

***Е.В. Вошула***

## **ПОЗДНИЕ АКНЕ У ЖЕНЩИН**

***Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.П. Музыченко,***

***Кафедра кожных и венерических болезней,***

***Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск***

***Резюме.*** Угревая болезнь у женщин в старших возрастных группах (25 лет и старше) классифицируется как *Acne tarda*. В последнее время увеличивается число пациентов у которых акне встречается после 25 лет, хоть и преобладающее большинство пациентов заболевают в подростковом возрасте. Велика роль психоэмоциональных нарушений, заболевание приводит к снижению самооценки, негативно влияет на качество жизни, социальный статус, профессиональную деятельность, личную жизнь. Большое значение в этиопатогенезе заболевания играют наследственные факторы, стресс, образ жизни, питание, наличие сопутствующих эндокринных патологий.

***Ключевые слова:*** Акне, гиперандрогения, Пропионибактерии акне, лечение.

***Resume.*** *Acne in adult women is defined as an acneic picture present in women from 25 years of*

*age. It can onset in adolescence and continue into adulthood or appear in the latter phase. It has an impact on personal relationships and can lead to introspection and depression. It is predominantly characterized by inflammatory lesions located preferentially on the chin and neck. Its pathogenesis involves circulating androgens in combination with other factors such as heredity, stress, ultraviolet exposure, obesity, diet, smoking habits and the presence of associated endocrine disorders.*

**Keywords:** Acne; hyperandrogenism; *Propionibacterium acnes*; treatment

**Актуальность.** Акне – полиморфное мультифакторное заболевание, в патогенезе которого важную роль играют нарушение продукции и состава кожного сала, присутствие в сальных железах и их протоках *Propionibacterium acnes*, изменение гормонального статуса и кератинизации фолликулярного канала, а также наследственные факторы [3].

Акне является одним из наиболее распространенных дерматозов. У одних появление угревой болезни носит транзиторный характер, у других – заболевание принимает торпидное и рецидивирующее течение. Пик заболеваемости, как правило, приходится на 15-16 лет. Однако, в последние десятилетия увеличивается число пациентов, у которых угревые высыпания встречаются после 25-35 лет и даже в более позднем возрасте. Проявления угревой болезни в старших возрастных группах (25 лет и старше) классифицируются как *acne tarda*. В данной возрастной группе в структуре заболеваемости существенно преобладают женщины. По данным исследователей, доля пациенток с угревыми высыпаниями в возрасте 20-29 лет составляет 40%, 30-39 лет -27%, 40-49 лет 21%, 50 лет и старше 12%

Акне относится к особой группе кожных заболеваний – психосоматическим дерматозам, при которых велика роль психоэмоциональных нарушений, связанных с проблемой «дефекта внешности». Локализация дерматоза на открытых участках кожи приносит пациенткам глубокие психологические страдания, снижая самооценку, негативно влияя на качество жизни, социальный статус, профессиональную деятельность, личную жизнь [1, 2].

**Цель:** Проанализировать основные причины, патогенетические и клинические особенности поздних акне у женщин и определить варианты терапии.

**Задачи:**

1. Выявить распространенность, степень тяжести и наиболее часто встречающиеся формы поздних акне у женщин;
2. Определить особенности функционирования щитовидной железы и яичников у пациенток с *acne tarda*;
3. Оценить степень влияния дерматоза на качество жизни пациенток;
4. Выявить взаимосвязь акне с *Demodex folliculorum*.

**Материал и методы.** Работа выполнена в ходе проспективного клинического исследования на базе УЗ ГККВД. Под наблюдением находились 18 пациенток в возрасте от 25 до 45 лет с длительностью заболевания от 7 месяцев до 13 лет.

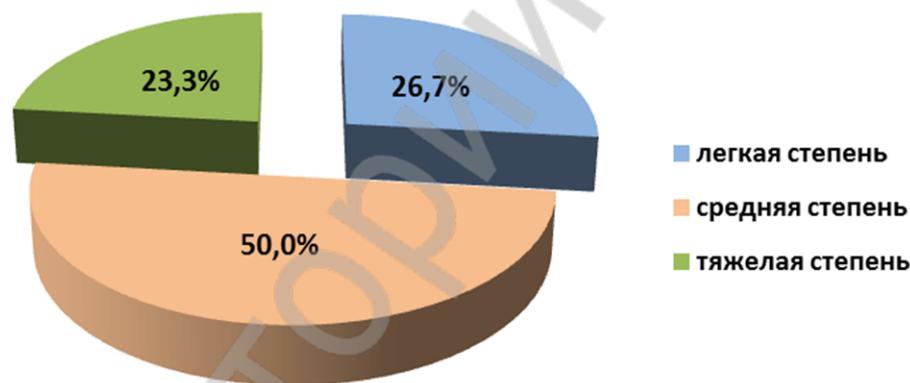
Оценка полученных данных основывалась на результатах исследования: возраста, дерматологического, гормонально-эндокринного профиля, индекса общей тяжести угрей (ОТУ), клинического профиля акне, дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) и назначенной терапии.

