



Д.м.н., профессор  
Р.Ф. Айзятюлов

**Р.Ф. Айзятюлов**, д.м.н., профессор,  
зав. кафедрой дерматовенерологии  
Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького

## Клинико-дифференциальные особенности и принципы комплексной терапии себорейных поражений гладкой кожи и волосистой части головы

В последние годы одними из актуальных проблем дерматокосметологии являются себорейные поражения гладкой кожи и волосистой части головы ввиду широкого распространения и резистентности к проводимым методам терапии [1, 2, 5, 8, 9]. В большинстве случаев при данном заболевании выявляются эритематозно-сквамозные поражения кожи лица и волосистой части головы (см. рисунок), обусловленные вегетососудистыми реакциями и тяжелыми эмоциональными стрессами [2, 5, 7, 8]. В повседневной практической деятельности врачей-дерматовенерологов себорейные поражения гладкой кожи (особенно в области лица) и волосистой части головы занимают особое место, так как при этом развиваются видимые косметические дефекты, которые приводят к психоэмоциональным расстройствам и создают у пациентов трудности коммуникативного характера.

### Этиология, патогенез

Важную роль в развитии себореи играют наследственная предрасположенность, генетические факторы, нарушения функционального состояния желез внутренней секреции, сопутствующие заболевания органов желудочно-кишечного тракта и печени, гормональные расстройства (увеличение уровня андрогенов, уменьшение — эстрогенов), иммунологические отклонения (снижение количества Т- и В-лимфоцитов,

ослабление неспецифического иммунитета), нарушения центральной и вегетативной нервной системы, наличие фокальной инфекции [1, 5, 7, 8]. Особое значение имеют патологические изменения функции сальных желез, бактериальная флора в устьях волосяных мешочков и сальных желез (коринебактерии акне, стафилококк белый и золотистый) [1, 2, 5, 7]. При этом в результате проведенных исследований ряд авторов обоснованно рассматривают *Helicobacter pylori* как один из этиологических факторов развития гастрита, язвенной болезни и предрасполагающий фактор себореи. Наличие себореи у пациентов создает благоприятную среду для жизнедеятельности и размножения клеща (*Demodex folliculorum*), увеличения бактериальной колонизации (*Pityrosporum acne*), которая в свою очередь способствует ухудшению клинического течения и симптомов заболевания [5, 7, 8].

Исследователь Louis-Charles Malassez впервые предположил, что возбудителем себореи является *Pityrosporum*, и в его честь микроорганизмы получили название *Malassezia*, поэтому в литературе встречаются оба названия: *Pityrosporum* и *Malassezia*. В настоящее время в патогенезе себореи гладкой кожи, волосистой части головы, а также перхоти указывают на ведущую роль возбудителя *Pityrosporum*, что подтверждается многочисленными клиническими и лабораторными исследованиями. Данные дрожжеподобные липофильные грибы являются

постоянным компонентом микрофлоры здоровой кожи у более чем 90% населения. Находящиеся в большом количестве вокруг сальных желез *Pityrosporum ovale* и *Pityrosporum orbiculare* используют секрет сальных желез для своего роста и развития. *P. ovale* чаще встречается на коже волосистой части головы, а *P. orbiculare* — на коже туловища [5, 7]. Нередко при неблагоприятных условиях внутренней и внешней среды происходит нарушение барьерной функции кожи и сальных желез, организм человека утрачивает способность контролировать рост грибов, и происходит значительное увеличение их количества [1–3, 5].

Несмотря на ведущую роль *P. ovale*, в очагах поражения выделяют практически все липофильные виды грибов, а среди способствующих гиперактивации грибковой микрофлоры факторов ведущее место принадлежит изменению состава кожного сала, что значительно нарушает защитную функцию кожных покровов [1, 5, 7].

Доказано, что клинические симптомы себореи резко обостряются при психоэмоциональном стрессе, поэтому пациенты с различными заболеваниями центральной и вегетативной нервной системы больше подвержены заболеваемости себореей гладкой кожи и волосистой части головы в различных формах ее проявления с резко выраженной торпидностью к проводимым методам лечения [2, 5, 7, 8]. Согласно проведенным рядом авторов исследованиям также отмечено, что среди пациентов с выраженными иммунодефицитными состояниями себорейные поражения гладкой кожи и волосистой части головы встречаются чаще, чем у здоровых людей [1, 5, 7, 8]. На фоне генетической предрасположенности изменения в гормональном и иммунном статусе обуславливают изменения в секреции кожного сала и нарушения барьерных свойств кожи, что приводит к распространению и размножению ранее сапрофитных микроорганизмов, развитию очагов воспаления с нарушением иммунного кожного ответа, салоотделения и процессов кератинизации эпидермиса [5, 7].



