терапію (топічне лікування антимікотичними засобами, препаратами саліцилової кислоти, косметичними засобами);
- II підгрупа — 23 хворих, які додатково отримували препарат «Ріхтер ЦиклоБаланс» (містить міо-інозитол 2000 мг у поєднанні з фолієвою кислотою 200 мкг у саше) по 1 саше 2 рази на добу щоденно та препарат «Верошпірон» у I фазу менструального циклу по 50 мг/добу (до 14 доби менструального циклу), а у II фазу — по 75 мг протягом 6 місяців;
- III підгрупа — 26 жінок, які додатково отримували препарат «Ріхтер ЦиклоБаланс» по 1 саше 2 рази на добу щоденно та препарат «Белара» (містить хлормадинону ацетату 2 мг і етинілестрадіо-



лу 0,03 мг) з 1-го дня менструального циклу протягом 21 доби тривалістю 6 місяців.

Контрольну групу щодо якості життя (індексу DLQI) та ситуативної тривожності склали 30 здорових жінок аналогічного віку.

Ступінь тяжкості себорейного дерматиту оцінювали за бальною шкалою, що включала оцінку інтенсивності еритеми, набряку, намоклості, екскоріацій, лущення та жирності шкіри. Оцінку здійснювали за балами від 0 до 3 (0 — відсутність симптому, 1 — легкий ступінь вираженості, 2 — середній, 3 — тяжкий). Суб'єктивні ознаки у виді свербіжів та порушень сну оцінювали за шкалою від 0 до 10 балів.

Оцінку якості життя проводили за авторизованим українським перекладом DLQI [5]. Для оцінки ефективності запропонованого лікування хворих на себорейний дерматит визначали процентне зменшення індексу DLQI (Δ DLQI, %), а також відсоток хворих, у яких індекс DLQI наприкінці лікування був меншим 5 балів (DLQI < 5 %). Рівень тривожності визначали за шкалою самооцінки Спілбергера-Ханіна [15]. Ефективність лікування оцінювали через 3 та 6 місяців від початку лікування. Отримані результати були оброблені статистично за допомогою стандартних комп'ютерних програм із застосуванням парного критерію Стьюдента з розрахунком середньої арифметичної (M) та стандартної помилки середньої арифметичної (m) або критерію знаків Вілкоксона залежно від нормальності розподілу різниць. Нормальність розподілу даних перевіряли за допомогою критерію Шапіро-Уїлка за рівня значущості 0,01. При застосуванні усіх статистичних методів, окрім критерію Шапіро-Уїлка, рівень значущості обрали рівним 0,05 — різницю між даними вважали достовірною при $p < 0,05$.

Результати та обговорення

При обстеженні хворих на себорейний дерматит було встановлено, що понад третину пацієнток (35,2 %) мали локалізацію висипки на обличчя та волосистій частині голови, 32,4 % — на волосистій частині голови, 23,9 % — на обличчі, 8,5 % — на тулубі. Тривалість захворювання варіювала від 4 місяців до 12 років.

Аналіз клінічних результатів, отриманих через 3 місяці від початку лікування, пока-

зав, що в усіх підгрупах хворих достовірно покращувалось середнє значення бальної оцінки тяжкості себорейного дерматиту порівняно з даними до лікування (табл. 1).

У підгрупах II і III, на відміну від підгрупи зі стандартною терапією, через 3 місяці від початку лікування були відсутні еритема, набряк, намоклість та екскоріації. Отримана достовірна різниця у порівнянні з I підгрупою щодо лущення, жирності шкіри, середнього значення бальної оцінки тяжкості себорейного дерматиту, свербіжів та порушень сну. При цьому слід зазначити, що найкращі результати були отримані у підгрупі жінок, які додатково до стандартної терапії себорейного дерматиту отримували Белару та Ріхтер Циклобаланс. Позитивний ефект отримано у пацієнтів з різною локалізацією процесу.

Для забезпечення повного одужання пацієнтів і тривалої ремісії себорейного дерматиту лікування було продовжено до 6 місяців (результати надані в табл. 2).

