Клиника дерматовенерологии и дерматоонкологии ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского»

Наружные средства серии Сенсибио в комплексном лечении розацеа и себорейного дерматита

К.м.н. Е.И. ТРЕТЬЯКОВА

Благодаря включению средств лечебной косметики серии Сенсибио в состав комплексной терапии 28 пациентов с розацеа и себорейным дерматитом клиническое излечение было достигнуто у 12 пациентов, значительное улучшение – у 16. Наилучшие результаты были достигнуты при лечении больных себорейным дерматитом. Установлено, что очищающий раствор Сенсибио H_2O, крем Сенсибио Форте и очищающий гель Сенсибио DS+ характеризуются хорошей переносимостью и не вызывают нежелательных побочных явлений.

Лечение розацеа и себорейного дерматита – актуальная задача современной дерматологии. В настоящее время ведется непрерывный поиск средств и методов, обладающих как высокой терапевтической эффективностью, так и малым спектром побочных эффектов и хорошей переносимостью при длительном приеме.

Включение комплекса средств лечебной косметики в терапевтическую программу по ведению пациента с розацеа и себорейным дерматитом крайне важно, поскольку позволяет сократить сроки медикаментозной терапии, снизить дозировку препарата, а также закрепить положительный результат лечения и существенно продлить ремиссию.

Розацеа и себорейный дерматит – хронические рецидивирующие дерматозы системного характера, при которых в зависимости от выраженности общих нарушений меняется и интенсивность местных воспалительных проявлений, главными из которых являются стойкая эритема и повышенная чувствительность кожи. Это мультифакторные заболевания, вызываемые экзогенными и эндогенными триггерами, в число которых входят заболевания пищеварительного тракта, эндокринные и гормональные нарушения, инфекционные заболевания, ангионевротические расстройства, инсоляция, перегревание и тепловые процедуры, длительное использование мазей, в состав которых входят глюкокортикостероиды, наличие гиперчувствительности к различным раздражителям (косметические средства) и т.д. [1, 2].

В общей структуре дерматологических заболеваний розацеа составляет около 5%, себорейный дерматит – 1–3% [2].

Розацеа – хроническое рецидивирующее заболевание кожи лица, встречающееся преимущественно у женщин. Заболевание дебютиру-

ет обычно в течение третьего-четвертого десятилетия жизни больного и достигает расцвета между 40–50 годами. Розацеа встречается у всех рас, но преимущественно у светлокожих пациентов [3] и, как правило, имеет четкое стадийное течение. В настоящее время принято придерживаться развернутой классификации, совместно разработанной немецкими дерматологами G. Plewig и Th. Jansen и американским дерматологом A.M. Kligman. К классическим проявлениям розацеа относят: эпизодические приливы (розацеа-диатез), стадию 1 – эритематозно-телеангиэктатическую, стадию 2 – папуло-пустулезную, стадию 3 – пустулезно-узловатую; к особым формам розацеа – стероидную, гранулематозную, конглобатную, фульминантную, грамнегативную, болезнь Морбигана, офтальморозацеа, ринофиму и аналогичные формы заболевания других локализаций (гнатофима, метафима, отофима, блефарофима) [3]. Таким образом, помимо классических форм розацеа современные дерматологи также выделяют обособленные и атипичные варианты заболевания [4].

Начинается розацеа с периодически возникающих приливных эритем, провоцируемых метеорологическими, алиментарными факторами и стрессами. Эритема держится от нескольких минут до нескольких часов, затем бесследно исчезает. Такие достаточно частые рецидивы сменяются ремиссиями, процесс может длиться от нескольких месяцев до нескольких лет. Далее на коже щек, носа, лба, подбородка появляется застойная эритема, отек, умеренная инфильтрация, затем формируются множественные телеангиэктазии, шелушение кожи – наступает эритематозно-телеангиэктатическая стадия заболевания. При прогрессировании процесса на фоне эритемы появляются изолированные или сгруппированные длительно персистирующие папулы и гнойные пустулы, больных беспокоят зуд, жар и жжение – болезнь переходит в папулезную и пустулезную стадии. При остром течении заболевания развиваются выраженный отек и гиперемия, особенно выраженные в периорбитальной области. В запущенных случаях заболевания на коже образуются глубокие воспалительные узлы и инфильтраты – это инфильтративно-продуктивная стадия и ринофима [3, 5]. Опухолевидные разрастания формируются за счет прогрессирующей гиперплазии сальных желез и соединительной ткани. У каждого третьего пациента розацеа протекает с поражением глаз в виде блефарита, конъюнктивита – развивается офтальморозацеа [6].

