Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» министерства зравоохранения Российской Федерации

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф.

В.И. Прохоренкова

Преподаватель: д,м,н, доцент Карачева Ю.В.

**Реферат**

**По теме: «**Угревая болезнь»

Выполнила: ординатор 112 группы,

специальности: дерматовенерология

Суханова Мария Витальевна

Красноярск 2023

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

Введение 3

Этиология и патогенез 4

Эпидемиология 5

Клинические проявления 6

Диагностика 9

Лечение 11

Список литературы 15

**ВВЕДЕНИЕ**

Угревая болезнь – полиморфное мультифакториальное хроническое заболевание кожи, возникающее в результате гиперпродукции и дисбаланса липидов секрета сальных желез, фолликулярного гиперкератоза с сужением протоков сальных желез, размножения бактерий и развития воспаления. Проявляется открытыми или закрытыми комедонами и воспалительными поражениями кожи в виде папул, пустул, узлов. Акне образуются на лице и верхней части туловища. Наиболее часто наблюдаются у подростков. Диагноз ставится при осмотре, а лечение зависит от степени тяжести и может включать ряд лекарственных средств для наружного и системного применения, направленных на уменьшение продукции секрета сальных желез, образования комедонов, воспаления и численности бактерий, а также на нормализацию кератинизации.

Угревую болезнь (акне) относят к числу часто встречающихся в практике врача-дерматолога заболеваний кожи. Акне отмечаются у 80–90% людей в возрасте от 12 до 25 лет и у 10–15% – в возрасте старше 25 лет. У девушек акне появляются раньше, чем у юношей и в возрасте от 14 до 16 лет ее регистрируют у 85-90% подростков. При анкетном опросе установлено, что родители 42,7% пациентов в прошлом также страдали вульгарными угрями . Угревая болезнь нередко является одним из осложнений жирной или смешанной форм себореи и возникает в период полового созревания чаще всего в возрасте от 14 до 16 лет. У значительной части больных угревая сыпь склонна к хроническому течению, частым рецидивам и нередко оказывается резистентной к проводимой терапии.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОЕНЕЗ**

Акне – это мультифакториальный дерматоз, в патогенезе которого большую роль играют генетически обусловленная гиперандрогения и генетически детерминированный тип секреции сальных желез.

*Выделяют четыре основных звена патогенеза акне:*

* + - *гиперпродукция секрета сальными железами*
    - *закупорка протока сальных желез роговыми массами (фолликулярный гиперкератоз);*
    - *участие сапрофитной микрофлоры кожи (*Propionibacterium acnes (P. acnes)
    - *воспаление.*

Роль Р. acnes в патогенезе акне не подвергается сомнению. Однако на сегодняшний день название микроорганизма «Propionibacterium acnes» считается устаревшим и используется формально. Современная таксономическая классификация предпочитает термину «Propionibacterium acnes» термин «Cutibacterium acnes» (C. acnes). Выделенный новый род Cutibacterium не только включает в себя свойства рода Propionibacterium spp., но и обладает рядом уникальных генов, кодирующих триацилглицероллипазу и лизофосфолипазу – ферментов, способных расщеплять липиды кожного сала. Также данная реклассификация позволила отделить род Cutibacterium от некоторых представителей вида Propionibacteriа, обитающих в окружающей среде. Важные генетические, патофизиологические и таксономические аспекты реклассификации Propionibacterium acnes в Cutibacterium acnes подчеркиваются в некоторых зарубежных обзорах.

Воспаление при акне первично и предшествует фолликулярному гиперкератозу, а *C.acnes* принимают активное участие в формировании микрокомедонов.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

Акне являются одним из самых распространенных дерматозов. По данным J. Leyden, акне страдают 85% лиц в возрасте от 12 до 24 лет, 8% лиц в возрасте от 25 до 34 лет и 3% лиц в возрасте от 35 до 44 лет.