Як видно з таблиці 2, в усіх терапевтичних підгрупах пацієнток відзначалась позитивна динаміка клінічного перебігу захворювання. Слід відзначити, що хворі, які додатково застосовували Ріхтер Циклобаланс та Верошпірон або Белару протягом 6 місяців, мали статистично достовірно меншу бальну оцінку лущення, жирності шкіри, тяжкості себорейного дерматиту, свербіжів та порушень сну порівняно з підгрупою жінок після стандартного лікування. Вищенаведене свідчить про високу ефективність застосування комбінованого лікування себорейного дерматиту з використанням Ріхтер Циклобаланс та Верошпірону або Белари.

Відомо, що важливим етіологічним чинником виникнення ряду хронічних дерматозів, в тому числі і себорейного дерматиту, є зміни психологічного стану людей, зростання частоти стресів, збільшення тривожності й невротизації. Наявність себорейного дерматиту в свою чергу призводить до погіршення якості життя. Отже, шляхом опитування нами було вивчено стан якості життя та ситуативної тривожності у пацієнток із себорейним дерматитом (результати надані в табл. 3).

До початку лікування індекс DLQI у середньому був високим і складав $7,3 \pm 0,42$ бали (табл. 3), що підтверджує суттєвий вплив себорейного дерматиту на погіршення якості життя пацієнток. Через 6 місяців від початку терапії у всіх

підгрупах жінок індекс DLQI достовірно знижувався порівняно з показниками до лікування. В ході дослідження було виявлено й достовірні відмінності між підгрупами щодо цього показника залежно від проведеного лікування. Так, значення індексу DLQI у II-й підгрупі хворих, які додатково отримували Верошпірон та Ріхтер Циклобаланс, був у 1,6 рази меншим ніж до лікування та в 1,3 рази нижчим порівняно зі стандартною терапією. Найкращі результати у порівнянні з даними до початку лікування та іншими терапевтичними підгрупами після 6 місяців лікування щодо індексу DLQI були отримані у III підгрупі жінок, які додатково приймали Белару та Ріхтер Циклобаланс.

Значення Δ DLQI були статистично достовірно вищими у підгрупі жінок, які протягом 6 місяців додатково до стандартної терапії себорейного дерматиту отримували Верошпірон і Ріхтер Циклобаланс, порівняно з I терапевтичною підгрупою. Це свідчить про значне покращення якості життя у пацієнток на фоні комбінованого лікування із застосуванням Верошпірону та Ріхтер Циклобаланс. Найкращі результати щодо Δ DLQI одержано у терапевтичній підгрупі, яка протягом 6 місяців отримувала Белару та Ріхтер Циклобаланс.

Важливим показником ефективності терапії себорейного дерматиту є відсоток пацієнток, у яких значення індексу DLQI менше 5 балів. Найбільший відсоток таких жінок відзначався у підгрупі пацієнток після 6-місячного прийому Белари та Ріхтер Циклобаланс (72,7 %). Слід відзначити, що понад 50 % хворих після 6 місяців лікування Верошпіроном і Ріхтер Циклобаланс мали індекс DLQI менший за 5 балів.

Позитивна тенденція спостерігалась і при оцінці стану ситуативної тривожності через 6 місяців лікування себорейного дерматиту у жінок. Інтегративний показник ситуативної тривожності в осіб контрольної групи знаходився на верхній межі нормальних значень ($41,4 \pm 0,9$), у хворих на себорейний дерматит до початку лікування він перевищував значення характерні для високої тривожності (> 45). У процесі терапії оцінка стану ситуативної тривожності знижувалась у всіх підгрупах пацієнток, але особливо вираженим було його зменшення у II та III підгрупах.

Результати проведеного дослідження у жінок із себорейним дерматитом говорять про те, що важливими чинниками розвитку патології є психологічні особливості



Таблиця 1. Бальна оцінка ступеня тяжкості себорейного дерматиту та його суб'єктивних ознак у хворих після лікування протягом 3 місяців

