



Резюме. В статье проанализированы основные причины возникновения и развития угревой болезни у разных категорий населения. Рассматриваются факторы, провоцирующие рецидивы заболевания с учетом опыта отечественных и зарубежных специалистов. Предлагается анализ эффективности применения комплекса лечебных мероприятий, включающих сексуальную и психотерапию, а также использование наружных дезинфицирующих препаратов для лечения пациентов с вульгарными угрями.

Угревая болезнь (УБ) — *acne vulgaris*, обыкновенные угри, юношеские угри, угревая сыпь — является наиболее частым осложнением себореи, склонная к хроническому, рецидивирующему течению и представляет собой гнойное воспаление сальных желез и перигландулярной ткани в области лица, груди, спины.

Заболевание является широко распространенным, нередко тяжело протекающим, многие этиологические и патогенетические аспекты которого мало изучены, а многочисленные методы терапии недостаточно эффективны.

УБ встречается у 60—80 % лиц в возрасте от 12 до 24 лет, занимает первое место в структуре болезней кожи и косметических дефектов, 3-е — по частоте обращаемости больных дерматологического профиля (Темников В.Е., 1987, Poirrot R. и соавторы, 1989). Несомненно, увеличение частоты заболеваемости вульгарными угрями совпадает с началом пубертатного периода у молодежи, активизацией гонадотропной функции гипофиза, резким повышением деятельности надпочечников и половых желез.

Единого мнения об этиологии и патогенезе обыкновенных угрей не существует. В развитии себореи и УБ могут играть роль многие факторы:

- гиперсекреция кожного сала [43, 48];
- влияние микрофлоры (стафилококки, *corynebacterium acnes* и др.) [17, 47];
- воздействие бактериальных липаз и свободных жирных кислот [17, 44];
- нарушение кератинизации, изменение иммунологической реактивности организма [26, 30];
- генетическая предрасположенность [22, 28];
- иммунная недостаточность в результате дефицита цинка в организме при нарушении гипофизарной регуляции обмена цинка [2, 11, 18, 25];
- снижение неспецифической резистентности организма, аутоаллергия; изменение белкового и липидного обмена [6, 29];
- влияние экзогенных факторов (запыленность, воздействие высокой и низкой температуры, контакт с химическими продуктами и синтетическими материалами (Ледина Г.Л. и соавт., 1980);
- воздействие клещей (угревая железница — *Demodex*);
- бактериальная сенсibilизация организма при наличии хронической фокальной инфекции (Гнедин А.Н., 1980; Маяцкая Г.В., 1985);
- заболевания пищеварительного аппарата и алиментарные факторы;
- изменения со стороны медиаторов воспалительных реакций — лимфокины, кинины, комплементарная система, лизосомальные ферменты, катионные белки, эпидермальные факторы [17, 33] и простагландины (Ковалев. В.М., 1988);
- гематологические сдвиги [15], расстройства микроциркуляции в кожных покровах [13];
- психоэмоциональные и невротические расстройства [38, 42];
- дисфункция эндокринной системы [4, 10, 12, 17, 22] и другие.

Изучение дисфункции эндокринной системы в патогенезе УБ заслуживает особого внимания. Большинство авторов указывают на связь угревой сыпи с деятельностью половых желез, гипофизарно-надпочечниковой системы и нарушениями гормонального баланса, что приводит к усиленной секреции сальных желез, гиперкератозу устьев волосяных фолликулов, снижению иммунитета, активизации микробной флоры и периодическим обострениям вульгарных угрей. Это подтверждается такими фактами:

- акне возникают в пубертатном периоде на фоне повышенной функции желез внутренней секреции и усиленной продукции гормонов (у 18-летних юношей уровень андрогенов в 8 раз выше, чем у 10-летних мальчиков [21]);
- появление вульгарных угрей у девушек часто связано с началом менструаций;

