

17. Страчунский Л. С. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Л. С. Страчунский, Ю. Б. Белоусова, С. Н. Козлова. М., 2002. С. 115–116.

18. Богданович Т. М., Страчунский Л. С. Мупироцин: уникальный антибиотик для местного применения // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 1999. № 1. С. 57–65.

Translit

1. Charles J., Pan Y., Miller G. Aust Fam Physician // Eczema. 2011. № 40 (7). P. 467.

2. Sohn A., Frankel A., Patel R. V., Goldenberg G. Eczema // Mt. Sinai J. Med. 2011. № 78 (5). P. 730–739.

3. Shams K., Grindlay D. J., Williams H. C. What's new in atopic eczema? An analysis of systematic reviews published in 2009–2010 // Clin. Exp. Dermatol. 2011. № 36 (6). P. 573–577.

4. Kubanova A. A. Znachenie narushenij immunologicheskoy reaktivnosti, sootnosheniya urovnja ciklicheskih nukleotidov i prostaglandinov v patogenezе kliniki istinnoy jekzemy i terapevticheskaja korekciya: avtoref. dis.... d-ra med. nauk. M., 1986. 56 s.

5. Eczema and food allergy in an Italian pediatric cohort: no association with TLR-2 and TLR-4 polymorphisms / E. Galli, A. Ciucci, S. [et al.] // Int. J. Immunopathol. Pharmacol. 2010. № 23 (2). P. 671–675.

6. Filaggrin null mutations associate with increased frequencies of allergen-specific CD4+ T-helper 2 cells in patients with atopic eczema / T. McPherson, V. J. Sherman, A. Aslam [et al.] // Br. J. Dermatol. 2010. № 163 (3). P. 544–549.

7. Werfel T. Classification, trigger factors and course of chronic hand eczema // MMW Fortschr. Med. 2009. № 151 (19). P. 31–34.

8. Tanaka T., Satoh T., Yokozeki H. Dental infection associated with nummular eczema as an overlooked focal infection // J. Dermatol. 2009. № 36 (8). P. 462–465.

9. High circulating immunoglobulin A levels in infants are associated with intestinal toxigenic Staphylococcus aureus and a lower frequency of eczema / A. C. Lundell, B. Hesselmar, I. Nordström [et al.] // Clin. Exp. Allergy. 2009. № 39 (5). P. 662–670.

10. Lawton S. Assessing and treating adult patients with eczema // Nurs. Stand. 2009. № 23 (43). P. 49–56/

11. Staphylococcus aureus and hand eczema severity / P. Haslund, N. Bangsgaard, J. O. Jarlöv [et al.] // Br. J. Dermatol. 2009. № 161 (4). P. 772–777.

12. Stollery N. Eczema // Practitioner. 2009. № 253 (1717). P. 33–35.

13. Dermatovenerologija / pod. red. A. A. Kubanovoj. M.: DJeKS-Press, 2010. 428 s. (Klinicheskie rekomendacii / Rossijskoe obwstwo dermatovenerologov).

14. Eczema, birth order, and infection / Hughes A. M., Crouch S., Lightfoot T. [et al.] // Am. J. Epidemiol. 2008. № 167 (10). P. 1182–1187.

15. Chang C., Keen C. L., Gershwin M. E. Treatment of eczema // Clin. Rev. Allergy Immunol. 2007. № 33 (3). P. 204–225.

16. Gluhenkij B. T. Lechenie pacientov s gnojnichkovymi zabolovanijami kozhi maz'ju «Baktroban» (Mupirocin) // Ukr. Med. Chasopis. 1999. № 4 (12). S. VII–VIII.

17. Strachunskij L. S. Prakticheskoe rukovodstvo po antiinfekcionnoj himioterapii / L. S. Strachunskij, Ju. B. Belousova, S. N. Kozlova. M., 2002. S. 115–116.

