

# Використання Ессливер® Форте для патогенетичної терапії при комплексному лікуванні хворих на маласезіоз шкіри

Федотов В. П., Дюдюн А.Д., Горбунцов В. В.

*Дніпропетровська державна медична академія*

**ПРИМЕНЕНИЕ ЭССЛИВЕР® ФОРТЕ ДЛЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МАЛАССЕЗИОЗОМ КОЖИ**

**Федотов В. П., Дюдюн А.Д., Горбунцов В. В.**

Проведена оцінка ефективності Ессливер® Форте для патогенетичної терапії при комплексному лікуванні 14 хворих маласезіозом шкіри. Сделан вывод об ефективності препарату Ессливер® Форте і доступності лікування ім.

**THE ESSLIVER® FORTE APPLICATION FOR PATHOGENETIC THERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH SKIN MALASSEZIASIS**

**Fedotov V.P., Dyudyun A.D., Gorbuntsov V.V.**

The Essliver® Forte efficacy for the pathogenetic therapy in the complex treatment of 14 patients with skin malasseziasis has been evaluated. The conclusion can be drawn regarding Essliver® Forte high efficacy and availability of this drug.

**П**остановка проблеми у загальному вигляді. Діагностика, лікування і профілактика грибкових захворювань є однією з актуальних проблем сучасної медицини. Стан захворюваності на грибкові хвороби є дуже високим, бо офіційно – майже кожен третій має захворювання грибкової етіології. Зважаючи на відому різницю між офіційними та фактичними даними захворюваності, можна припустити, що захворюваність на мікози у цей час поширюється майже на все населення. Необхідно відзначити, що головне місце серед загальної захворюваності на хвороби, спричинені грибами, займають дерматомікози [12, 14, 19].

У наш час головним збудником мікозів людини вважають дріжджеподібні грибки. Дослідження минулих десятиріч були спрямовані, головним чином, на дослідження проблеми діагностики, лікування та профілактики кандидозів. Але необхідно відзначити, що увагу сучасної наукової та практичної медицини все більше привертає проблема іншої грибкової патології – захворювання, спричинене дріжджеподібними ліпофільними грибами роду *Malassezia* – маласезіоз [2-8, 13, 21-24, 26, 30].

Маласезіоз шкіри є новим нозологічним поняттям сучасної клінічної мікології. Актуальність дослідження цієї патології обумовлена, поміж іншим, і тим, що існуючі методи лікування маласезійної інфекції шкіри є недостатньо ефективними і не відповідають вимогам сучасної медицини (бо вони розроблені виключно для лікування локальних окремих форм цього дерматомікозу і недостатньо повно враховують різноманіття його одночасно існуючих, різних за морфологією та механізмом розвитку проявів, що обумовлює значну частоту рецидивів, ускладнень та подальший розвиток цього захворювання). У наш час дослідження маласезійної інфекції людини набувають стрімкого розвитку; дерматологія взагалі і, зокрема, українська школа дерматології є лідером у дослідженні проблеми маласезіозу [2-8, 12, 19, 21-24, 26, 28-30].

Рядом досліджень, проведених в останні роки, визначено загальні принципи лікування маласезіозу, як єдиного інфекційного процесу, який певною мірою залежить від стану резистентності (імунітету та факторів неспецифічної резистентності), обміну гормонів, ліпідів та деяких інших аспектів патології. Для лікування

хворих на маласезіоз були розроблені ефективні методики, але пошук сучасних шляхів удосконалення терапії цього захворювання не можна вважати закінченим [2-9, 12-14, 19, 21-30].

Зв'язок дослідження з важливими науковими та практичними завданнями полягає в тому, що дослідження ефективності використання нових медикаментозних засобів корекції ліпідного обміну хворих на маласезіоз є одним із шляхів підвищення ефективності лікування цього захворювання. Розробка методу ефективної комплексної таргетної терапії маласезіозу шкіри є частиною теми НДР Кафедри шкірних та венеричних хвороб ДДМА «Порушення адаптаційних механізмів при дерматозах та інфекціях, що передаються статевим шляхом, та методи їх корекції».

**Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання проблеми лікування захворювань маласезійної етіології** показує, що важливим аспектом у комплексному лікуванні маласезіозу шкіри є патогенетична терапія. Головними принципами раціональної терапії маласезіозу шкіри у хворих можна вважати проведення їм лікарем дерматологом комплексної індивідуалізованої таргетної терапії, що враховує:

- усі одночасно існуючі у хворих прояви маласезіозу шкіри;
- динаміку та стадійність цих проявів, особливості їх перебігу та характер патогенетичних змін;
- наявність та характер супутньої патології, – з обов'язковим планомірним проведенням комплексу протиепідемічних, гігієнічних та диспансерних заходів, що суттєво підвищує ефективність лікування, запобігає виникненню рецидивів та подальшому поширенню цього дерматомікозу [3-5, 7, 8, 19].

Дослідження змін показників обміну ліпідів у хворих на маласезіоз шкіри [2, 6, 8, 9, 12-14, 22-30] показали, що при цьому захворюванні у переважної більшості хворих має місце вторинна дисліпемія, ступінь та напрямок змін складових якої:

- пов'язані між собою;
- залежні від домінуючої (у комбінації декількох одночасно існуючих у хворого) клінічної форми, особливостей клінічних проявів та перебігу дерматозу;
- мають взаємний зв'язок (або обумовленість) із супутніми захворюваннями та іншими окремими індивідуальними особливостями

обстежених.

Загальноприйнятим можна вважати пояснення змін обміну ліпідів у хворих з маласезійною інфекцією впливом метаболізму цих ліпофільних дріжджів на показники метаболізму макроорганізму, кількісні характеристики чого встановлено останніми дослідженнями. З урахуванням того, що за добу в організмі людини окислюється приблизно лише 500 мг холестерину, з яких майже 100 мг виводиться сальними залозами шкіри, вплив ліпофільної флори, яка потребує певної кількості ліпідів, на метаболізм макроорганізму можна вважати досить суттєвим [22, 28-30].

Дослідження показників ліпідного обміну у хворих на маласезіоз шкіри визнано доцільним у плані дослідження головних біохімічних показників крові. Можливість та наявність змін цих показників у хворих не можна ігнорувати; урахування встановлених особливостей обміну ліпідів можна вважати доцільним та необхідним для обґрунтування призначення та вибору засобів неспецифічної патогенетичної коригуючої терапії.

Застосування окремих медикаментозних засобів корекції ліпідного обміну у лікуванні хворих на маласезіоз було випробувано на практиці [3-8, 13, 19, 28], доцільність їх використання не має заперечень.

**Невирішеною раніше частиною загальної проблеми, лікування хворих на маласезіоз шкіри** можна вважати відсутність даних про можливість використання нових сучасних медикаментозних засобів корекції порушень ліпідного обміну у комплексній патогенетичній терапії маласезіозу шкіри. Тут треба зауважити, що питання застосування таких нових засобів медикаментозної терапії ускладнюється недостатньо повною інформацією виробника та постачальника в анотації до препарату про клінічне використання цього засобу для лікування хворих із захворюваннями маласезійної етіології.

**Мета публікації** – дати практичним лікарям дані про можливість використання нового сучасного препарату метаболічної терапії Есслівер® Форте для корекції порушень ліпідного обміну у хворих з маласезіозом шкіри.

**Виклад основного матеріалу:** Дослідження проводилося у групі з 14 хворих на маласезіоз шкіри (6 чоловіків та 8 жінок віком від 21 до 72 років). Групу порівняння склали 18 хворих з подібними до головної групи дослідження про-

явами маласезіозу шкіри та індивідуальними особливостями.

