УДК: 616.53-002.25-08-035

**ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ.**

Литвин Е.С

*Харьковский национальный медицинский университет*

***Ключевые слова:*** угревая болезнь, лечение, профилактика рецидивов.

Угревая болезнь - это полиморфное мультифакториальное заболевание волосяных фолликулов и сальных желез, которое встречается у 80% подростков и лиц молодого возраста. Среди различных клинических разновидностей акне наиболее часто встречаются вульгарные угри (вульгарные угри). Этим дерматозом страдают до 35% подростков мужского пола и 23% - женского.

Наиболее удобная и часто используемая классификация акне в дерматологической практике – это классификация, предложенная Американской академией дерматологии, согласно которой различают следующие степени тяжести акне:I ст.– характеризуется наличием комедонов (закрытых и открытых) до 10 папул, II ст. – комедоны, папулы, до 10 пустул, III ст. – комедоны, папулопустулезная сыпь, до 3 узлов, IV ст. – выраженная воспалительная реакция в глубоких слоях дермы с формированием множественных болезненных узлов и кист.

Угревая болезнь относится к особой группе кожных заболеваний – психосоматическим дерматозам, при которых велика роль психоэмоциональных нарушений, связанных с проблемой «дефекта внешности», что особенно выражено у женщин и девушек. Локализация дерматоза на открытых участках кожи приносит пациенткам глубокие психологические страдания, снижая самооценку, негативно влияя на качество жизни, социальный статус, профессиональную деятельность, личную жизнь. В структуре общей заболеваемости тревожно–депрессивными расстройствами больные акне, по некоторым данным, занимают второе место, опережая по этому показателю многие соматические и кожные заболевания, включая даже больных с онкологической патологией. Пациенты с акне демонстрируют более высокий уровень тревоги и депрессии по сравнению с другими дерматологическими больными. 30% подростков и 5% взрослых нуждаются в активной психолого–психиатрической помощи [1,2].

Длительность (более 5 лет) заболевания являются дополнительными факторами, оказывающими негативное влияние на качество жизни женщин, существенно снижая его. Пациентки с акне являются наиболее психологически уязвимыми, среди лиц с акне отмечается большое число (64%) неработающих женщин, с неустроенной личной жизнью. В другом исследовании также было показано, что у 40% пациентов кожное заболевание, сопровождающееся косметическим дефектом, приводит к снижению их социального статуса и негативным образом отражается на профессиональной деятельности [6].

Исследования, проведенные отечественными дерматологами, показали, что психоэмоциональные расстройства (ПЭР) различной степени выраженности наблюдаются у 41,3% больных с УБ и значительно чаще встречаются у женщин. В другом исследовании было выявлено, что депрессивная симптоматика, вызванная акне, чаще встречается и имеет более выраженный характер у женщин по сравнению с мужчинами [5].

Данные литературы, свидетельствующие о наличии взаимосвязи между стрессогенными факторами и возникновением акне, довольно противоречивы. Так, Goulden и соавт. выявили, что только 12% из 71% женщин, у которых стресс являлся причиной акне, называют его провоцирующим фактором заболевания. В то же время Poli, Dumont–Wallon и соавт. отметили, что стресс является одним из существенных факторов, провоцирующих возникновение угревых высыпаний у женщин, он выявлялся как триггерный фактор в 34–50% наблюдений. Связь между стрессом и обострением акне в настоящее время объясняется выработкой нейромедиаторов (субстанция Р), которая влияет на дифференцировку и деление себоцитов и стимулирует выработку кожного сала. Кожа людей со склонностью к акне характеризуется обилием нервных окончаний, увеличенным числом нервных волокон, способных секретировать субстанцию Р, а также большим числом тучных клеток [3,4].

Обострение угревой болезни чаще наблюдается зимой и весной. К ухудшению течения заболевания приводят постоянная механическая травматизация кожи (выдавливание угрей, частое мытье с мылом), негативное воздействие внешней среды (загрязнение кожи маслами, бензином, пылью производственного происхождения), прием ряда медикаментов (стероидные гормоны, галогенсодержащие препараты, противотуберкулезные средства, антидепрессанты, противоэпилептические средства), неадекватно подобранная линия косметических средств по уходу за кожей. Солнечное облучение у большинства пациентов оказывает благоприятное влияние на течение акне и способствует частичному разрешению угревых высыпаний, однако у 8–10% пациентов интенсивная инсоляция вызывает обострение заболевания [1].

