

28. Wu C, Chen X, Cai Y, et al. Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in wuhan, China. JAMA Intern Med. 2020.
29. Garg S, Kim L, Whitaker M, et al. Hospitalization Rates and Characteristics of Patients Hospitalized with Laboratory-Confirmed Coronavirus. 2020;(69)15:458-464.
30. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. 2020.
31. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese center for disease control and prevention. J Am Med Assoc. 2020.
32. Yang JK, Lin SS, Ji XJ, Guo LM. Binding of SARS coronavirus to its receptor damages islets and causes acute diabetes. Acta Diabetol. 2010;(47)3:193-199.
33. Liu W, Li H. COVID-19: Attacks the 1-Beta Chain of Hemoglobin and Captures the Porphyrin to Inhibit Human Heme Metabolism. ChemRxiv.Preprint. 2020.
34. Fadini GP, Morieri ML, Longato E, Avogaro A. prevalence and impact of diabetes among people infected. 2020.
35. Арутюнов Г.П. и соавт. Согласованная позиция экспертов Евразийской ассоциации терапевтов по вопросам тактики ведения пациентов с коморбидной патологией, инфицированных SARS-Cov-2. Терапевтический архив. 2020;9:108-124.
36. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus infected pneumonia in wuhan, China. J Am Med Assoc. 2020;(323)11:1061-1069.
37. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-fatality rate and Characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. J Am Med Assoc. 2020.
38. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al., for the China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019.
39. Naicker S, Yang CW, Hwang SJ, et al. The Novel Coronavirus 2019 Epidemic and Kidneys. Kidney Int. 2020.
40. Pan X-W, Xu D, Zhang H, et al. Identification of a potential mechanism of acute kidney injury during the COVID-19 outbreak: a study based on single-cell transcriptome analysis. Intensive Care Med. 2020.

Пулатова С.Х., Бабаджанов О.А.

АКНЕ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Акне (угри обыкновенные, *acne vulgaris*) - один из самых распространенных недугов, встречающийся в практике дерматологов и косметологов. Акне - многофакторное полиморфное хроническое заболевание сальных желез и волосяных фолликулов, поражающее до 80% людей в возрасте от 12 до 24 лет. Однако заболевание может встречаться от младенчества до старости (Rzany B., 2006). Частота тяжелых форм составляет 5-14% от общей заболеваемости акне (Адаскевич В.П., 2000; Cargnello A.J., 1996; Brown S.K., Shalita A.R., 1998; Ustaitin R.P. et al., 1998; Golden V. et al., 1999; Webster G.F., 2002). Пик частоты заболевания приходится на 14-16 лет у девочек и 16-17 лет у мальчиков. Широкая распространенность этого заболевания и его существенное влияние на качество жизни пациентов обуславливают необходимость

разработки новых эффективных препаратов и схем лечения заболевания.

Распространенность заболевания, клиническая изменчивость, косметические дефекты - все эти аспекты привлекают внимание не только дерматологов и косметологов, но также других специалистов (Юцковская Я.А. с соавт., 2005).

Используемый термин «утревая болезнь» указывает на то, что развитие кожных высыпаний является следствием изменения процессов всего организма, подчеркивает хроническое и часто рецидивирующее течение кожных заболеваний, сложность этиологии и патогенеза, и разработку подходов к лечению заболевания (Масюкова С.В. с соавт., 2003; Кунгуров Н.В. с соавт., 2004; Cunliffe W.J., 2000).

Этиология и патогенез акне все еще до конца не

обусловлена многими микробиологическими,

гормональными, генетическими и иммунологическими факторами, в том числе нарушениями центральной и вегетативной нервной системы, поражением желудочнокишечного тракта и другими сопутствующими заболеваниями. Но все же основная этиология заболевания - генетически детерминированная гиперандрогения и секреторный тип сальных желез.

В основе патогенеза акне лежат четыре фактора: гипертрофия сальных желез, фолликулярный кератоз, микробная колонизация и воспаление. Фоном для развития акне является особое состояние, связанное с избыточным выделением кожного сала и изменением его состава - себорея.

Самая большая сальная железа (III тип) определяется у больных вульгарными угрями.

Исходной точкой для акне часто является не прямое увеличение содержания андрогенов в организме (абсолютная гиперандрогения), а генетически обусловленное увеличение этого количества и более часто, повышенная чувствительность рецепторов сальных клеток к производным тестостерона (относительная гиперандрогения).

Акне относится к числу заболеваний, оказывающих большое влияние на психоэмоциональный фон больного. Степень неблагоприятного влияния акне на качество жизни не коррелирует с объективным состоянием больного. Даже легкая форма акне может при вести к тяжелой дисморфофобии, депрессии, а в некоторых случаях к более серьезным психическим расстройствам попыткам самоубийства. Страдающие акне подвержены повышенному риску развития депрессии, беспокойства, суицидальных мыслей. Поэтому дерматологи лечат не только внешние проявления болезни и вторичные (постакне, гиперпигментация, рубцевание постакне и др.), но и воздействуют на психоэмоциональную адаптацию больного акне.

