

Клинические особенности течения акне у женщин

А.В. Самцов

Particular features of acne in women

A.V. SAMTSOV

об авторе:

А.В. Самцов — д.м.н., профессор, начальник кафедры кожных и венерических болезней ФГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

В обзоре обобщены и систематизированы сведения об эпидемиологии, патогенезе, диагностике и лечении акне у женщин. Рассмотрены противовоспалительное, противомикробные и кератолитические свойства Скинорена для наружной терапии акне.

Ключевые слова: **акне, наружная терапия, Скинорен.**

The author generalizes and summarizes information about epidemiology, pathogenesis, diagnostics and treatment of acne in women. Anti-inflammatory, anti-microbial and keratolytic properties of azelaic acid for the external therapy of acne are examined.

Key words: **acne, external therapy, azelaic acid.**

Акне (*acne vulgaris*) — хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся открытыми или закрытыми комедонами и воспалительными поражениями кожи в виде папул, пустул, узлов [1].

Принято считать, что заболевание начинается в возрасте 12—14 лет у девочек и в 14—16 лет у мальчиков. К 18—20 годам жизни появляются признаки регресса заболевания. Однако у части пациентов заболевание приобретает хронический рецидивирующий характер, в отдельных случаях с формированием к 30—40 годам «поздних акне» (*acne tarda*) [2].

Исследования распространенности акне у взрослых подтвердили, что акне встречаются у значительного числа лиц старше 20 лет, в особенности у женщин, в том числе они могут проявиться впервые во взрослом возрасте [3, 4].

Акне поражают до 54% лиц женского пола старше 18 лет, у 82% пациенток наблюдается персистирующая угревая сыпь, которая существенно уменьшается лишь после 44 лет [4]. По последним данным за 2012 г., в США акне встречаются у лиц в возрасте от 21 года до 30 лет в 45% случаев, 31—40 лет — 26%, 41—50 лет — в 12% [5]. Указанные цифры необходимо знать врачам-дерматовенерологам, поскольку существует укоренившееся мнение о том, что акне — болезнь юношеского возраста, и заболевание в связи с этим нередко не диагностируется у женщин старше

30 лет и тем более 40—50 лет. Патогенез дерматоза достаточно хорошо изучен, что позволило установить его особенности у женщин: периферические гормональные дисфункции в кератиноцитах и себоцитах, связанные с гиперактивностью ферментов, участвующих в метаболизме андрогенов и прогестиннов, а также гиперчувствительность андрогенных рецепторов; большую роль играет хроническая стимуляция врожденного иммунитета *P. acnes* [6]. Кроме того, в многочисленных работах последних лет было показано, что воспаление при акне первично и предшествует патологическому фолликулярному гиперкератозу. Этот факт имеет практическое значение, поскольку определяет важность применения противовоспалительных средств, особенно у женщин, у которых преобладают воспалительные элементы.

Имеются данные, нередко противоречивые, о роли триггерных факторов, приводящих к обострению или отягощению течения акне у женщин. Ряд авторов считают, что косметические средства ухудшают течение дерматоза [7, 8], однако их отмена не приводила к улучшению акне [9]. Другие полагают, что косметика не влияет на течение акне [4].

Установлена связь акне у женщин с приемом проандроногенного прогестина [4], оральных контрацептивов [10]. У 80% женщин заболевание обостряется в предменструальный период [11].

Стресс как триггерный фактор отмечали 50% женщин [7, 12]. На обострение акне при стрессе указали 71% женщин, однако как триггерный фактор его расценили лишь 12% [13]. В настоящее время доказано, что провоцирующая роль стресса при акне связана с наличием в сальных железах рецепторов к субстанции P [14].

У курящих женщин акне встречаются чаще и протекают более тяжело. По данным В. Capitanio и соавт., курение — один из главных факторов развития невоспалительных акне у взрослых женщин, поскольку никотин стимулирует сальные железы [15, 16]. Инсоляция, медикаменты (бензодиазепин, литий, циклоспорин) также могут провоцировать обострения заболевания. Работ о роли диеты у женщин при акне в настоящее время нет [7, 12].

Клиническая картина акне у женщин имеет свои особенности: в большей степени характерно воспаление при меньшем числе комедонов по сравнению с акне в подростковом периоде [17, 18], характерно вовлечение в процесс нижней трети лица, линии подбородка и шеи [13]. Акне у женщин оказывают сильное влияние на качество жизни, что объясняется зрелым возрастом, полом и большей продолжительностью течения дерматоза. В большинстве случаев заболевание оценивается как акне легкой или средней степени тяжести, тяжелое течение акне у взрослых женщин встречается редко, что определяет выбор преимущественно наружной терапии [19, 20].