Показник	Хворі до лікування	Хворі після лікування		
		стандартного	з додатковим призначенням Верошпірону та Ріхтер ЦиклоБаланс	з додатковим призначенням Белари та Ріхтер ЦиклоБаланс
Оцінка інтенсивності еритеми	2,5 ± 0,3	0,9 ± 0,2*	0,0 ± 0,0**	0,0 ± 0,0**
Оцінка набряку	2,4 ± 0,2	1,0 ± 0,2*	0,0 ± 0,0**	0,0 ± 0,0**
Оцінка намоклості	1,6 ± 0,2	0,2 ± 0,02*	0,0 ± 0,0**	0,0 ± 0,0**
Оцінка екскоріацій	1,7 ± 0,1	0,5 ± 0,03*	0,0 ± 0,0**	0,0 ± 0,0**
Оцінка лущення	2,5 ± 0,3	1,1 ± 0,2*	0,3 ± 0,03**	0,2 ± 0,02**
Оцінка жирності шкіри	2,5 ± 0,2	1,0 ± 0,2*	0,3 ± 0,03**	0,2 ± 0,02**
Середнє значення бальної оцінки тяжкості себорейного дерматиту	2,2 ± 0,2	0,78 ± 0,1*	0,1 ± 0,02**	0,07 ± 0,01**
Оцінка суб'єктивної ознаки у виді свербіж	5,8 ± 1,0	1,8 ± 0,2*	0,5 ± 0,08**	0,2 ± 0,04**
Оцінка суб'єктивної ознаки у виді порушень сну	1,8 ± 0,3	0,6 ± 0,1*	0,0 ± 0,0**	0,0 ± 0,0**

* Достовірна різниця (P < 0,05) між відповідними показниками до та після лікування;

* достовірна різниця (P < 0,05) після лікування між відповідними показниками групи зі стандартним лікуванням та іншими хворими

Таблиця 2. Бальна оцінка ступеня тяжкості себорейного дерматиту та його суб'єктивних ознак у хворих після лікування протягом 6 місяців

Показник	Хворі до лікування	Хворі після лікування		
		стандартного	з додатковим призначенням Верошпірону та Ріхтер ЦиклоБаланс	з додатковим призначенням Белари та Ріхтер ЦиклоБаланс
Оцінка інтенсивності еритеми	2,5 ± 0,3	0,4 ± 0,06*	0,0 ± 0,0**	0,0 ± 0,0**
Оцінка набряку	2,4 ± 0,2	0,4 ± 0,05*	0,0 ± 0,0**	0,0 ± 0,0**
Оцінка намоклості	1,6 ± 0,2	0,1 ± 0,01*	0,0 ± 0,0**	0,0 ± 0,0**
Оцінка екскоріацій	1,7 ± 0,1	0,2 ± 0,03*	0,0 ± 0,0**	0,0 ± 0,0**
Оцінка лущення	2,5 ± 0,3	0,4 ± 0,05*	0,1 ± 0,03**	0,1 ± 0,03**
Оцінка жирності шкіри	2,5 ± 0,2	0,5 ± 0,05*	0,1 ± 0,04**	0,1 ± 0,03**
Середнє значення бальної оцінки тяжкості себорейного дерматиту	2,2 ± 0,2	0,33 ± 0,05*	0,1 ± 0,02**	0,07 ± 0,01**
Оцінка суб'єктивної ознаки у виді свербіж	5,8 ± 1,0	1,2 ± 0,2*	0,5 ± 0,08**	0,2 ± 0,04**
Оцінка суб'єктивної ознаки у виді порушень сну	1,8 ± 0,3	0,3 ± 0,07*	0,0 ± 0,0**	0,0 ± 0,0**

* Достовірна різниця (P < 0,05) між відповідними показниками до та після лікування;

* достовірна різниця (P < 0,05) після лікування між відповідними показниками групи зі стандартним лікуванням та іншими хворими

Таблиця 3. Динаміка індексу DLQI та ситуативної тривожності у хворих на себорейний дерматит в процесі 6-місячного лікування

Показники	Здорові	Хворі до лікування	Хворі після лікування		
			стандартного	з додатковим призначенням Верошпірону та Ріхтер ЦиклоБаланс	з додатковим призначенням Белари та Ріхтер ЦиклоБаланс
Індекс DLQI, бали	—	7,3 ± 0,42	6,0 ± 0,43*	4,5 ± 0,46**	3,7 ± 0,42**
ΔDLQI	—	—	18,3 ± 1,9	38,2 ± 2,4*	49,6 ± 3,4*
DLQI < 5 %	—	—	35,2	58,4	72,7
Оцінка стану ситуативної тривожності	41,4 ± 0,9	45,5 ± 0,7 ^а	43,4 ± 1,0	42,7 ± 1,0*	42,1 ± 1,3*

^а Достовірна різниця (P < 0,05) в порівнянні зі здоровими;

* достовірна різниця (P < 0,05) між відповідними показниками до та після лікування;

* достовірна різниця (P < 0,05) після лікування між відповідними показниками групи з традиційним лікуванням та іншими хворими

та зростання ситуативної тривожності хворих. До початку лікування у жінок спостерігались високі середні значення бальної оцінки тяжкості себорейного дерматиту та його суб'єктивних ознак, таких як свербіж і порушення сну, також відзначалось зниження якості життя та підвищення стану ситуативної тривожності.