Течение заболевания усугубляется наличием клеща угревой железницы *(Demodex folliculorum),* который при розацеа обнаруживается чаще, чем у здоровых людей. Он является переносчиком микробов и вирусов в более глубокие слои сальных желез и волосяных фолликулов, усиливает пустулизацию в очагах воспаления [7, 8]. Кроме того, на течение заболевания влияют физические воздействия окружающей среды – низкие и высокие температуры и повышенная влажность.

Себорейный дерматит – хронический эритематозно-сквамозный дерматоз, локализующийся на себорейных областях и протекающий с частыми рецидивами. Пик заболеваемости приходится на 20–40 лет, чаще болеют мужчины [3]. При поражении кожи лица сыпь располагается в области бровей, переносицы, носощечных и носогубных складок, бороды и усов, высыпания часто сочетаются с поражением волосистой части головы. Очаги поражения представляют собой эритематозно-сквамозные элементы или бляшки, образованные в результате слияния милиарных папул желтовато-розового цвета, покрытых жирными чешуйками. За счет периферического роста и слияния друг с другом бляшки могут приобретать кольцевидные, гирляндообразные очертания. Нередко заболевание представлено наслоением жирных чешуек на эритематозном фоне [5]. Под действием психоэмоциональных и физических нагрузок, а иногда и без видимых причин интенсивность окраски пораженной кожи может меняться. При себорейном дерматите в патологический процесс могут вовлекаться веки (краевой блефарит) и красная кайма губ (эксфолиативный хейлит) [2].

В механизмах развития себорейного дерматита большую роль играют следующие факторы: нарушение секреторной функции сальных желез, изменение химического состава кожного сала, усиленная пролиферация грибков рода *Malassezia,* а также иммунные и эндокринные нарушения (дисфункция желез внутренней секреции – гипофиза, щитовидной и половых желез, коры надпочечников), органические и функциональные поражения нервной системы (особенно ее вегетативного отдела), нарушение процессов пищеварения. Ведущая роль того или иного фактора проявляется в каждом конкретном случае по-разному [8, 9].

Несмотря на существенные различия в клинической картине, у розацеа и себорейного дерматита имеется ряд общих патогенетических нарушений. Прежде всего, это наличие воспалительных изменений кожи, сопровождающихся более или менее выраженным нарушением микроциркуляции крови и соединительнотканного каркаса дермы,

Средства серии Сенсибио производства лаборатории «Биодерма», Франция, являются эффективными наружными препаратами и предназначены для лечения и ежедневного ухода за чувствительной кожей при розацеа, периоральном и себорейном дерматите.

В результате проведенной терапии с применением средств серии Сенсибио клиническое излечение наступило у 6 (28,7%) больных розацеа и у 6 (89%) больных себорейным дерматитом; у 15 (71,3%) больных розацеа установлено значительное улучшение.

что приводит сначала к транзиторной, а затем к стойкой дилатации сосудов; дисбаланс клеточного и гуморального иммунитета, в том числе снижение активности по отношению к бактериальным аллергенам; снижение барьерно-защитной функции кожи; присутствие фоновых заболеваний со стороны различных органов и систем, а также нарушения обмена веществ, вегетативного и психологического статуса пациента [1]. Косметический дефект или длительно существующий зуд формируют в общей клинической картине этих дерматозов выраженные психические расстройства, заметно снижающие качество жизни и дезадаптирующие пациента в социальном и профессиональном плане. В жалобах больных часто на первый план выдвигаются не конкретные проблемы с кожей, а те психосоциальные переживания, которые доставляют массу неудобств. Чувство собственной неполноценности, гиперболизированное вниманием окружающих создает и углубляет депрессивную симптоматику у таких пациентов, толкая их на путь социальной изоляции.

