

**УГРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ
(АКНЕ): АКТУАЛЬНОСТЬ
ПРОБЛЕМЫ,
ЭТИОЛОГИЯ,
ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА.**



Актуальность проблемы

- ⦿ В последнее время проблеме акне уделяется большое внимание. Повышенный интерес к этой проблеме объясняется тем, что во всем мире пациентов с акне не просто стало больше, а увеличилось количество трудноизлечимых форм. Это может быть обусловлено ухудшением экологической обстановки на Земле, что ведет к нарастанию генетических нарушений в популяции, а также нарастанием резистентности к лекарственным препаратам и прежде всего к антибиотикам.
- ⦿ Психологический дискомфорт, возникающий у больных с акне, является одной из главных причин их обращения к врачу. Такие пациенты жалуются на чувство неполноценности, депрессию, раздражительность. У студентов с тяжелыми формами акне нередко отмечается слабая академическая успеваемость.

Определение

- Акне – генетически обусловленное длительно протекающее полиморфное многофакторное заболевание кожи, сальных желез и волосяных фолликулов.



Эпидемиология

Акне является одним из наиболее распространенных заболеваний кожи у лиц молодого возраста, которое встречается у 85% юношей и девушек в возрасте от 12 до 24 лет и у 10% сохраняется до возрастного периода 25-45 лет. У большинства женщин к 25 годам происходит самопроизвольное обратное развитие акне. В последнее время наметилась тенденция к увеличению числа женщин, у которых дебют угревых высыпаний приходится на возраст 25 лет и старше

ЭТИОЛОГИЯ

- ⊙ - наследственная предрасположенность,
- ⊙ - гиперпродукция сального секрета под действием андрогенных гормонов,
- ⊙ - нарушение кератинизации фолликулярного канала,
- ⊙ - микрофлора кожи лица (*Propionibacterium acnes*),
- ⊙ - возникновение как следствие действия этих факторов воспалительной реакции в перифолликулярных зонах.

Патогенез

- I. Наследственная предрасположенность имеет несомненное значение в возникновении угревой болезни, тяжести ее течения, локализации, распространенности и чувствительности к терапии. По данным немецких дерматологов, у 45% школьников, имеющих акне, один или оба родителя также отмечали у себя угри, в то же время угревая болезнь наблюдалась только у 8% школьников, родители которых не имели угрей. Наследственная предрасположенность к появлению акне подтверждена также генетическими исследованиями близнецов.