18. Bogdanovich T. M., Strachunskij L. S. Mupirocin: unikal'nyj antibiotik dlja mestnogo primenenija // Klinicheskaja mikrobiologija i antimikrobnaja himioterapija. 1999. № 1. S. 57–65.

УДК 616.5

Оригинальная статья

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АКНЕ МАЛЫМИ ДОЗАМИ СИСТЕМНЫХ РЕТИНОИДОВ

А. Л. Бакулев — ГБОУ ВПО Саратовского ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук; **С. С. Кравченко** — ГБОУ ВПО Саратовского ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий отделением клиниккожных и венерических болезней, кандидат медицинских наук.

EFFICIENCY OF ACNE THERAPY WITH SMALL DOSES OF SYSTEMIC RETINOIDS

A. L. Bakulev — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **S. S. Kravchenya** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Candidate of Medical Science, Assistant.

Дата поступления — 29.05.2012 г.

Дата принятия в печать — 04.06.2012 г.

Бакулев А. Л., Кравченко С. С. Эффективность терапии больных акне малыми дозами системных ретиноидов // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 600–603.

Цель: изучить эффективность и безопасность применения изотретиноина (Роаккутана) в режиме «малых доз» у больных рецидивирующими акне средней степени тяжести. **Методы.** Наблюдали 40 больных с акне в возрасте от 18 до 27 лет. Для оценки тяжести и распространенности заболевания использовали Acne Dermatology Index (ADI), учитывающий число комедонов, папул, пустул, узлов у обследуемого субъекта. После окончания 3-месячного курса монотерапии изотретиноином проводили проспективное наблюдение за пациентами в течение шести месяцев. **Результаты.** Изучаемые лабораторные показатели у всех пациентов (в частности, АСТ, АЛТ, триглицериды) к моменту окончания трехмесячного курса терапии изотретиноином (Роаккутаном) были сопоставимы с контрольными значениями. **Заключение.** Применение «мягкого» режима дозирования изотретиноина (Роаккутана) у больных среднетяжелыми формами акне является весьма целесообразным.

Ключевые слова: акне, изотретиноин, системные ретиноиды

Bakulev A. L., Kravchenya S. S. Efficiency of acne therapy with small doses of systemic retinoids // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 2. P. 600–603.

The study aimed to research an efficiency and safety of isotretinoin usage in small doses in patients with recurrent acne of moderate severity. **Materials and methods** 40 patients (18–27 years) with acne were examined (25 women). All of the patients have had different therapy earlier. To estimate the severity and prevalence of the disease Acne Dermatology Index (ADI) was used. All the patients were ordered isotretinoin (Roaccutane) at a standard dose of 10 mg per day for 3 months. Concentrations of triglycerides, cholesterol, ALT and AST in blood serum have been researched before and during the isotretinoin therapy. After 3-months isotretinoin monotherapy there was a prospective 6-months observation. There have been 40 healthy people examined in a control group. **Results.** After 3 months of isotretinoin therapy comedones, papules, pustules disappeared in most of the patients, ADI ran to 0,6±0,01 (p<0,001). Isotretinoin in the whole is tolerable, side effects were minimal. By the end of a 3-months therapy laboratory ranges (AST, ALT, triglycerides, etc.) have become comparable with control parameters. **Conclusion.** Small

doses of isotretinoin can quickly solve the problem of an eruption in patients with acne of moderate severity, prevent a recurrence, minimize side effects risk.

Key words: acne, isotretinoin, systemic retinoids.

Введение. Акне является широко распространенным дерматозом, основную роль в генезе которого играет наследственная предрасположенность, определяющая количество, величину и повышенную чувствительность рецепторов клеток сальных желез к мужскому половому гормону тестостерону и его метаболитам [1, 2].

