



СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

¹Хаитов К.Н.

²Абидова Ш.А.

¹Абидов Х.А.

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан, ²Центральная поликлиника №1 Главного медицинского управления при Администрации Президента Республики Узбекистан

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.10639604>

ARTICLE INFO

Received: 31th January 2024

Accepted: 08th February 2024

Online: 09th February 2024

KEY WORDS

ABSTRACT

Угревая болезнь (УБ) остается одним из наиболее распространенных дерматологических заболеваний, с которым сталкиваются люди разного возраста. Так, согласно результатам исследования на основе анализа историй болезни, направленного на оценку влияния различных кожных заболеваний на общую заболеваемость, преобладающий процент случаев угревой болезни составил 28,6%, что превысило распространенность дерматитов (19,4%) и бородавок (16,2%) [10]. УБ – это хроническое мультифакториальное рецидивирующее заболевание волосяных фолликулов и сальных желез [3].

УБ – полиморфное заболевание кожи, возникающее в результате гиперпродукции и дисбаланса липидов секрета сальных желез, фолликулярного гиперкератоза с сужением протоков сальных желез, размножения бактерий и развития воспаления [1].

По статистическим данным, угревая болезнь диагностируется у приблизительно 80-85% лиц в возрасте от 12 до 25 лет [16]. Наибольшее число случаев угревой болезни отмечается в период подросткового возраста: около 90% девочек (12-14 лет) и мальчиков (14-15 лет) сталкиваются с легкими проявлениями заболевания [14]. Угревая болезнь не только вызывает косметические дефекты на коже лица и тела, но и оказывает негативное воздействие на психологическое состояние человека, снижает уровень самооценки и может быть причиной других социально-бытовых проблем.

Результаты многочисленных исследований показывают, что факторы, способствующие развитию угревой болезни, являются разнообразными. Некоторые ученые предполагают, что угри могут возникать из-за неправильного рациона питания, несоблюдения регулярности приема пищи, а также избыточного потребления определенных продуктов, таких как соль, жирные и мучные блюда, перец, уксус, газированные напитки, табак и алкоголь. Кроме того, развитию угревой болезни может способствовать состояние желудочно-кишечного тракта, включая проблему хронических запоров. Профессиональная деятельность также может быть связана с



возникновением угревой болезни из-за воздействия различных химических агентов, таких как масла, деготь, гербициды, а также из-за побочных эффектов некоторых лекарственных препаратов, включая анаболические стероиды, витамины группы В, антидепрессанты, галогенсодержащие препараты, оральные контрацептивы и др. Также значимыми факторами являются состояние микрофлоры кожи, наследственная предрасположенность, функционирование иммунной и нейрогуморальной систем, а также состояние сосудистой стенки кожи. Вместе с тем, некоторые утверждения о роли определенных продуктов питания, таких как шоколад, орехи и животные жиры, в патогенезе угревой болезни остаются недоказанными [11].

Генетические факторы определяют число сальных желез, их размеры, чувствительность к половым гормонам и могут иметь важное значение в формировании угревой болезни [9].

Патогенез угревой болезни определяется четырьмя взаимосвязанными механизмами: увеличение кератина в фолликулах, повышенная выработка себума, наличие бактерии *Propionibacterium acnes* и развитие воспалительной реакции [6].

Увеличенное выделение кожного сала (себорея) в сочетании с увеличением кератина способствуют созданию благоприятной среды внутри сальной железы для размножения бактерии *Propionibacterium acnes*. Эта бактерия является частью нормальной микрофлоры кожи человека, которая использует жирные кислоты себума в качестве пищи. Однако, при нарушении компенсаторных механизмов организма, она может вызывать воспалительные процессы [6].

Исследования подтвердили, что в ответ на воздействие продуктов жизнедеятельности *Propionibacterium acnes* различными клетками выделяется большое количество медиаторов воспаления, способствующих развитию воспалительного процесса. Так, *Propionibacterium acnes* продуцируют хемотаксические факторы, один из которых является молекулой липазы, расщепляющей триглицериды (ТГ) кожного сала до свободных жирных кислот, повреждающих фолликулярную стенку изнутри, а также усиливают миграцию лейкоцитов и формируют инфильтрат вокруг фолликула. Доказана прямая активация *Propionibacterium acnes* системы комплемента [7, 17].

Наиболее ранние изменения при акне наблюдаются в патологической гиперкератинизации фолликулярного эпителия и обтурации фолликулярного протока с образованием микрокомедона. В последующем он развивается до клинически видимого закрытого «белая головка» или открытого «черная головка» комедона [6].

