

використовували пінку для вмивання, активний лосьйон і відновлюючий крем з *SPF30*); у двох пацієнти – із комбінованою шкірою (ці пацієнти використовували пінку, активний лосьйон, гідроактивний крем).

Усім хворим крім топічного лікування проводилася дієто-, вітамінотерапія, у 7 – антибіотикотерапія, косметичні процедури (чистки, Д'Арсонвалізація).

Результати. Значне покращення стану шкіри відмічалася вже на третьому тижні лікування у 25 пацієнтів, на 5 тижні – у 6. Переносимість

препаратів була доброю. В одному випадку відмічалася подразнююча дія, яка швидко знялася заміною лосьйону на крем. Препарати показали високу ефективність в зовнішньому лікуванні: швидкий регрес запальних елементів, комедонолітична дія, зменшення жирності шкіри, виражений висвітлюючий ефект, вирівнювання поверхні шкіри завдяки злущуванню, звуження пор.

Висновок. Оцінюючи отримані результати, можна вважати ці препарати перспективними в комплексній терапії акне легкого та середнього ступенів тяжкості перебігу.

Клінічні та епідеміологічні особливості перебігу себорейного дерматиту

Одінцова І. В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Дніпро

Себорейний дерматит – хронічний запальний дерматоз із частими загостреннями патологічного процесу, який характеризується еритематозно-сквамозними висипами в себорейних ділянках шкірного покриву, переважно на волосистій частині шкіри голови та нерідко з наявністю різного ступеню суб'єктивних відчуттів.

Актуальність себорейного дерматиту полягає в багатогранності етіопатогенетичних факторів захворювання, серед яких можна виділити особливості реагування організму на рівні різних органів і систем, зокрема шлунково-кишкового тракту, нервової і ендокринної системи.

У нашому дослідженні у 67 хворих на себорейний дерматит у віці від 18 до 57 років був вивчений кількісний і якісний склад мікроорганізмів уражених ділянок шкіри. Середній вік пацієнтів склав 29,5 року. Серед обстежених хворих на себорейний дерматит чоловіків було 45 (67,2%), жінок 22 (32,8%). Серед обстежених нами хворих у 37 (55,2%) патологічний процес локалізувався тільки на шкірі волосистої частини голови, а у 30 (44,8%) до патологічного процесу залучались і другі ланки шкіри. Тривалість захворювання коливалася від 1 року до 15 років.

Всім хворим, що були під нашим спостереженням, було проведено комплексне клінічне, лабораторне, інструментальне обстеження, що включає спеціальні дерматологічні методи і прийоми (визначення основних феноменів і ознак клінічних проявів), традиційні загально клінічні

методи (загальний і біохімічний аналізи крові).

Серед хворих на себорейний дерматит, які були під нашим спостереженням, жінок було 22 (32,8%), чоловіків 45 (67,2%). Відповідно до віку: 18-30 років було 15 (23,4 %) і 18 (26,9 %); 31-40 років - 9 (13,4 %) і 13 (19,4 %); 41-55 років - 6 (8,9 %) і 6 (8,9 %). Тобто, серед хворих на себорейний дерматит, які були під нашим спостереженням, переважали чоловіки і взагалі – пацієнти у віці найбільшої соціальної та репродуктивної активності.

Скарги з боку шлунково-кишкової системи були виявлені тільки у 21 хворого (31,3 %).

Проведені обстеження 67 хворих на себорейний дерматит дозволили констатувати у 39 (58 %) жирну себорею. Змішану форму себорейного дерматиту встановлено у 20 (30 %) хворих; ця форма проявлялася в помірному підсиленні саловиділення на шкірі обличчя та тулуба та виникненням поодиноких комедонів та вугрової висипки. Суху форму себорейного дерматиту встановлено у 8 (12%) хворих; для цієї форми було характерно зниження саловиділення та наявність різного розміру та кількості лусочок. Патологічний стан розвивався найчастіше в потилично-скроневій ділянці, а потім поширювалося на всю поверхню шкіри голови. Низька частота сухої форми себорейного дерматиту, на нашу думку, обумовлена тим, що хворі з незначним клінічним проявленням захворювання дуже рідко звертаються за спеціалізованою медичною допомогою.