



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СТОЙКАЯ РЕМИССИЯ У ПАЦИЕНТКИ С АКНЕ

Л.В. КОНОВАЛЕНКО, врач-дерматовенеролог кожно-венерологического диспансера № 4, г. Киев

Акне (вульгарные угри) — одно из наиболее частых заболеваний кожи, поражающее до 85 % людей в возрасте от 12 до 24 лет и 8 и 3 % — в возрасте от 25 до 34 и от 35 до 44 лет соответственно. Встречаемость тяжелых форм составляет, по данным разных авторов, 5–14 % общей заболеваемости акне [1, 3, 4, 7].

В патогенезе акне важнейшее значение имеют гиперандрогения и фолликулярный гиперкератоз. Из трех типов сально-волосяных фолликулов при акне в наибольшей степени в процесс вовлекаются фолликулы, располагающиеся в себорейных зонах (лицо, грудь, межлопаточная область) и состоящие из пушкового волоса, который практически не выходит на поверхность кожи, и больших многодольчатых сальных желез. При obturation фолликулов создаются благоприятные анаэробные условия для размножения факультативных анаэробов *Propionibacterium acnes* и *Propionibacterium granulosum*. Антигены микроорганизмов привлекают к сально-волосяным фолликулам из периферической крови мононуклеарные фагоциты и нейтрофилы, которые продуцируют провоспалительные цитокины. Последующее высвобождение гидролитических ферментов приводит к разрушению стенки сальной железы с выходом ее содержимого в дерму и обуславливает картину воспаления, что клинически проявляется в виде папул, пустул, узлов и кист [5].

Клинически вульгарные угри отличаются разнообразием. Излюбленная локализация высыпаний — кожа лица, груди и спины, при тяжелом, распространенном заболевании в процесс вовлекается кожа плеч и верхняя треть предплечий. В дебюте болезни в результате закупорки устьев волосяных фолликулов роговыми массами и кожным салом образуются комедоны в виде черных точек, затем развивается болезненный инфильтрат — папулезная форма, проявляющаяся розово-красными, фолликулярно расположенными милиарно-лентиккулярными папулами полушаровидной или конической формы. В дальнейшем (в результате присоединения стафилококковой инфекции) в центре узелков образуется небольшая пустула, подсыхающая с образованием корочки или вскрывающаяся (пустулезная форма). Воспаление может локализоваться на различной глубине, и соответственно его расположению выделяют угри индуративные (обширные инфильтраты с бугристой поверхностью) и угри флегмонозные (глубокие, медленно развивающиеся фолликулярные или перифолликулярные холодные дермогиподермальные абсцессы) [4, 6].

Согласно классификации, предложенной Американской академией дерматологии, различают четыре степени тяжести заболевания: I степень характеризуется наличием комедонов

и единичных папул, при II отмечают папулезную сыпь и незначительное количество пустул, при III — наряду с выраженной папуло-пустулезной сыпью встречается до 3–5 узлов, IV — отличается выраженной воспалительной реакцией в глубоких слоях дермы с формированием множественных болезненных узлов и кист [2].

Установив диагноз акне, дерматолог оказывается перед выбором в назначении эффективных способов терапии. В специальной литературе, на научно-практических конференциях и семинарах рассматриваются разные подходы к лечению с применением как местных, так и системных антибактериальных средств, ретиноидов, комбинированных препаратов и оральных контрацептивов. У большинства больных комплексная терапия акне на начальном этапе дает хорошие результаты. Однако клиническая практика показывает, что даже современные и высокоэффективные лекарственные средства для лечения акне не могут служить гарантией отсутствия рецидивов [8]. Поэтому подбор действительно эффективной схемы лечения требует времени. Недавно этот тезис был подтвержден клиническим случаем.

В апреле 2011 г. в поликлиническое отделение районного кожно-венерологического диспансера № 4 г. Киева обратилась пациентка Н., возраст 19 лет, с жалобами на высыпания на лице.

Со слов больной, единичные угри периодически появлялись у нее на лице на протяжении нескольких лет, она справлялась с ними местными средствами и заболевание не сильно ее беспокоило. Однако в последнее время количество угрей стало увеличиваться, они стали появляться не только на коже щек и лба, но и в околоушной области и на подбородке, что и заставило обратиться к врачу. При осмотре: на лице не менее 20 папулезных и пустулезных элементов, большинство на гиперемизированном основании, в том числе 5–6 вскрывшихся пустул и 3–4 регрессирующих элемента. Поставлен диагноз: акне II степени (папулезно-пустулезная форма). Было назначено лечение: изотретиноин (0,5 мг/кг массы тела), азитромицин (в 1-й день 1000 мг, затем по 500 мг каждые 4 дня на протяжении месяца) и адапален с клиндамицином (местно). По рекомендации пациентка проконсультировалась у гастроэнтеролога и эндокринолога, патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и эндокринной системы не выявлено.

Заметное улучшение наступило к 9–10-й неделе лечения, и доза изотретиноина была снижена до 0,3 мг/кг. К 14-й неделе наблюдался практически полный регресс высыпаний.