а



б



г



в



д

Клинические проявления себореи

## Себорея

Себорея (*seborrhoea*; от лат. *sebum* — сало и греч. *rhea* — теку) — хроническое рецидивирующее заболевание, которое возникает в период полового созревания в результате нарушения функции сальных желез и повышенного выделения кожного сала. При этом изменяется качественный состав кожного сала. В зависимости от консистенции и химического состава кожного сала выделяют разновидности себореи: жирная (жидкая и густая), сухая и смешанная формы [1, 5, 7, 8].

**Жирная себорея (*seborrhoea oleosa*)** наблюдается в период полового созревания, когда повышается секреторная функция сальных желез. Преимущественно возникает на участках кожного покрова с большим количеством сальных желез (лицо, волосистая часть головы, грудь, межлопаточная область). Кожа жирная, блестящая, неровная, грязно-серого цвета, устья волосяных фолликулов расширены. На волосистой части головы отмечаются крупные желтого и белого цвета чешуйки, корки.

**Жидкая форма жирной себореи** чаще наблюдается у девушек, так как усиление салоотделения начинается у них в возрасте 10–14 лет, а у юношей — на 1–2 года позже. Отмечается хроническое течение с ремиссиями в летнее время. Возникновение и развитие заболевания связывают с вегетоневрозом. В области лица кожа слегка гиперемирована, блестящая (обильное выделение секрета сальных желез), тонкая. Выявляется расширение устьев выводных протоков сальных желез и волосяных фолликулов, из которых при сдавливании выделяются тонкие полупрозрачные сальные нити. Кожное сало имеет жидкую консистенцию. Волосы на вид маслянистые, сальные, легко загрязняются, слипаются, истончаются, выпадают. После мытья они быстро становятся жирными. Выпадение волос наиболее отчетливо проявляется в возрасте 20–24 лет. У мужчин участки облысения развиваются в височно-лобных и теменных областях, а к 26–28 годам у них образуется сплошная лысина от лба до затылка, которая окаймлена венцом оставшихся волос (ранняя себорейная алопеция). У женщин наблюдается выраженное или менее выраженное выпадение волос. Процесс может осложняться вторичной инфекцией, что приводит к более тяжелому течению заболевания. В области волосистой части головы наблюдается обилие перхоти.

**Густой формой жирной себореи** болеют преимущественно мужчины в возрасте 16–20 лет. Вследствие изменения химического состава кожное сало становится густым, а в результате смешивания с роговыми массами в выводных протоках сальных желез образуются «пробки», которые на поверхности кожи имеют вид черных точек (комедоны, черные угри). Кожа лица грубая, матовая, уплотненная, тусклая, буровато-серого цвета с грязно-серым оттенком. На ее поверхности отмечаются расширенные устья сальных желез — поры, имеющие густой секрет с неприятным запахом.

На коже волосистой части головы волосы густые, жесткие, грубые, выявляются чешуйки. Могут возникать осложнения в виде фолликулитов, фурункулов, абсцессов. Для густой формы себореи характерным является наличие кист сальных желез, которые бывают поверхностные — *милиум* (белый угорь — белый по-

лушаровидный узелок величиной с булавочную головку) и глубокие — *атерома* (образование тестоватой консистенции, размером от крупной горошины до лесного ореха, кожа над ней не смещается, по цвету не отличается от нормальной кожи). Атеромы могут воспаляться, нагнаиваться и вскрываться с выделением творожистой желтовато-белого цвета массы, состоящей из прогорклого сала и ороговевших клеток. У пациентов с густой себореей выявляется большое количество вульгарных угрей, из клинических разновидностей которых наиболее часто встречаются индуративные, абсцедирующие, сливные, конглобатные. Волосы у больных густой формой жирной себореи густые, грубые, прочные.

