

КОСМЕТОЛОГІЯ

УДК 616.53-002.2/.3+616.5-009.7]:616.33-00

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ПЕРЕБІГУ АКНЕ ТА АКНЕФОРМНИХ ДЕРМАТОЗІВ НА ТЛІ СУПУТНЬОГО ХЕЛІКОБАКТЕРАСОЦІЙОВАНОГО ГАСТРИТУ

В.Б.Андрійчук

Херсонський міський шкірно-венерологічний диспансер

Ключові слова: акне, акнеформні дерматози, хелікобактерасоційований гастрит.

Актуальність теми. Акне є одним із найпоширеніших уражень шкіри, що зустрічається у 60-95% осіб у віці 12-20 років та у 30-35% чоловіків і жінок у віці старше 35 років. В будь-якому віці виражені клінічні прояви акне супроводжуються зниженням самооцінки, що веде до психосоціальної дезадаптації і різко знижує якість життя. Не дивлячись на розповсюдженість дерматозу, лише 20% хворих звертаються за медичною допомогою [3, 5, 6]. На сьогоднішній час акне визначають як ураження сально-волосяного фолікула обструктивного і/або запального походження внаслідок різноманітних екзо- або ендогенних факторів [5, 6].

Ранні акне більш характерне для підліткового періоду і один епізод триває 4-5 років. В результаті досліджень Глобального Альянсу по лікуванню акне, всупереч опублікованим даним, у більшості підлітків немає гормональних відхилень при захворюванні на ранні форми акне. [6, 8]. Виділяють також акне при ендокринній патології – віральному синдромі, (синдромі полікістозу яєчників або синдромі Штейна-Левенталя) та інших гіперандрогеніях у жінок [4, 8, 11]. До провокованих акне відносять артифіціальні – механічні, травматичні (в результаті хронічного тертя та тиску на певну ділянку шкіри, при механічних оклюзіях шкіри, наприклад, «акне штовхальників ядра», «акне скрипалів» тощо), а також косметичні і ятрогенні акне: застосування

комедоногенних компонентів косметичних засобів, оклюзійних основ (acne toxica, acne venenata, acne de la brilliantine). При використанні лікарських засобів виділяють медикаментозні акне: при застосуванні гонадотропінів, глюкокортикостероїдів, препаратів літію, бромідів (бромакне), сполук хлору (хлоракне), антиконвульсантів, ізоніазиду. Зустрічаються також «допінгові акне», «вітамінні акне» (при застосуванні віт. В1, В6, В12) [5, 6, 9]. Окремо виділяють професійні акне в результаті неблагоприємного впливу фізичних (акне в результаті дії іонізуючого випромінювання), хімічних і біологічних чинників. До них відносять масляні акне (смольні та дьогтьові). Також виділяють екскоріативні акне (acne excoiiee des jeunes filles, acne neurotica) та особливу форму акне – резистентне акне [5, 6, 9].

Доведено, що клінічні прояви акне зумовлені ураженням сально-волосяних фолікулів обструктивного і/або запального характеру внаслідок вищезгаданих різноманітних причин (ендогенних – гіперандрогенія та ін., екзогенних – механічних, термічних, косметичного догляду і т.д.). Прояви акне можуть бути більш вираженими: формуються глибокі запальні пустули, абсцедуючі елементи, що рецидивують роками та призводять до важких спотворюючих форм хвороби. На сьогоднішній день відсутні клініко-лабораторні тести, які б дозволяли із високою достовірністю прогнозувати результат пубертатних акне, що диктує необхідність своєчасного початку патогенетично обґрунтованої терапії дерматозу [3, 5, 6, 8]. Акнеформні

дерматози, які є проявом вегетоневрозу, нерідко супроводжуються розвитком запальних папул та пустул, що призводить до необхідності диференціювати їх із вугровою хворобою [1, 2, 7, 10]. Клінічні прояви акнеформних дерматозів характеризуються різноманітними ступенями прояву персистуючої еритеми із телеангіоектазіями на поверхні, епізодами запальних папул і пустул, при довготривалому перебігу – формуванням гіперплазії сальних залоз та структур сполучної тканини, що веде до розвитку характерних дерматологічних стигм у вигляді «фім»: ринофіма (гіперплазія в області носа), отофіма (гіперплазія в області вуха), гнатофіма (гіперплазія в області підборіддя). Рубцювання не характерне [1, 2, 5, 9]. В пато- та морфогенезі формування елементів висипу при акне виділяють 4 основні механізми. Це: 1) андрогенобумовлена гіперпродукція шкірного сала, що призводить до гіпертрофії сальної залози; 2) ретенційний фолікулярний гіперкератоз, зумовлений змінами фізико-хімічних властивостей надмірно продукованого шкірного сала; 3) активація умовно-патогенної флори сально-волосяних фолікулів (*Propionbacterium asnae*, *Demodex folliculorum*), яке зумовлено зниженням бактерицидних властивостей шкірного сала. 4) вторинне запалення, зумовлене активацією *Propionbacterium asnae* через підвищення продукції шкірного сала із зниженою бактерицидною властивістю [5, 8, 9]. Саме *Propionbacterium asnae* є ініціатором та «диригентом» запальних змін в шкірі, мікробні ліпази якого, які виділяються під час при надлишковій проліферації, розкладають шкірне сало, що сприяє утворенню вільних жирних кислот, котрі пошкоджують стінку сально-волосяного фолікула із послідуєчим запаленням і пустулізацією. Надалі активізуються стафіло- та стрептококи, анаеробні коменсали, які підтримують запальний процес в структурі-мішені шкірі [1, 8, 9, 10]. Відомо, що запальні зміни в сально-волосяному фолікулі та