Воспалительная форма акне, по данным G. Dupon-Valon и В. Dreno, определялась у 58% женщин старше 25 лет и характеризовалась папулопустулами, узлами и рубцами, при этом гиперсеборея отмечалась не всегда [12]. Ретенционная форма, по мнению F. Poli и соавт., чаще встречается на лице с акцентом на подбородок и с меньшим количеством воспалительных элементов на фоне гиперсебореи [7]. Обе формы очень плохо реагируют на местные и пероральные антибиотики, при обеих формах у большинства женщин отмечается ухудшение в предменструальный период [21].

J. Junkins-Hopkins выделяет гормонально зависящие акне у женщин, для которых характерны следующие признаки: концентрация элементов сыпи вдоль линии челюсти и подбородка, начало у взрослых или рецидив у взрослых после разрешения в молодости, нерегулярные месячные, гирсутизм [22].

По обобщенным данным S. Preneau и В. Dreno, в литературе отмечают три подтипа акне у женщин:

1. Стойкие (персистирующие) акне встречаются примерно у 80% женщин и характеризуются началом в подростковом периоде с постепенным переходом во взрослый возраст [4, 23].

2. Акне с поздним началом в 20% случаев впервые встречаются у женщин после 25 лет. Оба подтипа имеют сходные клинические признаки.

3. Рецидивирующие акне. Они развиваются у женщин, у которых в анамнезе были акне в подростковом возрасте и разрешились в течение нескольких лет. По мнению S. Preneau и В. Dreno, это наименее изученный подтип [24].

Женщинам, страдающим акне, следует проводить эндокринологическое обследование в тех случаях, когда имеются клинические признаки гиперандрогенизма: позднее начало акне, нерегулярный цикл, гирсутизм, инфертильность, тучность, acanthosis nigricans. Рекомендуются следующие тесты: определение свободного тестостерона, дегидроэпиандростерона сульфата, лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона с последующими консультациями у эндокринологов или гинекологов-эндокринологов [1].

Лечение акне у женщин имеет свои особенности: общая терапия при выявленных гормональных нарушениях должна проводиться совместно с гинекологами-эндокринологами. Из местных средств, согласно многочисленным работам, Скинорен рекомендуется в качестве первой линии монотерапии акне у женщин.

Скинорен дает клинический эффект за счет доказанного противовоспалительного действия, ингибируя синтез дезоксирибонуклеиновой кислоты кератиноцитов. Он также оказывает выраженное действие на заключительные стадии кератинизации, препятствуя образованию комедонов. По сообщению A. Gupta и M. Gover, азелаиновая кислота влияет на дифференцировку кератиноцитов, уменьшая синтез филоментов, что приводит к деблокированию выводного протока волосяного фолликула.

Препарат показывает равную эффективность с другими средствами терапии в лечении легкой и средней степени акне, но имеет более благоприятный профиль переносимости и высокий уровень удовлетворенности пациентов. Скинорен обладает антитирозиновой активностью, и поэтому рекомендуется для лечения поствоспалительных гиперпигментаций [25—29].

Согласно последним Европейским рекомендациям 2012 г., Скинорен следует назначать при папулопустулезных акне легкой и средней степени тяжести [30].

В клинических рекомендациях Российского общества дерматовенерологов 2010 г. Скинорен, обладающий противовоспалительным, кератолитическим и антимикробным свойствами назначается при легкой и среднетяжелой формах акне в составе комбинированной терапии, в качестве поддерживающего лечения для предотвращения поствоспалительной пигментации [2]. При акне улучшение обычно наблюдается через 4 нед. лечения. Однако для достижения положительных результатов рекомендуется лечение в течение нескольких месяцев. Возможно раздражающее действие, ощущение жжения, шелушение [2].

В. Dreno считает, что акне у взрослых женщин следует лечить более длительно, чем у подростков, поскольку они могут существовать очень долго — иногда до 40 лет и более. В связи с этим уместно привести мнение Estebarantz о том, что Скинорен является эффективным средством в монотерапии акне с отличным профилем безопасности, что делает возможным длительное лечение и оптимально соответствует требованиям взрослых женщин к терапии акне [31]. Следует также учитывать, что взрослые женщины лучше соблюдают рекомендации по наружной лечению, чем подростки [32].

В настоящее время общепринята концепция поддерживающей терапии при акне. По данным К. Граупе и соавт., поддерживающая терапия препаратом Скинорен

является альтернативой топическим ретиноидам за счет благоприятного профиля безопасности, и следовательно, возможности длительного применения [33]. Ю.Н. Перламуртов и К.Б. Ольховская рекомендуют назначение Скинорена после окончания основного курса лечения 2—3 раза в неделю в качестве противорецидивной поддерживающей терапии. При оценке отдаленных результатов через год от начала исследования стабильная ремиссия сохранялась у 86,7% пациентов [34].

