

Н.Ю. Резніченко¹, Г.І. Резніченко¹, С.А. Сміян², Ю.Г. Резніченко¹¹ Запорізький державний медико-фармацевтичний університет² Сумський державний університет

Себорейний дерматит: унікальні можливості вітамінотерапії

У практичній дерматології активно розглядається проблема себорейного дерматиту як найбільш поширеного патологічного стану серед населення.

Мета роботи — визначити клінічну ефективність та безпеку застосування препарату «Натубіотин» у лікуванні хворих на себорейний дерматит.

Матеріали та методи. До дослідження було включено 150 хворих на себорейний дерматит. До контрольної групи увійшли 50 здорових осіб аналогічного віку. Ступінь тяжкості себорейного дерматиту визначали за бальною шкалою, яка включала оцінку інтенсивності еритеми, набряку, мокнуття, екскоріацій, лущення та жирності шкіри. Рівень тривожності вивчали за шкалою самооцінки Спілберґера—Ханіна, рівень невротизації — за методикою діагностики Л.І. Вассермана. Також проводили анкетування за допомогою опитувальника «Шкала Бека для самооцінки тяжкості депресії». Залежно від методу лікування хворих на себорейний дерматит розділили на дві групи: I (дослідну) — 100 пацієнтів, які отримували препарат «Натубіотин» у дозі 5 мг 1 раз на добу протягом 3 міс; II (контрольну) — 50 пацієнтів, яким проводили стандартну терапію.

Результати та обговорення. Додаткове включення препарату «Натубіотин» у схему лікування забезпечило одужання 100 % хворих на себорейний дерматит з локалізацією патологічного процесу на волосистій частині голови та обличчі; лише у 5,3 % пацієнтів з локалізацією процесу на тулубі були відмічені незначне лущення та жирність шкіри. Після проведеного лікування з включенням препарату «Натубіотин» показники бальної оцінки тяжкості себорейного дерматиту у пацієнтів I групи були достовірно кращими, ніж в осіб II групи. Оцінки суб'єктивних ознак у вигляді свербіжів та порушень сну також були достовірно кращими після застосування препарату «Натубіотин». Вітамінотерапія біотином сприяла значному зменшенню вираженості ситуативної тривожності, депресії та невротизації у пацієнтів. Отримані дані свідчать про високу ефективність препарату «Натубіотин» у лікуванні хворих на себорейний дерматит.

Висновки. Перебіг себорейного дерматиту супроводжується високою особистісною та ситуативною тривожністю, підвищеною невротизацією та схильністю до депресії. Терапія із застосуванням препарату «Натубіотин» є обґрунтованою та доцільною, оскільки забезпечує швидкий і довготривалий клінічний ефект, нормалізацію стану шкіри та поліпшення психогенного стану пацієнтів. Отримані результати дають підставу рекомендувати до широкого впровадження в практичну роботу застосування препарату «Натубіотин» для лікування хворих на себорейний дерматит.

Ключові слова

Себорейний дерматит, вітамінотерапія, біотин.

Одним з найпоширеніших патологічних станів у дерматології є себорейний дерматит, частота якого в популяції становить 10–15 %. Пік захворюваності припадає на період 18–40 років, причому чоловіки більше, ніж жінки, схильні до цієї недуги [9, 10, 23].

Незважаючи на таку значну поширеність, етіологію себорейного дерматиту на сьогодні

вивчено недостатньо. Існує велика кількість чинників, пов'язаних з розвитком цього захворювання, і їхня різномірність призвела до суперечностей у поглядах вчених щодо його причин та патогенезу [11, 14, 20].

Це обґрунтовує необхідність подальшого вивчення етіології, патогенезу та клінічних особливостей цієї патології з метою поліпшення

тактики ведення пацієнтів і вибору ефективної терапії.

Початок розвитку себорейного дерматиту пов'язаний із взаємодією нормальної мікрофлори шкіри (особливо роду *Malassezia spp.*), складом ліпідів на поверхні шкіри та індивідуальною сприйнятливістю. Але ані рівень виробленого шкірного сала, ані кількість дріжджоподібних грибів при цьому не є значущими чинниками [11, 16].

За недостатності цинку та наявності імунодефіцитних станів порушуються склад мікробіоти шкіри та імунна реакція на *Malassezia spp.*, що пов'язано зі зниженою відповіддю Т-клітин і активацією комплементу. Наслідком цього є збільшення кількості ненасичених жирних кислот на поверхні шкіри [3, 17, 20].

Роль *Malassezia spp.* також включає використання насичених жирних кислот, що порушує ліпідний баланс на поверхні шкіри. В більшості випадків при цьому порушуються колонізаційні властивості різних біотопів, що пов'язано зі змінами складу нормальної мікрофлори. Це спричиняє колонізацію грибами роду *Malassezia* ділянок шкіри, багатой сальними залозами (передусім голови та тулуба), супроводжується посиленням їхньої патогенності та розвитком запальних реакцій шкіри [16, 18, 22].

