

Психосоматические аспекты угревой болезни у женщин

Н.Н.Потекаев¹, М.В.Горячкина¹, В.В.Савенков², Т.А.Белюсова¹

¹ ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова Росздрава,

² Кожно-венерологический диспансер №3, Москва

Дерматологами уже давно признана роль психогенных факторов в развитии многих кожных заболеваний. Как известно, кожа и нервная система эмбрионально развиваются из одного зародышевого листка – эктодермы, что обуславливает тесную и неразрывную взаимосвязь между ними. Нередко психические факторы выступают в качестве триггеров дебюта или очередного обострения дерматоза, и, наоборот, дерматологическая патология часто является причиной психоэмоциональных расстройств [1].

В рамках психоаналитической концепции кожа рассматривается как один из основных каналов довербального общения, по которому аффект передается соматически (циклы соматосенсорной стимуляции) и становится доступен наблюдению. Нарушение этого коммуникативного канала, связанное с манифестацией симптомов кожного заболевания, вызывает бессознательную травму, что в свою очередь закрепляет патологические телесные симптомы [2, 3].

К психосоматическим кожным заболеваниям согласно зарубежным классификациям относится ряд хронических кожных заболеваний, в манифестации или обострении которых прослеживается очевидная роль психогенных факторов. К ним относятся атопический дерматит, псориаз, экзема, розацеа, вульгарные угри, хроническая крапивница, гнездная алопеция, витилиго [3, 4].

Одной из наиболее распространенных форм психодерматологических расстройств являются нозогенные (психогенные) реакции. Нозогении обусловлены психотравмирующим воздействием кожного заболевания, связанным с субъективно тяжелыми проявлениями болезни, социальной стигматизацией, ограничениями в бытовой и профессиональной деятельности [3, 5].

Среди наиболее значимых факторов, влияющих на формирование нозогений, в первую очередь необходимо указать на длительность кожного заболевания, протекающего с частыми эксацербациями, зудом, косметическими дефектами, особенно локализованными на открытых участках кожи. Определенную роль играют также острота высыпаний, их распространенность, тенденция к диссеминации, выраженность воспалительного компонента [5–7].

Результаты эпидемиологических исследований, проведенных зарубежными дерматологами, свидетельствуют о том, что у 25–40% пациентов с хроническими дерматозами выявляются те или иные психопатологические расстройства. Показано, что нозогении обусловлены как объективной тяжестью и длительностью кожного заболевания, так и субъективно тяжелым восприятием самим пациентом проявления заболевания [8].

В качестве наиболее распространенного психического расстройства, обусловленного стрессогенным воздействием хронических дерматозов, рассматривается депрессия. По данным G.Schneider и соавт., у 70% больных с зудящими дерматозами отмечаются преи-

мущественно депрессии; их доля у пациентов парижского дерматологического стационара составляет 23,6%. Более 50% пациентов нуждаются в специализированной медицинской помощи [9].

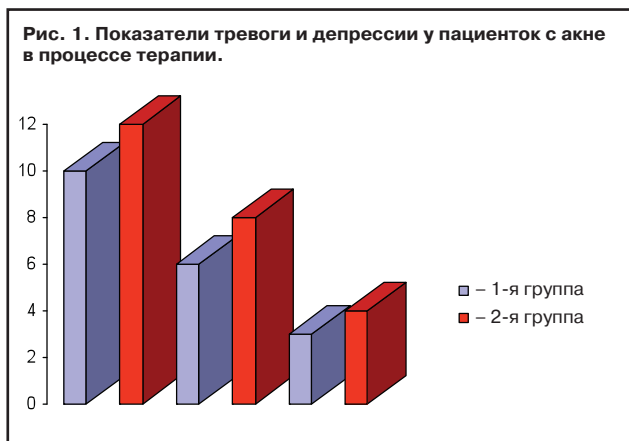
Дифференциация психогенных факторов по гендерному признаку, представленная Т.В.Раевой, показала, что у женщин преобладают семейные стрессорные факторы (44,1%), а у мужчин – производственные (29,8%). При этом у 34% больных дебют или рецидив кожного заболевания происходит через 1–2 дня после стрессогенного воздействия [10].