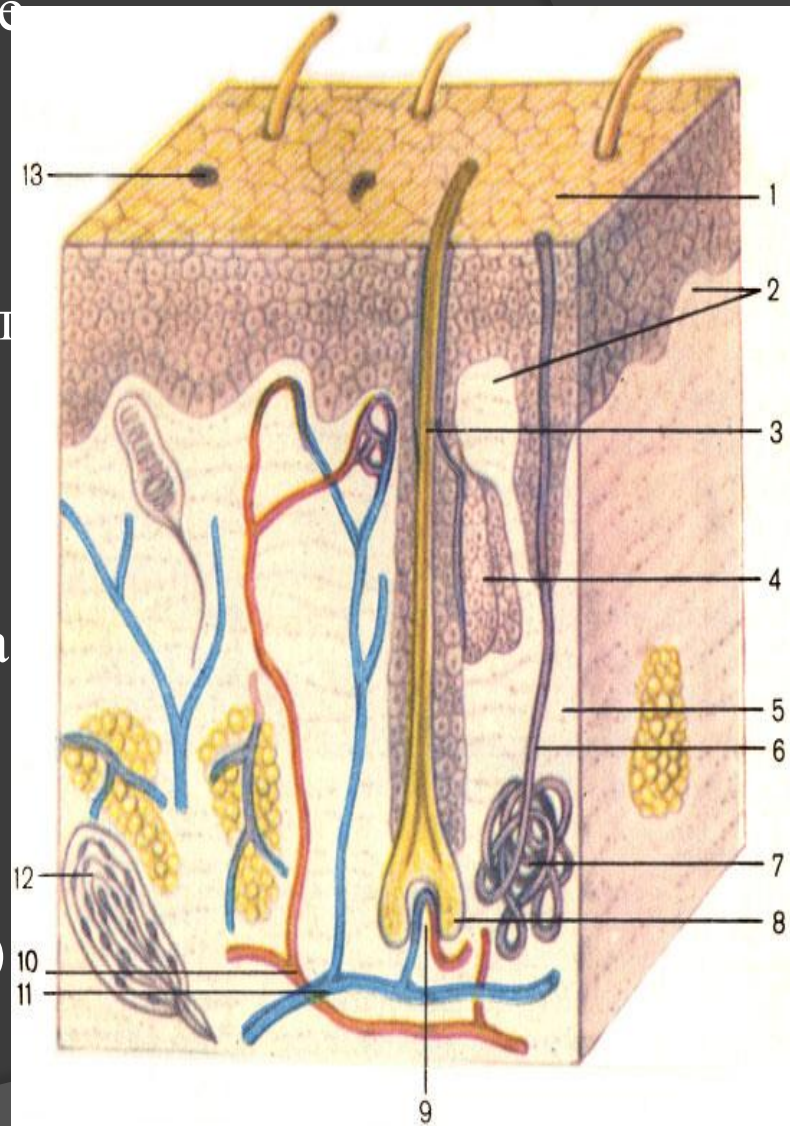


I Гиперпродукция сального секрета гиперплазированными сальными железами – это основное звено патогенеза акне.

Так как деятельность сальных желез регулируется в основном гормональными механизмами, гиперпродукция кожного сала может возникать прежде всего на фоне функциональных или органических эндокринных нарушений.

Регистрируют эпизоды

- абсолютной (увеличение количества гормонов)
- относительной (повышенная чувствительность рецепторов к нормальному или сниженному количеству андрогенов в организме) гипертестостеронэмии.



III. При длительной гиперпродукции кожного сала постепенно развивается компенсаторный гиперкератоз в устье волосяных фолликулов, куда открывается просвет сальной железы.

Формируются открытые и закрытые комедоны.



Открытые комедоны.

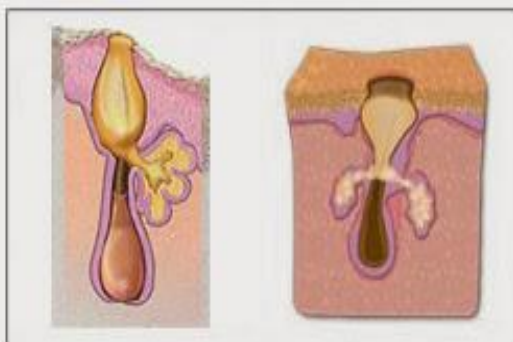




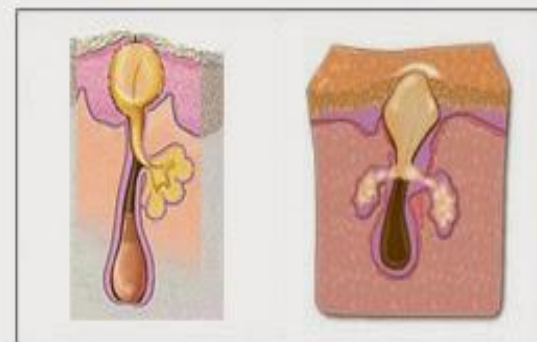
ЗАКРЫТЫЕ КОМЕДОНЫ



ОТКРЫТЫЕ КОМЕДОНЫ



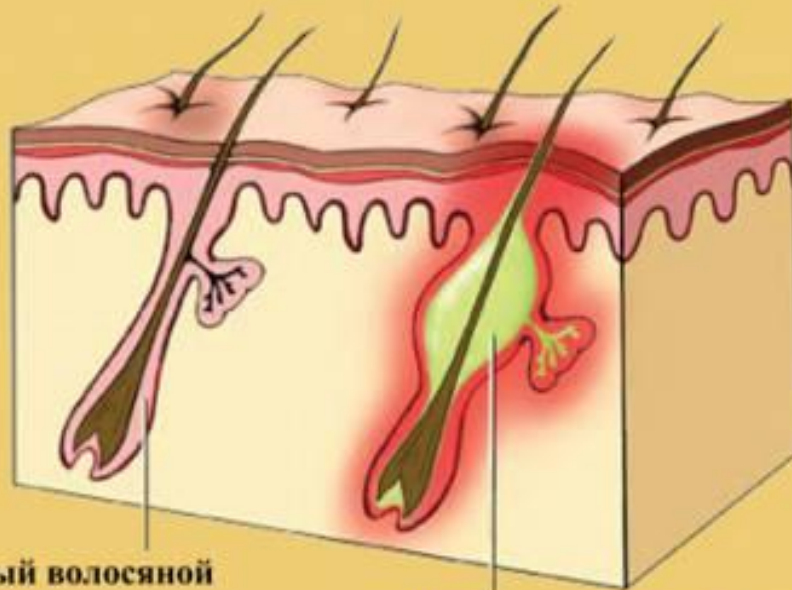
Blackhead: open comedo



Whitehead: closed comedo

Вследствие действия всех этих факторов возникает воспаление вокруг сальных желез.