При додатковому включенні препаратів Ріхтер ЦиклоБаланс та Верошпірону або Белари до схеми лікування хворих на себорейний дерматит через 6 місяців ці показники були статистично достовірно кращими порівняно з результатами на фоні стандартної терапії. Вищенаведене свідчить про високу ефективність застосування Ріхтер ЦиклоБаланс, Верошпірону та Белари у лікуванні хворих на себорейний дерматит.

Висновки

На підставі отриманих результатів проведеного дослідження можна зробити наступні висновки:

- Одними з провідних чинників розвитку себорейного дерматиту у жінок є психологічні особливості та підвищена ситуативна тривожність. Перебіг себорейного дерматиту у жінок супроводжується свербіжем, порушеннями сну, підвищенням стану ситуативної тривожності та зниженням якості життя.
- Додаткове включення препаратів Ріхтер ЦиклоБаланс та Верошпірон або Белара до схеми лікування хворих на себорейний дерматит через 6 місяців забезпечує статистично достовірне покращення перебігу себорейного дерматиту та майже повне усунення його симптомів.
- Вищенаведене свідчить про високу ефективність препаратів Ріхтер ЦиклоБаланс, Верошпірон та Белара у лікуванні себорейного дерматиту, що дає можливість рекомендувати їх до широкого застосування в дерматологічній практиці.

Література

- Дерматологія, венерологія: підручник / За ред. В. І. Степаненка. — К.: КІМ, 2012. — 848 с.
- Жабченко, І.А. Сучасний погляд на роль фоллатів у профілактиці перинатальних проблем / І.А. Жабченко // Репродуктивна ендокринологія. — 2019. — № 2 (46). С. 57–61
- Зайченко, А.В. Фоллати і омега-3-ПНЖК в акушерстві: більше чем профілактика дефектів