Акне является одним из наиболее распространенных заболеваний кожи у женщин молодого возраста. Угревые высыпания отмечаются у 23% девушек пубертатного периода. Пик заболеваемости приходится на 15–16 лет. У большинства женщин к 25 годам происходит самопроизвольное обратное развитие акне, воспалительный процесс постепенно завершается, оставляя после себя в той или иной степени выраженные косметические дефекты (постакне). Однако в последнее время наметилась тенденция к увеличению числа женщин, у которых дебют угревых высыпаний приходится на возраст 25 лет и старше [11, 12].

В связи с тем, что акне относится к хроническим, рецидивирующим дерматозам, локализуемым, как правило, на открытых участках кожи, наиболее значимым для коммуникативного общения, оно является постоянным стрессовым фактором, приводящим к психоэмоциональным реакциям, ограничениям во всех сферах жизнедеятельности, и как следствие существенно снижает качество жизни женщин. В исследовании, проведенном W.Bodermer, показано, что у 40% пациентов кожное заболевание, сопровождающееся косметическим дефектом, приводит к снижению их социального статуса и негативным образом отражается на их профессиональной деятельности. Среди лиц с акне отмечается большое количество (64%) неработающих женщин [3, 13].

Ряд зарубежных дерматологов настоятельно рекомендуют обследовать всех пациентов с акне молодого и юного возраста на наличие депрессии и предлагают относить больных с угревой болезнью (УБ) к группе суицидального риска. Проведенные исследования выявили, что депрессия и суицидальные мысли в большей степени характерны для пациентов с акне, чем для пациентов с очаговой алопецией, атопическим дерматитом и среднетяжелым течением псориаза [14].

В работах S.Kellett, D.Gawkrödger показано, что пациенты с УБ имеют наиболее выраженную тревожно-депрессивную симптоматику среди дерматологических больных, а также по сравнению с онкологическими пациентами. M.Klan и соавт. обнаружили, что у 38% из 50 обследованных пациентов с акне (преимущественно у женщин) отмечалась депрессия, а 21% высказывали суицидальные мысли. Наиболее уязвимой группой в плане нозогенных реакций являются молодые женщины. Угроза потери внешней привлекательности сопряжена в этих случаях с формированием затяжных гипотимических состояний, в ряде



случаев осложняющихся суицидальными тенденциями [3, 14, 15].

При повреждении открытых участков кожи акцентуация на проблемах совершенства внешнего облика усиливается, приобретая характер сверхценного комплекса. При этом обостряются все личностные характеристики пациенток, что приводит к расстройству социальных, профессиональных, сексуальных отношений. Особенно часто это наблюдается у женщин, у которых реакция на косметические дефекты внешности существенно выше, чем у мужчин [3, 10, 13, 15].

Вопросы терапии УБ до настоящего времени являются актуальной проблемой дерматологической практики. В последнее время отмечается увеличение числа больных с акне, а также тяжелых форм этого дерматоза. Эффективная и рационально подобранная терапия акне приводит не только к регрессу комедональных, островоспалительных папулопустулезных элементов и кист, но и предотвращает появления рубцов и гиперпигментаций, а значит предотвращает возможность развития психопатологических расстройств и повышает качество жизни. В последние десятилетия арсенал лекарственных препаратов в терапии акне значительно расширился за счет средств патогенетической направленности системного и местного характера. Лечение УБ обычно комплексное и зависит от степени тяжести процесса. Кроме того, необходимо учитывать возраст, пол, наличие сопутствующей патологии [11, 12, 16, 17].