Поскольку розацеа и себорейный дерматит представляют собой заболевания, вызванные как внешними, так и внутренними причинами, то и лечение этих дерматозов должно быть комплексным. Наряду с медикаментозной терапией, предусматривающей применение антигистаминных, десенсибилизирующих, седативных средств, витаминов группы В, а также С, Е, А, ароматических ретиноидов, противомикробных и антигрибковых препаратов и т.д., важное место занимают общеукрепляющие рекомендации, включающие достаточный сон, прогулки, рациональные занятия спортом и диету с преобладанием молочно-растительной пищи, ограничивающую потребление углеводов, животных жиров, экстрактивных веществ.

Добившись регресса основных проявлений заболевания, по окончании основного курса медикаментозной терапии бывает достаточно сложно поддерживать процесс в состоянии длительной ремиссии. Для успешного достижения этой цели большое значение имеет правильный ежедневный уход с использованием смягчающих, увлажняющих и антисептических препаратов. Существует целый ряд специальных наружных средств, помогающих улучшить внешний вид кожи при розацеа и себорейном дерматите.

Средства серии Сенсибио производства лаборатории «Биодерма», Франция, являются эффективными наружными препаратами и предназначены для лечения и ежедневного ухода за чувствительной кожей при локальных и распространенных формах розацеа и периорального дерматита, себорейном дерматите и после косметических манипуляций. Они могут применяться как монотерапия для лечения легких степеней поражения кожи и в комплексе с медикаментозным лечением при более тяжелых проявлениях этих дерматозов [7]. Достоинствами средств серии Сенсибио при местном применении являются нетоксичность, хорошая переносимость пациентами, малая вероятность взаимодействия с другими препаратами и отсутствие случаев передозировки. Средства отвечают и косметическим требованиям: не имеют запаха, легко впитываются кожей, не оставляя жирного блеска, не пачкают одежду, могут наноситься под макияж.

В состав крема Сенсибио Форте входят активные противовоспалительные компоненты рамноза (экстракт крушины) и глицирретиновая кислота (экстракт солодки), снижающие секрецию интерлейкина-8 и блокирующие разрушение 17-гидроксикортикостероидов; уменьшающий ощущения жара и жжения эноксолон; а также возвращающие коже комфорт, смягчающие и увлажняющие ее пирролидон карбоксилат натрия, аллантоин и витамин Е.

Раствор Сенсибио H_2O для мягкого очищения лица и контура век содержит мицеллы эфиров жирных кислот, что способствует идеальному очищению кожи, поддерживает ее баланс, освежает и тонизирует, а входящий в его состав экстракт огурца оказывает успокаивающее и противовоспалительное действие. Спирт и ароматизаторы в составе раствора отсутствуют. Жидкость необходимо наносить легкими движениями, по возможности сильно не растирая, не растягивая кожу.

Очищающий гель Сенсибио DS+ содержит в своем составе запатентованный комплекс DSактив®, ундециловый спирт и дециленгликоль, способствующие удалению чешуек и подавлению размножения грибков рода *Malassezia;* оказывающие противосеборейное действие запатентованный комплекс Толеридин, цинк, витамин B_6 и азелаиновую кислоту; а также подавляющие воспаление и уменьшающие покраснение кожи глицирретиновую кислоту и экстракт ламинарии. Гель Сенсибио DS+, устраняя причины возникновения себорейного дерматита, уменьшает выраженность его симптомов и оказывает противорецидивное действие [8].

Мы использовали препараты серии Сенсибио в составе комплексной терапии 28 больных (15 – в стационаре, 13 – амбулаторно) – 8 мужчин и 20 женщин в возрасте от 18 до 46 лет. Из них у 21 пациента (3 мужчин, 18 женщин) была розацеа, у 7 (4 мужчин,

3 женщины) – себорейный дерматит. Длительность заболевания составила от 1 месяца до 5 лет.

Из числа больных с розацеа эритематозно-телеангиэктатическая стадия была у 10, папулезная – у 7, пустулезная – у 4 пациентов. 18 (85,7%) больных предъявляли жалобы на жжение, ощущения жара и стянутости кожи, у 3 пациентов (14,3%) субъективные ощущения отсутствовали. У 14 (66,7%) пациентов ухудшение со стороны кожного процесса наступило на фоне инсоляции и тепловых процедур.