Иницирующим этапом развития акне является формирование ретенционного гиперкератоза в области устья волосяного фолликула. Гиперандрогения ведет к гиперплазии и гиперсекреции сальных желез. Гиперкератоз и избыточное образование кожного сала приводят к обтурации выводного протока сальной железы и формированию комедона [3, 4]. В создавшихся анаэробных условиях происходит гиперколонизация *Propionibacterium acnes* в себопилюментарных образованиях. Несмотря на ключевое значение данного микроорганизма, стафилококки также участвуют в развитии воспалительного процесса в области сальных желез. Рост бактерий инициирует развитие воспалительного процесса, формируя воспалительные элементы угревой сыпи — папулы, пустулы, узлы или кисты. Рецидивирующие разрывы кист с их последующей реэпителизацией приводят к образованию эпителиальных ходов, которые часто сопровождаются обезображивающими рубцами.

Тяжелые формы акне, а также склонность заболевания к рецидивирующему течению, как правило, обусловлены генетически. В этой связи традиционная терапия антибиотиками, топическими средствами, а также различные косметические воздействия не позволяют добиться стойкого терапевтического результата. Нередко применение топических средств (местно действующих ретиноидов и антибиотиков, азелаиновой кислоты, комбинированных препаратов) оказывается весьма эффективным непосредственно в процессе лечения больных. Однако частые рецидивы заболевания на фоне стандартной терапии не только способствуют формированию постакне, но и оказывают неблагоприятное психологическое воздействие на пациентов подросткового возраста, приводят к формированию дисморфофобии, депрессии, а в ряде случаев — суицидальным мыслям.

Системные ретиноиды являются эффективными терапевтическими средствами при тяжелых формах акне, неэффективности антибактериальных препаратов, при формировании гипертрофических и келоидных рубцов [5–8].

В последние годы дерматовенерологи стали чаще применять препараты данной группы в лечении больных акне. Связано это с накопившимся опытом их применения в реальной клинической практике в России, а также появившейся уверенностью специалистов в высокой безопасности системных ретиноидов при длительном применении у лиц с тяжелыми формами акне.

Немаловажное значение в популярности изотретиноина играет универсальный механизм его действия, позволяющий оказывать благоприятное влияние на все четыре компонента патогенеза акне. Изотретиноин способен подавлять продукцию кож-

ного сала на 80%; эффективно уменьшать явления фолликулярного гиперкератоза; препятствовать росту анаэробных бактерий; уменьшать воспаление сальных желез и волосяных фолликулов [9, 10].

Более того, при использовании стандартных доз и схем приема изотретиноин индуцирует длительную ремиссию заболевания либо приводит к стойкому излечению пациентов [11–13].

Вместе с тем в 2010 г. Экспертный совет Российского общества дерматовенерологов счел целесообразным рекомендовать практикующим врачам новую стратегию ведения пациентов со среднетяжелыми формами заболевания на основе использования режима «малых доз» изотретиноина [14, 15]. Прежде всего данная стратегия направлена на ведение пациентов, страдающих рецидивирующими акне средней степени тяжести, у которых наблюдался неплохой терапевтический результат от применения топических средств, но процесс возобновлялся вновь после отмены топической терапии. В таких случаях инициальная доза препарата должна рассчитываться либо в интервале 0,1–0,15–0,3 мг/кг/сут. в перманентном (ежедневно) или интермиттирующем (через день) режимах приема, либо назначаться в стандартной дозе 10 мг в сутки независимо от массы тела с последующим ступенчатым снижением (через 1 месяц — до 5 раз в неделю; еще через месяц — до 3 раз в неделю, еще через месяц — до 2 раз в неделю; еще через месяц — до одного раза в неделю). Продолжительность лечения изотретиноином по схеме «малых доз» в среднем не должна превышать от 3 до 6 месяцев. С практической точки зрения важным преимуществом данной методики использования изотретиноина является отсутствие необходимости расчета суммарной курсовой дозы лекарственного препарата.