После этого пациентка 2 месяца не приходила на прием, а потом снова обратилась с жалобами на обострение болезни. При осмотре на коже щек и подбородка 10–12 папул и 5–6 пустул, слева на подбородке 1 узел, темно-розового цвета, до 1 см, плотный и болезненный при пальпации. Из-за рецидива заболевания пациентка в подавленном состоянии. Диагноз: акне III степени, рецидив. Назначена комплексная терапия: изотретиноин, азитромицин, бензоил пероксид с клиндамицином (местно) и пептидный иммунокорректор Пропес® (по 2 мл в/м 1 раз в сутки через день, курс — 10 инъекций). Включение препарата Пропес® в схему терапии было обосновано тем, что этот иммунокорректор способен активировать антиген-специфичный иммунный ответ в инфицированной коже, об-

ладает первичной противомикробной активностью в отношении *Propionibacterium acnes*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus mutans*, *Peptostreptococcus micros* и способствует заживлению, стимулируя пролиферацию кератиноцитов и их миграцию в поврежденные участки кожи [9–12].

В ходе лечения улучшение наступило к 8-й неделе. Полный регресс папулезных и пустулезных высыпаний наступил на 12-й неделе лечения, узел на подбородке уменьшился в размере и стал светло-розовым с очевидной тенденцией к рассасыванию. Кожа лица очистилась, новые элементы не появлялись.

Через 3 месяца после завершения курса терапии пациентка пришла на осмотр. Она хорошо себя чувствовала, была в приподнятом настроении.

Кожа лица была чистой, узел исчез без следа, новых высыпаний не было. Через полгода — на момент написания статьи — у пациентки не наблюдается рецидивов угревой сыпи и других инфекционно-воспалительных изменений на коже.

Анализируя данный клинический случай, можно обоснованно предположить, что включение пептидного иммунокорратора Пропес® в схему комплексной терапии акне значительно повышает эффективность лечения и приводит к достижению долгосрочной клинической ремиссии. Высокая эффективность терапии акне у молодых женщин способствует повышению качества их жизни, в том числе восстановлению социального комфорта, так как для них так же важно быть привлекательными, как и здоровыми.

#### Литература

1. Адаскевич В.П. Акне вульгарные и розовые. — М.: Медицинская книга; Н. Новгород: Издательство НГМА, 2003. — 160 с.
2. Dreno B., Poli F. Epidemiology of acne. 20<sup>th</sup> World Congress Dermatology // Ann. Dermatol. Venerol. — 2002. — Is. 132.
3. Lemay A., Poulin Y. Oral contraceptives as anti-androgenic treatment of acne // J. Obstet. Gynaecol. Can. — 2002. — 24 (7). — 559-67.

4. Thiboutot D. Pathogenesis and treatment of acne // 10th Congress EADV. — Munich, 2001. — 91.

5. Wolf J. E. Increasing role of retinoids in acne treatment // 10<sup>th</sup> Congress EADV. — Munich, 2001. — 91.

6. Laquieze S., Czernielewski J., Rueda M.J. Beneficial effect of a moisturizing cream as adjunctive treatment to oral isotretinoin or topical tretinoin in the management of acne // J. Drugs. Dermatol. — 2006. — 5(10). — 985-990.

7. Goodfield M.J.D., Cox N.H., Bowser A., McMillan J.C., Millard L.G., Simpson N.B., Ormerod A.D. Advice on the safe introduction and continued use of isotretinoin in acne in the U.K. 2010 // British Journal of Dermatology. — 2010 Jun. — 162(6). — 1172-9.

8. Enzo Emanuele, Marco Bertona, Karmela Altabas, Velimir Altabas and Giuseppe Alessandrini. Anti-inflammatory effects of a topical preparation containing nicotinamide, retinol, and 7-dehydrocholesterol in patients with acne: a gene expression study // Clin. Cosmet. Investig. Dermatol. — 2012. — 5. — 33-37.

9. Nagy I., Pivarsci A., Koreck A., Szell M., Urban E., Kemeny L. Distinct strains of *Propionibacterium acnes* induce selective human beta-defensin-2 and interleukin-8 expression in human keratinocytes through toll-like receptors // J. Invest. Dermatol. — 2005. — 124(5). — 931-938.

10. Funderburg N., Lederman M.M., Feng Z. et al. Human-defensin-3 activates professional antigen-presenting cells via Toll-like receptors 1 and 2 // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. — 2007. — 104. — 18631-18635.

11. Nagy I., Pivarsci A., Kis K. et al. *Propionibacterium acnes* and lipopolysaccharide induce the expression of antimicrobial peptides and proinflammatory cytokines/chemokines in human sebocytes // Microbes. Infect. — 2006. — 8(8). — 2195-2205.

12. Niyonsaba F., Ushio H., Nakano N. Antimicrobial peptides human beta-defensins stimulate epidermal keratinocyte migration, proliferation and production of proinflammatory cytokines and chemokines // The Journal of investigative dermatology. — 2007. — Volume 127, Issue 3. — P. 594-60. □