9 больных с эритематозно-телеангиэктатической и папулезной стадиями розацеа ранее лечения по поводу данного заболевания не получали. 12 пациентов с разными стадиями розацеа получали предшествующую медикаментозную терапию, в том числе местно применяли фторированные глюкокортикостероиды.

Клещ угревой железницы *(Demodex folliculorum)* был нами обнаружен при микроскопии соскоба с кожи лица у 16 (76,2%) больных розацеа, с ресниц – у 8 (38%).

Для выявления и лечения очагов хронической инфекции и сопутствующих заболеваний пациенты были проконсультированы у смежных специалистов: гастроэнтеролога, эндокринолога, гинеколога, терапевта, психоневролога. Те или иные заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, ассоциированный с хеликобактерной инфекцией; хронический панкреатит; дисбактериоз кишечника) были выявлены у всех (100%) больных. Очаги хронической инфекции верхних дыхательных путей (хронический бронхит, хронический тонзиллит) выявлены у 3 (14,3%) пациентов, мочевыводящих путей (хронический цистит, рецидивирующий генитальный герпес) – у 2 (9%), эндокринные и гормональные нарушения (узловой зоб, аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз, нарушение толерантности к глюкозе) – у 10 (47,6%), гинекологические заболевания/нарушения (дисменорея, миома матки) – у 6 (28,7%), функциональные расстройства нервной системы (невротические и психогенные реакции) – у 14 (66,7%) больных.

Принимая во внимание то, что в основе патогенеза розацеа лежит ангионевроз с изменением тонуса сосудов кожи под действием различных экзогенных и эндогенных причин, мы рекомендовали больным по возможности исключить провоцирующие заболевание факторы – перегревание и переохлаждение, инсоляцию, стресс, потребление алкоголя и кофе, а также ограничить прием в пищу углеводов, животных жиров, экстрактивных веществ. Все пациенты в составе комплексной терапии получали седативные препараты.

Выбор терапии розацеа определялся стадией и формой заболевания, а также выявленными сопутствующими заболеваниями. При обнаружении хеликобактерной инфекции больным назначали комплексную эрадикационную терапию (амоксициллин, кларитромицин, омепразол). При сопутствующем демодекозе в течение 7–14 дней проводилось лечение 10–20% эмульсией или мазью бензилбензоата, на веки по линии роста ресниц пациенты наносили 1 раз в сутки мазь Демалан.

Основной акцент в лечении эритематозно-телеангиэктатической стадии розацеа нами делался на местном лечении. При этом внутрь больные принимали метронидазол по 0,5–1,0 г в сутки в течение 4–6 недель, Аскорутин, препараты кальция. Как средство для умывания и для снятия макияжа с кожи лица и глаз мы

NB

Сенсибио Форте

Снижает гиперреактивность воспаленной кожи, успокаивает ее, возвращая чувство комфорта. Обладает интенсивным увлажняющим действием. Восстанавливает защитные функции кожи. Не содержит ароматизаторов. Может применяться у мужчин, женщин и детей для ухода за чувствительной, раздраженной кожей, в том числе при раздражении после эпиляции, бритья, пилинга, лазерного воздействия (лечения).

Сенсибио H_2O

Качественно и быстро очищает кожу лица и контур глаз путем микроэмульгирования загрязнений и макияжа, сохраняя при этом гидролипидный баланс рогового слоя кожи. Успокаивает и увлажняет кожу. Не содержит щелочи, спирта, феноксиэтанола и ароматизаторов; pH-нейтральный. Предназначен для очищения хрупкой, тонкой, чувствительной кожи, склонной к появлению покраснений.

Сенсибио DS +

Предназначен для специфического ухода за чувствительной кожей, имеющей раздражения, покраснения и шелушение, преимущественно в себорейных зонах: крылья носа, брови, лоб, подбородок. Содержит запатентованный комплекс DSактив®, который оказывает 2 основных действия: ограничивает размножение микрофлоры (грибков рода *Malassezia*) и предупреждает рецидивы за счет уменьшения секреции кожного сала – источника размножения *Malassezia*. Отличается превосходной переносимостью и некомедогенностью. Легкая и нежирная текстура обеспечивает коже идеальный комфорт.