Цель: изучить эффективность и безопасность применения изотретиноина (Роаккутана) в режиме «малых доз» у больных рецидивирующими акне средней степени тяжести.

Методы. Наблюдали 40 больных с акне в возрасте от 18 до 27 лет (женщин 25 (62,5%); мужчин 15 (37,5%)). У всех участников исследования акне манифестировали в пубертатном возрасте.

Критериями включения в исследование являлись следующие: наличие среднетяжелых акне; хороший терапевтический эффект от проведения двух или более курсов адекватной топической терапии заболевания с последующими рецидивами акне; подписание информированного согласия на участие в исследовании.

Критериями исключения были: наличие в анамнезе указаний на проведение терапии системными ретиноидами, антиандрогенными препаратами; факт применения системных антибиотиков либо топических ретиноидов в течение последних трех месяцев; наличие клинически значимых изменений со стороны гематологического и (или) биохимического анализа крови; наличие легкой или тяжелой форм акне; наличие беременности; наличие хронической печеночной недостаточности или синдрома Жильбера.

На коже регистрировали преимущественно воспалительные эфлоресценции в виде множественных папул и папулопустулярно-розового цвета, мелких размеров (до 0,5 см в диаметре) с неровными очертаниями, слегка возвышающиеся над поверхно-

Ответственный автор — Бакулев Андрей Леонидович.
Адрес: 410028, Саратов, ул. Провиантская, 22.
Тел.: (8452) 223 855.
E-mail: al_ba05@mail.ru

стью кожи. В 8 (20%) случаев также визуализировались единичные узлы (кисты).

На этом фоне у всех больных констатировали выраженную себорею, а также наличие невоспалительных форм акне — открытых и закрытых комедонов.

Несмотря на длительный анамнез акне, у наблюдавшихся лиц на коже не было рубцов и других последствий.

У 32 (80%) наблюдавшихся лиц с акне процесс на коже ограничивался кожей лица. В 8 (20%) случаев множественные папулопустулезные элементы также локализовались в верхней трети груди и спины.

Все пациенты ранее получали различные виды терапии. Системные антибиотики получали 18 (45%) пациентов в сроки более трех месяцев до участия в исследовании. Топические ретиноиды ранее использовали 26 (65%) наблюдавшихся; препараты азелаиновой кислоты — соответственно 11 (27,5%); топические средства с антибактериальным действием — 35 (87,5%); комбинированные препараты — 19 (47,5%). Примечательно, что по рекомендации специалистов все 40 наблюдавшихся лиц ранее использовали другие различные топические средства, которые с точки зрения доказательной медицины вообще неэффективны при акне.

Уход за кожей лица у 16 (40%) больных с акне был неадекватным и состоял в многократном применении в течение дня различных «очищающих» гелей, скрабов, а также спиртосодержащих средств, способствовавших дополнительному раздражению кожного покрова. Напротив, 5 (12,5%) участников исследования вообще не проводили каких-либо мероприятий по гигиеническому уходу за жирной или сухой кожей в себорейных зонах.

Для оценки тяжести и распространенности заболевания использовали Acne Dermatology Index (ADI), учитывающий число комедонов, папул, пустул, узлов у обследуемого субъекта.

Всем больным назначали изотретиноин (Роаккутан), производитель — «Ф. Хоффман-Ля-Рош Лтд», Швейцария, в стандартной дозе 10 мг/сутки в течение трех месяцев.

Содержание триглицеридов, холестерина, АЛТ, АСТ в сыворотке крови наблюдавшихся лиц с акне исследовали до начала лечения изотретиноином (Роаккутаном), а также в процессе терапии «малыми дозами» препарата 1 раз в месяц в течение трех месяцев. В качестве группы контроля обследовано 40 здоровых лиц.