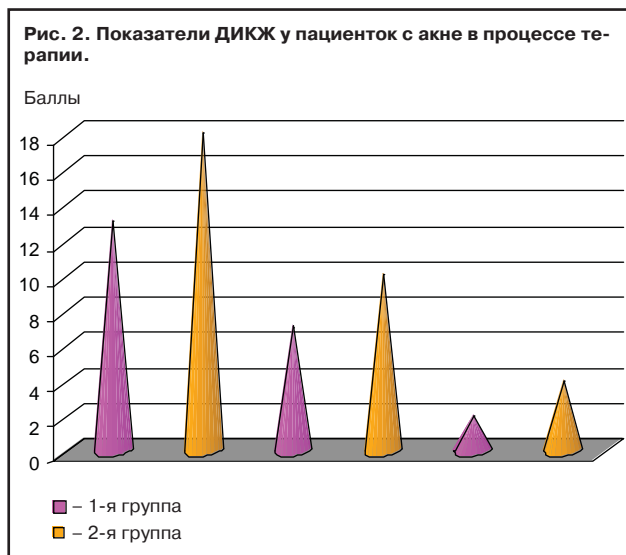
Современное лечение акне представлено как наружными, так и системными противоугревыми препаратами. Системная терапия назначается при среднетяжелых и тяжелых формах заболевания.

К системной терапии относят:

- антибиотики (группа тетрациклина, азитромицина, макролиды), которые обладают противовоспалительным и противомикробным действием, непосредственно на *P. acne*;
- комбинированные оральные контрацептивы – КОК (Диане-35, Ярина, Жанин), обладающие антиандрогенным действием;
- системные ретиноиды (Роакутан), подавляющие активность сальных желез и оказывающие противовоспалительное действие.

Наружная терапия применяется в качестве монотерапии легких и средне-тяжелых форм заболевания. Различают следующие группы препаратов, применяемых при угревой сыпи, содержащие:

- ретиноиды (Дифферин);
- бензоила пероксид (Базирон АС);
- азелаиновую кислоту (Скинорен);
- антибиотики (Зинерит);



- метронидазол (Метрогил);
- гиалуроновую кислоту (Куриозин).

В настоящее время из топических препаратов наиболее патогенетически обосновано назначение ретиноидов и антибактериальных препаратов. Они являются препаратами первого выбора при локализованных высыпаниях у пациенток с I–II стадией заболевания, на которые приходится 90% обращений к дерматологу. При распространенных высыпаниях у женщин применение топических ретиноидов и антибактериальных препаратов необходимо сочетать с применением КОК [11, 17, 18, 22].

Из местных ретиноидов наиболее востребованным является препарат Дифферин. Дифферин (адапален) – производное нафтойной кислоты, относится к III поколению ретиноидов – полиароматическим ретиноидам и является достаточно эффективным средством в местной терапии акне. Адапален быстро проникает в сально-волосяной фолликул, селективно связывается с RAR-γ сально-волосяного фолликула, что приводит к уменьшению сцепленности кератиноцитов и ускоряет их десквамацию, оказывая тем самым выраженное комедонолитическое действие. Отсутствие взаимодействия с RAR-α позволяет свести к минимуму побочные реакции в виде шелушения и сухости кожи. Антипролиферативная активность Дифферина по отношению к себоцитам связана со стимуляцией RXR-α-рецепторов, в результате этого уменьшается размер сальной железы и сокращается продукция кожного сала, а противовоспалительная активность с ингибированием индукторов воспаления. Адапален также блокирует TLR2 (ТОЛ-рецепторы) моноцитов, предотвращая связывание с ними микроорганизмов и последующий выброс клеткой провоспалительных цитокинов. Таким образом, Дифферин оказывает действие на все звенья патогенеза акне, что позволяет рекомендовать его для терапии как начальных комедональных акне, так и при папулопустулезной стадии. Важным позитивным свойством Дифферина является то, что он сохраняет лечебное действие в комбинациях с антибактериальными местными противоугревыми средствами (бензоилом пероксид – БПО, эритромицином, клиндамицином), которые являются необходимым дополнением при наличии воспалительных акне [19, 20, 22].