Не менш важливою причиною виникнення й хронізації себорейного дерматиту є вітамінна недостатність, особливо біотину, що виникає як через нераціональне харчування, так і внаслідок супутніх соматичних захворювань (передусім травної системи). Відомо, що нестача біотину часто супроводжується прискореним випадінням волосся, емоційною лабільністю та тривожністю, схильністю до депресивних станів, особливо за тяжких та поширених форм себорейного дерматиту [5]. Дефіцит біотину може бути зумовлений як генетичними чинниками, атрофічними процесами в слизовій оболонці шлунка та тонкого кишечника, дисбактеріозом, так і застосуванням антибактеріальних і протисудомних препаратів, незбалансованим харчуванням, тривалим дотриманням дієти, вживанням у їжу сирих яєчних білків, споживанням продуктів, що містять консерванти, похилим віком, періодом вагітності, менопаузальним станом та ін.

Себорейний дерматит маніфестує ураженням шкіри волосистої частини голови з переходом на чоло по лінії росту волосся, в ділянці носогубних складок, на бічних поверхнях носа, завушній ділянці, в зовнішньому слуховому проході, бровах та переніссі. Уражаються й інші ділянки, такі як шкіра грудни та міжлопаткової зони [21, 24]. При цьому частота ураження шкіри обличчя становить близько 88,7 %, волосистої частини

голови — 70,3 %, тулуба — 26,8 %. Найбільш частими клінічними симптомами є лущення, свербіж і почервоніння [16, 25]. Порушення цілісності шкіри за тривалого перебігу себорейного дерматиту може призводити до розвитку вторинної інфекції, наслідком чого є складність вибору оптимальної терапії та торпідність до неї. Естетичні зміни шкіри значним чином впливають на підвищення тривожності та невротизації пацієнтів, призводять до виникнення депресії.

Раціональна терапія, яка сприяє швидкому регресу патологічної симптоматики, досі залишається актуальною проблемою дерматології. З урахуванням етіології та клінічних виявів себорейного дерматиту можна призначати як зовнішні, так і системні лікарські засоби [12, 13, 19].

Підхід до терапії може змінюватися залежно від віку пацієнта, поширення та тяжкості хвороби [9]. Лікування має бути спрямоване на основне захворювання та будь-які його вторинні ознаки, особливо гіперкератотичні лусочки, сухість чи жирність шкіри, запалення та свербіж; сприяти відновленню мікрофлори шкіри, структури та бар'єрних функцій епідермісу [15, 26].

Пацієнтам із себорейним дерматитом необхідно дотримуватись дієти з обмеженим вживанням жирів тваринного походження, копчених продуктів і вуглеводів, що легко засвоюються, екстрактивних речовин, шоколаду, молока, молочних продуктів і йодидів [2, 4, 23].

Усе викладене вище спонукає до пошуку нових підходів до лікування хворих на себорейний дерматит з використанням патогенетично обґрунтованих лікарських засобів.

Саме тому на сьогодні велику зацікавленість викликає можливість вітамінотерапії при себорейному дерматиті. Вітаміни відіграють роль екзогенних регуляторів фізіологічних і метаболічних процесів, необхідних для нормальної діяльності нервової та травної систем, залоз внутрішньої секреції, здорового стану шкіри, профілактики старіння. Вони беруть участь у забезпеченні імунної відповіді та формуванні антиоксидантного потенціалу, відповідають за антиейджинговий ефект [5, 7].

Роль вітамінів у організмі людини загальновідома, оскільки вони беруть участь у забезпеченні багатьох ланок функціонування різних органів і систем організму людини, зокрема й шкіри.

Особливої уваги в дерматологічній практиці заслуговує вітамін Н (біотин). Нашу увагу привернув препарат «Натубіотин», адже він сприяє засвоєнню тканинами іонів бікарбонату й активізує реакції карбоксилювання у складі ферментів, діє як кофермент карбоксилаз, виявляє інсуліно-

подібну дію, зменшує експресію печінкової фосфоенілпіруват-карбооксикінази, сприяє зниженню рівня загального холестерину, β -ліпопротеїдів, піровиноградної кислоти, запобігає розвитку ацидозу. Це своєю чергою віддзеркалюється на стані шкіри — зменшуються прояви себореї, кількість запальних акне та інших гнійно-запальних елементів, зморшкуватість, покращуються тургор та еластичність шкіри, знижується вірогідність розвитку бактеріального та мікотичного ураження. Крім того, біотин нормалізує функціональний стан нервової системи, покращує трофіку тканин, стимулює репаративно-відновні процеси організму, запобігаючи його старінню.