назначали пациентам раствор Сенсибио H_2O, обладающий хорошими очищающими и успокаивающими свойствами. Холодные примочки с 1–2%-ным раствором резорцина больные чередовали с нанесением крема Сенсибио Форте 2 раза в день утром и вечером в течение 5–10 дней. После купирования остроты процесса в качестве поддерживающей терапии мы рекомендовали больным продолжить применение раствора Сенсибио H_2O и крема Сенсибио Форте утром и вечером в течение 1–6 месяцев.

Больным с папулезной и пустулезной стадией розацеа в составе общей терапии мы назначали препараты метронидазола по 1,0 г в сутки в течение 6–8 недель, сосудистые средства, витамины С и Р (рутин), препараты кальция и цинка, а также препараты Беллатаминал, Атаракс. Для мягкого очищения раздраженной кожи лица и глаз больные использовали раствор Сенсибио H_2O. Для купирования жжения и уменьшения отека назначались примочки с 1–2%-ным раствором резорцина, с настоем чая, ромашки, череды 3–4 раза в сутки. Крем Сенсибио Форте как основное наружное средство для возвращения комфорта и снятия воспаления больные розацеа наносили на очищенную кожу 2 раза в день утром и вечером. За счет выраженного противовоспалительного эффекта крема Сенсибио Форте, сопоставимого с действием глюкокортикостероидов, уже в первые дни применения пациенты отмечали исчезновение чувства жжения, жара и стянутости кожи; интенсивность гиперемии, отек, количество папулезных и пустулезных элементов заметно уменьшились. После купирования остроты процесса в качестве поддерживающей терапии мы рекомендовали пациентам продолжить применение раствора Сенсибио H_2O и крема Сенсибио Форте в течение 1–6 месяцев.

В результате проведенной терапии у 6 (28,7%) больных розацеа наступило клиническое излечение, у 15 (71,3%) – значительное улучшение; интенсивность зуда, жжения, эритемы, количество папулезных и пустулезных элементов значительно уменьшились.

У 7 наблюдаемых нами больных с себорейным дерматитом распространенная сыпь локализовалась на лице (скулы, крылья носа, подбородок, область бровей, лоб), в области грудины, на волосистой части головы и сопровождалась незначительным зудом. Элементы на коже были представлены розовыми пятнами с нечеткими границами, поверхность которых была покрыта легко отделяющимися жирными чешуйками.

Все пациенты ранее получали медикаментозную терапию, в том числе некоторые из них местно применяли фторированные глюкокортикостероиды.

Различные заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, хронический панкреатит, дискинезия желчевыводящих путей, дисбактериоз кишечника) были выявлены у 6 (89%) больных. Эндокринные и гормональные нарушения (заболевания щитовидной железы, нарушение толерантности к глюкозе) имели место у 3 (42,8%), гинекологические нарушения (дисменорея) – у 2 (28,9%), функциональные расстройства нервной системы (невротические реакции) – у 4 (57%) пациентов.

Поскольку болезнь имела хроническое течение и обострения были связаны со стрессом, употреблением в пищу острых и жирных продуктов, сладостей, алкоголя, а также нерациональным применением косметических средств, всем пациентам нами были рекомендованы гипоаллергенная диета, рациональный режим труда и отдыха.

В комплексной терапии себорейного дерматита мы назначали пациентам препараты серы, кальция, витамины А, Е, В, антигистаминные средства, седативные препараты, такие как Беллатаминал. Для очищения кожи, удаления чешуек и уменьшения явлений воспаления больные применяли местно 2 раза в сутки утром и вечером пенящийся гель Сенсибио DS+, активные вещества которого подавляли размножение грибков рода *Malassezia*. Пациентам со стойкой эритемой, развившейся на фоне применения мазей, содержащих фторированные глюкокортикостероиды, сначала мы назначали противовоспалительный успокаивающий крем Сенсибио Форте 2 раза в сутки сроком на 10–15 дней вплоть до устранения симптомов отека и раздражения. После купирования остроты процесса и отмены медикаментозной терапии в качестве поддерживающей терапии мы рекомендовали продолжить применение очищающего лечебного геля Сенсибио DS+ дважды в день в течение 1–2 месяцев.