В последнее время появление большого количества резистентных к антибиотикам штаммов микроорганизмов и частое развитие аллергических реакций на них существенно ограничивают применение топиче-

ских антибиотиков. В связи с этим использование наружного препарата с выраженным бактерицидным действием за счет окислительного эффекта – 5% геля Базирон АС, позволило значительно активизировать наружную терапию воспалительных акне. Уникальность этого препарата состоит в том, что в нем сочетаются свойства эффективного лекарственного средства – БПО, действующего на основные патогенетические звенья УБ и удобное в применении благодаря инновационной гидрогелевой основе – глицерин-акрилатного кополимера (acrylates copolymer AC). БПО, являясь мощным окислителем, оказывает выраженное противомикробное действие в отношении патогенов, вызывающих воспаление в себорейных зонах кожи (*P. acnes*, *Pit. ovale*, пиококки), без развития резистентности микроорганизмов, что позволяет использовать его длительно. Противовоспалительное действие БПО обусловлено разрушением свободных жирных кислот, обладающих раздражающим действием. Комедонолитическое действие связано с тем, что БПО является по химической структуре перекисью (т.е. сильным окислителем), разрушает структуры комедона. С этим же связано отбеливающее действие препарата, что приводит к обесцвечиванию поствоспалительных гиперпигментированных пятен и рубцов. Акрилатный кополимер основы активно адсорбирует кожное сало, уменьшая явления себореи и жирный блеск кожи на 40%. Постепенное высвобождение глицерина из гидрогелевой основы обеспечивает смягчение и увлажнение кожи, уравновешивая раздражающий эффект БПО [18, 21, 22].

Нами было проведено исследование влияния проявления угревых высыпаний на качество жизни и психоэмоциональный статус женщин с акне. Под нашим наблюдением находились 34 пациентки в возрасте от 19 до 28 лет с папулопустулезной формой акне. Средний возраст больных составил 22,5 года. Длительность заболевания варьировала от 1 года до 9 лет и в среднем составила 5 лет. У 15 (44,1%) пациенток высыпания локализовались только на лице, у 19 (55,9%) – на лице и туловище. Помимо клинической характеристики степени тяжести кожного процесса, для более объективной оценки проводимой терапии больным были проведены неинвазивные дерматологические методы исследования,

включавшие себометрию и оценку pH кожи.

При исследовании функциональных показателей кожи у всех женщин обнаружено повышение показателей себометрии (в норме 100–220 мкг/см²), которые в среднем составили 250 мкг/см². У 73,5% женщин наблюдалось смещение слабощелочного в норму pH в щелочную сторону.

Все пациентки были разделены на две группы

Пациенткам 1-й группы с локализованной формой акне проводили только наружное лечение. На предварительно очищенную кожу утром наносили гель Базирон АС, а на ночь – Дифферин гель при значительном повышении уровня сальности кожи или Дифферин крем при умеренном. В начале лечения препараты применяли каждый день в течение 1 мес. По достижении терапевтического эффекта использовали нисходящую схему: препараты применяли через 1 день, далее 2 раза в неделю, потом переходили на поддерживающую схему лечения (1 раз в неделю). Срок лечения составил 6 мес.

Пациентки 2-й группы с распространенной папулопустулезной сыпью, помимо топической терапии, получали КОК – препарат Диане-35. Всем больным перед назначением КОК были проведены обследование для исключения противопоказаний к данной терапии и консультация гинеколога-эндокринолога. Пациентки принимали препарат по 1 таблетке 1 раз в день в одно и то же время в течение 21 дня. Затем делали 7-дневный перерыв, в течение которого наступала менструация. После 7-дневного перерыва начинали прием таблеток из новой упаковки препарата. Терапию КОК назначали на 6 мес.