- частое воспаление вульгарных угрей в предменструальный период, сочетающееся с повышенным содержанием андрогенов, прогестерона, и возникновение их в связи с нарушениями месячных;
- наличие угрей у больных с гиперандрогенией при эндокринной патологии (Потоцкий И.И., 1976);
- появление себореи и акне у женщин и мальчиков, не достигших половой зрелости, длительно получающих андрогены, прогестерон и анаболические гормоны (никогда не наблюдаются у взрослых мужчин);
- появление угрей у новорожденных при всплеске уровня тестостерона в этот период, (аспе neonatorum) и детских угрей (аспе infantum) в возрасте от 1 года до 10 лет, что обычно связано с преждевременным половым развитием (гирсутизм, гипертрофия половых органов);
- положительные результаты (временные) от лечения угревой сыпи эстрогенами (антагонисты андрогенов);
- отсутствие угрей у евнухов;
- случаи исчезновения угревой сыпи у лиц, начавших регулярную половую жизнь и обострение высыпаний при ее прекращении;
- появление acne steroides после длительного приема больших доз кортикостероидных препаратов (преднизолон, дексаметазон и др.) и обратное развитие процесса после снижения дозы с последующей их отменой;
- аналогичные высыпания отмечаются при выраженной гиперфункции надпочечников и при базофильной аденоме гипофиза;
- угри подбородочные (acne mentalis) могут возникать после местного лечения кортикостероидными мазями;
- облегчение или исчезновение болезни во время беременности;
- обострение или возникновение заболевания после родов, аборта, при гинекологических заболеваниях (опухоли, воспаление яичников и др.);
- отсутствие угрей в климактерическом периоде;
- появление угреподобной сыпи (чаще розовых угрей) у женщин перед менопаузой, что совпадает с периодом так называемого предклимактерического гиперсексуализма;
- статистически подтвержденное увеличение заболеваемости вульгарными угрями и пиодермиями в изолированных учреждениях (армия, тюрьма, флот) свидетельствует об уменьшении возможности полноценной реализации себя в сексуальном плане данного контингента.

Известно, что у пациентов с угревой болезнью в период полового развития нарушается соотношение между андрогенами и эстрогенами. Андрогенов у них в 2 раза больше, чем у здоровых лиц того же возраста [17]. Относительная эстрогенная недостаточность и гормональная дисфункция у таких больных может быть первичной и возникает в период полового созревания или позже, в связи с заболеваниями женской половой сферы [10, 22].

Доказано, что сальные железы исключительно чувствительны к андрогенам. Всплеск выработки тестостерона у мужчин в пубертатный период (Doering Ch. H., 1975), а также физиологические колебания его секреции в диапазоне 8-30-ти дней и амплитудой 14 - 42 % (Pirke K.M., 1974), объясняют появление угревой сыпи в это время, а также периодические ее обострения и ремиссии. Эстрогены подавляют сальную секрецию, они же являются антагонистами андрогенов.

По мнению Ю.К. Скрипкина (1979), Г.С. Васильченко (1983) и других ученых, первичным контролирующим фактором функциональной активности сальных желез у мужчин является тестостерон яичек, а у женщин — комбинация андрогенов яичников и надпочечников.

Повышенная раздражительность в связи с эстетическим недостатком в 2 раза чаще выявлялась у женщин. Причина ее, как у мужчин, так и у женщин, частично усматривалась авторами в наличии у них сексуальных расстройств, выявленных при тщательном опросе. У мужчин преобладало снижение потенции (78,4 % случаев), что совпадает с данными А. Bilikiewicz (1974), Popielarski M. (1979) и других авторов, выявивших сексуальные расстройства или расстройства эякуляции у 50—80 % мужчин в возрасте от 18 до 25 лет и снижение либидо у 72,2 % женщин, которые считали половую жизнь простым исполнением супружеских или партнерских обязанностей. Из 108 наблюдавшихся В.М. Ковалевым пациенток возрастом 18—24 года, регулярно имеющих сексуальные контакты, 23 отмечали ее отрицательное влияние на течение заболевания, 34 — кратковременное улучшение, а 51 — не отмечали каких-либо изменений с ее началом. Эти дисфункции требуют более глубокого сексологического анализа.

Все перечисленные выше сексуальные нарушения, а также расстройства психоэмоционального и невротического состояния, обнаруженные у больных с УБ, точно соответствуют проявлениям, выявленным у сексологических пациентов, часто вынужденно находящихся в состоянии половой абстиненции или фрустрации — состоянии после неудовлетворенного полового возбуждения [36].

Также является доказанным тот факт, что между появлением, течением, исчезновением УБ и проявлениями сексуальности человека, возможностями полноценной реализации сексуальных физиологических потребностей организма установлена прямая зависимость [3].

При лечении вульгарных угрей применяется много различных методов и способов. Антибиотико-, иммуно-, гормоно-, витаминотерапия, гепатопротекторы, препараты цинка, адаптогены, ретиноиды, седативная и физиотерапия, местное лечение и другие.