проліферація умовно-патогенних мікроорганізмів можуть підтримувати зміни метаболізму шкіри бактерицидності гідро-ліпідної мантії внаслідок різноманітних ендогенних факторів та супутньої соматичної патології (хвороби органів травлення, цукровий діабет, лямбліоз та ін.). відмічено, що демодекоз зустрічається у 83-90% випадків хворих на акнеформні дерматози [7, 9, 11].

Мета дослідження – встановлення особливості клініки та перебігу акне та акнеформних дерматозів на тлі супутньої патології, а саме хелікобактер-асоційованого гастриту.

Матеріал та методи дослідження. Під спостереженням знаходилось 87 хворих, в тому числі жінок - 69 (79%), чоловіків – 18 (21%) віком від 17 до 60 років. Серед них хворих на ранні акне - 42 (48,3%), пізні акне - 9 (10,3%), акнеформні дерматози - 36 (41,4%). Всі зворі були обстежені за загально клінічними методами із визначенням загального аналізу крові з формулою, загального білірубіну, в т.ч. прямого білірубіну та непрямого білірубіну, тимолової проби, аланінамінотраесфери, аспартамініотрансфери, загального холестерину, ліпопротеїдів низької щільності, ліпопротеїдів високої щільності, тригліцеридів, сечовини, креатиніну, глюкозорованого гемоглобіну, глюкози крові, С-реактивного білку, сечової кислоти, гамма-глутамінтрансфери, лужної фосфатази, сироваткове залізо, процент насичення, загальна зв'язувальна здатність. Наявність хелікобактерасоційованого гастриту підтверджували методом ІФА із визначенням антитіл IgG до *H.pylori*, лямбліозу – сумарних антитіл IgM та IgG до лямблій. Обстеження на *Demodex folliculorum* проводили бактеріоскопічним методом. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою персонального комп'ютера із застосуванням стандартних програм.

Результати дослідження. При комплексному обстеженні 87 хворих

хелікобактерасоційований гастрит виявлено у 48 (55,2%) хворих, при цьому у пацієнтів із ранніми акне – у 18 (20,7%) хворих, пізніми акне – у 4 (4,5%) хворих, акнеформними дерматозами - у 28 (32,2%) хворих.

Проведений аналіз особливості клінічних ознак ступеня вираження змін дерматозів в 2-х групах порівняння: 1-а група - основна 48 (55,2%) хворих, у яких було виявлено наявність хелікобактерасоційованого гастриту, та 2-а група – група порівняння 39 (44,8%) хворих без супутньої патології. В наших дослідженнях вік дебюту дерматозів суттєво не відрізнявся як при ранніх акне так і при пізніх акне, в той же час у хворих на акнеформні дерматози із супутньою хелікобактерною інфекцією вік дебюту був більш раннім : $28,3 \pm 1,6$ у хворих основної групи і $32,9 \pm 1,6$ років у хворих групи порівняння (табл. 1).

Звертаємо увагу на те, що в основній групі на всі акне переважали більш виражені клінічні прояви дерматозів. Так III ст. важкості клінічних змін спостерігався у 18 (20,69%) хворих на ранні акне основної і лише у 7 (8,04%) в групі порівняння. Середній ступінь важкості (II ст.) на ранні акне у 8 (9,19%) з

основної групи та 8 (9,19%) із групи порівняння. Легкий ступінь важкості зустрічався лише в групі порівняння у 1 (1,15%). Важкий ступінь клінічних ознак у хворих на пізні акне в основній групі та групі порівняння по 2 (2,30%) випадки. Середній ступінь важкості 3 (3,45%) випадки в основній групі проти 2 (2,30%) випадків в групі порівняння. Важкий ступінь клінічних ознак у хворих на акнеформні дерматози зустрічався лише в основній групі 3 (3,45%) випадки. Середній ступінь важкості у хворих на акнеформні дерматози 12 (13,79%) випадки в основній групі проти 3 (3,45%) випадків в групі порівняння. Легкий ступінь важкості у хворих на акнеформні дерматози у 11 (12,64%) в основній групі та 7 (8,05%) в групі порівняння.