**Сухая себорея (*seborrhoea sicca*)** возникает вследствие уменьшения салоотделения на коже волосистой части головы, лица, бровей, верхней половины туловища и наличия в составе кожного сала большого количества насыщенных жирных кислот и их эфиров. На волосистой части головы наблюдается сухость кожи, легкая гиперемия, мелкие серовато-белого цвета жирные чешуйки. Внешне кожа, волосы и чешуйки сухие, но если приложить папиросную бумагу, то на ней появляются жирные пятна. В большинстве случаев очаги сухой себореи локализуются в теменной и лобной области, на границе гладкой кожи лба и волосистой части головы, в височной области и за ушными складками.

На коже волосистой части головы часто отмечается перхоть, которая располагается скоплениями, трудно отделяется, а после отторжения перхоти выявляются бледно-красного цвета участки кожи с четкими границами. При сухой себорее волосы и кожа сухие, жесткие, тусклые, ломкие. Со временем развиваются участки облысения в лобной и теменной области при сохранении волос на затылке и висках или только на затылке. Нередко сухая себорея сопровождается зудом. Часто наблюдается у детей до полового созревания вследствие недостаточного развития сально-волосяного аппарата.

**Себорея волосистой части головы (*гнейс*).** В первые недели жизни ребенка на голове образуются грязно-серого цвета чешуйки, а после их удаления выявляется слегка гиперемированная кожа, на которой через некоторое время вновь появляются чешуйки. На волосистой части головы, верхних и нижних конечностях, боковых поверхностях туловища кожа тонкая, шелушится, отмечается фолликулярный гиперкератоз. Волосы истонченные, сухие.

**Смешанная себорея (*seborrhoea mixta*).** В основном возникает у мужчин, у которых на лице выявляются симптомы жирной себореи, а в области волосистой части головы — сухой себореи. Нередко может отмечаться смешанная форма жирной себореи, при которой на лице наблюдаются проявления жидкой жирной себореи, а на волосистой части головы — густой жирной себореи.

## Перхоть

Одной из основных составляющих внешнего вида у женщин и мужчин являются волосы, а нежелательные изменения их состояния могут приводить к психоэмоциональным расстройствам. С проблемой появления перхоти (*pityriasis capitis*) в своей жизни сталкиваются



более 70% людей. В большинстве случаев перхоть наблюдается при себорее, а в результате многочисленных исследований было доказано, что причиной перхоти является патогенный грибок, который обитает на коже волосистой части головы у каждого человека и в обычных условиях является сапрофитом.

**Развитию перхоти способствуют грибы рода *Pityrosporum*, а также индивидуальная повышенная чувствительность кожи.**

Известно, что микрофлора волосистой части головы в норме содержит около 30–50% *P. ovale*, а при перхоти их количество достигает 75% и более. Нередко под влиянием внешних и внутренних неблагоприятных факторов может произойти чрезмерное размножение гриба, что приводит к появлению перхоти. При этом важную роль играют генетические факторы, патологические изменения деятельности сальных желез, бактериальная флора в устьях волосяных мешочков и сальных желез, гормональные и иммунологические отклонения, нарушения центральной и вегетативной нервной системы, желудочно-кишечного тракта, наличие фокальной инфекции [3, 5, 7, 8].

Патологический процесс локализуется на волосистой части головы, где на невоспаленной коже в затылочно-теменной области или на всей поверхности волосистой части головы образуются мелкие чешуйки, которые не имеют четких границ; нередко пациентов беспокоит зуд. Чешуйки легко отделяются от кожи и загрязняют волосы; волосы сухие, серовато-белого цвета, кожа лишена блеска (простая перхоть). При повышении салоотделения чешуйки имеют жирный вид, желтоватый оттенок, склеиваются друг с другом и прочнее удерживаются на коже (жирная себорея).

### Дифференциальная диагностика

При *псориазе* на волосистой части головы выявляются резко ограниченные или диффузные наслоения чешуек, которые в большинстве случаев охватывают гладкую кожу. Нередко поражения на волосистой части головы носят очаговый характер и проявляются на затылке, висках, темени в виде четких приподнятых бляшек. Волосы никогда не повреждаются. Наряду с этим наблюдаются высыпания на других участках кожи: на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, туловище, в области крестца отмечаются симметричные, плоские, воспалительные розово-красные папулы с серебристо-белыми чешуйками на поверхности.