Біотин діє як синергіст інших вітамінів групи В, фолієвої, пантотенової кислот і ціанокобаламіну.

Вітамін Н (біотин, коензим R) відіграє важливу роль у профілактиці дерматологічної патології та естетичних змін шкіри і її додатків. Так, він сприяє усуненню дрібних зморщок, сухості, лущення шкіри, запобігає передчасному посивінню, випадінню й ламкості волосся, зміцнює нігтьові пластини, прискорює ріст волосся та нігтів. Саме тому його називають вітаміном краси. Біотин як джерело сірки чинить виражену антисеборейну дію, має унікальний антикомедогенний ефект, оптимізує діяльність сальних залоз, сприяє нормалізації жирності шкіри, попереджає розвиток фолікулярного гіперкератозу і таким чином впливає на основні патогенетичні механізми себорейного дерматиту.

Усмоктування вільного біотину при застосуванні «Натубіотину» починається вже у верхній частині тонкого кишечника у незміненому вигляді головним чином шляхом дифузії. Результати нещодавно проведених досліджень підкреслюють активний транспортний механізм, який діє за допомогою комплексу «Біотин- Na^+ », що виступає в ролі переносника. Ступінь зв'язування біотину в складі препарату «Натубіотин» з білками плазми крові становить 80 %.

«Натубіотин» характеризується високою біодоступністю, що дає змогу йому здійснювати терапевтичний вплив безпосередньо в шкірі, матриці нігтя та волосній цибулині; він практично не має протипоказань і побічних ефектів; відзначається мінімальний ризик розвитку алергійних реакцій. У разі передозування «Натубіотину» не спостерігається виникнення побічних ефектів, оскільки надлишок біотину виводиться з організму із сечею. Перевагами препарату є відсутність барвників класу Е, впливу на апетит і можливість одночасного призначення разом з іншими лікарськими засобами, зокрема з полівітамінами.

Враховуючи усе викладене вище, ми провели дослідження з метою визначити безпеку та ефективність використання біотину в дерматологічній практиці для лікування хворих на себорейний дерматит.

Мета роботи — визначити клінічну ефективність та безпеку застосування препарату «Натубіотин» у лікуванні хворих на себорейний дерматит.

Матеріали та методи

Під нашим наглядом перебували 150 осіб віком від 18 до 70 років, хворих на себорейний дерматит. До контрольної групи було включено 50 здорових осіб аналогічного віку.

Дослідження було схвалено локальною комісією з питань етики.

Основні критерії включення пацієнтів у дослідження:

- наявність клінічних виявів себорейного дерматиту;
- відсутність проявів шкірних захворювань (контрольна група);
- підписана пацієнтом інформована згода на участь у дослідженні.

Критерії виключення з дослідження:

- наявність інших дерматологічних захворювань;
- відома або передбачувана гіперчутливість до біотину;
- наявність тяжких супутніх захворювань та психічних хвороб;
- відсутність комплаєнсу в застосуванні препарату з боку пацієнта.

Обстежених розділили на дві ідентичні за віком, статтю, стадією та поширеністю патологічного процесу групи: I (дослідну) — 100 пацієнтів, які отримували препарат «Натубіотин» у дозі 5 мг на добу перорально протягом 3 міс; II (контрольну) — 50 осіб, яким проводили традиційну терапію без застосування біотину.

Стандартну терапію хворим на себорейний дерматит проводили згідно з протоколами МОЗ України. Вона включала дотримання дієти, застосування антигістамінних препаратів, натрію тіосульфату, препаратів кальцію, топічних засобів. За наявності супутньої патології призначали симптоматичну терапію.

Усі пацієнти були обстежені згідно з чинними стандартами, що включали клінічні, біохімічні й інструментальні методи.

Ступінь тяжкості себорейного дерматиту оцінювали за бальною шкалою, що включала оцінку інтенсивності еритеми, набряку, мокнуття, екскоріацій, лущення та жирності шкіри. Оцінку здійснювали за балами від 0 до 3 (0 — відсутність симптому, 1 — легкий ступінь вираженості, 2 —

Таблиця 1. Бальна оцінка ступеня тяжкості себорейного дерматиту та його суб'єктивних ознак у хворих після лікування протягом 1 міс (M ± m)