Наявність демодекоза у хворих на ранні акне встановлено у 1 (1,15%) хворого з основної групи, в групі порівняння жодного. У хворих із пізніми акне демодекоз у 2 (2,30%) в основній групі та 1 (1,15%) в групі порівняння. У хворих із акнеформними дерматозами демодекоз у 11 (12,64%) в основній групі та 4 (4,60%) в групі порівняння (табл. 2).

Таблиця 1

Вік дебюту захворювання

Група порівняння	Основна група n=56			Група порівняння n=31		
	Діапазон	Середній вік	Всього	Діапазон	Середній вік	Всього
Ранні акне	11-18	$15,5 \pm 1,3$	26	12-18	$15,9 \pm 1,2$	16
Пізні акне	16-24	$19,8 \pm 1,1$	5	21-24	$22,3 \pm 1,1$	4
Акнеформні дерматози	18-60	$28,3 \pm 1,6$	25	21-57	$32,9 \pm 1,6$	10

Таблиця 2

Особливості клінічних ознак в групах порівняння

Групи порівняння	Основна група n= 56				Група порівняння n= 31			
	Ступінь важкості			Наявність Demodex foll.	Ступінь важкості			Наявність Demodex foll.
	I ст.	II ст.	III ст.		I ст.	II ст.	III ст.	
Ранні акне	-	8	18	1	1	8	7	-
Пізні акне	-	3	2	2	-	2	2	1
АкнД	11	12	3	11	7	3	-	4

Висновок. Порівняльний аналіз клінічних ознак і особливостей перебігу дерматозів показав, що наявність у хворих

хелікобактер-асоційованого гастриту, який ускладнює клінічний перебіг дерматозу, змушує вносити корекцію щодо

лікувальної тактики. Перебіг акне та акнеформних дерматозів при супутньому хелікобактерасоційованому гастриті є більш важчим, незважаючи на практично однаковий вік дебюту захворювання.

Хелікобактерасоційований гастрит значно ускладнює перебіг акне та акнеформних дерматозів і потребує етіотропного лікування поруч із лікуванням даних дерматозів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айзятупов Р.Ф., Мазурин К.К., Юхименко В.В. Триггеры розацеа: обзор литературы // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. - 2000. - № 2. - С.150-157.
2. Возианова С.В. Современный взгляд на систему микроциркуляторного русла кожи и его изменения при розацеа // Дерматология та венерология. - 2004. - № 4. - С.43-47.
3. Вольбин С.В. До питання епідеміології, етіології, патогенезу акне (огляд)// Практична медицина. – 2005. - Т. X, № 3.- С.125-130.
4. Дворянкова Е.В., Потекаев Н.Н., Горячкина М.В., Доброхотова Ю.Э., Рагимова З.Э. Психосоциальные аспекты угревой болезни у женщин с синдромом гиперандрогенемии // Клиническая дерматология и венерология. - 2007. - № 3. - С.47-50.
5. Мавров И.И., Болотная Л.А., Сербина И.М. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии. – Харьков, 2007. – С. 234-246.
6. Новиков А.И., Охлопков В.А., Губарева А.В. Клиническая и патоморфологическая характеристика угревой болезни // Вестник дерматологии и венерологии. - 2007. - № 5. - С. 37-39.
7. Проценко Т.В. Розацеа: Уч. пособие. – Киев. – 2005. – С. 22.
8. Проценко Т.В. Місцева терапія акне vulgaris із застосуванням фіксованих комбінацій лікарських засобів (огляд наукової літератури) // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2010. - № 1 (36). - С. 50-58.
9. Степаненко В.І., Клименко А.В. Діагностика та диференційна діагностика вугрової хвороби (акне), розацеа і демодикозу з урахуванням аналізу клінічних ознак та симптомокомплексів на засадах доказової медицини // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2009. - № 1. - С. 44-56.
10. Gupta A.K., Chaundry M. Rosaecea and its management: an overview // J.Europ.Academ.Dermatol.Venerol. - 2005. - Vol. 19. - № 3. - P. 273-285.
11. Wilkin J.K. Flushing reactions: consequences and mechanisms // Ann Intern Med. - 1981. – Vol. 95. – P. 468-476.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ АКНЕ И АКНЕФОРМНЫХ ДЕРМАТОЗОВ НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩЕГО ХЕЛИКОБАКТЕРАСОЦИИРОВАННОГО ГАСТРИТА

В.Б.Андрийчук

В статье представлены особенности клиники и течения акне и акнеформных дерматозов на фоне сопутствующего хеликобактерассоциированного гастрита.

DIFFERENTIALNO DIAGNOSTIC FEATURES AND COURSE OF ACNE CLINICS AND AKNEFORMNYH DERMATOSES ON THE BACKGROUND OF ACCOMPANYING HELICOBACTER P. ASSOCIATED GASTRITIS

V.Andriychuk

The article presents the features of clinics and course of acne and rosacea Helicobacter p. associated gastritis.