Маласезіоз шкіри у досліджених проявлявся, як комбінація:

- керозу Дар'є, комедонів, простого пітиріазу волосистої частини голови та себорейного дерматиту – у п'яти хворих;

- керозу, фолікулярних екзематидів та інших клінічних форм екзематидів Дар'є – у чотирьох;

- керозу, простого пітиріазу волосистої частини голови, комедонів та фолікулярних екзематидів – у двох;

- різнокольорового лишая, керозу, комедонів та фолікулярних екзематидів – у трьох хворих.

Усім хворим було проведено комплекс загальноклінічних методів дослідження відповідно нормативам МОЗ України, а також мікроскопічне та культуральне (якісне та кількісне) мікологічне дослідження на гриби роду *Malassezia*. Діагноз маласезіозу шкіри встановлювався при:

- наявності у хворих типової клінічної картини дерматозу;

- виявленні псевдоміцеліальної або дріжджеподібної форм гриба у непофарбованих, просвітлених калійним лугом, чи пофарбованих метиленовою синькою препаратах, із ідентифікацією роду у посівах на живильне середовище Сабуро під шар оливкової олії, при наявності достатньо великого (не менш  $8 \cdot 10^5$  на см. кв.) числа КУО у кількісних посівах.

Дослідження ліпідного обміну (рівнів загального холестерину, ЛПВЩ, ЛПНЩ та тригліцеридів сироватки крові) проводилося уніфікованими методами з використанням діагностичних наборів виробництва фірми «ДіаСис» (ФРН):

- визначення вмісту холестерину у сироватці крові – калориметричним ферментативним методом (*CHOD-PAP*) за допомогою стандартних наборів *CHOL FS (DiaSys)*;

- визначенням вмісту холестерину ліпопротеїдів високої щільності сироватки крові – калориметричним ферментативним методом (*CHOD-PAP*) за допомогою стандартних наборів *CHOL FS (DiaSys)* у супернатанті після центрифугування осаджених методом біохімічної преципітації через реакцію з фосфовольфрамовою кислотою та іонами магнію, за допомогою стандартних наборів *HDL-CHOLESTERIN (PRECIPITANT) DiaSys* хіломікронів, ліпопротеїдів низької та ліпопротеїдів дуже низької щільності;

- визначенням вмісту холестерину ліпопротеїдів низької щільності сироватки крові – калориметричним ферментативним методом (*CHOD-PAP*) за допомогою стандартних наборів *LDL-CHOLESTERIN (Precipitant) DiaSys*;

- визначення вмісту тригліцеридів у сироватці крові – ферментативним калориметричним методом (*GPO-PAP*) за допомогою стандартних наборів *TG FS (DiaSys)*;

- визначення коефіцієнту атерогенності – через відношення кількості загального холестерину до кількості холестерину ліпопротеїдів високої щільності.

За показаннями хворим проводилися консультації суміжних фахівців і лікування супутньої патології за методиками МОЗ України.

При проведенні обстеження було звернуто увагу на те, що у досліджених хворих мали місце численні прояви супутньої хронічної патології різних органів та систем. У кожного з досліджених було встановлено не один, а 3-6 діагнозів різних супутніх захворювань. На момент обстеження ці супутні захворювання були у стадії ремісії, компенсованій формі. Найбільш часто у хворих встановлювалися хронічні запальні захворювання:

- травної системи (хронічні гастрити - у 12 хворих, холецистити та холецистопанкреатити – у 7);

- серцево-судинної системи;

- нервової системи;

- верхніх дихальних шляхів, –

а також хвороби очей та захворювання опорно-рухової системи.

У всіх хворих було встановлено супутні захворювання шкіри, серед яких найбільш часто встановлювалися діагнози хронічних піодермій та мікозів іншої етіології. Звертала на себе увагу у досліджених хворих часта наявність новоутворень. Окрім того, що у кожного з досліджених було встановлено по 3-5 видів доброякісних та умовно доброякісних новоутворень шкіри (різні форми невусов, себорейний кератоз, аденоми залоз шкіри та ін.); у більшості з них також відмічалася наявність доброякісних новоутворень внутрішніх органів (мастопатії та новоутворення органів статеві системи).