В заключение следует отметить, что акне у взрослых женщин имеют свои особенности патогенеза, клинической картины и лечения, что требует в дальнейшем особого изучения этой проблемы. ■

Литература

1. Strauss J., Krowchuk D., Leyden J. et al. Guidelines of care for acne vulgaris management. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2007; 56: 651—663.
2. Клинические рекомендации по ведению больных акне (РОДВ). Москва, 2010.
3. Collier C, Harper J, Cafardi J et al. The prevalence of acne in adults 20 years and older. *J Am Acad Dermatol.* 2008; 58: 56—59.
4. Goulden V, Stables GI, Cunliffe WJ. Prevalence of facial acne in adults. *J Am Acad Dermatol.* 1999; 41: 577—580.
5. *Dermatology Daily* 2012, Marth 22.
6. Preneau S, Dreno B. Female acne—a different subtype of teenager acne? *JEADV* 2012; 26: 277—282.
7. Poli F, Dreno B, Verschoore M. An epidemiologic study of acne in female adults. *JEAD* 2001; 15: 541—545.
8. Dumon-Valon G, Dreno B. Specificity of acne in women older 25 years. *Press Med* 2008; 37: 585—591.
9. Williams C, Layton A. Persistence acne in women. *Am J Clin Dermatol* 2006; 7: 281—290.
10. Schmidt J, Masuda P, Miot H. Acne in women: clinical patterns in different age-groups. *An Bras Dermatol* 2009; 84: 349—354.
11. Shaw J, White L. Persistence acne in adult women. *Arch Dermatol* 2001; 137: 1252—1253.
12. Dumon-Valon G, Dreno B. Specificity of acne in women older 25 years. *Press Med* 2008; 37: 585—591.
13. Goulden V, Clark S, Cunliffe W. Post-adolescent acne. *Br J Dermatol* 1997; 136: 66—70.
14. Williams C, Layton A. Persistence acne in women. *Am J Clin Dermatol* 2006; 7: 281—290.
15. Capitanio B, Sinagra J, Ottaviani M et al. Acne and smoking. *Dermatoendocrinol* 2009; 1: 129—135.
16. Capitanio B, Sinagra J, Bordignon V et al. *J Am Acad Dermatol* 2010; 63: 782—788.
17. White GM. Recent findings in the epidemiologic evidence, classification, and subtypes of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39: S34—37.
18. Choi C, Lee D, Kim H et al. The clinical features of late onset acne compared with early onset acne in women. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; 25: 454—461.
19. Lasek R, Chren M. Acne vulgaris and the quality of life of adult dermatology patients. *Arch Dermatol* 1998; 134: 454—458.
20. Tan JK, Li Y, Fung K, et al. Divergence of demographic factors associated with clinical severity compared with quality of life impact in acne. *J Cutan Med Surg* 2008; 12: 235—242.
21. Rivera R, Guerra A. Management of acne in women over 25 years of age. *Actas Dermosifiliogr* 2009; 100: 33—37.
22. Junkins-Hopkins J. Hormone therapy for acne. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62: 486—488.
23. Schmidt J, Masuda P, Miot H. Acne in women: clinical patterns in different age-groups. *An Bras Dermatol* 2009; 84: 349—354.
24. Preneau S, Dreno B. Female acne—a different subtype of teenager acne? *JEADV* 2012; 26: 277—282.
25. Webster G. Combination azelaic acid therapy for acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: S47—50.
26. Merkviladze N, Gaidamashvili T, Tushurashvili P et al. The efficacy of topical drugs in treatment of noninflammatory acne vulgaris. *Georgian Med News* 2010; 46—50.
27. Thiboutot D. Versatility of azelaic acid 15% gel in treatment of inflammatory acne vulgaris. *J Drugs Dermatol* 2008; 7: 13—26.
28. Gollnick HP, Graupe K, Zaumseil RP. [Azelaic acid 15% gel in the treatment of acne vulgaris. Combined results of two double-blind clinical comparative studies]. *J Dtsch Dermatol Ges* 2004; 2: 841—847.
29. Kircik LH. Efficacy and Safety of Azelaic Acid (AzA) Gel 15% in the Treatment of Post-Inflammatory Hyperpigmentation and Acne: A 16-Week, Baseline-Controlled Study. *J Drugs Dermatol* 2011; 10: 586—590.
30. European Evidence-based (S3) Guidelines for the Treatment of acne 2012; 26: suppl 1.
31. EADV Congress 2011, Lisbon, October 24.
32. Dreno B. Large-scale worldwide observational study of adherence with acne therapy. *Int J Dermatol* 2010; 49: 448—456.
33. Graupe K, Cunliffe W, Gollnick H et al. Efficacy and safety of topical azelaic acid (20% cream): an overview of results from European clinical trials and experimental reports. *Cutis* 1996; 57: 20—35.
34. Перламуртов Ю.Н., Ольховская К.Б. Скинорен-гель в терапии и профилактике акне. *Клиническая дерматология и венерология.* 2007; 4: 40—43.