- нервної трубки / А.В. Зайченко // Здоров'я України. Гінекологія. Акушерство. Репродуктологія. — 2018. — № 1. — С. 1–4.
4. Калугина, Л.В. Мио-инозитол: Терапевтичне можливості та прегравидарна підготовка при синдроме полікістозних яєчників / Л.В. Калугина, Т.І. Юско // Репродуктивна ендокринологія. — 2018. — № 4 (42). — С. 40–45.
 5. Калюжна Л.Д., Літус О.І., Ошвилова О.О. та ін. Особливості клінічного перебігу та удосконалення діагностики і лікування псоріазу: методичні рекомендації. — К.: Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи, 2013. — 64с.
 6. Ковалев В. М. Угревая сыпь / В. М. Ковалев. — К.: Здоров'я, 1991. — 144 с.
 7. Проценко Т.В., Гордийчук А.Б. Опыт лечения поздних акне у женщин активного репродуктивного возраста / Репродуктивна ендокринологія. — 2020. — №3. — С.70-74 DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2020.53.70-74>.
 8. Проценко Т.В., Гордийчук А.Б. Подходы в вопросах увеличения эффективности терапии при средне-тяжелых и тяжелых формах акне / Жіночий лікар-2019. - №4. — С.38-45.
 9. Проценко, Т.В. Клинико-гормональные сопоставления при поздних акне у женщин различных возрастных групп / Т.В. Проценко, Ю.П. Богослав, Е.Н. Лукьянченко // Дерматовенерология. Косметология. — 2017. — № 1. — С. 29–36.
 10. Резніченко Н. Ю. Вітамінотерапія мешканців промислових центрів / Н. Ю. Резніченко, Ю. Г. Резніченко, Г. І. Резніченко, І. В. Пащенко — К.: ТОВ «Людопринт Україна», 2013. — 108 с.
 11. Резніченко Н. Ю. Вплив соціально-економічних та психологічних чинників на розвиток та перебіг вугрової хвороби у жінок юного віку / Н.Ю.Резніченко // Медико-соціальні проблеми сім'ї. — 2007. — т. 12, № 3. — С.59—64.
 12. Резніченко Н. Ю. Порушення нейроендокринної регуляції у хворих на вугрову хворобу / Н. Ю. Резніченко // Український медичний альманах. — 2007. — т.10, № 5. — С.160—163.
 13. Резніченко Н. Ю. Сучасні погляди на проблему та лікування вугрової хвороби. — Запоріжжя: «Промсвіт», 2008. - 108 с.
 14. Резніченко Н. Ю., Дюдюк А. Д. Сучасні аспекти етіопатогенезу вугрової хвороби // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. — 2007. — № 1—4. — С.169—174.
 15. Ханін Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной тревожности Ч. Д. Спилберге-ра / Ю. Л. Ханін - НИИ ФК. - 1976. - 18 с.
 16. Хміль, М. С. Перспективи використання інозитолу в жінок із синдромом полікістозних яєчників (огляд літератури) / М.С. Хміль, А.С. Хміль-Досвальд, С.В. Хміль, І.Я. Підгайна // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2018. — № 4 (78). - С. 82-89.
 17. Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jul 11;(7):CD004425.
 18. Ayatollahi A, Samadi A, Bahmanjahromi A, Robati RM. Efficacy and safety of topical spironolactone 5% cream in the treatment of acne: A pilot study Health Sci Rep. 2021 Jul 1;4(3):e317.
 19. Borda LJ, Wikramanayake TC. Seborrheic Dermatitis and Dandruff: A Comprehensive Review. J Clin Invest Dermatol. 2015;3(2):10.
 20. Chitayat D, Matsui D, 2016, Li B, Zhang X., Peng X., et al. Folic Acid and Risk of Preterm Birth: A Meta-Analysis. Front Neurosci. 2019;13:1284.
 21. Clark GW, Pope SM, Jaboori KA. Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis. Am Fam Physician. 2015;91:185–190.
 22. de Souza Leão Kamamoto C, Sanudo A, Hassun KM, Bagatin E. Low-dose oral isotretinoin for moderate to severe seborrhea and seborrheic dermatitis: a randomized comparative trial. Int J Dermatol. 2017 Jan. 56 (1):80-85.
 23. Dessinioti C, Katsambas A. Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments: facts and controversies. Clin Dermatol. 2013 Jul-Aug. 31 (4):343-51.
 24. Dhurat R, Shukla D, Lim R, Wambier C, Goren A. Spironolactone in adolescent acne vulgaris. Dermatol Ther. 2020;34.
 25. Emekçi Özyay Ö, Özyay AC, Çağlayan E, et al. Myo-inositol administration positively effects ovulation induction and intrauterine insemination in patients with polycystic ovary syndrome: a prospective, controlled, randomized trial. Gynecol Endocrinol 2017;1–5.
 26. Facchinetti F, Orrù B, Grandi G, Unfer V Short-term effects of metformin and myo-inositol in women with polycystic ovarian syndrome (PCOS): a meta-analysis of randomized clinical trials. Gynecol Endocrinol. 2019 Jan 7:1-9.
 27. Gary W. Clark, Sara M. POPE, Khalid A. Jaboori, Diagnosis and Treatment of Seborrheic Dermatitis Am Fam Physician. 2015 Feb 1;91(3):185-190.
 28. Gong R, Wang ZP, Wang M, Gao LJ, et al. The Effects of Preconception Examinations on Neural Tube Defects and the Primary Preventive Measures: Case-control Study. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016 Sep;29(17):2773-2779.