За даними додаткового лабораторного дослідження, у пацієнтів (головним чином, при наявності запально-алергічних форм маласезіозу шкіри) мала місце вторинна дисліпемія, найбільш характерними проявами якої було підвищення рівня:

- загального холестерину – у середньому до  $5,21 \pm 0,5$  ммоль/л проти  $4,39 \pm 0,08$  ммоль/л у контролі;

- ЛПНЩ – до  $3,24 \pm 0,3$  ммоль/л проти  $2,36 \pm 0,05$ ;

- тригліцеридів – до  $1,93 \pm 0,15$  ммоль/л проти  $1,41 \pm 0,07$ , –

яка супроводжувалася збільшенням коефіцієнту атерогенності – до  $4,95 \pm 0,4$  проти  $3,31 \pm 0,07$ . Ступінь і характер змін цих показників певною мірою також залежали від особливостей клінічних проявів і перебігу маласезіозу та індивідуальних особливостей пацієнтів (статі, віку та конституціональних особливостей, супутньої патології). При цьому збільшення коефіцієнту атерогенності у досліджених хворих привертало увагу, як несприятлива прогностична ознака розвитку захворювань серцево-судинної системи, що обумовлювало необхідність додаткового проведення ліпокоригуючої терапії.

Лікування досліджених хворих проводилося згідно з існуючими рекомендаціями [3, 19]. Пацієнтам обох груп було призначено:

- загальну етіотропну протигрибкову терапію – пероральний прийом антимікотиків групи азолів (ітраконазол – 100 мг один раз на добу, 28 днів);

- місцеву етіотропну терапію – нанесення 1- або 2-відсоткової пасти «Сульсена» на вологу шкіру та волосся на 1-8 годин, щоденно, 10-14 днів, а потім – щотижнево.

Особливостями лікування хворих з запально-алергічними проявами маласезіозу шкіри (різнокольоровим лишаєм та екзематидами) було призначення їм комбінованої етіо-патогенетичної локальної терапії антимікотиками у поєднанні з кортикостероїдами, що було можливо завдяки використанню комбінованого лікувального засобу – крему «Травокорт», що містить:

- антимікотик імідазол – ізоконазолу нітрат;
- кортикостероїд – дифлукортолону валерат.

В якості засобу неспецифічної імуномодуючої та стимулюючої терапії хворим призначали Тіотріазолін – по 2,0 мл 2,5-відсоткового розчину внутрішньом'язово, протягом 10 днів, а потім – по 1-2 табл. 3-4 рази на добу, протягом 20-30 днів.

Медикаментозне лікування усім дослідженим хворим проводилося у комбінації з фізіотерапією – загальним УФО у слабоеритемних чи еритемних дозах (з урахуванням стадії, клінічних та локальних особливостей окремих

проявів маласезіозу шкіри); з призначенням дієти із зниженням у раціоні жирів, збільшенням білків, вітамінів, мікроелементів та ліпо-тропних харчових продуктів.

В якості засобу корекції змін показників ліпідного обміну було обрано комбінований препарат есенціальних фосфоліпідів Есслівер® Форте виробництва ВАТ «Нижфарм» (РФ).

Активною діючою речовиною Есслівер® Форте є так звані «Есенціальні фосфоліпідиди»® (EPL®-субстанція), які являють собою високоочищену фракцію фосфатидилхоліну (дигліцеридні ефіри холінфосфорної кислоти природного походження, що містять надлишок ненасичених жирних кислот, переважно лінолеву [приблизно 70 %], ліноленову та олеїнову кислоти), – що є доречним з урахуванням необхідності корекції визначених у хворих на маласезіоз шкіри особливостей змін ліпідного обміну та особливостей ліпідного метаболізму грибів роду *Malassezia* (які споживають, в якості субстрату, ці жирні кислоти, призводячи до хронічного дефіциту їх у організмі хворих) [1, 3-8, 10, 15-18, 20].