Недоброжелательное отношение окружающих к больным акне добавляет социальной значимости этому вопросу. Снижение самооценки приводит к ряду метаболических изменений, что безусловно снижает качество жизни больных акне.

Зачастую у больных, страдающих акне сборе анамнеза необходимо выяснить наличие

имеется отягощенный семейный анамнез. При генетической предрасположенности к

заболеваниям эндокринной и репродуктивной систем. В анамнезе важно знать время начала заболевания и полового созревания больного, причем раннее или позднее половое созревание может свидетельствовать о патологии эндокринной или репродуктивной системы. Особое внимание следует обращать на возраст начала менструаций и характер менструаций. При сборе анамнеза больного акне необходимо уточнить сведения о перенесенных заболеваниях, наличии местных очагов инфекции. Также необходимо обратить внимание на профессиональную деятельность больного (вредное производство, воздействие инсоляции), длительность заболевания, эффективность предыдущего лечения, психологический статус и соблюдение режима лечения пациентом, вес и рост, тип телосложения.

Несмотря на значительные успехи в лечении акне в последние годы, дальнейшие исследования проблем заболевания и улучшения лечения остаются первостепенными и очень важными в дерматологии (Корчевал Т.А., 2003; Cordain L. et al., 2002).

В настоящее время существует множество методов лечения вульгарных угрей. Это, скорее всего связано с недостаточным знанием этиологии и патогенеза акне, наличием существующих патологий внутренних органов и систем, неправильным выбором лечебной тактики.

Течение акне сопровождается повторными обострениями и нарастанием выраженности клинических симптомов, что может привести к образованию рубца. Таким образом, ведение больных с акне требует своевременного и эффективного подхода на начальных стадиях заболевания.

Многие дерматологи рекомендуют консультацию эндокринолога, гастроэнтеролога, гинеколога и других специалистов по мере необходимости для выявления и исключения сопутствующих заболеваний до и во время лечения. При выборе методов лечения, следует учитывать возраст, психоэмоциональное состояние больного, распространенность, стадию заболевания и клиническое течение, предшествующее лечение и др. схемы обучения пациентов приверженности лечению, диете и уходу за кожей являются необходимыми компонентами эффективности лечения. В этом случае врачам и пациентам следует разработать план лечения и профилактики (Рюмин Д.В., Шашлова Т.А., Савельева Е.М., 2013; Nast A., Dreno B., Bettoli V., et al., 2012).

Лечебная тактика акне основывается на двух критериях: тяжести кожного процесса и характере течения заболевания. Целью лечения является уменьшение воспаления, уменьшение образования кожного сала и нормализация деятельности сальных желез. Лечение больных

акне, как правило, направлено на устранение патогенетических факторов (Кубанова А.А. с соавт., 2003; Самгин М.А., Монахов С.А., 2005).

Лечение акне в настоящее время проводится с использованием системных и наружных

препаратов. Системное лечение включает назначение ретиноидов, антибиотиков и гормонов. Для лечения акне применяют антибиотикотерапию тетрациклинами (доксциклин) и макролидами (эритромицин). Доксциклин считается более эффективным по сравнению с другими антибиотиками, т.к. он способен проникать в фолликулярный аппарат и сальную железу.

Препараты наружной терапии назначают длительно, минимальный курс лечения 3 месяца, после курса которого следует назначать препараты в профилактических целях для предупреждения обострения заболевания. В большинстве случаев ни один препарат не воздействует на все механизмы и цель достигается комбинацией двух или трех препаратов для местного применения. Следовательно, препараты местного применения при акне вносят значительный вклад в достижение терапевтической эффективности при легкой форме заболевания и являются неотъемлемой частью при лечении средней и тяжелой степени акне, когда показаны системные препараты.

Азелаиновая кислота (15% гель или 20% крем) рекомендуется при всех степенях акне как в виде монотерапии, так и при комбинированной терапии. Азелаиновая кислота обладает широким спектром действия: противовоспалительные, антибактериальные, антикератинизирующие, антипролиферативные и антиоксидантные свойства.

В 2002 году были разработаны рекомендации и алгоритмы патогенетического лечения различных форм акне (XX Всемирный конгресс по дерматологии, Париж, 2022). Там местные ретиноиды являются первым выбором врачей при лечении акне. Топические ретиноиды влияют на процесс кератинизации (ороговение и шелушение), уменьшают секрецию кожного сала, усиливают пролиферацию эпителиальных клеток кожи, оказывают определенное противовоспалительное действие. Наиболее перспективен препарат Адапален, который хорошо переносится, не обладает фотосенсибилизирующим действием, высокоэффективен при комедонах и папулезных угрях. Еще один препарат изотретиноин (роаккутан) является также очень эффективным

при лечении акне средней и тяжелой степени. При регулярном применении он приводит к ремиссии или излечению у большинства людей с акне. Изотретиноин влияет на процессы дифференцировки и ороговения клеток эпидермиса, в том числе сальных желез, оказывает выраженное салоотделяющее и противовоспалительное действие.