Для изучения влияния УБ на психический статус и качество жизни проводили тестирование по двум анкетам до начала лечения, в процессе лечения (через 3 мес) и по окончании терапии (через 6 мес). Перед началом исследования со всеми женщинами провели информационно-разъяснительную беседу относительно причины заболевания, предполагаемых методов обследования и лечения, а также сроков ожидаемых результатов.

С помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, разработанной A.Zigmond и R.Snaith в 1983 г. для оценки выраженности тревожно-депрессивной симптоматики в общей медицинской



Дифферин

а д а п а л е н

Базовый препарат в лечении АКНЕ

- Избавляет от невоспалительных и воспалительных элементов угревой сыпи
- Препятствует образованию новых комедонов
- Обладает выраженным противовоспалительным действием



0,1% гель, крем для наружного применения

GALDERMA
Committed to the future of dermatology

Рис. 3. Пациентка до лечения – а; б – после терапии Дифферином и Базироном АС.



практике, проводили скрининговое выявление тревоги и депрессии в условиях соматического стационара и у амбулаторных больных. Данная шкала состоит из 14 утверждений, имеющих две подшкалы: Т (соответствующие симптомам тревоги) и Д (соответствующие симптомам депрессии). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответов, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастающей тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 баллов (максимальная выраженность). При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются три области его значений:

- 0–7 – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии);
- 8–10 – субклинически выраженная депрессия или тревога;
- 11 и более – клинически выраженная депрессия или тревога.

Также проводили тестирование по дерматологическому индексу качества жизни (ДИКЖ), руссифицированному Н.Г.Кочергиным (2001 г.) варианту индекса Finlay, оценивающему влияние дерматологического заболевания на качество жизни больного. ДИКЖ состоит из 10 вопросов, характеризующих разные аспекты жизни больного: профессиональные, бытовые, сексуальные, социальные. Оценочные показатели ДИКЖ выражаются в баллах от 0 до 3 баллов, максимальная сумма баллов – 30 (качество жизни пациента обратно пропорционально сумме баллов). Результаты исследования представлены на рис. 1 и 2.

В процессе исследования выявлено, что во всех группах больных наблюдались депрессивно-тревожные тенденции и снижение уровня качества жизни. Нами обнаружено, что у пациенток с акне тревожные расстройства несколько преобладают над депрессивными симптомами. При анализе данных выявлено, что наблюдается корреляция между тяжестью УБ и показателями ДИКЖ. Самые высокие показатели ДИКЖ, свидетельствующие о значительном снижении качества жизни, отмечались у пациенток с наиболее распространенной формой УБ. Корреляций между данными HADS и тяжестью кожного процесса не отмечено.

Результаты анкетирования показали, что уже на 3-м месяце лечения наблюдались снижение показателей ДИКЖ, уменьшение выраженности тревоги и депрессии во всех группах, что свидетельствует об эффективности проводимой терапии. Снижение тревожно-депрессивных состояний и повышение качества жизни больных были связаны с улучшением дерматоло-

гического статуса (прекращение появления новых высыпаний, регресс папулопустулезных и комедональных элементов). Это подтверждено объективными исследованиями. У 68,4% пациенток 1-й и у 67,8% женщин 2-й групп отмечалась нормализация показателей себометрии, у 47,8% женщин 1-й и у 48% 2-й групп выявлено смещение pH в сторону слабнокислого диапазона, что прежде всего свидетельствует о рационально подобранной топической терапии.

Анализ результатов, полученных после окончания терапии, показал, что клиническая ремиссия наступила у 75% пациенток в обеих группах, значительное улучшение (регресс элементов более 75%) – у 25% женщин. У 98% пациенток отмечались нормальный уровень секреции кожного сала (180 мкг/см²) и слабнокислый pH. Улучшение дерматологического статуса способствовало улучшению уровня качества жизни и регрессированию тревожно-депрессивной симптоматики.