Склад і форма випуску препарату Есслівер® Форте: капсули тверді желатинові, з червоним корпусом і коричневою кришечкою; вміст капсул – порошок від рожево-жовтого до оранжевого кольору, допускається наявність частинок у вигляді ущільненої порошкоподібної маси від жовтувато-білого до коричневого кольору. Кожна капсула містить [1, 15, 17, 20]:

- «есенціальні» фосфоліпідиди (що містять, серед іншого, фосфатидилхолін – 29 %, фосфатидилетаноламін) – 300 мг;
- тіаміну мононітрат – 6 мг;
- рибофлавін – 6 мг;
- піридоксину гідрохлорид – 6 мг;
- ціанокобаламін – 6 мкг;
- нікотинамід – 30 мг;
- $\alpha$ -токоферолу ацетат – 6 мг.

Допоміжні речовини:

- натрію метилгідроксибензоат;
  - натрію пропілгідроксибензоат;
  - динатрію едетат;
  - бутилгідрокситолуол;
  - тальк очищений;
  - магнію стеарат;
  - кремнію діоксид колоїдний (аеросил).
- Склад оболонки капсул:
- бронопол;
  - повідон;
  - натрію лаурилсульфат (натрію додецил-

сульфат);

- гліцерил;
- титану діоксид;
- кармазин;
- фарбник «Сонячний захід» жовтий, діамантовий блакитний;
- вода очищена;
- желатин.

Есслівер® Форте не можна вважати дженериком іншого препарату «ессенціальних» фосфороліпідів – Ессенціале® форте Н, бо він відрізняється від Ессенціале своїм фосфоліпідним складом; фосфатиділхолін препарату складає:

- 81,9 % від суми фосфоліпідів в Ессенціале;
- 38,6% від суми фосфоліпідів в Есслівер форте.

Проте, Есслівер® Форте додатково містить фосфатидилетаноламін, фосфатидилсерин і фосфатидилінозитол [15, 17, 18, 20].

Показання до застосування

- порушення ліпідного обміну різного генезу;
- гострий і хронічний гепатит;
- цироз печінки;
- алкогольна і наркотична інтоксикація;
- отруєння (в т.ч. лікарськими засобами);
- порушення функції гепатоцитів (як ускладнення при інших захворюваннях);
- радіаційне ураження печінки;
- псоріаз (у складі комбінованої терапії).

Фармакологічна дія обумовлена властивостями компонентів, що входять до складу препарату. Склад Есслівер® Форте забезпечує його гепатопротекторну та епідермотропну дію; препарат:

- нормалізує біосинтез фосфоліпідів і загальний ліпідний обмін при пошкодженнях гепатоцитів різної етіології;
- відновлює мембрани гепатоцитів шляхом структурної регенерації і за рахунок конкурентного інгібування окислювальних процесів (вбудовуючись у біомембрани, ненасичені жирні кислоти здатні переймати на себе токсикогенні дії замість мембранних ліпідів);
- сприяє регенерації кліток печінки;
- стабілізує фізико-хімічні властивості жовчі.

Вітаміни, що входять до складу препарату, виконують такі функції:

- тіамін (вітамін  $B_1$ ), як кофермент, бере участь у вуглеводному обміні;
- рибофлавін (вітамін  $B_2$ ) - найважливіший каталізатор процесів клітинного дихання;

- піридоксин (вітамін  $B_6$ ), як кофермент, бере участь в метаболізмі амінокислот і білків;

- ціанокобаламін (вітамін  $B_{12}$ ) разом з фолієвою кислотою бере участь у синтезі нуклеотидов;

- нікотинамід (вітамін  $PP$ ) бере участь у процесах тканинного дихання, жирового і вуглеводного обміну;

- токоферол (вітамін  $E$ ) має антиоксидантні властивості, забезпечує захист ненасичених жирних кислот у мембранах від перекисного окислення ліпідів [1, 10, 11, 15-18, 20].