Все большее распространение получает использование пероральных контрацептивов (Нон-овлон, Диане-32 и др.) при лечении акне. Однако у мужчин применение этих антиандрогенов может вызвать подавление половых функций.

Эстрогены снижают уровень гонадотропинов и, тем самым, секрецию андрогенов. Разрабатываемые новые анти-андрогенные препараты для лечения угревой сыпи, по мнению В.М. Королева (1991), должны подавлять гипертрофию сальных желез, вызванную тестостероном.

Действие применяемых для лечения угревой сыпи гормонов нестойкое. Рецидивы после отмены препаратов развиваются в сроки от 2-х недель до 2-х месяцев (Студницин А.А., 1971). По данным Е.А. Досычева и В.А. Ипатовой (1978), применяемые эстрогены вызывают нормализацию функции сальных желез, но терапевтическое действие их кратковременное и сочетается с выраженной, длительно удерживающейся эротизацией — нежелательным, по их мнению, явлением для больных молодого возраста. Эстрогены могут оказывать как стимулирующее, так и тормозящее действие на пролиферацию сальных желез [46].

Таким образом, проанализировав этиологию, патогенез, течение, принципы и результаты лечения УБ, можно сделать вывод, что угревая сыпь возникает при дисбалансе выработки и циркуляции половых гормонов (в основном — тестостерона), а применяемые методы терапии часто направлены на коррекцию извне функции эндокринных органов.

Грубое вмешательство в тонкие, сложные коррелятивные связи, обратное и опосредуемое взаимодействие между эндокринными органами, нервной, иммунной и другими системами и кожей, различными гормонами с их медиаторами и посредниками приводит не только к временному улучшению процесса, но также к непредвиденным осложнениям.

Известно, что многие врачи, часто доверяясь собственной интуиции, очень редко включают в комплекс лечения УБ рекомендуемые гормональные препараты, опасаясь непредвиденных осложнений. Да и сами пациенты часто отказываются от лечения гормонами. И это хорошо, ведь уже есть сведения об отдаленных последствиях воздействия применявшихся стероидов на организм человека и его потомство.

Человеческий организм — это саморегулирующая система, универсальное средство от всех болезней, мы должны лишь подтолкнуть его к излечению, не навредив при этом.

Предварительный анализ случаев самоизлечения от угревой сыпи показывает, что именно полноценная регулярная половая жизнь или ее суррогатные формы, являются тем толчком, который приводит к восстановлению баланса и последующему гармоничному взаимодействию всех эндокринных желез и гормонов, в частности половых. В результате выравнивания гомеостаза в дальнейшем нормализуется функция нервной, эндокринной и иммунной систем, пищеварительного аппарата, восстанавливается белковый липидный обмен, функция медиаторов воспалительных реакций и простагландинов, приходят к норме секреция кожного сала и другие нарушения.

В пользу этого утверждения говорят такие данные:

- у большинства женщин физиологическая способность переживать оргазм (зрелая сексуальность) возникает в среднем к 26—28 годам, часто — через несколько недель, месяцев и даже лет от начала половой жизни. Это совпадает с периодом исчезновения угрей (согласно статистическим данным) и периодом становления условно-физиологического ритма;
- одно из основных звеньев, на которое действует тестостерон — это либидо. Характерно, что гормон стимулирует либидо не только у мужчин, но и у женщин [23, 35—37]. Очевидно, что именно увеличение концентрации тестостерона в крови является основной причиной усиления функции сальных желез и возникновения вульгарных угрей. Многие исследователи прослеживают определенную связь между либидо и соотношением эстрадиола и тестостерона, а превалирование эстрогена ингибирует половую активность [36, 37]. Такие же выводы делались и по отношению к акне. Поэтому точнее и правильнее будет связывать период появления угревой сыпи с возникновением дисбаланса половых гормонов в начале пубертатного периода, после всплеска выработки тестостерона, при пробуждении эротического и до становления сексуального либидо. Реализация пробудившегося эротического либидо в виде регулярных половых контактов или петтинга, мастурбации с оргазмом обычно запаздывает. Саморегуляция происходит только при поллюциях у мужчин (юношей) и самопроизвольных оргазмах у женщин (девушек), которые являются одной из форм половой разрядки. Но для саморегуляции гомеостаза гормонов в этот сложный пубертатный период организму иногда бывает недостаточно одних поллюций. Сверхволевое сдерживание себя (часто безрезультативное) от возникающего природного, физиологического полового влечения и сексуального возбуждения у формирующегося человека нередко приводит к дисбалансу половых гормонов, что в дальнейшем проявляется (под влиянием и