Показник	До лікування	Після лікування	
		Стандартне лікування	Із включенням «Натубіотину»
Оцінка інтенсивності еритеми	2,3 ± 0,2	1,4 ± 0,2*	0,6 ± 0,1* [◊]
Оцінка набряку	2,1 ± 0,3	1,3 ± 0,3	0,6 ± 0,1*
Оцінка мокнуття	1,5 ± 0,2	1,0 ± 0,2	0,2 ± 0,04*
Оцінка екскоріацій	1,5 ± 0,1	1,0 ± 0,1*	0,3 ± 0,05* [◊]
Оцінка лущення	2,4 ± 0,2	1,6 ± 0,1*	0,4 ± 0,1* [◊]
Оцінка жирності шкіри	2,3 ± 0,3	1,7 ± 0,3	0,3 ± 0,07* [◊]
Середнє значення бальної оцінки тяжкості себорейного дерматиту	2,0 ± 0,2	1,3 ± 0,1*	0,4 ± 0,1* [◊]
Оцінка суб'єктивної ознаки у вигляді свербіжів	5,0 ± 0,9	3,1 ± 0,7	1,5 ± 0,4*
Оцінка суб'єктивної ознаки у вигляді порушень сну	1,7 ± 0,3	1,0 ± 0,2	0,1 ± 0,02* [◊]

Примітка. * Достовірна різниця (p < 0,05) до та після лікування; [◊] достовірна різниця (p < 0,05) після лікування між групами з різними схемами лікування. Так само в табл. 2.

середній, 3 — тяжкий). Суб'єктивні ознаки у вигляді свербіжів та порушень сну оцінювали за шкалою від 0 до 10 балів.

Рівень тривожності визначали за шкалою самооцінки Спілберґера—Ханіна [6], рівень невротизації — за методикою діагностики Л.І. Васермана [1]. Крім того, проводили анкетування пацієнтів за допомогою опитувальника «Шкала Бека для самооцінки тяжкості депресії» [8].

Ефективність лікування оцінювали через 1 та 3 міс від початку лікування, а тривожність, депресію та невротизацію визначали перед лікуванням і через 3 міс від його початку.

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 брали рівним 0,05 — різницю між даними вважали достовірною при p < 0,05.

Результати та обговорення

Аналіз клінічних даних показав, що у структурі себорейного дерматиту у 53 пацієнтів шкірний процес локалізувався на обличчі та волосистій частині голови, у 48 — на волосистій частині голови, у 37 — на обличчі, у 12 — на тулубі.

Тривалість захворювання варіювала від 6 міс до 15 років.

Основні причини виникнення у хворих себорейного дерматиту: стресові ситуації — у 48,7 %, захворювання травного тракту — у 26,0 %, шкідливі звички (куріння, зловживання алкоголем) — у 13%, вплив чинників довкілля — у 12,3 %.

Під час дослідження оцінювали безпеку та ефективність препарату «Натубіотин». Усі хворі, які застосовували «Натубіотин», відзначали його хорошу переносність, при цьому небажаних явищ (алергійних, токсичних та інших реакцій) не спостерігали. Не встановлено жодного випадку погіршення перебігу себорейного дерматиту, негативних змін гематологічних і біохімічних показників.

Через 1 міс від початку терапії було проведено клінічну оцінку результатів лікування пацієнтів із себорейним дерматитом (табл. 1).

Із табл. 1 видно, що у пацієнтів обох груп протягом 1 міс лікування покращувалася бальна оцінка тяжкості захворювання. В групі, яка додатково отримувала препарат «Натубіотин», показники були достовірно кращими, ніж в осіб, яким проводили лише стандартну терапію. У 93 % пацієнтів групи, яка додатково отримувала «Натубіотин», через 1 міс від початку лікування вже не було клінічних виявів себорейного дерматиту. Слід зазначити, що позитивний ефект отримано у пацієнтів з різною локалізацією процесу, що свідчить про якісні зміни тяжкості себорейного дерматиту у пацієнтів залежно від проведеного лікування.

Таблиця 2. Бальна оцінка ступеня тяжкості себорейного дерматиту та суб'єктивних ознак у хворих після лікування протягом 3 міс (M ± m)

Показник	До лікування	Після лікування	
		Стандартне лікування	Із включенням «Натубіотину»
Оцінка інтенсивності еритеми	2,3 ± 0,2	0,6 ± 0,1*	0,0 ± 0,0* ^o
Оцінка набряку	2,1 ± 0,3	0,7 ± 0,2*	0,0 ± 0,0*
Оцінка мокнугтя	1,5 ± 0,2	0,2 ± 0,1*	0,0 ± 0,0* ^o
Оцінка екскоріацій	1,5 ± 0,1	0,4 ± 0,1*	0,0 ± 0,0* ^o
Оцінка лущення	2,4 ± 0,2	0,9 ± 0,2*	0,1 ± 0,04* ^o
Оцінка жирності шкіри	2,3 ± 0,3	1,1 ± 0,2*	0,1 ± 0,03* ^o
Середнє значення бальної оцінки тяжкості себорейного дерматиту	2,0 ± 0,2	0,65 ± 0,1*	0,03 ± 0,01* ^o
Оцінка суб'єктивної ознаки у вигляді свербіжів	5,0 ± 0,9	1,5 ± 0,3*	0,0 ± 0,0* ^o
Оцінка суб'єктивної ознаки у вигляді порушень сну	1,7 ± 0,3	0,5 ± 0,1*	0,0 ± 0,0* ^o

Через 3 міс від початку лікування позитивний клінічний результат отримано в обох групах (табл. 2).