Окрім стимуляції регенеративних процесів у печінковій тканині, Есслівер® Форте надає терапевтичний ефект при шкірних захворюваннях, прискорює загоєння ран і рубців. «Есенціальні» фосфоліпіди відновлюють бар'єрні функції шкіри, заповнюючи недолік ліпідів (який призводить до сухості шкіри і порушення її бар'єрних функцій). Есслівер® Форте коригує порушення в клітинних мембранах епідермісу, що мають місце при псоріазі. «Есенціальні» фосфоліпіди, що входять в його склад, будучи структурними одиницями всіх клітинних мембран, відновлюють структуру, бар'єрні й обмінні функції клітин, нормалізують процеси кератинізації і регенерації епідермісу, – що є важливим, враховуючи властиві маласезіозу порушення диференціювання та проліферації клітин епідермісу [18, 20].

Рекомендований режим дозування: препарат призначають по 2 капсули 2-3 рази на добу. Тривалість лікування складає не менше 3 місяців; при необхідності можливе триваліше застосування препарату або проведення повторних курсів лікування. При псоріазі препарат застосовують як засіб допоміжної терапії по 2 капсули 3 рази на добу протягом 2 тижнів. Препарат слід приймати під час їжі; капсули слід проковтувати цілком, запиваючи достатньою кількістю води [1, 20].

Протипоказанням для призначення препарату є підвищена чутливість до його компонентів. Побічною дією з боку травної системи (рідко) може бути відчуття дискомфорту в епігастральній області; можливі алергічні реакції. Зазвичай препарат добре переноситься [20].

Подібні властивості дозволяють рекомендувати Есслівер® Форте у комплексному лікуванні маласезіозу шкіри для корекції порушень обміну ліпідів.

Дослідженням хворим на маласезіоз шкіри, з метою корекції змін ліпідного обміну, було

призначено Есслівер® Форте перорально по 2 капсули 2-3 рази на добу курсом протягом трьох місяців.

Оцінка ефективності терапії у досліджених хворих проводилася через порівняння її результатів з результатами лікування аналогічної за головними показниками групи із 18 хворих на маласезіоз шкіри, що лікувалися звичайними методами (без засобів корекції ліпідного обміну), рекомендованими діючими нормативами МОЗ України.

Аналіз результатів лікування показав, що при проведенні патогенетичної терапії з пероральним призначенням Есслівер® Форте для корекції порушень ліпідного обміну у хворих на маласезіоз шкіри з призначенням його перорально по 2 капсули 2-3 рази на добу курсом протягом трьох місяців у жодному випадку не було помічено побічних або небажаних ефектів, які б зробили неможливим подальше проведення терапії, змінили її або вимагали призначення та проведення додаткового лікування. У жодному випадку призначення Есслівер® Форте не ускладнило перебіг встановленої у хворих супутньої патології. Строки стабілізації дерматозу та регресу проявів патології у досліджених хворих були меншими на відміну від показників пацієнтів групи порівняння. За даними клініко-лабораторного дослідження, після проведеного лікування у хворих, що отримували Есслівер® Форте, відмічався більш значний від-

соток корекції рівня ліпідів (у середньому, 92 % проти 44 % досліджених показників), що беззаперечно свідчить за доцільність призначення такої терапії.

**Висновок.** Використання препарату Есслівер® Форте для корекції порушень ліпідного обміну у хворих на маласезіоз шкіри з призначенням його перорально по 2 капсули 2-3 рази на добу курсом протягом трьох місяців можна вважати доцільним, урахувавши:

- достатньо високий клініко-терапевтичний ефект;
- комплаєнс застосування;
- безпечність при використанні його у хворих з різною супутньою патологією;
- співвідношення показників „Ціна – Якість“.