Существует несколько классификаций угревой болезни, которые различают клинические формы на основе возраста пациента (младенческая, юношеская, взрослая), этиологии (идиопатическая, спровоцированная, особая) и наличия воспаления (воспалительные или невоспалительные образования). Однако наиболее распространенной является классификация, предложенная Американской академией дерматологии. Согласно этой классификации, угревая болезнь подразделяется на 4 степени тяжести:

1-я степень: закрытые и открытые комедоны, папулы до 10 штук;

2-я степень: закрытые и открытые комедоны, папулы, пустулы до 10 штук;



3-я степень: закрытые и открытые комедоны, множественные папулопустулезные высыпания, узлы до 3 штук;

4-я степень: формирование множественных узлов и кист в глубоких слоях кожи [15].

Клинические проявления угревой болезни варьируют в зависимости от возраста пациентов. В период подросткового возраста акне часто является естественным явлением, протекающим в легкой форме. Появление комедонов и папул связано с физиологическими изменениями перестройкой организма в пубертатный период. Тем не менее, согласно различным оценкам, примерно 15% подростков сталкиваются со средней или тяжелой степенью угревой болезни, для лечения которой необходимо применение длительной и системной терапии [16]. При этом наблюдается обильное появление папулопустулезных высыпаний, появление отдельных или множественных узлов, образование рубцов на коже, а также возникновение островоспалительных процессов на лице и иногда на других участках тела, сопровождающихся гнойными образованиями. Угревая болезнь, возникающая во взрослом возрасте, может быть как продолжением акне, начавшегося в период подросткового возраста, так и результатом нарушений в эндокринной системе [2].

Для эффективного лечения угревой болезни необходимо применять комплексный подход, который включает в себя своевременную диагностику и начало лечения на ранних стадиях.

Диагноз УБ традиционно ставят клинически. К обязательным исследованиям относят биохимический анализ крови, к рекомендуемым исследованиям гормонального статуса (свободная фракция тестостерона, ФСТ, ЛГ, ПГ; ДРЭД, 17-КС) у женщин с признаками гиперандрогенемии, УЗИ органов малого (при поликистозе яичников), выделение и идентификация микробной флоры кожи с определением чувствительности к антибиотикам. исследование кариотипа (исключение XXXY-акне), иммунограмма. важна консультация других специалистов гинеколога, эндокринолога, психоневролога [12].

В настоящее время существует множество методов наружной терапии для лечения угревой болезни, которые имеют различные эффективность и механизмы действия. На данный момент существуют алгоритмы лечения пациентов с угревой болезнью, которые определяются исходя из степени тяжести заболевания. Традиционно это препараты системного действия и местные средства. Необходимо применять индивидуализированный подход к лечению пациентов с УБ, учитывая их клинические особенности, при этом важна длительная патогенетическая терапия на фоне правильно подобранного режима базового за кожей.

На 20-м Всемирном конгрессе по дерматологии: состоявшемся в Париже в 2002 году были представлены рекомендации по лечению угревой болезни, ориентированные на степень ее тяжести. При легкой степени угревой болезни рекомендуется использование топических ретиноидов, которые способствуют нормализации процессов пролиферации и отшелушивания клеток кожи, уменьшают воспаление и регулируют выделение себума [6]. Бензоилпероксид проявляет активность против бактерий *Propionibacterium acnes* и *Staphylococcus epidermidis*, а



также обладает кератолитическим свойством. Препараты, содержащие азелаиновую кислоту (например, скинорен) и салициловую кислоту, также демонстрируют хороший терапевтический эффект [5]. Они обладают не только противовоспалительным, но и антимикробным эффектом. Побочные эффекты их минимальны.

Для лечения средней и тяжелой степени угревой болезни, к локальным средствам добавляют системные препараты. Часто используется изотретиноин (также известный как роаккутан), который является ретиноидом. Он способствует нормализации клеточных процессов, регулирует их дифференцировку, стабилизирует работу сальных желез, улучшает качество себума и оказывает ярко выраженным противовоспалительным действием [5]. Применение препаратов этой группы сопровождается рядом побочных эффектов, включая конъюнктивит, хейлит, развитие ретиноидного дерматита и тератогенное воздействие на плод. Поэтому важно строго контролировать дозировку и продолжительность применения этих препаратов. Антибактериальные препараты, такие как макролиды (эритромицин, клиндамицин) и тетрациклины, обладают меньшей токсичностью. Обычно протокол терапии составляет до 8 недель, и эти препараты также могут быть применены наружно в виде мазей и лосьонов.

С учётом рецидивирующего течения акне необходимо придать важное значение следующим общим и местным лечебно-профилактическим мероприятиям: гипоаллергенная диета, которая включает в себя исключение из рациона еды быстрого приготовления (фастфуд), продуктов с высоким содержанием глюкозы и алкоголя. Еще одной важной причиной рецидивов угревой болезни могут быть хронические очаги инфекции в организме, такие как кариозные зубы, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, такие как дисбактериоз, которые требуют специализированного лечения у соответствующих специалистов.