Як видно з табл. 2 та рис. 1–3, через 3 міс від початку лікування у пацієнтів обох груп отримано позитивний клінічний результат. Додаткове включення препарату «Натубіотин» у схему лікування себорейного дерматиту забезпечило одужання 100 % пацієнтів із локалізацією патологічного процесу на волосистій частині голови та обличчі, і лише у 5,3 % осіб з локалізацією себорейного дерматиту на тулубі відмічали незначне лущення та жирність шкіри. Після проведеного лікування з включенням препарату «Натубіотин» показники бальної оцінки тяжкості себорейного дерматиту були достовірно кращими, ніж у групі стандартної терапії. Оцінка суб'єктивних ознак у вигляді свербіжів та порушень сну також була достовірно кращою (див. табл. 2). Отримані дані свідчать про високу ефективність лікування хворих на себорейний дерматит препаратом «Натубіотин».

Оскільки в етіології себорейного дерматиту провідну роль відіграє нейрогенний чинник, було проведено дослідження стану тривожності, невротизації та депресії серед пацієнтів (табл. 3).

Інтерактивний показник ситуативної тривожності в осіб контрольної групи був на верхній межі нормальних значень (41,7 ± 0,84), у 17,3 % він перевищував значення, характерні для високої тривожності (> 45), що вказує на негативний вплив темпу життя суспільства на розвиток тривожності в обстежених осіб.

Середній показник ситуативної тривожності у хворих на себорейний дерматит достовірно перевищував межу нормального значення (46,2 ± 0,61), а у 61,4 % показник ситуативної тривожності був високим. Це свідчить про те, що хворим на себорейний дерматит властива підвищена ситуативна тривожність.

Важливою є оцінка особистісної тривожності, яка формується на ранніх етапах розвитку і відображає базову рису особистості. У хворих на себорейний дерматит інтегральна оцінка особистісної тривожності була достовірно вищою (47,1 ± 0,67), ніж у здорових осіб (43,2 ± 1,12). Достовірна різниця між хворими та здоровими отримана не лише за інтегральним показником, а й за окремими показниками, що характеризують особистісну тривожність, при цьому у 63,0 % хворих була висока особистісна тривожність. Серед здорових осіб високу особистісну тривожність відзначено лише у 31,5 %.

Отже, можна стверджувати, що хворим на себорейний дерматит притаманна особистісна тривожність. Потрапляючи в стресові ситуації, вони неадекватно реагують на чинники довкілля, що призводить до психічного напруження і змін у діяльності нервової системи.

Отримавши позитивний клінічний ефект у процесі лікування хворих на себорейний дерматит, ми оцінили вплив терапії на ситуативну тривожність. Результати свідчать, що через 3 міс від початку лікування на тлі поліпшення клінічної картини та одужання знижується й ситуативна тривожність хворих обох груп із себорейним дерматитом, хоча вона і не відповідає результа-



Рис. 1. Пацієнтка Н., 40 років. Себорейний дерматит

А — до початку лікування; Б — після курсу лікування із застосуванням препарату «Натубіотин».



Рис. 2. Пацієнт Р., 19 років. Себорейний дерматит

А — до початку лікування; Б — після курсу лікування із застосуванням препарату «Натубіотин».