В последнее время появились публикации о влиянии пищевых продуктов на появление угревых высыпаний. Такая гипотеза уже высказывалась около полувека назад, но потом была отвергнута. В настоящее время за рубежом проводятся исследования, посвященные пищевому рациону и его влиянию на течение акне. Было выявлено, что продукты со значительным содержанием сахара и других углеводов, увеличивая уровень гликемической нагрузки, влияют на концентрацию инсулина и IGF 1, которые в свою очередь повышают концентрацию основных андрогенов в плазме крови. Это приводит к гиперсекреции кожного сала и появлению акне. Следует также напомнить, что усиленный прием йод– или бромсодержащих продуктов питания, в том числе в больших количествах йодированной соли и морепродуктов, может привести к увеличению воспалительных высыпаний у больных с акне. С другой стороны, отмечено, что включение в пищевой рацион продуктов, содержащих антиоксиданты, омега–3 жирные кислоты, пищевые волокна, витамины А, Е, С, положительно влияет на течение акне, способствуя уменьшению количества высыпаний. A. Logan доказал, что рыбий жир, богатый омега–3 жирными кислотами, ингибирует лейкотриен В4 и способен уменьшить выраженность воспалительных явлений при акне [6,7].

В последних исследованиях была выявлена роль табака в развитии акне. Было отмечено, что курящие женщины имели более тяжелые формы акне по сравнению с некурящими. В двух исследованиях, проведенных в 2009 и 2010 г., было выявлено, что курение является главным фактором в развитии комедональных (невоспалительных) акне у женщин. По мнению авторов, это объясняется тем, что никотин увеличивает продукцию кожного сала и снижает концентрацию витамина Е в организме [5].

Диагностическая и терапевтическая модель ведения женщин с акне включает в себя прежде всего полное и всестороннее обследование пациенток с учетом не только дерматологического, но и прежде всего гормонально–эндокринного профиля женщины с обязательным привлечением гинеколога–эндокринолога. От результатов исследования во многом зависит тактика ведения пациентки. Но прежде всего необходимо тщательно собрать анамнез, обращая внимания на семейную отягощенность, опыт предшествующей терапии, наличие сопутствующей патологии, характер питания. При осмотре следует обратить внимание не только на характер высыпаний, но и отметить телосложение женщины, тип оволосения, степень развития вторичных половых признаков, оценить наличие избыточной массы тела. Необходимо выяснить особенности менструального цикла и его влияние на появление высыпаний, а также влияние беременностей и родов на течение дерматоза.

Пациенткам назначают гормональное исследование крови (5–7–й день менструального цикла) с определением концентрации яичниковых и надпочечниковых андрогенов, гормонов щитовидной железы и гипофиза; стероидный профиль мочи (2–я фаза менструального цикла), с помощью которого определяют суточную экскрецию андрогенов. Гормональные зонды целесообразно дополнить УЗИ органов малого таза (5–10–й день менструального цикла, оптимальнее всего – 5–7–й день), при необходимости – УЗИ надпочечников, КТ, МРТ/рентгенографией черепа, малой пробой с дексаметазоном и др.

Для исследования фонового состояния кожи у пациенток с акне, помимо клинической оценки степени тяжести заболевания, целесообразно использовать неинвазивные дерматологические методы исследования, которые помимо объективизации патологических процессов в коже также служат критерием эффективности и безопасности терапии при акне. Рекомендуется использовать следующие методы: себометрию, рН–метрию, корнеометрию (измерение уровня увлажненности кожи, особенно у пациенток с поздними угрями), а также исследование микрорельефа кожи методом оптического видеомониторинга.

Лечебная тактика при акне у женщин зависит от стадии, распространенности заболевания, наличия или отсутствия патологических изменений в гормонально–эндокринном статусе женщины, а также от психоэмоционального состояния женщины. При выборе тактики лечения также необходимо учитывать возраст пациентки, сопутствующую патологию, возможность соблюдения режима лечения, предшествующую терапию. Современные подходы к терапии заболевания включают назначение различных системных и топических препаратов, влияющих на различные звенья патогенеза акне. Системная терапия назначается при 3–4–й степени акне, при упорном течении процесса при 2–й степени акне, а также при распространенных высыпаниях и отягощенности гормонально–эндокринного статуса при любой стадии акне (гормональная терапия). [1,2,5]

При 1–й степени акне проводится только местная терапия, причем препаратами первого выбора являются топические ретиноиды, при 2–й степени к топической присоединяют системную терапию, как правило, это антибиотики. Возможны применение воздействия высокоинтенсивного голубого света на акне–элементы и прием препаратов цинка, однако уровень доказательности для данных видов терапии невысок. При назначении топических антибиотиков следует учитывать, что, по последним данным, клиндамицин является наиболее эффективным препаратом в отношении угревых высыпаний, с учетом последних данных о торпидности к системным и топическим антибиотикам у женщин с поздними угрями. Наибольший эффект достигается при сочетании адапалена и бензоилпероксида (ВПО), ВПО и клиндамицина, системных антибиотиков в сочетании с азелаиновой кислотой, адапаленом и ВПО.