У всех пациенток отмечены повышение самооценки, появление чувства уверенности в себе, раскрепощенности в общении с окружающими, восстановление прежнего круга общения. У большинства пациентов отмечалось появление новых знакомств и интересов, восстановление сексуальных отношений и тенденция к формированию семейных отношений, активизация профессиональной деятельности.

Выводы

1. При наличии у женщин локализованных папулопустулезных акне целесообразно применение Дифферина в комбинации с препаратом антибактериального действия – гелем Базирон АС.
2. В случае распространенных папулопустулезных форм акне у женщин наиболее приемлемой схемой терапии является сочетание топической терапии и КОК – препаратов Дифферин, Базирон АС и Диане-35.
3. Для объективной оценки патологического процесса и контроля лечения целесообразно применение неинвазивных дерматологических исследований (себометрия, pH-метрия).
4. При лечении пациенток с УБ следует учитывать наличие психоэмоциональных нарушений, регресс которых может служить одним из критериев эффективности проводимой терапии.

Литература

1. Овсянников С.А., Цыганова Б.Д. *Пограничная психиатрия и соматическая патология*. 2001; 40–7.

2. Yeo Jin Im RN. Attachment behavior in mothers of atopic dermatitis child, International Society for the Scientific Study of Subjectivity, Sept. 23–25, 2004.
3. <http://idoror.ru>
4. Koo J, Lee C. General Approach to Evaluating Psychodermatological Disorders. Koo JYM, Lee CS, (eds). Psychocutaneous Medicine. New York: Marcel Dekker Inc., 2003; 477: 1–13.
5. De Pierini R. Psychosocial aspects of atopic dermatitis. *Pediatric Dermatol* 2004; 21 (3): 298
6. Wolkenstein P. Life with Psoriasis. *J Eur Am Dermatol Venerol* 2006; 20 (Suppl. 2): 28–32.
7. Upre M, Buggiani G, Lotti T. Stress and psychoneuroimmunologic factors in dermatology. *Dermatol Clin* 2005; 23: 609.
8. Picardi A, Abeni D, Mecchi CF et al. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatology* 2000; 143: 983–91.
9. Schneider G, Driesch G, Heuft G et al. Psychosomatic cofactors and psychiatric comorbidity in patients with chronic itch. *Clin Experim Dermatol* 2006; 31 (6): 762–7.
10. Раева Т.В. Психические расстройства в дерматологической клинике (клинико-патогенетические, социально-психологические и реабилитационные аспекты). Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Томск, 2006.
11. Майорова АВ, Шаповалов В.С., Ахтямов С.Н. Угревая болезнь в практике врача-дерматокосметолога. М.: Фирма Кавель, 2005.
12. Plewig G, Kligman AM. *Acne and Rosacea*. Springer, 2000.
13. Bodemer W. Psychodermatology. *Med J* 2001; 6: 297–302.
14. Shanon Hamia, Jasdeep Sharma, Klotz J. *Acne vulgaris: More than skin deep*. *Dermatology Online J* 2003; 9 (3): 8.
15. Henkel V, Moebrenschlager M, Hegerl U et al. Screening for depression in adult acne vulgaris patients: tools for the dermatologist. *J Cosmet Dermatol* 2002; 1 (4): 202–7.
16. Thiboutot DM. New treatment and therapeutic strategies for acne. *Arch Fam Med* 2000; 9 (2): 179–87.
17. Белоусова ТА, Горячкина М.В. Современные возможности терапии угревой болезни. *Клини. дерматол. и венерол.* 2006; 1: 82–5.
18. Аравийская Е.Р. Современный взгляд на лечение акне: существующие проблемы и новые возможности. *Леч. врач.* 2003; 4.
19. Osman Kose, Erol Koc, Ercaan Arca. *Adapalene Gel 0,1% in the Treatment of Infantile Acne: An Open Clinical Study*. *Pediatric Dermatol* 2008; 25 (Issue 3): 383–6.
20. Thielitz A, Abdel-Naser MB, Flubbr JW et al. Topical retinoids in acne – an evidence-based overview. *J Deutschen Dermat Gesellschaft* 2008; 6 (Issue 12): 1023–31.
21. Самгин МА, Монахов СА. Базирон 5% гель в терапии акне. *Вестн. дерматол. и венерол.* 2003, 4: 37–9.
22. Haider A, Shaw JC. Treatment of acne vulgaris. *JAMA* 2004; 292: 726–35.