 29. Gupta AK, Versteeg SG. Topical Treatment of Facial Seborrheic Dermatitis: A Systematic Review. Am J Clin Dermatol. 2016 Nov 2.
 30. Hadji P, Biskup J., et al., Inositol in polycystic ovary syndrome: restoring fertility through a pathophysiology-based approach. Trends Endocrinol. Metab. 2018; 29(11): 768-80.
 31. Hald M, Arendrup MC, Svejgaard EL, Lindskov R, Foged EK, et al. Evidence-based Danish guidelines for the treatment of Malassezia-related skin diseases. Acta Derm Venereol. 2015;95:12–19.
 32. Isvy-Joubert A, Nguyen J-M, Gaultier A, Saint-Jean M, Le Moigne M, Boisrobert E, et al. Adult female acne treated with spironolactone: a retrospective data review of 70 cases. Eur J Dermatol. 2017;27:393-8.
 33. Layton AM, Eady EA, Whitehouse H, Del Rosso JQ, Fedorowicz Z, van Zuuren EJ. Oral spironolactone for acne vulgaris in adult females: a hybrid systematic review. Am J Clin Dermatol. 2017;18:169–91.
 34. Le Donne M., Metro D., Alibrandi A. et al. Effects of three treatment modalities (diet, myo-inositol or myo-inositol associated with D-chiro-inositol) on clinical and body composition outcomes in women with polycystic ovary syndrome. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2019;23(5):2293–2301.
 35. Leung AK, Barankin B, Lam JM, Leong KF, Hon KL. Dermatology: how to manage acne vulgaris. Drugs Context. 2021 Oct 11;10:2021-8-6.
 36. Liu C., Liu C., Wang Q., Zhang Z. Supplementation of folic acid in pregnancy and the risk of preeclampsia and gestational hypertension: a meta-analysis. Arch Gynecol Obstet. 2018;298(4):697–704.
 37. Muhlemann MF, Carter GD, Cream JJ, Wise P Oral spironolactone: an effective treatment for acne vulgaris in women Br J Dermatol 1986 Aug;115(2):227-32.
 38. Noaimi A, Al-Saadi SR. Treatment of Acne Vulgaris by Topical Spironolactone Solution Compared With Clindamycin Solution. Cureus. 2021 Aug 31;13(8):e17606. doi: 10.7759/cureus.17606. eCollection 2021 Aug. PMID: 34646657.
 39. Okokon EO, Verbeek JH, Ruotsalainen JH, Ojo OA, Bak-hoya VN. Topical antifungals for seborrheic dermatitis. Cochrane Database Syst Rev. 2015;5.
 40. Paulino LC. New perspectives on dandruff and seborrheic dermatitis: lessons we learned from bacterial and fungal skin microbiota. Eur J Dermatol. 2017 Jun;27 S1:4–7.
 41. Poinas et al. FASCE, the benefit of spironolactone for treating acne in women: study protocol for a randomized double-blind trial Trials (2020) 21:571.
 42. Rabe T, Johansson E. Influence of ethinyl estradiol 0.03 mg and chlormadinone acetate 2 mg на структуру та histology of the endometrium. JATR. 2008;6(4).
 43. Ramos-E-Silva M, Sampaio AL, Carneiro S. Red face revisited: Endogenous dermatitis in the form of atopic dermatitis and seborrheic dermatitis. Clin Dermatol. 2014;32:109–115.
 44. Ruiz-Arriaga L.F., Arenas R., Vega-Sánchez D.C., Asz-Sigall D., Martínez-Velazco M.A. Seborrheic Dermatitis: Three Novel Trichoscopic Signs and Its Correlation to Malassezia sp. Colonization Skin Appendage Disord 2019;5:288–292.
 45. Saint-Jean M, Ballanger F, Nguyen JM, Khammari A, Dréno B. Importance of spironolactone in the treatment of acne in adult women. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2011;25:1480–1.
 46. Schwartz JR, Messenger AG, Tosti A, Todd G, Hordinsky M, Hay RJ, et al. A comprehensive pathophysiology of dandruff and seborrheic dermatitis - towards a more precise definition of scalp health. Acta Derm Venereol. 2013 Mar;93(2):131–7.
 47. Searle T, Al-Naiami F, Ali F. Spironolactone in dermatology: uses in acne and beyond. Clin Exp Dermatol. 2020;45:986-93.
 48. Sitruk-Ware R, Nathb A. Using new ones pro-gestins for contraception. Contraception. 2010; 82(5): 410-417.
 49. Teede H.J., Misso M.L., Costello M.F., et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome, Fertil. Steril. 2018; 110(3): 364–79.
 50. Zani MB, Soares RC, Arruda AC, de Arruda LH, Paulino LC. Ketoconazole does not decrease fungal amount in patients with seborrheic dermatitis. Br J Dermatol. 2016 Aug. 175 (2):417-21.

Надійшла: 27.11.2023

Відомості про авторів

Наталія Юрївна Резніченко, д. мед. н., проф. кафедри дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології та естетичної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Галина Іванівна Резніченко, д. мед. н., проф. кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, Заслужений лікар України, Голова Запорізького осередку Асоціації акушерів-гінекологів України

Адреса: 69015, м. Запоріжжя, вул. Дудикіна, 9 (Пологовий будинок № 4)

E-mail: reznichenkog17@gmail.com