Индекс общей тяжести угрей, отражающий вид и число морфологических элементов, характерных для пациентов с угревой сыпью интерпретировался следующим образом: до 35 баллов – лёгкая степень, 36-63 балла – средняя степень, свыше 63 – тяжёлая. У большинства пациенток наблюдалась средняя степень тяжести акне.

#### **Результаты и их обсуждение.**

В результате исследования было выявлено, что среди клинических проявлений угревой болезни у женщин наиболее распространена папуло-пустулезная форма, которая регистрировалась у 12 пациенток с акне; комедональная форма – у 3 и конглобатные угри – у 3. Высыпания, как правило, локализовались в области лица, подбородка и шеи.

По степени тяжести пациенты распределились следующим образом (рис. 1).



**Рисунок 1** – Распределение пациентов по степени тяжести

Проведенные исследования показали, что развитие и течение дерматоза во многом зависит от семейной (генетической) предрасположенности. Так, 12 (66%) пациенток указывали на наличие угревой болезни у одного из родителей.

При исследовании качества жизни более чем у 60% пациентов наблюдалось среднее и значительное снижение дерматологического индекса качества жизни (рис. 2).

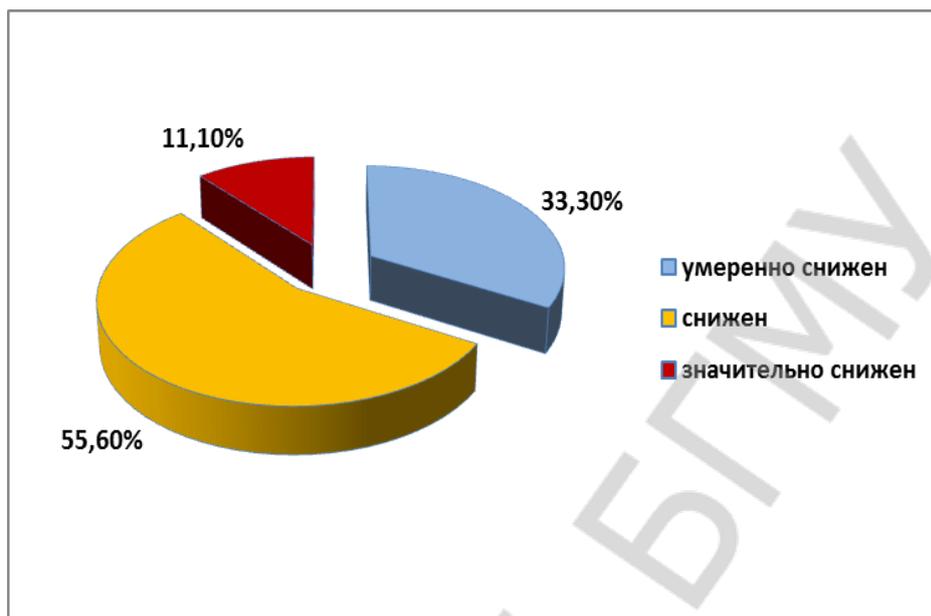


Рисунок 2 – Значение индекса качества жизни

Исследование гормонального профиля включало определение концентрации в сыворотке крови эстрадиола, пролактина, ДГЭА-С, 17-альфа-гидроксипрогестерона, Sex-связывающего глобулина, ЛГ, ФСГ, ЛГ/ФСГ, тестостерона (общего и свободного), кортизола, АКТГ (на 5-7 день менструального цикла) – у 14 пациенток; ТТГ, Т3 св., Т4 св. – у 14 пациенток; УЗИ органов малого таза – у 8 пациенток.

По результатам обследования у 3 пациенток была установлена абсолютная гиперандрогения (яичникового генеза), у 11 – относительная (или периферическая), не сопровождающаяся повышением сывороточных андрогенов (может быть обусловлена повышением активности 5 $\alpha$ -редуктазы). По результатам УЗИ органов малого таза поликистоз яичников был обнаружен у всех 3 пациенток с абсолютной гиперандрогенией (рис. 3).