В результате проведенной терапии у 6 (89%) больных себорейным дерматитом наступило клиническое излечение, а у 1 пациента – значительное улучшение, интенсивность эритемы и шелушения значительно уменьшилась.

Лечение средствами серии Сенсибио у больных розацеа и себорейным дерматитом длилось в среднем от одного до трех месяцев. Клиническое излечение было достигнуто у 12 больных, значительное улучшение – у 16. Наилучшие результаты мы получили в лечении пациентов с себорейным дерматитом. Случаев возникновения непереносимости или нежелательных побочных эффектов от применения очищающего раствора Сенсибио H_2O, крема Сенсибио Форте и очищающего геля Сенсибио DS+ у больных мы не наблюдали.

Таким образом, препараты серии Сенсибио являются эффективными наружными средствами, которые могут использоваться как в качестве монотерапии, так и в комплексе с другими препаратами для лечения острых воспалительных явлений при выраженной эритеме в случае локальных и распространенных форм розацеа и себорейного дерматита, а также для ежедневного ухода за кожей пациентов.

Литература → С. 62

Литература

Е.И. ТРЕТЬЯКОВА
Наружные средства серии Сенсибио в комплексном лечении розацеа и себорейного дерматита

1. *Корсунская И.М., Тамразова О.Б., Бигвава С.С.* Гель «Скинорен» в терапии розацеа // Рос. журн. кожных и венерических болезней. 2005. № 3. С. 37–40.
2. *Самцов А.В.* Акне и акнеформные дерматозы. М., 2009. С. 142–252
3. *Курдина М.И., Потекаев Н.Н., Потекаев Н.С., Самгин М.А.* Розацеа. Учебное пособие. М., 1999. 24 с.
4. *Wilkin J., Dahl M., Detmar M. et al.* Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea // J. Am. Acad. Dermatol. 2002. Vol. 46. № 4. P. 584–587.
5. *Faergemann J.* Management of seborrheic dermatitis and pityriasis versicolor // Am. J. Clin. Dermatol. 2000. Vol. 1. № 2. P. 75–80.
6. *Sibenge S., Gawkrodger D.J.* Rosacea: a study of clinical patterns, blood flow, and the role of Demodex folliculorum // J. Am. Acad. Dermatol. 1992. Vol. 26. № 4. P. 590–593.
7. *Аравийская Е.А., Соколовский Е.В., Соколов Г.Н. и др.* Эритема лица, особенности диагностики и ухода за кожей // Клиническая дерматология и венерология. 2003. № 2. С. 69–73.
8. *Олисова О.Ю., Громова С.В.* Периоральный дерматит // Рус. мед. журн. 2003. Т. 11. № 17. С. 972–975.
9. *Никулин Н.К., Пантелеева Г.А., Михайлушкина Р.В.* Лечение себореи волосистой части головы // Рос. журн. кожных и венерических болезней. 2000. № 5. С. 60–61.

Н.С. СИРМАЙС, М.В. УСТИНОВ
Использование препарата изотретиноина (Акнекутан®), созданного на базе технологии Lidose®, в терапии торпидно протекающих форм розацеа и схемы его дозирования