При поскабливании поверхности узелков предметным стеклом наблюдаются 3 феномена (симптом Ауспица): вначале отличается шелушение серебристо-белыми чешуйками, поверхность приобретает вид застывшего стеарина (феномен стеаринового пятна); при дальнейшем поскабливании обнаруживается блестящая красная поверхность (феномен псориатической пленки); продолжение поскабливания вызывает появление мельчайших капелек крови (феномен кровавой росы). Наблюдается изоморфная реакция (симптом Кебнера) — появление новых папул в местах травматизации кожи.

В случае *поверхностной микроспории волосистой части головы* отмечаются очаги поражения неправильной формы, эритематозно-шелушащиеся, с нечеткими краями. Волосы в очагах поражения обломаны на расстоянии 5–8 мм над поверхностью кожи, видны здоровые волосы сохранные. Обломки волос окружены серым чехликом, состоящим из спор гриба. При облучении лампой Вуда в очагах поражения отмечается изумрудно-зеленое свечение. При лабораторном исследовании обнаруживается патогенный грибок *Microsporum ferrugineum*.

При *простом лишае лица (сухая пиодермия)* на открытых участках кожи (лицо, руки) выявляются округлой формы пятна розового цвета, покрытые мелкими белыми или серовато-белыми чешуйками. Пятна имеют четкую фестончатую форму, увеличиваются в размере за счет периферического роста и слияния. Субъективно пациентов беспокоит легкий зуд, чувство стянутости кожи. Течение хроническое, рецидивирующее. После регресса остается временное депигментированное пятно. Встречается среди организованных коллективов детей в весеннее время и нередко может носить эндемический характер.

В случае *отрубевидного лишая* на плечах, груди, спине, шее, волосистой части головы наблюдаются розово-коричневые пятна. При поскабливании поверхности пятен отмечается отрубевидное шелушение. После смазывания раствором йода (проба Бальцера) пораженные участки кожи более интенсивно окрашиваются по сравнению со здоровыми. Облучение люминесцентной лампой вызывает золотисто-желтое свечение очагов поражения. При бактериологическом исследовании обнаруживается возбудитель *P. orbiculare*.

### Общее лечение

К лечению себорейных поражений кожи и волосистой части головы следует подходить индивидуально, дифференцированно, в зависимости от клинических проявлений заболевания, и всегда необходимо иметь в виду, что даже легкое течение может при длительном хроническом патологическом процессе привести к диффузному облысению [1, 3, 4, 6–8]. Терапия должна быть комплексной и направленной на устранение факторов, способствующих развитию себореи. Проводится тщательное клиническое обследование с целью выявления и лечения сопутствующих заболеваний, фокальной инфекции, гормональных и нервно-сосудистых нарушений. Рекомендуются нормализация режима питания, диета с ограничением углеводов, жиров, поваренной соли, предупреждение возникновения запоров.

При неврозах хороший терапевтический эффект отмечается при назначении препарата адаптол по 1 таблетке 3 раза в сутки, который обладает успокаивающим, транквилизирующим эффектом, устраняет чувство страха, снимает нервное напряжение, раздражительность, эмоциональную неустойчивость. В отличие от представителей группы бензодиазепинов адаптол рассматривается как дневной транквилизатор. Препарат не обладает миорелаксирующим действием, не угнетает сократительную функцию миокарда, не угнетает функции центральной нервной системы. При приеме адаптола сохраняется эмоциональная стабильность

и заинтересованность, не создается искусственно приподнятого настроения, не возникает ограничений для профессиональной и социальной деятельности (вождение автомобиля, работа со сложными системами, напряженная умственная деятельность), проявляется вырванное вегетостабилизирующее, антиоксидантное и стресс-протективное действие. Препарат рекомендуется даже практически здоровым людям в качестве защитного фактора от стрессовых влияний в ситуациях, когда здоровому работающему человеку необходимо избавиться от чрезмерного волнения и тревоги, принять трудное решение, выполнить важную работу на фоне усталости и стресса, переутомления, например, во время экзаменов, ночных дежурств, перед ответственными выступлениями и т. п. Адаптол повышает психическую устойчивость и физическую выносливость, обладает ноотропным эффектом, уменьшает болезненное влечение к алкоголю. Не вызывает привыкания и синдрома отмены. Обладает высоким уровнем безопасности. Побочные эффекты практически не встречаются (очень редко – аллергические реакции, диспептические явления). Адаптол не токсичен даже при значительной передозировке.