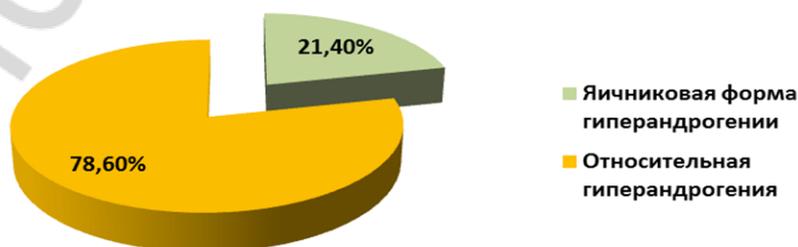
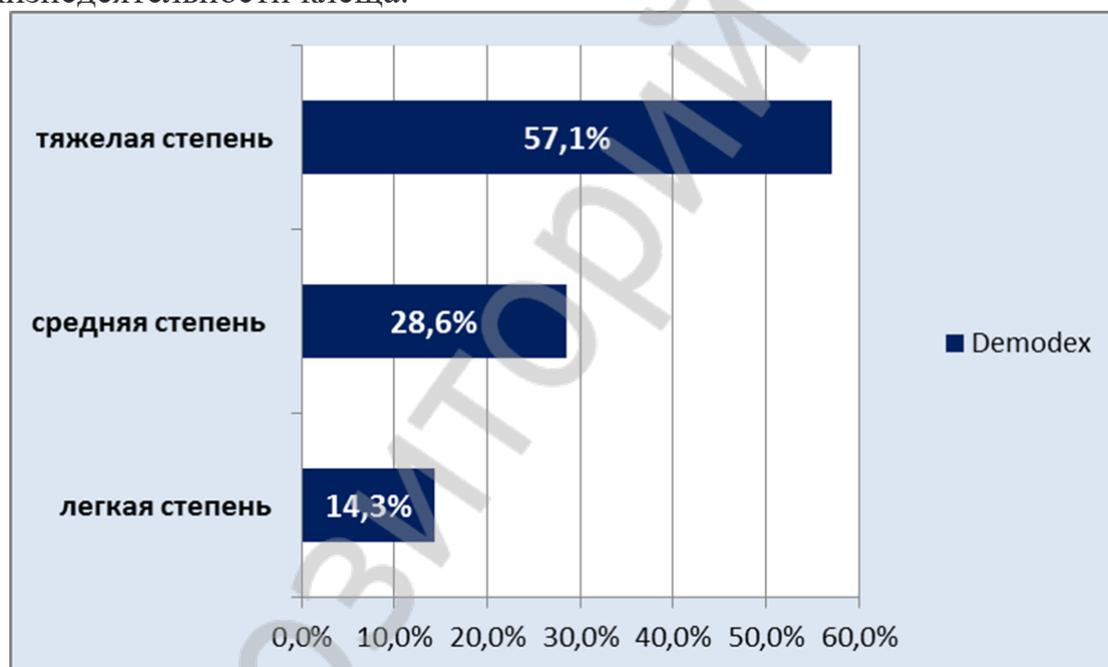


Рисунок 3 – Формы гиперандрогении

При исследовании ТТГ и гормонов щитовидной железы Т3 и Т4 у 3 больных с поздними акне выявлено увеличение в сыворотке крови ТТГ в 1,7 раза и снижение содержания тиреоидных гормонов Т3 на 33 %, Т4 на 25 %. Полученные данные свидетельствуют о том, что у данных больных усиливается секреция тиреотропного гормона и нарушается тиреоидный статус. При снижении содержания трийодтиронина и тироксина закономерно увеличивается секреция ТТГ, что свидетельствует о наличии лабораторных признаков гипотериоза. Учитывая полученные результаты пациенткам с поздними акне необходимо рекомендовать исследование функции щитовидной железы и при необходимости – консультирование у эндокринолога.

Микроскопическому исследованию на Demodex подверглось 7 пациентов. (рис. 4). Чаще всего ассоциация с Demodex folliculorum наблюдается при средне-тяжёлой и тяжёлой степени акне, так как при наличии выраженной воспалительной реакции и повышении продукции кожного сала, создаются благоприятные условия для жизнедеятельности клеща.



**Рисунок 4** – Ассоциация акне с Demodex folliculorum

Лечебная тактика при акне у женщин зависит от стадии, распространенности заболевания, наличия или отсутствия патологических изменений в гормонально-эндокринном статусе, а также от психоэмоционального состояния.

Современные подходы к терапии заболевания включают назначение различных системных и топических препаратов. При абсолютной гиперандрогении в первую очередь предпочтительно назначать комбинированные оральные контрацептивы (КОК) и при выраженных гормональных изменениях – антиандрогенные препараты (спиронолактон, ципротерона ацетат). В качестве второй линии – комбинации КОК+системные антибиотики или системные ретиноиды. При относительной гиперандрогении – антибиотики, ретиноиды или

комбинированную терапию.

**Выводы:**

1. Заболеваемость акне в позднем возрасте возрасла, при этом преобладают среднетяжелые папуло-пустулезные формы, оказывающие негативное влияние на качество жизни пациентов

2. Алгоритм обследования пациенток с поздними акне должен включать помимо стандартного рутинного обследования исследование гормонального профиля (половых гормонов и гормонов щитовидной железы);

3. Лечебная тактика должна основываться на степени тяжести акне, наличии сопутствующей патологии и гормональных изменений.

*E. V. Voshchula*

**ACNE IN ADULT WOMEN**

*Tutor: PhD, assistant professor A.P. Muzychenka*

*Department of Skin and Venereal Diseases,  
Belarusian State Medical University, Minsk*

**Литература**

1. Адаскевич, В. П. Акне вульгарные и розовые. – НГМА, 2003. – С. 160.
2. Кошевенко, Ю.Н. Справочник по дерматокосметологии / Ю.Н. Кошевенко. – М.: Академия косметологии, 2009. – 296 с.
3. Collier, C.N. The prevalence of acne in adults 20 years and older / C.N. Collier [et al.]. // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2008. – P.56-59.