**УДК: 616.53-002.25-036-02-092**

**CОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ И КЛИНИКЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ.**

*Литвин Е.С*

Харьковский национальный медицинский университет

Угревая болезнь (акне, розовые угри) является одним из самых распространенных хронических рецидивирующих заболеваний кожи, которое обнаруживают у 70-80% подростков и юношей. У большинства молодых людей угревая болезнь имеет физиологический характер и проходит без последствий в возрасте 18-20 лет, но у некоторых пациентов инволюция проявлений болезни происходит гораздо медленнее. Угревая болезнь представляет собой как медико-социальную, так и эстетическую проблему, требующую длительных и повторяемых терапевтических воздействий, косметологической реабилитации.

Целью работы явилось изучение патогенезе и клиники угревой болезни.

Угревая болезнь - распространенное заболевание кожи, характеризующееся себореей, комедонами, пустулами и рубцами в последствии. Угри в основном появляются на участках кожи, где имеется много сальных желез: прежде всего это лицо, грудь и спина. Как правило, акне носит воспалительный характер, однако воспаление может отсутствовать, в зависимости от формы. [7]

Эпидемиология

Акне относится к числу наиболее распространенных заболеваний человека. Пик заболеваемости приходится между 15 и 18 годами жизни (у девушек раньше, чем у юношей). Манифестация процесса характеризуется, как правило появлением преклинических стигм, таких как себорея и микрокомедоны. В последующем формируются открытые и закрытые комедоны, а также воспалительные элемент. У мужчин заболевание может протекать с превалированием тяжелых форм и демонстрировать большую продолжительность.

В большинстве случаев к 18-20 годам жизни начинают отмечаться признаки спонтанного регресса заболевания. У части пациентов заболевание приобретает хронический рецидивирующий характер, в отдельных случаях с формированием к 30-40 годам «поздних акне» (acne tarda). Как активная фаза кожного процесса, так и косметически значимый постэруптивный исход в рубцевание могут сопровождаться значительными психологическими нагрузками и снижать качество жизни больных акне. [2]

Этиология, патогенез

Этиология до настоящего времени остается неуточненной.

Ключевыми факторами развития патологического процесса являются:

-дисбаланс липидов

-возрастание патогенности Propionibacterium acne (P.acne) и активности сальных желез

-нарушение циркуляции сальных желез

-наследственная предрасположенность

-фолликулярный гиперкератоз

-нарушение процессов кератинизации

Дисбаланс липидов

У больных акне отмечается избыточное образование кожного сала. Существует корреляция между повышенным образованием кожного сала и тяжестью процесса. Известно, что кожное сало больных акне содержит меньше линолевой кислоты, чем у здоровых людей. Этот фактор способствует усилению десквамации эпителиальных клеток фолликула, что ведет к образованию ретенционного гиперкератоза акроворонки сальных фолликулов, являющегося основным моментом в патогенезе вульгарных угрей. Вызывать фолликулярный ретенционный гиперкератоз может также уменьшение других эпидермальных липидов (например, свободных стеролов). Таким образом, ретенционный гиперкератоз воронки сальных фолликулов и дисбаланс липидов являются основным звеном в патогенезе акне.

Участие микрооранизмов

Только 3 группы микроорганизмов являются причиной воспалительногопроцесса в сальных железах:

-P.acne

-Staphylococcus epidermidis и другие кокки

-липофильные дрожжи рода Pityrosporum (P. ovale et orbiculare).

Эти микроорганизмы всегда присутсвуют в комедонах. Они постоянно находятся на поверхности здоровой кожи лица и являются частью нормальной микрофлоры кожи человека.

Кокки, в том числе Staphylococcus epidermidis, обнаруживаются в основном в верхней части воронок волосяних фолликулов или в местах открытия протоков потовых желез и не играют значимой роли в патогенезе акне

У больных акне чаще выявляется комбинация дрожжеподобной (P.ovale) и бактериальной флоры (P.acne). Эти возбудители продуцируют липазу, активируют комплемент, усиливают десквамацию устья волосяного фолликула, что приводит к его закупорке. В настоящее время установлено, что P. acne является основным инфекционным агентом, играющим ключевую роль в патогенезе акне. Хотя точный механизм ее действия полностью не раскрыт, тем не менее имеется достаточно доказательств участия P.acne в формировании элементов акне.

Гормональные нарушения

Кожа человека – это комплекс андрогеночувствительных элементов: волосянные фолликулы, потовые и сальные железы. Под влиянием андрогенов увеличивается внутриклеточный синтез липидов***,*** регулируется митотическая активность клеток. Учитывая, что вульгарные угри обычно появляются в пубертатном периоде, когда активно начинают функционировать половые железы, значительная роль в патогенезе акне отводится половым стероидным гормонам. Акне возникают у женщин с нарушением менструального цикла с синдромом гиперандрогении, при длительном приеме андрогенов или анаболических гормонов.