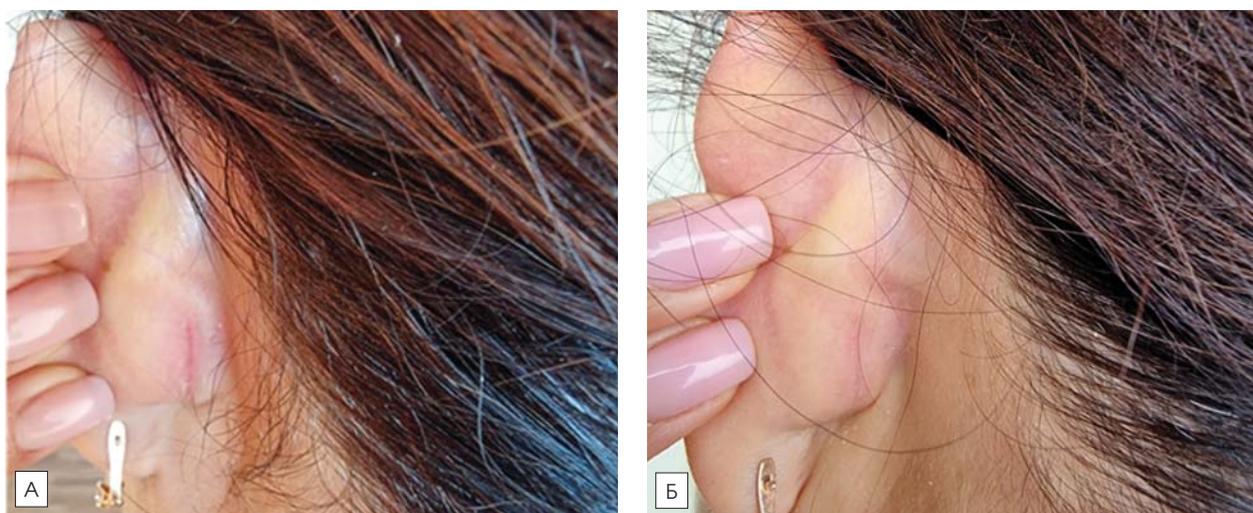


Рис. 3. Пацієнтка Р., 35 років. Себорейний дерматит

А — до початку лікування; Б — після курсу лікування із застосуванням препарату «Натубіотин».

Таблиця 3. Показники ситуативної тривожності, депресії та невротизації у хворих на себорейний дерматит після лікування протягом 3 міс (M ± m)

Показник, бал	Контрольна група	Хворі на себорейний дерматит		
		До лікування	Після стандартного лікування	Після лікування з включенням «Натубіотину»
Ситуативна тривожність, бали	41,4 ± 0,59	47,7 ± 0,83*	44,7 ± 0,76**	42,1 ± 0,70 [#]
Невротизація, бали	7,5 ± 0,37	14,8 ± 0,49*	11,8 ± 0,58**	9,1 ± 0,86 [#]
Депресія, бали	6,4 ± 0,23	12,4 ± 0,57*	9,7 ± 0,70**	7,0 ± 0,58 [#]

Примітка. * Достовірна різниця (p < 0,05) при порівнянні з відповідними показниками у групі здорових; # Достовірна різниця (p < 0,05) до та після лікування; ** Достовірна різниця (p < 0,05) після лікування між групами з різними схемами лікування.

там, отриманим у здорових осіб. У хворих, яким проводили стандартне лікування, динамічні зміни не мали статистичної різниці і залишались достовірно гіршими, ніж у здорових.

Кращі результати оцінки ситуативної тривожності отримані у хворих, які використовували препарат «Натубіотин»: встановлено достовірну різницю між результатами після лікування в цій групі та групі порівняння. Середня оцінка стану ситуативної тривожності в підгрупі, яка отримувала препарат «Натубіотин», через 3 міс від початку лікування була нижчою (42,1 ± 0,70), ніж у підгрупі стандартного лікування (44,7 ± 0,76).

Крім того, у хворих на себорейний дерматит відзначався достовірно вищий рівень невротизації порівняно з таким у здорових осіб контрольної групи. Схильність до невротизації створює сприятливе підґрунтя для розвитку себорейного дерматиту, а естетичні зміни зовнішності при цьому провокують зростання рівня невротизації. Таким чином, виникає замкнене коло, в якому невротизація та себорейний дерматит посилюють один одного. Як видно з табл. 3, розірвати таке патологічне коло можливо завдяки застосуванню «Натубіотину». З одного боку, він сприяє усуненню клінічних проявів себорейного дерматиту, а з іншого — покращує нейрогенні функції організму, що зумовлює зниження невротизації. Так, у пацієнтів, які використовували препарат «Натубіотин» у схемі лікування себорейного дерматиту, через 3 міс від його початку відзначено статистично достовірно нижчий рівень невротизації порівняно з таким як у хворих до лікування, так і в групі стандартної терапії. Рівень невротизації пацієнтів через 3 міс використання препарату «Натубіотин» наближався до значення у здорових осіб контрольної групи і не мав достовірних відмінностей.

Аналогічна тенденція відзначалась в обстежених і за рівнем депресії. Важливо пам'ятати, що

депресія є однією з ознак дефіциту біотину. Корекція рівня біотину сприяє зменшенню проявів депресії у пацієнтів (див. табл. 3). У хворих на себорейний дерматит, які протягом 3 міс застосовували препарат «Натубіотин», не було ознак депресії, її бальна оцінка не мала достовірних відмінностей від такої у здорових осіб контрольної групи. В той же час пацієнти, які проходили лише стандартний курс лікування себорейного дерматиту, мали статистично достовірно вищу бальну оцінку рівня депресії. Ці дані свідчать про необхідність включення біотину до схеми лікування себорейного дерматиту.

Отже, результати проведеного нами дослідження із застосуванням препарату «Натубіотин» підтверджують його безпеку та ефективність у лікуванні хворих на себорейний дерматит. Отримані дані доводять доцільність 3-місячного терапевтичного курсу використання препарату «Натубіотин» у дерматологічній практиці при себорейному дерматиті.