других факторов) в разных болезнях: УБ, сексологические, психоневрологические, вегетососудистые, гинекологические, андрологические и другие;

- либидо женщин проявляется циклически, в зависимости от фазы менструального цикла [36]. Уже давно замечено и статистически подтверждено, что многие женщины получают оргазм после воздействия адекватных раздражителей и только в определенные дни менструального цикла (чаще перед менструацией). В другие дни, несмотря на использование даже более активных возбуждающих факторов, они остаются «холодными», но продолжают выполнять супружеские или партнерские обязанности. Можно предположить, что происходит в организме у молодой женщины (девушки), страдающей угревой болезнью, если ей в дни и часы наивысшей сексуальной готовности не удастся «разрядиться» по разным причинам. Мы уже обращали внимание, что обострения угревой сыпи у женщин наблюдаются соответственно циркадности ритма секреции гонадотропных и половых гормонов. Организм стремится к определенному равновесию, а накапливающееся сексуальное возбуждение периодически редуцируется, чем достигается своеобразный «гомеостаз» [40]. Не только гормональный гомеостаз определяет характер сексуальности, но и половой акт, как таковой, влияет на уровень гормонов [36].

Несмотря на отсутствие данных об уровне гормонов в крови во время половых актов и динамике изменения концентрации их в промежутках между ними у конкретных больных с УБ и у здоровых людей, можно предположить, что у тех и других дисбаланс эстрогенов и андрогенов после коитуса в организме на некоторое время восстанавливается. Однако следует принять во внимание тот факт, что последовательность развития и исчезновения кожных проявлений заболевания происходит не сразу, а через определенный промежуток времени после возникновения или восстановления патологии различных систем организма, в том числе его гормонального статуса. Это зависит от тяжести, длительности заболевания, степени доминирования определенных этиопатогенетических факторов, адекватности терапевтического воздействия, других причин.

Подводя итог, можно предположить, что вульгарные угри являются как бы результатом нереализованного сексуального либидо.

Используя методы сексуальной терапии и рациональной психотерапии, после всестороннего обследования пациентов с вульгарными угрями, применяя строго индивидуализированный подход путем убеждения и проводя информационные, доказательные беседы о целостности организма, взаимосвязях и важности ритмичной работы всех его систем, нужно дать возможность понять больным значение нормального физиологического функционирования различных органов и систем, в том числе и половой, для их излечения. Больные должны осмыслить и уяснить, что такие явления, как поллюции, самоудовлетворение являются естественными проявлениями определенного периода их жизни, а полноценная регулярная половая жизнь в дальнейшем или другие, замещающие суррогатные формы сексуальной активности (эпизодическая мастурбация в период вынужденного одиночества, петтинг и т.п.) являются именно той почвой, теми условиями, при которых происходят гормональные, психосексуальные разрядки, приводящие к восстановлению функции эндокринных органов, нервной, иммунной систем, а затем и сальных желез. При наличии сексологических расстройств (аноргазмия, преждевременная эякуляция, снижение либидо и потенции при дисгармоничных отношениях и др.) могут применяться методы сексуальной терапии. Путем выполнения специальных сексуальных упражнений пациенты вместе с заинтересованным близким партнером учатся доставлять друг другу полное сексуальное удовлетворение (оргазм), а при отсутствии партнера больные могут самостоятельно реализовывать периодически возникающее сексуальное возбуждение.

Главная трудность заключается в том, чтобы преодолеть ту негативную установку к сексуальным проявлениям, которую получают пациенты в результате неграмотного воспитания или неверного представления о психофизиологических процессах, происходящих в организме.

Естественно, при проведении сексуальной терапии и рациональной психотерапии должны учитываться юридические, социальные, моральные и деонтологические аспекты.