**Перспективами подальших розвідок у напрямку** дослідження використання препарату Есслівер® Форте у практиці лікування хворих на маласезіоз шкіри є:

- проведення його систематичного клінічного моніторингу у різних регіонах України;
- проведення порівняльного клініко-економічного дослідження доцільності його пріоритетності у використанні у суспільній системі охорони здоров'я;
- дослідження особливостей власне його патогенетичної дії при лікуванні хворих з таким мікозом.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Агаркова Е.В. Применение Эссливера форте в комплексной терапии заболеваний гепатобилиарной зоны / Е.В. Агаркова // РМЖ. - 2008. - Т. 10, № 2 - С. 68-71.
2. Арзуманян В. Г. Дрожжеподобные грибы рода *Malassezia (Pityrosporum)* / В. Г. Арзуманян, М. А. Мокроносова, В. Б. Гервазиева // Вестн. Рос. акад. мед. наук. - 1998. - № 5. - С.44-47.
3. Горбунцов В. В. Комплексна диференційована терапія маласезіозу шкіри / В. В. Горбунцов, В. П. Федотов, М. І. Ющишин. - Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я, Вип. 1 з проблеми „Дерматологія та венерологія“. - № 122-2004. - К.: Укрмедпатентінформ МОЗ України, 2004. - 12 с. - (Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я).
4. Горбунцов В. В. Комплексная терапия маласезиоза кожи // Успехи медицинской микологии - М.: Национальная академия микологии, 2005. - Т. 6. - С. 196-199.
5. Горбунцов В. В. Маласезіоз шкіри: сучасні засади визначення та лікування захворювання // Практична медицина. - 2008. - Т. 14, № 2. - С. 127-134.
6. Горбунцов В. В. Особливості змін показників ліпідного обміну у хворих на маласезіоз шкіри // Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія. - 2008. - № 1-2 (11). - С. 26-31.
7. Горбунцов В. В. Принципи раціональної терапії хворих на маласезіоз шкіри // Журнал дерматовенерології та косметології ім. Н. А. Торсуєва. - 2009. - № 1-2 (18). - С. 63-67.
8. Горбунцов В. В. Раціональні підходи до терапії маласезіозу шкіри // Журнал дерматовене-