Висновки

Перебіг себорейного дерматиту супроводжується високою особистісною та ситуативною тривожністю, підвищеною невротизацією та схильністю до депресії.

Терапія себорейного дерматиту із застосуванням препарату «Натубіотин» є обґрунтованою та доцільною, оскільки забезпечує швидкий і довготривалий клінічний ефект, нормалізацію стану шкіри та поліпшення психогенного стану пацієнтів.

Отримані результати дають підставу рекомендувати до широкого впровадження в практичну роботу препарату «Натубіотин» для лікування хворих на себорейний дерматит.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності застосування біотину у лікуванні хворих на інші дерматози.

Список літератури

- Астахов ВМ, Бацьлева ОВ, Пузь ІВ. Методи психодіагностики індивідуально-психологічних особливостей жінок в акушерсько-гінекологічній клініці. Под общей ред. ВМ Астахова. Донець: Норд-Пресс. 2010. 199 с.
- Біловол АМ, Ткаченко СГ. Медична косметологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. Вінниця: Нова Книга; 2012. 383 с.
- Білозоров ОП, Зуєва МІ, Частій ТВ. Показники сенситивності до антигенів умовно-патогенних грибів *Malassezia* і *Candida* у хворих на алергодерматози з мутаціями гена філагрину. *Дерматологія та венерологія*. 2011;4(54):7-1.
- Дерматологія, венерологія: підручник. За ред. ВІ Степаненка. К.: КІМ; 2012. 848 с.
- Резніченко НЮ, Резніченко ЮГ, Резніченко ГІ, Пашенко ІВ. Вітамінпрофілактика та вітамінотерапія мешканців промислових центрів. К.: ТОВ «Людопринт Україна»; 2013. 108 с.
- Ханин ЮЛ. Краткое руководство к применению шкалы реактивной тревожности Ч.Д. Спилбергера. НИИ ФК; 1976. 18 с.
- Ames BN, Atamna H, Killilea DW. Mineral and vitamin deficiencies can accelerate the mitochondrial decay of aging. *Molecular Aspects of Medicine*. 2005;26(4-5):363. doi: 10.1016/j.mam.2005.07.007.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An Inventory for Measuring Depression. *Arch General Psychiatry*. 1961;4:561-571.
- Augustin M, Kirsten N, Körber A, et al. Prevalence, predictors and comorbidity of dry skin in the general population. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33(1):147-150. doi: 10.1111/jdv.15157.
- Borda LJ, Wikramanayake TC. Seborrheic Dermatitis and Dandruff: A Comprehensive Review. *J Clin Investig Dermatol*. 2015;3(2):10. doi: 10.13188/2373-1044.1000019.
- Clark GW, Pope SM, Jaboori KA. Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis. *Am Fam Physician*. 2015;91:185-190. PMID: 25822272.
- Das A, Panda S. Use of Topical Corticosteroids in Dermatology: An Evidence-based Approach. *Indian J Dermatol*. 2017 May-Jun;62(3):237-250. doi: 10.4103/ijid.IJD_169_17.
- 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;56(1):80-85. doi: 10.1111/ijd.13408.
- Dessinioti C, Katsambas A. Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments: facts and controversies. *Clin Dermatol*. 2013;31(4):343-51. doi: 10.1016/j.clindermatol.2013.01.001.
- Gupta AK, Versteeg SG. Topical Treatment of Facial Seborrheic Dermatitis: A Systematic Review. *Am J Clin Dermatol*. 2017 Apr;18(2):193-213. doi: 10.1007/s40257-016-0232-2.
- Hald M, Arendrup MC, Svejgaard EL, et al. Evidence-based Danish guidelines for the treatment of *Malassezia* – related skin diseases. *Acta Derm Venereol*. 2015 Jan;95(1):12-9. doi: 10.2340/00015555-1825.
- Honnarav P, Chakrabarti A, Prasad GS, Singh P, Dogra S, Rudramurthy SM. β -Endorphin enhances the phospholipase activity of the dandruff causing fungi *Malassezia globosa* and *Malassezia restricta*. *Med Mycol*. 2017;55(2):150-154. doi: 10.1093/mmy/myw058.
- Kamamoto CSL, Nishikaku AS, Gompertz OF, Melo AS, Hassun KM, Bagatin E. Cutaneous fungal microbiome: *Malassezia* yeasts in seborrheic dermatitis scalp in a randomized, comparative and therapeutic trial. *Dermatoendocrinol*. 2017;9(1):1361573. doi: 10.1080/19381980.2017.1361573.
- Okokon E, Verbeek JH, Ruotsalainen JH, Ojo OA, Bakhoya VN. Topical antifungals for seborrheic dermatitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 May 2;(5):CD008138. doi: 10.1002/14651858.CD008138.pub3.
- Paulino LC. New perspectives on dandruff and seborrheic dermatitis: lessons we learned from bacterial and fungal skin microbiota. *Eur J Dermatol*. 2017;27:4-7. doi: 10.1684/ejd.2017.3038.
- 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. doi: 10.1016/j.clindermatol.2013.05.032.
- Ruiz-Arriaga LF, Arenas R, Vega-Sánchez DC, Asz-Sigall D, Martínez-Velazco MA. Dermatitis: Three Novel Trichoscopic Signs and Its Correlation to *Malassezia* sp. Colonization. *Skin Appendage Disord*. 2019;5:288-292. doi: 10.1159/000497782.
- Sanders MGH, Pardo LM, Ginger RS, Kiefte-de Jong JC, Nijsten TJ. Association between Diet and Seborrheic Dermatitis: A Cross-Sectional Study. *Invest Dermatol*. 2019;139(1):108-114. doi: 10.1016/j.jid.2018.07.027.
- Schwartz JR, Messenger AG, Tosti A, et al. A comprehensive pathophysiology of dandruff and seborrheic dermatitis – towards a more precise definition of scalp health. *Acta Derm Venereol*. 2013;93(2):131-7. doi: 10.2340/00015555-1382.
- Victoire A, Magin P, Coughlan J, van Driel ML. Interventions for infantile seborrheic dermatitis (including cradle cap). *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Mar 4;3(3):CD011380. doi: 10.1002/14651858.CD011380.pub2.
- 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;175(2):417-21.4. doi: 10.1111/bjd.14501.