Для профилактики и лечения дисбиозов любой этиологии применяется препарат Бион® 3, который является эксклюзивным продуктом и сочетает 3 действующих вещества: пробиотические культуры, минералы и микроэлементы, витамины. Бион® 3 назначается внутрь по 1 таблетке 1 раз в день (запивать 1 стаканом воды).

В состав препарата входят 3 пробиотические культуры (*Lactobacillus acidophilus*, *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium longum*), которые нормализуют состав кишечной микрофлоры, улучшают пищеварение, всасывание жизненно важных витаминов и питательных веществ. Нейтрализуют вредные вещества, которые попадают в организм вместе с пищей или являются продуктами обмена веществ. Создают защитный барьер против патогенных бактерий, вызывающих различные кишечные инфекции, укрепляя иммунитет, улучшая работу всех органов и систем, усиливая процессы кроветворения. Бион® 3 рекомендован как комплекс для поддержания здоровья людей, проживающих в неблагоприятных экологических районах, при перегрузках на работе, при нерациональном питании.

В состав препарата также входят 12 витаминов и 10 микроэлементов, которые восполняют их дефицит. Защитная оболочка обеспечивает пробиотическим культурам защиту от желудочной кислоты, желчных кислот и пищеварительных ферментов, контролируемое высвобождение, всасывание в желудке витаминов группы В, доставку необходимых концентраций пробиотических культур в нужные отделы кишечника человека. Лиофилизированные бактерии помещены в композицию, которая после растворения защитной оболочки обеспечивает оптимальные условия для быстрого размножения пробиотиков в кишечнике. Вышеуказанное обуславливает необходимость включения в комплексную терапию себореи данного препарата как средства для улучшения состояния кожи, волос, ногтей, что значительно повысит эффективность проводимого лечения у таких пациентов.

При проявлениях аллергизации и экзематизации, при длительно существующем себорейном поражении

для десенсибилизации назначается антигистаминный препарат Гистафен по 50 мг 2 раза в сутки в течение 10–15 дней. Препарат с тройным механизмом действия блокирует гистаминовые H<sub>1</sub>-рецепторы, серотониновые HT<sub>1</sub>-рецепторы и способен активировать диаминооксидазу. Диаминооксидаза расщепляет до 30% эндогенного гистамина и ослабляет таким образом действие медиаторов аллергии – гистамина и серотонина.

По сравнению с другими антигистаминными препаратами Гистафен – единственный препарат, обладающий антигистаминной и антисеротониновой активностью. Секвифенадин предотвращает или ослабляет спазмогенное действие гистамина и серотонина на гладкую мускулатуру бронхов, кишечника, сосудов; снижает интоксикацию, вызванную гистамином и серотонином, уменьшает проницаемость капилляров. Обладает выраженным противозудным и антиэкзудативным действием. Гистафен влияет на иммунологическую реактивность, угнетая антителообразующие и розеткообразующие клетки в селезенке, лимфатических узлах, а также снижает повышенную концентрацию иммуноглобулинов класса IgA, IgG.

Препарат мало проникает через гематоэнцефалический барьер, чем объясняется отсутствие выраженного угнетающего действия на центральную нервную систему. При приеме препарата не наблюдают изменения биохимических показателей крови и мочи, он не влияет на артериальное давление, показатели электрокардиограммы, концентрацию сахара и холестерина в крови. При длительном применении препарата не развивается толерантность.

В зависимости от показаний назначают глюкокортикостероидные препараты (после консультации с эндокринологом). С целью улучшения функции сальных желез рекомендуется очищенная сера внутрь по 0,5 г 3 раза в день за 30–40 мин до еды в течение 2–3 мес.

## Наружное лечение

В наружной терапии в зависимости от остроты патологического процесса применяются примочки, взбалтываемые смеси, кремы, а по мере стихания воспалительных явлений – медикаментозные средства с выраженным разрешающим действием.

При легких формах течения себореи с локализацией высыпаний на гладкой коже используются мази, кремы или растворы, которые наносятся на очаги поражения 1–2 раза в день и обладают противовоспалительным и противогрибковым действием. При мокнущих высыпаниях назначаются охлажденные примочки с противовоспалительными растворами. При тяжелом течении при наличии очагов поражения с выраженным воспалением и плотным наслоением чешуек, перед применением лекарственных препаратов необходимо использовать кератолитики (салициловая кислота, препараты дегтя) или размягчить чешуйки при помощи масляных компрессов с последующим использованием лечебных шампуней. По мере стихания острого воспалительного процесса назначают глюкокортикостероидные мази (кремы), пасты, водно-взбалтываемые взвеси, а позднее – кератопластические средства.