Также важное значение имеет правильный уход за кожей. Девушкам необходимо смывать макияж перед сном, используя средства с кислым или нейтральным pH. Использование мыла для умывания категорически не рекомендуется, поскольку оно нарушает водно-липидный барьер кожи, что может привести не только к усилению проявлений угревой болезни, но и к развитию других кожных заболеваний. Так, для ежедневного очищения кожи лица необходимо использовать гели содержащие керато-себорегулирующим противовоспалительным действием: Эфаклар® (La Roche-Posay), Эксфолиак® (Merck), Себиум® (Bioderma). Процедуру снятия макияжа целесообразно проводить с использованием жидкости для снятия макияжа Эфаклар®. Процесс очистки завершают нанесением эмульсии Эфаклар®.

Противовоспалительное антибактериальное, комедонолитическое действие оказывает препарата Зинерит®: эритромицин - цинка ацетат дигидрат комплекс, который выпускается в виде порошка для приготовления раствора для наружного применения в комплексе с растворителем и аппликатором [4].

Кроме того, не рекомендуется производить самостоятельно выдавливание воспаленных элементов, так как это может спровоцировать распространение инфекции на более глубокие слои кожи. В период активного солнца необходимо



использовать крем с защитным фактором SPF, поскольку ультрафиолетовое излучение может снижать местный иммунитет кожи и усугублять состояние угревой болезни.

Вместе с тем широко применяется и практика внутриочагового введения кортикостероидов. Так, инъекции кортикостероидов позволяют уменьшить воспаление в больших по размеру узловых поражениях [8].

Одним из современных методов терапии угревой болезни считается применение лазерных технологии. По данным литературных источников установлено, что применение в течении 2 недель пульсирующего лазера (532 нм) привело к уменьшению на 40% клинических проявлений акне [13].

Таким образом, терапия угревой болезни длительный процесс, который требует строгого следования рекомендациям врача и регулярного ухода за кожей. При комплексном подходе к лечению удастся не только контролировать проявления заболевания, но и достичь его полного излечения.

Разумное комбинированное назначение лечения для наружного и системного применения добиться лучшего клинического эффекта и улучшить качество жизни пациентов.

References:

1. Альбанова В.И., Шишкова М.В. Угри. Патогенез. Клиника. Лечение. М.: БИНОМ, 2014; 112.
2. Горячкина М.В. Белоусова Т.А. Современные представления о патогенезе, клинике и терапии акне у женщин. РМЖ, 2012, №22.
3. Данилова А.А., Шеклакова М.Н. Акне. Русский медицинский журнал. 2001; 11: 452-456.
4. Зинерит® (Zinerit®) Лекарственные препараты. <https://compendium.com.ua/info/13574/zinerit-sup-sup/>
5. Кацамбас А.Д., Лотти Т.М. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. М.: МЕДпресс-информ 2014; глава «Акне» W. J. Cunlife. 19. – 736.
6. Клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Дерматовенерология 2015. Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. – 5-е изд, перераб. И доп. – М.: Деловой экспресс, 2016. – 768.
7. Линник М.С., Вовк Я.Р. Системный подход к лечению угревой болезни. Современные научные исследования и разработки 2018; 1.12: 341-343.
8. Пашинян А.Г. Современные методы терапии акне. Медицинский совет. 2010; 5-6: 72-77.
9. Суворова К.Н. Юношеские акне - клиника, патогенез, лечение / К.Н. Суворова, Н.В. Котова // Рос. журнал кожных и венерич. болезней. -1999; 3: 67-72.
10. Сучкова Е.Л. Современные методы лечения акне 1 и 2 степени у подростков. Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье 2 (56) Special Issue (2022): 87-88.



11. Чеботарев В.В., Шиханова Е.Н., Кошель М.В. Акне: этиология, патогенез, лечение / – Монография. – Ставрополь: издательство «Седьмое небо», 2014.
12. Lasota, Nina, et al. "Acne is a medical and social problem." *Journal of Education, Health and Sport* 38.1 (2023): 277-293.
13. Li, Monica K., Chaocheng Liu, and Jeffrey TS Hsu. "The use of lasers and light devices in acne management: an update." *American Journal of Clinical Dermatology* 22 (2021): 785-800.
14. Meixiong, James, et al. Diet and acne: A systematic review. *JAAD international*. 2022; 7: 95-112.
15. Praparan, O., et al. Proposal for a 4-type classification of acne: An evidence-based review of the literature. *The Open Dermatology Journal*. 2020: 14.1.
16. Roseeuw D., Katsambas A.D. and Nachev J.P. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней / Под ред. А.Д. Кацамбаса, Т.М. Лотти; Пер. с англ." М.: МЕДпресс-информ. 2008: 199-211.
17. Teresa, Astrid. "Akne vulgaris dewasa: etiologi, patogenesis dan tatalaksana terkini." *Jurnal Kedokteran Universitas Palangka Raya* 8.1 (2020): 952-964.