Негативная информация, невежественное, предвзятое, ханжеское отношение к вопросам эротике и секса, ложные толкования и представления в этом вопросе приводят к сексуальной непригодности и половым нарушениям. Чувство тревоги, стыда, страха, вины и беспокойства по поводу «изъянов» своих сексуальных ощущений и действий, навязчивые состояния у таких пациентов могут привести к отказу от секса или ограничить их половую активность. В результате, на физиологические реакции организма «налагается запрет» [14], возникает разбалансированность функционирования центров сексуальной стимуляции в ЦНС, гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы; изменяются уровни гормонов, чувствительность рецепторов, функции различных систем и органов, в том числе и кожи. Но организм пытается сам восстановить свой гомеостаз (поллюции, онанизм, коитус, менструации). Именно здесь возникает конфликт между природой и неосведомленной в сексуальных проявлениях личностью. Первые менструации и поллюции в начале пубертатного периода приводят к явному (мягко говоря) замешательству у неподготовленных молодых людей. Первые онанистические акты вызывают яркие, неизведанные ранее ощущения. Мастурбирующие испытывают желание вновь и вновь пережить эти ощущения. Они начинают интересоваться вопросами эротике, секса, но необходимую информацию, чаще всего, получают от своих сверстников, из невежественных высказываний взрослых (даже педагогов) или устаревшей литературы, а не благодаря консультации грамотных воспитателей и родителей. Молодые

люди силой воли пытаются подавить в себе эти «пороки», часто безрезультатно. Для нормальной половой жизни они еще морально и психологически не созрели, конфликт разгорается с новой силой и часто приводит к другим болезням.

Согласно положениям современной сексологии, мастурбация представляет собой суррогатную форму сексуальной деятельности в период становления сексуальности и не наносит вреда здоровью человека [23]. Это относится и к замещающей мастурбации в период одиночества у взрослых людей [24].

Этот конфликт довольно легко может разрешить любой грамотный в сексологических вопросах врач, умеющий установить благоприятный межличностный контакт, обладающий способностью убеждать пациента в адекватности полового развития, ограничившись консультированием и образовательными беседами и используя подтверждающие и иллюстративные материалы.

Решать эту проблему среди пациентов, состоящих в браке или имеющих постоянных половых партнеров при наличии дисгармоний в интимных отношениях и сексологических расстройств, необходимо по-другому. Здесь можно подключать сексотерапевтические и другие методы лечения, вплоть до хирургического вмешательства. Роль сексуальной терапии заключается также в восстановлении полноценной, доставляющей удовлетворение половой активности.

Предварительный анализ эффективности пробного применения комплекса методов сексуальной терапии, рациональной психотерапии при использовании лишь наружных дезинфицирующих препаратов для лечения пациентов с вульгарными угрями дал обнадеживающий положительный результат.

Литература:

1. Актуальные вопросы дерматологии и вен // Бухарович А. М. и др.: Тез. конф. - Свердловск, 1984. - С. 34-35.
2. Андреева В. Н. Патогенетическая терапия вульгарных угрей // Казан, мед. журн. — 1981. — № 6. — С. 44—46.
3. Бабушкин А. А. Угревая болезнь и сексуальность человека // Здоровье мужчины. - 2004. - № 4. — С. 24-25.
4. Будницкая И. И. О патогенезе угревой сыпи у женщин и гормо-нальном ее лечении // Вестник дерматологии и венерологии. — 1970. - № 8. -С. 28-32.
5. Васильченко Г. С. Частная сексопатология. — М.: Медицина, 1983. -Т. 1. -304с.
6. Воробьев В. М. Изменение неспецифической резистентности организма при вульгарных угрях // Воен. -мед. журн. — 1987. — № 4. -С. 50-51.
7. Гете В. Samtliche Werke in 6 Banden. — В. I. — Stuttgart, 1868. - S. 246.
8. Глухенький Б. Т. Гнойничковые болезни кожи. — К.: Здоровья, 1983. -136 с.
9. Досычев Е. А., Ипатов В. А. Безгормональная терапия // Здравоохранение Казахстана. — 1978. — № 7. — С. 42—45.
10. Дубовый М. И. Материалы III съезда дерматовенерологов УССР. Харьков, 1966. - С. 236-239.
11. Залем З. Я. К вопросу о связи функции половых желез с угревой сыпью у женщин. — М., 1967. — С. 5—6.
12. Залем З. Я. Лечение женщин с угревой сыпью наружным приме-нением половых гормонов. — М., 1969. — С. 27.
13. Игошин Ю. Г., Егоров Н. А. О патогенезе и лечении шаровидных угрей // Вестник дерматологии и венерологии. — 1983. — № 39. - С. 50-52.
14. Каплан Х. С. Сексуальная терапия: Пер. с англ. — Нью-Йорк—М.: Класс, 1994.
15. Ковалев В. М. Автореф. дис.... д-ра мед. наук. — М., 1983.
16. Ковалев В. М. Стафилококковая инфекция кожи. — М., 1984. - С. 33-37.
17. Ковалев В. М. Угревая сыпь. — К.: Здоровье, 1991.
18. Ковтуняк Н. А., Ярмольчук Г. М. Научные доклады высшей школы биол. наук. — М., 1975.
19. Кожные и венерические болезни // Скрипкин Ю. К. и др. — М., 1987. -С. 318.
20. Комплексное лечение больных хронической пиодермией с применением димочифона // Каламкарян А. А. и др. // Вестник дерматологии и венерологии. - 1983. - № 12. - С. 19-23.
21. Кон И. С. Введение в сексологию. - М., 1990. - С. 201.
22. Королев Ю. Ф. Себорея и угри. — Минск, 1972.
23. Кришталь В. В., Андрух ГЛ. Сексуальная гармония (дисгармония) супружеской пары. — Харьков, 1995. — С. 15.
24. Лев-Старович З. Нетипичный секс. — М., 1995. — С. 161.
25. Леонов В. А., Дубина Г. Л. Цинк в организме человека и животных. Минск, 1971.
26. Материалы к клинике, иммунологической реактивности и лечению гнойничковых заболеваний кожи // Федоровская Р. Ф. и др. // Вестник дерматологии и венерологии. — 1976. — № 9. — С. 55-59.
27. Машковсшй М. Д. Лекарственные средства. — М.: Медицина, 1988. -Т. 1. -С. 628.
28. Маяцкая Т. В. Изучение функции аденогипофиза и половых желез у больных вульгарными угрями // Вестник дерматологии и венерологии. - 1985. - №1. - С. 20-23.
29. Москаленко Ю. А., Пархоменко М. Б. К. патогенезу обыкновенных угрей // Вестник дерматологии и венерологии. — 1983. — № 3. — С. 10-12.