После окончания 3-месячного курса монотерапии изотретиноином проводили проспективное наблюдение за пациентами в течение шести месяцев.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов до лечения нами констатировано наличие на спине, груди, лице множества милиарных и лентикулярных папул конической формы, ярко-розового цвета, пустул с напряженной крышкой, мутноватым содержимым, единичных узлов багрово-синюшного цвета, плотноватой консистенции, без признаков флуктуации, ассоциированное с увеличением индекса ADI до $9,7 \pm 0,5$.

К седьмому дню от начала терапии изотретиноином (Роаккутаном) у 25 больных (62,5%) зарегистрировано развитие своеобразной реакции обострения дерматоза, манифестирующейся появлением свежих узелков и милиарных гнойничков на лице и спине. Однако уже на 14-й день лечения у всех пациентов, получавших изотретиноин (Роаккутан), нами зафиксировано отчетливое уменьшение признаков себореи. Через 3–4 недели от начала приема изотретиноина (Роаккутана) отмечена выраженная позитивная динамика со стороны кожного патологическо-

го процесса (папулы уплощались, блекли, гнойнички ссыхались в корочки, узлы уменьшались в размерах), что сопровождалось статистически достоверным снижением величины индекса ADI до $5,1 \pm 0,1$ ($p < 0,001$). Ко второму месяцу терапии изотретиноином (Роаккутаном) данный показатель еще более снизился, до $3,1 \pm 0,1$ ($p < 0,001$), клинически отражая исчезновение комедонов, уменьшение количества узлов, папулезных и полным исчезновением пустулезных эфлоресценций. Через 3 месяца от начала лечения изотретиноином (Роаккутана) у подавляющего большинства больных полностью разрешились комедоны, папулы, пустулы, а величина индекса ADI достигла $0,6 \pm 0,01$ ($p < 0,001$).

Спустя полгода от начала терапии изотретиноином (Роаккутаном) нам удалось проспективно оценить состояние кожного процесса у 38 пациентов (двое больных по личным причинам были из группы наблюдения). Так, у 36 наблюдаемых нами лиц признаков себореи и акне отмечено не было, величина индекса ADI равнялась нулю. Лишь у двух больных зарегистрированы единичные лентикулярные, бледно-розового цвета узелковые эфлоресценции на спине на фоне полного отсутствия пустул, комедонов, узлов и явлений себореи (индекс ADI = $2,4 \pm 0,1$).

Нами также установлено, что изотретиноин (Роаккутан) в целом хорошо переносился больными, а побочные эффекты по своей выраженности и спектру были минимальными. Так, у всех пациентов (100%) на 7–14-й день лечения развивался хейлит. У 18 больных (45%) констатировано наличие ретиноидного дерматита лица, у 22 пациентов (55%) сухость слизистой оболочки полости носа. Названные побочные явления не требовали отмены изотретиноина (Роаккутана), легко и быстро купировались назначением увлажняющих средств, в частности препарата «Клобейз».

Изучаемые лабораторные показатели у всех пациентов (в частности, АСТ, АЛТ, триглицериды) к моменту окончания трехмесячного курса терапии изотретиноином (Роаккутаном) были сопоставимы с контрольными значениями. У двух больных нами констатировано повышение содержания концентрации холестерина в крови, однако достоверных различий с группой контроля получено не было ($p > 0,05$).

Выводы:

Применение «мягкого» режима дозирования изотретиноина (Роаккутана) у больных среднетяжелыми формами акне является весьма целесообразным.

1. Использование малых доз изотретиноина (Роаккутана) позволяет добиться быстро и стойко разрешения высыпаний на коже, предотвратить формирование рецидивов, минимизировать риск развития побочных явлений, а также не требует какой-либо дополнительной терапии как основного заболевания, так и выявленных в процессе лечения side-эффектов.

Конфликт интересов. Работа выполнена в рамках НИР кафедры кожных и венерических болезней СГМУ. Коммерческой заинтересованности отдельных физических или юридических лиц в результате работы нет.