Несмотря на применение большого количества противогрибковых препаратов, в последние годы возрастает число пациентов, страдающих перхотью, что вызывает необходимость изыскания и применения новых эффективных и безопасных антимикотических средств [1, 3–8]. Полностью удовлетворить потребности пациентов, страдающих перхотью, способен шампунь Дермазол® Плюс, в состав которого входят активные компоненты: кетоконазол, цинк пиритион, алоэ вера. Активный компонент шампуня кетоконазол оказывает фунгицидное действие на дерматофиты (*Trichophyton* spp., *Microsporum* spp., *Epidermophyton floccosum*), дрожжевые и дрожжеподобные грибы (*Candida* spp., *P. ovale* и др.) и другие патогенные грибы, обладает способностью длительное время сохраняться в волосах и защищать их от повторного появления перхоти. Цинк пиритион устраняет бактериальную и грибковую инфекцию, оказывает антипролиферативное действие на клетки эпидермиса, что обуславливает его высокую эффективность в устранении шелушения кожи. Алоэ вера способствует увлажнению волос, обогащению их витаминами, микроэлементами.

Шампунь не раздражает кожу даже при ежедневном применении. После мытья волосы становятся чистыми, здоровыми, блестящими, обретают приятный запах и аромат свежести. Рекомендуется наносить шампунь в количестве 5 мл (1 чайная ложка) на смоченные водой волосы, затем растирать до образования пены и оставлять на 5 мин, после чего тщательно смывать водой. Вначале, чтобы избавиться от перхоти необходимо мыть голову шампунем 1 раз в 3–4 дня в течение 4–5 нед, а затем – 1 раз в неделю. Следует отметить, что уже после первого мытья волосистой части головы шампунем Дермазол® Плюс перхоти не наблюдается, а субъективные ощущения уменьшаются и исчезают после 2–3 раз применения шампуня. Препарат не вызывает побочных эффектов, имеет приятные косметические свойства и может широко рекомендоваться врачами практического здравоохранения как эффективное лечебное средство против перхоти.

### Профилактика

Общая профилактика заключается в устранении факторов, способствующих возникновению заболевания.

#### Меры личной профилактики:

- санация очагов инфекции;
- лечение сопутствующих заболеваний;
- закаливание организма (занятия спортом, купание, солнечные ванны);
- режим питания;
- предупреждение загрязнения кожи различного характера (производственного, бытового);
- выявление и лечение пациентов с начальными проявлениями заболевания.

### Заключение

Комплексная терапия себорейных поражений гладкой кожи и волосистой части головы с применением вышеуказанных препаратов общего и местного лечения является эффективной, не вызывает побочных явлений, хорошо переносится и может широко рекомендоваться врачами практического здравоохранения.

Список литературы находится в редакции

## САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ КЛАСС АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ (производные хинуклидинов)

# ГИСТАФЕН

Секвифенадин



### Препарат выбора в лечении зуда различной этиологии и интенсивности

#### УНИКАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ

блокада  
H1-гистаминовых  
рецепторов

утилизация  
гистамина в тканях  
(за счет активации  
гистаминазы)

блокада  
HT1-серотониновых  
рецепторов

- ✔ Высокая эффективность в лечении аллергодерматозов, себорейного зуда и других состояний, сопровождающихся зудом.
- ✔ Выраженное противозудное, противовоспалительное и антиэкссудативное действие.
- ✔ Быстрота наступления и стойкость эффекта.
- ✔ Отсутствие седативного действия.
- ✔ Безопасность для больных пожилого и старческого возраста.
- ✔ Отсутствие тахифилаксии даже при длительном приеме.
- ✔ Возможность использования для профилактики аллергии и зуда.

**OLFA**  
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ МАРКЕТИНГ  
И ДИСТРИБЬЮЦИЯ  
ТЕЛ.: 0441 503 89 20  
www.olfa.ua

Р.С. № UA/3567/01/01 от 04.08.2010 г.

САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ  
БУТИ ШКІДЛИВИМ ДЛЯ  
ВАШОГО ЗДОРОВ'Я