АКНЕ: КАК ВОЗНИКАЕТ УГРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ



**Здоровый волосяной
фолликул**

**Воспаление сальной железы
и волосяного фолликула**

Клиническая картина

- ◉ . Вульгарные угри развиваются на себорейных участках кожи — на лице (лоб, щеки, нос, подбородок), спине, верхней части груди, на плечах, реже — на волосистой части головы на фоне жирной себореи. Высыпания характеризуются эволюционным полиморфизмом и четкой стадийностью в эволюции элементов. Первоначальные изменения кожи при акне представлены невоспалительными элементами — открытыми («черный угорь») или закрытыми комедонами. В типичных случаях вокруг комедона развивается воспалительная реакция, клинически проявляющаяся конической или полусферической фолликулярной папулой красного или багрово-синюшного цвета, в центре которой возникает небольшая пустула). Развитие воспалительной реакции в дерме ведет к образованию узлов, а при их нагнаивании — кист. Разрешение комедонов, папул и пустул происходит бесследно.

1) - КОМЕДОНЫ



- Папулезные и папулопустулезные угри



- Узловатокистозные



- Конглобатные



- Фульминантные



2) Акне взрослых (поздние угри)



3) Акне детского возраста



◎ *Дифференциальный диагноз* проводят с пустулезной стадией розацеа, пустулезным угревидным сифилидом, периоральным дерматитом, милиарным диссеминированным туберкулезом кожи. Акне необходимо отграничивать от ме- дикаментозных угрей, возникающих на фоне приема некоторых лекарствен- ных средств (препаратов хлора, брома, йода, анаболических стероидных гормо- нов, противотуберкулезных и противо- судорожных препаратов, цитостатиче- ских препаратов и иммуносупрессоров, витаминов), и от контактных угрей, раз- вивающихся под влиянием экзогенных факторов, обладающих комедогенным свойством. К ним относятся косметиче- ские средства (помада, кремы с ланоли- ном, вазелином, растительными масла- ми), машинные масла, соединения хлора, препараты дегтя и т. д

лечение

- Важная и неотъемлемая составляющая комплексной терапии акне — ежедневный уход за кожей с помощью средств противоиугревой лечебной косметики с бережным очищением и увлажнением кожи, не содержащих спирт и не обладающих комедогенными свойствами. В лечении акне в зависимости от тяжести процесса применяют системные и наружные средства. При легкой степени тяжести используют в качестве монотерапии наружные ретиноиды, азелаиновую кислоту, бензоила пероксид, топические антибиотики или комбинации перечисленных средств (ретиноиды + антибиотики, ретиноиды + бензоила пероксид). При средней степени тяжести к наружной терапии присоединяют системные антибиотики тетрациклинового ряда (доксциклин, тетрациклин). У женщин патогенетически обоснованно применение комбинированных оральных контрацептивов с антиандрогенным действием. Лечение антиандрогенами проводится после консультации гинеколога-эндокринолога, при этом могут потребоваться оценка гормонального профиля крови (определение лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, эстрадиола, прогестерона, тестостерона, пролактина и дегидроэпиандростерон-сульфата), УЗИ органов малого таза и надпочечников, рентгеномография черепа.

- При тяжелых формах акне, а также в случае неэффективности лечения используют системные ретиноиды (изотретиноин). Препарат обычно назначают на 6–12 мес.; его применение может сопровождаться побочными явлениями (такими, как тератогенный эффект, хейлит, сухость кожи, гиперлипемия), поэтому необходимы строгое соблюдение контрацепции, ежемесячный контроль биохимических показателей жирового обмена и печеночных трансаминаз, применение увлажняющих средств. После основного курса лечения акне рекомендована длительная поддерживающая терапия топическими ретиноидами. Лечение роаккутаном дает стойкий терапевтический эффект. В редких случаях возникновения рецидивов обычно повторяют курс лечения роаккутаном. В лечении акне и постакне применяют также физиотерапевтические и косметические процедуры (чистка, дарсонвализация, пилинг, микротоковая терапия, дермабразия

Степени тяжести акне

степени тяжести акне

акне 1-й степени



акне 2-й степени



акне 3-й степени



акне 4-й степени



акне, стадия I



акне, стадия II



акне, стадия III



акне, стадия IV

Рис. 3. Четыре стадии акне