Библиографический список

1. Layton A. M., Knaggs H., Taylor J. Isotretinoin for acne vulgaris — 10 years later: a safe and successful treatment // Br. J. Dermatol. 1993. № 129. P. 292–296.
2. Layton A. The use of isotretinoin in acne // Dermatoendocrinol. 2009. № 1 (3). P. 162–169.
3. Roodsari M. R., Akbari M. R., Sarrafi-rad N. The effect of isotretinoin treatment on plasma homocysteine levels in acne vulgaris // Clin. Exp. Dermatol. 2010. № 35 (6). P. 624–626.

4. Li L., Tang L., Baranov E. Selective induction of apoptosis in the hamster flank sebaceous gland organ by a topical liposome 5-alpha-reductase inhibitor: a treatment strategy for acne // *J. Dermatol.* 2010. № 37 (2). P. 156–162.
 5. Goodfield M.J., Cox N.H., Bowser A. Advice on the safe introduction and continued use of isotretinoin in acne in the U. K. // *Br. J. Dermatol.* 2010. № 162 (6). P. 1172–1179.
 6. Sardana K., Garg V.K. Efficacy of low-dose isotretinoin in acne vulgaris // *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.* 2010. № 76 (1). P. 7–13.
 7. Ingram J.R., Grindlay D.J., Williams H.C. Management of acne vulgaris: an evidence-based update // *Clin. Exp. Dermatol.* 2010. № 35 (4). P. 351–354.
 8. Berbis P. Systemic retinoids (acitretin, isotretinoin) // *Ann. Dermatol. Venereol.* 2007. № 134 (12). P. 935–941.
 9. Bener A., Lestringant G.G., Ehlayel M.S. Treatment outcome of acne vulgaris with oral isotretinoin // *J. Coll. Physicians. Surg. Pak.* 2009. № 19 (1). P. 49–51.
 10. Merritt B., Burkhart C.N., Morrell D.S. Use of isotretinoin for acne vulgaris // *Pediatr. Ann.* 2009. № 38 (6). P. 311–320.
 11. O'Reilly K., Bailey S. J., Lane M.A. Retinoid-mediated regulation of mood: possible cellular mechanisms // *Exp. Biol. Med. (Maywood)*. 2008. № 233 (3). P. 251–258.
 12. Kontaxakis V.P., Skourides D., Ferentinos P. Isotretinoin and psychopathology: a review // *Ann. Gen. Psychiatry.* 2009. № 20. P. 8–12.
 13. Degitz K., Ochsendorf F. Pharmacotherapy of acne // *Expert Opin. Pharmacother.* 2008. № 9 (6). P. 955–971.
 14. Акне: клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов / под ред. А.А. Кубановой. М.: ДЭКС-Пресс, 2010. 28 с.
 15. Самцов А.В. Акне и акнеформные дерматозы. М., 2009.
- Translit**
1. Layton A.M., Knaggs H., Taylor J. Isotretinoin for acne vulgaris — 10 years later: a safe and successful treatment // *Br. J. Dermatol.* 1993. № 129. P. 292–296.
 2. Layton A. The use of isotretinoin in acne // *Dermatoendocrinol.* 2009. № 1 (3). P. 162–169.
 3. Roodsari M.R., Akbari M.R., Sarrafi-rad N. The effect of isotretinoin treatment on plasma homocysteine levels in acne vulgaris // *Clin. Exp. Dermatol.* 2010. № 35 (6). P. 624–626.
 4. Li L., Tang L., Baranov E. Selective induction of apoptosis in the hamster flank sebaceous gland organ by a topical liposome 5-alpha-reductase inhibitor: a treatment strategy for acne // *J. Dermatol.* 2010. № 37 (2). P. 156–162.
 5. Goodfield M.J., Cox N.H., Bowser A. Advice on the safe introduction and continued use of isotretinoin in acne in the U. K. // *Br. J. Dermatol.* 2010. № 162 (6). P. 1172–1179.
 6. Sardana K., Garg V.K. Efficacy of low-dose isotretinoin in acne vulgaris // *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.* 2010. № 76 (1). P. 7–13.
 7. Ingram J.R., Grindlay D.J., Williams H.C. Management of acne vulgaris: an evidence-based update // *Clin. Exp. Dermatol.* 2010. № 35 (4). P. 351–354.
 8. Berbis P. Systemic retinoids (acitretin, isotretinoin) // *Ann. Dermatol. Venereol.* 2007. № 134 (12). P. 935–941.
 9. Bener A., Lestringant G.G., Ehlayel M.S. Treatment outcome of acne vulgaris with oral isotretinoin // *J. Coll. Physicians. Surg. Pak.* 2009. № 19 (1). P. 49–51.
 10. Merritt B., Burkhart C.N., Morrell D.S. Use of isotretinoin for acne vulgaris // *Pediatr. Ann.* 2009. № 38 (6). P. 311–320.
 11. O'Reilly K., Bailey S. J., Lane M.A. Retinoid-mediated regulation of mood: possible cellular mechanisms // *Exp. Biol. Med. (Maywood)*. 2008. № 233 (3). P. 251–258.
 12. Kontaxakis V.P., Skourides D., Ferentinos P. Isotretinoin and psychopathology: a review // *Ann. Gen. Psychiatry.* 2009. № 20. P. 8–12.
 13. Degitz K., Ochsendorf F. Pharmacotherapy of acne // *Expert Opin. Pharmacother.* 2008. № 9 (6). P. 955–971.
 14. Акне: клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов / под ред. А.А. Кубановой. М.: ДЭКС-Пресс, 2010. 28 с.
 15. Самцов А.В. Акне и акнеформные дерматозы. М., 2009.