Для вульгарных угрей, как вульгарные угри, важными предрасполагающими факторами являются повышение в крови тестостерона, а также повышенная чувствительность волосяных фолликулов и сальных желез к андрогенам, и сочетание этих факторов.

Известно, что в развитии гиперсекреции сальных желез участвует наиболее активный метаболит тестостерона 5α–дигидротестостерон. Кроме того, сальная железа способна моделировать также собственную андрогенную реакцию, так как отмечается различное выделение сала у людей с одинаковыми показателями концентрации тестостерона в сыворотке крови. Основная часть (до 65%) тестостерона и эстрадиола связана с глобулином, связывающим половые стероиды (ПССГ), и лишь 5% половых стероидов находится в сыворотке крови в свободном состоянии. Эти произвольно циркулирующие стероиды биологически активны и, проникая в клетки–мишени, вызывают в них биохимические ответы. Поэтому клинически скрытые формы гиперандрогении можно определить только по результатам исследований свободных фракций (повышение концентрации общего тестостерона и ПССГ не информативно).

Значительную роль в патогенезе акне играет наследственная предрасположенность (генетически детерминированный тип секреции сальных желез) и врожденная эндокринная патология. Среди возможных звеньев патогенеза – значительное снижение содержания цинка в сыворотке крови у больных акне и состояние иммунного статуса.

Классификация [6]

До настоящего времени нет четкой международной классификации акне. Различают акне:

• комедональные

• папуло–пустулезные

• конглобатные.

Наиболее полной является классификация акне, предложенная G.Plewig, A.Kligman в 1991 г.:

Неонатальные угри.

Младенческие угри: конглобатные угри младенцев.

Юношеские угри:

• комедональные; папуло–пустулезные; конглобатные: аcne inversa; аcne fulminans; твердый персистирующий отек лица при акне; механические угри.

Угри взрослых: локализованные на спине; тропические; постювенильные угри у женщин; постменопаузальные; синдром маскулинизации у женщин; поликистоз яичников; андролютеома беременных; избыток андрогенов у мужчин; XXY–ассоциированные конглобатные; допинговые; тестостерон–индуцированнные молниеносные угри у чрезвычайно высоких подростков мужского пола.

Контактные угри: косметические; аcne vulgaris на помаду; хлоракне; жирные и смоляные угри.

Комедональные угри вследствие воздействия физических факторов: единичные комедоны (болезнь Фабра–Ракушо); солярные комедоны; малорка акне; аcne vulgaris в результате ионизирующей радиации.

Различают также невоспалительные и воспалительные акне.

Невоспалительные комедональные акне: закрытые (белые) комедоны, открытые (черные) комедоны, милиумы.

Воспалительные акне:

Поверхностные: папуло–пустулезные (менее 5 мм).

Глубокие: конглобатные;индуративные.

Осложненные: абсцедирующие; флегмонозные; молниеносные (acne fulminans); акне–келоид; синусовые акне; рубцующиеся акне.

Клиническая картина

У большинства больных на коже лица и туловища имеются невоспалительные комедональные акне, поверхностные папулы и пустулы.

Наиболее распространены вульгарные или юношеские угри (acne vulgaris), которые встречаются у 80% лиц в возрасте 15–24 лет. Заболевание обычно начинается в пубертатном периоде и характеризуется появлением на лице (реже – на груди и спине) комедонов, мелких до 5 мм в диаметре папул ярко–красного цвета, иногда с пустулой на поверхности. Высыпания, разрешаясь, оставляют пигментацию, реже – поверхностные рубчики. Салоотделение повышено, кожа имеет характерный жирный блеск, волосы также жирные, возможно незначительное себорейное поредение.

От ранней стадии невоспалительных комедональных акне, за которой следует появление небольшого числа воспалительных элементов на лице, заболевание обычно прогрессирует к более генерализованным формам.

Количество комедонов увеличивается, устья волосяных фолликулов расширяются и зияют. Комедоны возникают не только на лице, спине и груди, но и в заушных областях, на волосистой части головы. Воспалительная реакция вокруг комедонов становится более выраженной, формируются крупные глубоколежащие воспалительные узлы. Так возникают индуративные акне. [4]

Через несколько недель инфильтрат размягчается, узлы вскрываются с образованием полости, из которой выделяется тягучий гнойный экссудат – флегмонозные акне. После заживления остаются глубокие обезображивающие кожу рубцы.

Самой распространенной формой с выраженным воспалительным компонентом являются конглобатные угри. Клиническая картина характеризуется появлением на спине, груди и лице крупных узлов, располагающихся глубоко в дерме, иногда захватывающих верхние отделы подкожно–жировой клетчатки. Узлы могут достигать 1,5–2 см в диаметре. Такие узлы крайне болезненны, остро выражено перифокальное воспаление. Сливаясь, узлы образуют конгломераты, могут возникать абсцессы, после вскрытия которых остаются длительно незаживающие язвы, а впоследствии – грубые рубцы с перемычками и свищевыми ходами.