Во многих литературных источниках местные ретиноиды рассматриваются как средства первого барьера при лечении акне. Они обладают комедонолитическими и противовоспалительными свойствами, нормализуют фолликулярный гиперкератоз и гиперкератинизацию, и, в связи с этим должны быть рекомендованы при наличии микрокомедонов, комедонов и для купирования очагового воспаления (Thielitz A., Gollnick H., 2008; Sinclair W., 2017).

Современные подходы к лечению акне включают назначение не только различных системных и местных препаратов, а также использование специальной косметики. Целебные свойства косметики обусловлены ее составом, в который входят вещества, действующие на ключевые звенья патогенеза.

Лечебная косметика позволяет осуществлять основной уход за проблемной кожей в периоды ремиссии заболевания, используется для поддерживающего лечения, а также может дополнять медикаментозную терапию в периоды выздоровления.

Появление вульгарных угрей, как часто считают пациенты, никак не связано с отсутствием ухода за кожей лица, начиная лечение заболевания с посещения косметолога. Рекомендуется ежедневно очищать кожу различными очищающими средствами, которые поддерживают нейтральный или кислый pH кожи и обладают антибактериальными свойствами. Больному акне следует помнить о необходимости исключения косметических средств (мазей, жирных кремов), а также растираний, вызывающих закупорку протоков сальных желез.

Таким образом, широкий выбор средств для лечения акне и косметики для кожи, склонной к акне, позволяет лечащему врачу в процессе лечения перейти от направленного воздействия на одни механизмы патогенеза к препаратам, воздействующим на другие звенья.

В связи с этим, наиболее важными являются регулярная модификация назначенного лечения и длительное динамическое фармацевтическое

Литература

1. Адаскевич В.П. Акне вульгарные и розовые. М.: Медицинская книга; Н. Новгород: Издательство НГМА, 2003:160.
2. Баринова А.Н. Этиология, патогенез, классификация и клиническая картина вульгарных угрей. Современный взгляд на проблему. Российский семейный врач. 2018;(22)3:14-22.
3. Иванов О.Л., Самгин М.А., Монахов С.А., Львов А.Н. Характеристика и коррекция психоэмоциональных расстройств (ПЭР) у больных акне. Тезисы научных работ IX Всероссийского съезда дерматовенерологов. М., 2005;1:90.
4. Кривошеев Б.Н., Ермаков М.Н., Криницына Ю.М. Современные методы лечения угревой болезни: Метод. рекомендации. Новосибирск. 1997.
5. Кунгуров Н.В., Кохан М.М. Опыт применения азелаиновой кислоты 20% (Скинорена) в терапии акне. Клиническая дерматология и венерология. 2002;2:31-35.
6. Масюкова С.А., Ахтямов С.Н. Акне: проблема и решение. Consilium medicum. 2002;4(5):217-223.
7. Масюкова С.А., Гладько В.В., Бекмагомаева З.А. Опыт применения нового топического ретиноида - адапалена в лечении акне. Клиническая дерматология и венерология. 2002;2:36-39.
8. Разнатовский К.И., Баринова А.Н. Себорея и вульгарные угри: Эпидемиология, патогенез, клиника, лечение. СПб.: Политехника-сервис, 2011.
9. Самцов А.В., Аравийская Е.Р. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных акне. РОДВК, 2015:23.
10. Bottomley W.W., Cunliffe W.J. Oral trimethoprim as a third-line antibiotic in the management of acne vulgaris. Dermatology. 1993. 187 (3): 193-196.
11. Collier C.N., Harper J.C., Cafardi J.A., Cantrell W.C., Wang W., Foster K.W. et al. The prevalence of acne in adults 20 years and older. J Am Acad Dermatol. 2008, Jan. 58 (1): 56-59.
12. Jeremy A.H., Holland D.B., Roberts S.G., Thomson K.F., Cunliffe W.J. Inflammatory events are involved in acne lesion initiation. J Invest Dermatol. 2003, Jul. 121 (1): 20-27.
13. Plewig G., Kligman A. M. Acneiform eruptions. In: Plewig G., Kligman A. M., editors. Acne and rosacea. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 1993.
14. Shaw J. C., White L. E. Persistent acne in adult women. Arch Dermatol. 2001 Sep. 137 (9): 1252-1253.
15. Thiboutot D. Pathogenesis and treatment of acne. 10th Congress EADV. Munich, 2001; 91.
16. Икрамов, А. И., and Д. И. Ахмедова. "Баркамол авлодни шаклантиришда жисмоний тарбия ва спортнинг тиббий асослари." Тошкент, Узбекистан (2011): 147.
17. Ikramov, A. I., and D. I. Akhmedova. "Meditinskie osnovy fizicheskogo vospitaniya i sporta v formirovanii garmonichno razvitogo pokoleniya (Metodicheskoe rukovodstvo)." (2011): 7-8.