УДК 616.599–003.84-002-039.42–071 (045)

Клинический случай

СЛУЧАЙ КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩЕГО ПАННИКУЛИТА

Е. М. Галкина — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, ассистент; **С. Р. Утц** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук; **Н. А. Слесаренко** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, профессор кафедры кожных и венерических болезней, доктор медицинских наук; **А. Ю. Епифанова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, клинический ординатор; **В. В. Рощепкин** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, доцент кафедры кожных и венерических болезней, кандидат медицинских наук.

CASE OF CALCIFIC PANNICULITIS

E. M. Galkina — *Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Assistant*; **S. R. Utz** — *Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science*; **N. A. Slesarenko** — *Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Professor Department of Skin and Venereal Diseases, Doctor of Medical Science*; **A. U. Yepifanova** — *Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases; Attending Physician*; **V. V. Roshchepkin** — *Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, assistant Professor.*

Дата поступления — 01.06.2012 г.

Дата принятия в печать — 04.06.2012 г.

Галкина Е. М., Утц С. Р., Слесаренко Н. А., Епифанова А. Ю., Рощепкин В. В. Случай кальцифицирующего панникулита // *Саратовский научно-медицинский журнал.* 2012. Т. 8, № 2. С. 603–607.

Представлен случай клинического наблюдения кальцифицирующего панникулита. Проанализированы факторы, способствующие возникновению данной патологии. Выполнено комплексное обследование больной с целью выявления сопутствующей патологии.

Ключевые слова: кальцифицирующий панникулит, кальциноз, патогенез, диагностика.

Galkina E.M., Utz S. R., Slesarenko N.A., Yepifanova A. U., Roshchepkin V. V. Case of calcific panniculitis // *Saratov Journal of Medical Scientific Research.* 2012. Vol. 8, № 2. P. 603–607.

The study presents clinical observations of a patient with calcifying panniculitis as well as the analysis of factors that contribute to the development of this pathology. Comprehensive medical examination of the patient has been performed in order to identify the accompanying pathologies.

Key words: calcifying panniculitis, calcinosis, pathogenesis, diagnostics.