N.Yu. Reznichenko¹, G.I. Reznichenko¹, S.A. Smiian², Yu.G. Reznichenko¹

¹Zaporizhzhia State Medical-Pharmaceutical University

²Sumy State University

Seborrheic dermatitis: unique possibilities of vitamin therapy

In practical dermatology, the problem of seborrheic dermatitis is actively considered as the most common pathological condition among the population

Objective – to study the clinical effectiveness and safety of the use of the Natubiotin drug in the treatment of patients with seborrheic dermatitis.

Materials and methods. 150 patients with seborrheic dermatitis were included in the study. The control group included 50 healthy people of the same age. The severity of seborrheic dermatitis was determined using a scoring scale that included evaluation of the intensity of erythema, swelling, wetting, excoriations, peeling, and fattiness of the skin. The level of anxiety was estimated according to the Spielberger–Khanin self-esteem scale, the level of neuroticism – according to the diagnostic method of L.I. Wasserman. A survey was also conducted using the Beck scale for self-assessment of the severity of depression. Depending on the method of treatment, patients with seborrheic dermatitis were divided into two groups: I (experimental) –

100 patients who received *Natubiotin* drug in a dose of 5 mg once a day for 3 months; II (control) – 50 patients who underwent standard therapy.

Results and discussion. Additional inclusion of *Natubiotin* drug in the treatment regimen of seborrheic dermatitis ensured the recovery of 100 % patients with localization of the pathological process on the scalp and face. Only 5.3 % of patients with localization of seborrheic dermatitis on the trunk had slight scaling and fattiness of the skin. After the treatment with the inclusion of *Natubiotin* drug, the indicators of the point assessment of the severity of seborrheic dermatitis in patients of group I were significantly better than in group II that received standard therapy. The assessment of subjective symptoms such as itching and sleep disturbances were also significantly better after using *Natubiotin*. Vitamin therapy with biotin contributed to a significant reduction of state anxiety, depression and neuroticism in patients. The obtained data indicate the high effectiveness of *Natubiotin* for the treatment of seborrheic dermatitis.

Conclusions. The course of seborrheic dermatitis is accompanied by high personal and state anxiety, increased neuroticism and tendency to depression. Therapy of seborrheic dermatitis with the use of *Natubiotin* is justified and appropriate, as it provides a quick and longlasting clinical effect, normalization of the skin condition and improvement of the psychogenic state of patients. The obtained results give reason to recommend the widespread use of *Natubiotin* drug for the treatment of seborrheic dermatitis.

Keywords: seborrheic dermatitis, vitamin therapy, biotin. □

Дані про авторів:

Резніченко Наталія Юріївна, д. мед. н., проф. кафедри дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини
<http://orcid.org/0000-0002-5448-7833>
69065, м. Запоріжжя, вул. Дудикіна, 9
E-mail: n.reznichenkog@gmail.com

Резніченко Галина Іванівна, д. мед. н., проф. кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини
<http://orcid.org/0000-0002-5721-622X>

Сміян Світлана Анатоліївна, к. мед. н., доц. кафедри акушерства, гінекології та планування сім'ї
<http://orcid.org/0000-0002-7679-2302>

Резніченко Юрій Григорович, д. мед. н., проф. кафедри госпітальної педіатрії
<https://orcid.org/0000-0003-1534-0326>