1. *Рыжкова Е.И.* Клинико-морфологические особенности, патогенез и лечение розацеа: Автореф. дис. … докт. мед. наук. М., 1976. 17 с.
2. *Середнякова Н.И.* Ультраструктура эндотелиоцитов капилляров кожи в норме и при розацеа: Автореф. дис. … канд. биол. наук. М., 1987.
3. *Sobye P.* Aetiology and pathogenesis of rosacea // Acta Derm. Venereol. 1950. Vol. 30. № 2. P. 137–158.
4. *Черкасова М.В., Сергеев Ю.В., Лобанова Е.В. и др.* Состояние системы гемостаза и показателей иммунитета у больных розацеа // Вестн. дерматологии и венерологии. 1999. № 6. P. 28–30.
5. *Borrie P.* The state of the blood vessels of the face in rosacea. I // Br. J. Dermatol. 1955. Vol. 67. № 1. P. 5–8.
6. *Kogan B.G., Stepanenko V.I., Gorgol V.T., Pavlyshin A.V.* Role of Demodex mites and Helicobacter infection in etiopathogenesis of rosacea, demodicoses, perioral dermatitis and acne disease // Eur. Acad. Dermatol. Venerol. 2003. Vol. 15. № 3. P. 165.
7. *Карлова В.В., Ворушилина И.Е., Чеботарев В.В., Попов С.П.* Пилобакт в терапии больных розацеа // Сиб. журн. дерматологии и венерологии. 2005. № 6. P. 33–34.
8. *Адаскевич В.П., Дуброва В.П.* Психологическое сопровождение пациента в дерматологии (некоторые советы психолога) // Рос. журн. кожных и венерических болезней. 2003. № 1. P. 52–56.
9. *Rebora A., Drago F., Picciotto A.* Helicobacter pylori in patients with rosacea // Am. J. Gastroenterol. 1994. Vol. 89. № 9. P. 1603–1604.
10. *Parish L.C., Witkowski J.A.* Acne rosacea and Helicobacter pylori betrothed // Int. J. Dermatol. 1995. Vol. 34. № 4. P. 236–237.
11. *Потекаев Н.Н.* Розацеа (этиология, клиника, терапия). СПб.: Невский Диалект, 2000. P. 15–22.
12. *Быстрицкая Е.А., Быстрицкая Т.Ф., Чернакова Н.Н.* Комплексный подход к лечению розацеа, демодекоза и акне у пациенток средней возрастной группы // Клин. дерматология и венерология. 2006. № 4. P. 29–31.
13. *Powell F.C.* Rosacea and the pilosebaceous follicle // Cutis. 2004. Vol. 74. Suppl. 3. P. 9–12, 32–34.
14. *Hu Q., Wang Y., Tong L.* Relationship between the Demodex and bacteria infection in human rosacea // Zhongguo Ji Sheng Chong Xue Yu Ji Sheng Chong Bing Za Zhi. 2004. Vol. 22. № 1. P. 50–53.
15. *Berg M., Lidén S.* An epidemiological study of rosacea // Acta Derm. Venereol. 1989. Vol. 69. № 5. P. 419–423.
16. *Millikan L.E.* Rosacea as an inflammatory disorder: a unifying theory? // Cutis. 2004. Vol. 73. Suppl. 1. P. 5–8.
17. *Бобров В.М.* Розовые угри носа, осложненные демодекозом // Вестн. дерматологии и венерологии. 1994. № 4. P. 43–44.
18. *Aziz N., Khachemoune A.* A man with changes on nose // J. Am. Acad. Dermatol. 2007. Vol. 57. P. 551–553.
19. *Baker B.* Low-dose, pulsed oral isotretinoin may clear resistant rosacea // Skin & Allergy News. 1999. Vol. 30. № 12. P. 23.
20. *Erdogan F.G., Yurtsever P., Aksoy D., Eskioglu F.* Efficacy of low-dose isotretinoin in patients with treatment-resistant rosacea // Arch. Dermatol. 1998. Vol. 134. № 7. P. 884–885.
21. *Hoting E., Paul E., Plewig G.* Treatment of rosacea with isotretinoin // Int. J. Dermatol. 1986. Vol. 25. № 10. P. 660–663.
22. *Hofer T.* Continuous 'microdose' isotretinoin in adult recalcitrant rosacea // Clin. Exp. Dermatol. 2004. Vol. 29. № 2. P. 204–205.
23. *Адаскевич В.П.* Диагностические индексы в дерматологии. М.: Мед. книга, 2004. 164 с.

В.В. ЧЕБОТАРЕВ
Новые возможности местной терапии рецидивов простого герпеса

1. *Халдин А.А., Баскакова Д.В., Брико В.И.* Клинико-эпидемиологические характеристики заболеваний, вызванных вирусом простого герпеса (обзор литературы) // Герпес. 2006. № 2. С. 26–30.
2. *Марданлы С.Г., Кирпичникова Г.И., Неверов В.А. и др.* Герпесвирусные инфекции: особенности патогенеза, диагностика, лечение // Terra Medica nova. 2006. № 4 (12).
3. *Подзолкова Н.М., Созаева Л.Л., Осадчев В.Б.* Папилломавирусная и герпетическая инфекции в акушерстве и гинекологии. Учебно-методическое пособие. М., 2009. 46 с.