При тяжелых формах акне у женщин показано назначение КОК с антиандрогенным эффектом в сочетании с топическими противоугревыми препаратами и, в тяжелых случаях, с системными антибиотиками. Для достижения выраженного терапевтического эффекта назначать КОК следует на длительный срок – от 6 мес. до 1 года. При противопоказаниях к назначению КОК применяются системные ретиноиды. Установлено, что степень выраженности положительных результатов терапии системными ретиноидами тяжелых форм акне является дозозависимой. Длительность приема препарата приводит к выраженному подавлению активности сальных желез, что гистологически подтверждается уменьшением их размеров. Для достижения наибольшей эффективности лечения, увеличения продолжительности ремиссий и снижения частоты рецидивов оптимально использование курсовой дозы – 120–150 мг/кг. Системные ретиноиды необходимо применять в течение 3–6 мес. [2]

При противопоказаниях как к назначению КОК, так и системных ретиноидов наиболее показано применение системных антибиотиков в сочетании с препаратами азелаиновой кислоты (гель, крем) и другими топическими препаратами сроком не менее 1 мес.

При назначении препаратов у женщин следует учитывать их влияние на фертильность, возможность тератогенного действия, мутагенность, фетотоксичность, возможность сочетания с косметикой и духами, а также с косметологическими процедурами.

В качестве дополнительной терапии, так называемых средств ухода, необходимо использовать средства лечебной косметики, которые являются важным лечебным компонентом терапевтической программы ведения пациенток с акне. При выборе косметических средств необходимо учитывать тип кожи пациентки, данные аппаратных методик, позволяющих оценить степень выраженности жирности, увлажненности кожи и ее рН.

После удачного купирования воспалительных проявлений акне врачу часто приходится сталкиваться с трудностями в коррекции постакне. Наиболее частыми проявлениями постакне являются дисхромии и рубцы.[1,3]

Для разрешения дисхромий успешно применяются: поверхностные пилинги с α–гидроксикислотами, срединные пилинги с ТСА. Хороший синергический эффект дает совместное использование азелаиновой кислоты вместе с пилингами, в качестве препилинговой подготовки и постпилингового ухода, особенно у пациентов со смуглой кожей в качестве профилактики гиперпигментации и обострений акне. Хороший эффект дают курс криомассажа (5–6 мин. 2–3 раза в нед. на курс 10–15 процедур), мезотерапия, курс лечебного массажа (15 процедур) в сочетании с электрофорезом с витамином С.

Для коррекции атрофических рубцов применяются химические пилинги, чаще срединные, микродермабразия, лазерная шлифовка, инъекции филлеров, криотерапия, мезотерапия, но наиболее эффективными являются комбинированные методы коррекции. Для лечения гипертрофических рубцов используют очаговое введение кортикостероидов, электрофорез с кортикостероидами, лидазой, коллагеназой, буки–терапию, фонофорез с контрактубексом, мадекассолом, криодеструкцию, мазевую терапию (медерма, куриозин, контратубекс), а также хирургическое иссечение рубцов при большой площади поражения.

Таким образом разумное комбинированное назначение препаратов для наружного и системного применения позволяет добиться хорошего клинического эффекта, улучшить качество жизни у большинства больных различными формами угревой болезни.

**Список литератури:**

1. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под ред. А. А. Кубановой. М.: ДЭКС-Пресс. 2010. 428 с.
2. 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.
3. 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.
4. «Les Nouvelles Esthetiques» - М., русское издание, ЗАО Космопресс, №2, 2002, №4, 2005, №5, 2007, №3, 2008, №3, 2009.
5. Е. Аравийская, д.м.н., СПбГМУ им. И. П. Павлова, «Симптомокомплекс постакне: особенности клиники, диагностики, общие принципы коррекции», журнал KOSMETIK international 2004 г. № 6.
6. Goldstein Adrian M., Abramovits William. Ceramides and stratum corneum: structure, function, and new methods to promote repair // International J. of Dermatol. 2003. V. 42. P. 256–259.

**ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ**

*Літвін О.С*

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.

**OPTIMIZATION OF COMPLEX THERAPY OF HEALTH DISEASE**

*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.