Современные возможности местной терапии угревой болезни

А.В. Миченко, А.Н. Львов

ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава

Угревая болезнь (акне, вульгарные угри) – крайне распространенное заболевание кожи [1, 2], поражающее большинство подростков. Это расстройство оказывает значительное влияние на качество жизни молодых людей [3, 4]. Нередко вульгарные угри сопровождаются различными психическими расстройствами, среди которых наиболее часто выявляются тревожно-депрессивные реакции, а также нарушениями социальной адаптации [5].

Патофизиология

Патогенетические механизмы развития угревой болезни являются терапевтической мишенью при ее лечении. Доказано, что комбинированная терапия, воздействующая на разные патогенетические факторы, более эффективна, чем сочетание различных методов, направленных на одни и те же патогенетические факторы [6].

Основные патогенетические факторы, участвующие при развитии акне:

- 1) гиперандрогения,
- 2) повышенное салоотделение,
- 3) нарушение отшелушивания эпителия выходного протока сальной железы,
- 4) размножение *Propionibacterium acne*,
- 5) воспалительные и иммунологические реакции.

Основным гормоном, ответственным за усиление секреции кожного сала, является дигидротестостерон, формирующийся в сальных железах из тестостерона под действием 5- α -редуктазы [7–9].

При угревой болезни первоначально формируется такой морфологический элемент, как микрокомедон. Его нельзя выявить при осмотре невооруженным глазом, однако гистологическое исследование позволяет определить расширение сальной железы и гиперкератоз интрафолликулярной части ее протока. У пациентов, склонных к угревой болезни, в этом состоянии находятся около 30% всех фолликулов на коже лица. Кроме того, формируются воспалительные микрокомедоны, которые также не видны невооруженным

глазом, однако при гистологическом исследовании выявляются признаки воспаления [10].

Этот морфологический элемент рассматривается как важная мишень при лечении угревой болезни, в особенности при планировании поддерживающей терапии.

P. acnes – грамположительные, плейоморфные анаэробные микроорганизмы, которые играют большую роль в развитии угревой болезни [11]. Отмечается сильная корреляция между количеством этих бактерий и уровнем салоотделения [12]. Кроме того, показано, что только живые *P. acnes* способны индуцировать воспаление в кистах при акне [13, 14]. Эти бактерии не участвуют в формировании комедонов, но они в значительной степени провоцируют воспаление посредством различных иммунологических механизмов [15].

В настоящее время не получено доказательств участия *Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis* и *Pityrosporum ovale* в патогенезе угревой болезни.

Диагностика

При угревой болезни возможно формирование различных высыпаний на коже, в том числе комедонов, как открытых, так и закрытых, воспалительных папул, пустул, узелков, кист, конглобатных элементов, свищей, рубцов и даже язв.

Однако постановка диагноза в ряде случаев может быть затруднена, так как целый ряд дерматозов протекает с развитием сходных высыпаний. Всегда важно определить наличие комедонов, так как они являются диагностическими для угревой болезни и при их отсутствии трудно поставить этот диагноз.

Чаще всего угревая болезнь поражает кожу лица, однако нередко высыпания распространяются на туловище (в основном на кожу спины), а также могут возникать на верхней части рук, бедер и даже на ягодицах. Волосистая часть головы поражается крайне редко, хотя кожа ее богата сальными железами.

Именно преобладающий тип высыпаний служит наиболее доступным критерием для определения сте-