Иногда глубоко расположенные воспаленные узлы сливаются и образуют эпителиальные синусовые тракты, как бы “подрывающие” кожу лица и туловища, – синусовые акне. [1]

Одним из редких вариантов воспалительных акне, при котором происходит острая трансформация типичных воспалительных акне в крайне выраженное деструктивное воспаление, являются молниеносные акне(acne fulminans). В основном страдают молодые мужчины. Появляются множественные болезненные изъязвляющиеся с участками некроза воспалительные узлы, рассеянные пустулы, располагающиеся на эритематозном фоне. Процесс сопровождается лихорадкой, лейкоцитозом, болями в суставах, транзиторным гломерулонефритом. Заживление происходит с образованием грубых рубцов.

Достаточно редко встречается пиодермия лица – остро–воспалительная и тяжело протекающая форма акне. Пиодермией лица чаще страдают молодые женщины, перенесшие эмоциональный стресс или ранее получавшие андрогены по поводу эндокринных заболеваний. Дерматоз характеризуется внезапным началом и быстрым прогрессированием. У всех больных процесс локализуется в центральной части лица, в области лба, висков, подбородка. Появляется выраженный отек лица с цианотичным оттенком кожи, а через 1–2 дня – болезненные фурункулоподобные узловатые высыпания, напоминающие конглобатные акне, большие (более 5 мм) пустулы. Отмечается отсутствие комедонов и резкая выраженность границ воспаления. [6]

Прогноз

В настоящее время больным, страдающим различными формами акне, нет причин ждать спонтанной ремиссии. Лечение комбинацией наружных и системных препаратов позволяет справиться с любыми формами заболевания, даже при резко выраженных деструктивных процессах.

**Список литературы:**

1. Калюжна Л.Д., Слабкий Г.О., Горбенко О.В. Європейські рекомендації з лікування атопічного дерматиту 2011 року: аналіз сучасних технологій топічної терапії // Український журнал дерматології, венерології, косметології. — 2012. — № 2 (45). — С. 52–60.

2. Монахов С.А., Иванов О.Л. Акне : методическое пособие для врачей. — М., 2010.

3. Потекаев Н.Н., Горячкина М.В., Белоусова Т.А. Акне (угревая болезнь): современный взгляд на проблему // Consilium medicum. — Прил.: Дерматология. — 2008. — № 1. — С. 12–16.

4. Dumont-Wallon G., Dreno B. Specificity of acne in women older than 25 years // Presse Med. — 2008. — Vol.37. — P. 585–591.

5. Isard O., Knol A.C., Aries M.F. et al. Proprionibacterium acnes activates the IGF–1 / IGF–1R system in the epidermis and induces keratinocytes proliferation // J. Invest. Dermatol. — 2011. — Vol. 131. — P. 59–66.

6. «Les Nouvelles Esthetiques» - М., русское издание, ЗАО Космопресс, №2, 2002, №4, 2005, №5, 2007, №3, 2008, №3, 2009.

7.*Скрипкин*Ю.К., Кубанова А.А., Самсонов В.А.,*Чистякова*И.А. Синтетические ретиноиды новый этап в лечении тяжелых// Вестн. дерматол. и венерол. - 1994. - № 2. — С.3-6.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ И КЛИНИКЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ.**

Литвин Е.С

Харьковский национальный медицинский университет.

Ключевые слова: угревая болезнь, классификация, клинические проявления.

Угревая болезнь - одно из самых распространенных хронических рецидивирующих заболеваний кожи которое обнаруживают у 70-80% подростков. В статье представлены особенности течения, причины возникновения, основные симптомы и признаки угревой болезни, также возможные патогенные факторы, влияющие на появление очагов акне:.

**СУЧАСНІ ПОДАННЯ ПРО ЕТІОПАТОГЕНЕЗ ТА КЛІНИКУ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ.**

Літвін О.С

Харьковский национальный медицинский университет.

Ключові слова: вугрова хвороба, класифікація, клінічні прояви.

Вугрова хвороба – одне з найпоширеніших хронічних рецидивуючих хвороб шкіри, яке виявляють у 70-80% підлітків. В статті представлені особливості течії, причини виникнення , основні симптоми та ознаки вугрової хвороби, також можливі патогенні фактори , що впливають на появу вогнищ акне.

**MODERN IDEAS ABOUT ETIOPATHOGENESIS AND CLINIC ACNE .**

*Litvin O.S*

Key words: acne, clinical classification, manifestation.

Acne –one of the most common chronic relapsing deseases of the skin, show that 70-80% of adolescents. The article presents the characteristics of the course, cause of, the main symptoms and signs of acne, also the possible pathogenic factors, affecting the appearance of acne.