30. Некоторые вопросы клиники и лечения пиодермитов // Скрипкин Ю. К. и др. // Вестник дерматологии и венерологии. — 1974. — № 12. - С. 3-7.
31. Потоцкий И. И. Справочник дерматовенеролога. — К.: Здоровья, 1976. - 274 с.
32. Потоцкий И. И., Торсуев Н. А. Кожные и венерические болезни. -К., 1978. -С. 495.
33. Реактивность кожи при обыкновенных угрях к половым гормонам и к бактериальному липополисахариду / Гребенников В. А. и др. // Вестник дерматологии и венерологии. — 1986. — № 5. -С. 9-14.
34. Романенко Г. Ф., Рождественская О. С. Болезни волос, сальных и потовых желез: В кн.: Кожные и венерические болезни // Под ред. Скрипкина Ю. К. - М., 1995. -Т. 2. - С. 475-526.
35. Свядош А. М. Женская сексопатология. — М., 1988.
36. Сексология и андрология // Под ред. А. Ф. Возианова А. Ф., И. И. Горпинченко. — К., 1997.
37. Сексопатология: Справочник // Васильченко Г. С. и соавт. — М., 1990.
38. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройствa. - М., 1986. - С. 384.
39. Фрейд З. Очерки по психологии сексуальности. — К.: Здоровья, 1990.
40. Фрейд З. Толкование сновидений. — К.: Здоровья, 1991.
41. Шустер С. Андрогены и антиандрогенная терапия: Пер. с англ. — М.: Медицина, 1985. - С. 230.
42. АтаппА. // Haut u. Geschl. Kr. - 1965. - Bd. 38. - S. 431. 43. Beveridge G. W. // Practitioner. - 1970. - Bd. 204. - S. 1223.
44. Fanta D., Mutter M. // Dermatologica (Basel). - 1979. - Bd. 158. -S. 55-60.
45. Fry L. et al. // Dermatology. - London, 1985. - S. 196.
46. Plewig G., KligmanA. M. //Acne. Pathogenese, morphologie, therapie. - Berlin, 1978. - S. 548.
47. Smith M. A., Waterworth P. M. // Brit. J. Derm. - 1961. - Vol. 73. -S. 1031-1034.
48. Wincler K. // Hautarzt. - 1975. - Bd. 26. - S. 661-662.
49. Zaun H. Indikation und Grenzen der antiandrogener Therapie // Z. Haut. - 1984. - Bd. 59, № 16. - S. 1090-1097.