- нерологии и косметологии им. Н. А. Торсуева. – 2005. - № 1-2 (10). – С. 97-103.
9. *Калюжна Л. Д., Бардова К. О., Брюзгина Т. С.* Вивчення ліпідних показників сироватки крові та поверхні шкіри у хворих на себорейний дерматит // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2004. - № 4 (15). – С. 22-24.
  10. *Морозов С.Ю.* Гепатопротекторы в практике врача-клинициста // РМЖ. – 2009. – Т. 11, № 1. - С. 25-27.
  11. *Никитин И.Г.* Гепатопротекторы: мифы и реальные возможности // Фарматека. - 2007. - № 13 (147) - С. 14-18.
  12. *Новое* в систематике и номенклатуре грибов / Под ред. Ю.Т. Дьяконова, Ю.В. Сергеева. - М.: Национальная академия микологии; Медицина для всех, 2003.- 496 с.
  13. *Позднякова О. Н., Махновец Е. Н., Немчинова О. Б.* Особенности клинического течения отрубевидного лишая и эритразмы у пациентов с гепатопатиями // Проблемы медицинской микологии. – 2004. – Т. 6, № 2. – С. 106.
  14. *Сергеева И. Г., Криницына Ю. М., Феоктисова Е. А.* Особенности течения микозов у пациентов пожилого и старческого возраста при гиперхолестеринемии // Успехи медицинской микологии: Четвертый всероссийский конгресс по медицинской микологии, 2006, Москва: материалы. - М.: Национальная академия микологии, 2006. – Т. 8. – С. 220-221.
  15. *Сергеева С.А., Озерова И.Н.* Сравнительный анализ фосфолипидного состава препаратов Эссенциале форте и Эсливер форте // Фармация. - 2001. - № 3. - С. 32-33.
  16. *Ткач С.М.* Эффективность и безопасность гепатопротекторов с точки зрения доказательной медицины // Здоровье Украины. - 2009. - № 6 - С. 7-10.
  17. *Топорков А.С.* Применение эссенциальных фосфолипидов в терапии алкогольной болезни печени // РМЖ. – 2003. – Т. 11, № 14. - С. 836-838.
  18. *Федоров С.М.* Псориаз: клинические и терапевтические аспекты // РМЖ. -2001. –Т. 9, № 11. - С. 447-451.
  19. *Федотов В. П.* Грибкові захворювання / В. П. Федотов, В. В. Горбунцов, Ю. Б. Коваленко, Л. А. Мануйлова / Дерматовенерология: Навч. посіб. / За редакцією В.П. Федотова, А.Д. Дюдюна, В.І. Степаненка. – Дніпропетровськ–Київ, 2008. – С. 156-205.
  20. *Эсливер® Форте* // РМЖ. – 2002. – Т. 10, № 21. – С. 972.
  21. *Ashbee H. R.* Recent developments in the immunology and biology of *Malassezia* species // FEMS Immunol. Med. Microbiol. - 2006. - Jun. – Vol. 47, No 1. - P. 14-23.
  22. *Cafarchia C., Otranto D.* The pathogenesis of *Malassezia* yeasts // Parassitologia. - 2008. - Jun. – Vol. 50, No 1-2. – P. 65-67.
  23. *Devlin R. K.* Invasive fungal infections caused by *Candida* and *Malassezia* species in the neonatal intensive care unit // Adv. Neonatal Care. - 2006. - Apr. – Vol. 6, No 2. - P. 68-77. - quiz 78-79.
  24. *Giusiano G. E.* *Malassezia*. Current knowledge and study perspectives // Rev. Argent. Microbiol. - 2006. - Jan-Mar. – Vol. 38, No 1. - P. 41-48.
  25. *Global expression profiling in atopic eczema reveals reciprocal expression of inflammatory and lipid genes / A. M. Sääf, M. Tengvall-Linder, H. Y. Chang [et al.]* // PLoS ONE. - 2008. – Vol. 3, No 12. - P. e4017.
  26. *Gupta A. K., Bluhm R.* Seborrheic dermatitis // J. EADV. – 2004. – January. – Vol. 18, No 1. – P. 13-26.
  27. *Kaluzhna L, Bardova K.* Gasochromographic analysis of blood serum's lipid spectrum of the patients sick with seborrheic dermatitis // J. EADV: 13<sup>th</sup> Congr. of the EADV, 2004: abstr. – 2004. – November. – Vol. 18. - Suppl. 2. – P. 272-273.
  28. *Ro B. I., Dawson T. L.* The role of sebaceous gland activity and scalp microfloral metabolism in the etiology of seborrheic dermatitis and dandruff // J. Investig. Dermatol. Symp. Proc. – 2005. - Dec. – Vol. 10, No 3. – P. 194-197.
  29. *The lipolytic enzymes activities of Malassezia species / W. Juntachai, T. Oura, S. Y. Murayama, S. Kajiwara* // Med. Mycol. - 2008. - Sep. – Vol. 16. – P. 1-8.
  30. *Three etiologic facets of dandruff and seborrheic dermatitis: Malassezia fungi, sebaceous lipids, and individual sensitivity / Y. M. DeAngelis, C. M. Gemmer, J. R. Kaczvinsky [et al.]* // J. Investig. Dermatol. Symp. Proc. – 2005. - Dec. – Vol. 10 (3). – P. 295-297.