В подростковом возрасте мальчики и девочки болеют акне практически в равных соотношениях, в то время как при поздних акне заболеваемость у женщин существенно выше, чем у мужчин.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

*С учетом клинической картины заболевания выделяют:*

* комедональные акне;
* папуло-пустулезные акне легко-средней степени тяжести;
* тяжелые папуло-пустулезные акне, узловатые акне умеренной степени тяжести;
* узловатые акне тяжелой степени, конглобатные акне.

*У женщин выделяют 3 подтипа акне:*

* стойкие (персистирующие) акне, которые наблюдаются примерно у 80% женщин;
* акне с поздним началом;
* рецидивирующие акне.

*При акне у взрослых женщин выделяют следующие степени тяжести:*

* комедоны в нижней 1/3 лица, переносицы;
* воспалительный подтип: легкое течение с папулами;
* воспалительный подтип: легкое, среднетяжелое течение с папулопустулами;
* воспалительный подтип: тяжелое течение с папулопустулами;
* воспалительный подтип: тяжелое течение с узлами [8].

*Акне у детей:*

* Акне новорожденных. Встречаются у 20% новорожденных. Связаны с гормональным кризом, повышенным уровнем тестостерона у матери или приемом ряда медикаментов матерью в последнем триместре беременности (системные глюкокортикостероиды и др.).
* Акне раннего детского возраста болеют чаще мальчики.
* Акне среднего детского возраста встречаются редко. Высыпания локализуются преимущественно на коже лица и представлены комедонами и воспалительными акне. Ассоциированы с риском сопутствующих гиперандрогенных состояний (врожденная гиперплазия надпочечников, андроген-продуцирующая опухоль).

Среди объективных симптомов у взрослых лиц наблюдаются: папулы, пустулы и узлы, локализующиеся преимущественно на коже лица, верхних конечностей, верхней части груди и спины и проявляющиеся:

* папулезные акне –  воспалительные узелки, имеющие коническую или полушаровидную форму и величину до 2–4 мм в диаметре;
* пустулезные акне, возникающие первично или трансформирующиеся из папулезных угрей;
* узловатые акне – узлы на коже себорейных областей;
* конглобатные акне –  многочисленные крупные узлы, локализующиеся преимущественно на коже спины и задней поверхности шеи. Часть отдельно расположенных узлов сливается в массивные инфильтраты с многочис­ленными фистулезными ходами, гнойными отверстиями и полостями, заполненными вялыми, студнеобразными грануляциями, процесс может приобретать распространенный характер;
* рубцы после разрешения акне: атрофические, реже – гипертрофические и келоидные;
* комедоны открытые и закрытые – клиническое проявление скопления кожного сала и кератина в волосяном фолликуле.
* У взрослых лиц – поражение U-зоны (щеки, вокруг рта и нижняя часть подбородка), могут отсутствовать комедоны, преобладание воспалительных элементов, в том числе – узлов. У подростков – поражение Т-зоны (лоб, нос, верхняя часть подбородка), комедоны, папулы и папуло-пустулы.

Объективные симптомы у детей:

* акне новорожденных: закрытые комедоны на щеках, лбу, подбородке, реже – папулы, пустулы. Высыпания самопроизвольно разрешаются в течение нескольких дней или через 1,5–2 недели. Течение легкое, рубцовые изменения не характерны.
* акне раннего детского возраста: комедоны, папулопустулы, реже – узлы на коже лица.
* акне среднего детского возраста: комедоны, папулопустулы, реже - узлы преимущественно на коже лица.
* Преадолесцентные (предподростковые) акне: комедоны, папулопустулезные акне на коже лица (Т-зона), оставляющие рубцы. Первые проявления могут быть открытые комедоны в центрофациальной области и в области ушной раковины.

**ДИАГНОСТИКА**

## *Жалобы и анамнез*: пациенты предъявляют жалобы на появление комедонов, папул, папулопустул, узлов, болезненность высыпаний; зуд в области высыпаний (редко) и сальность кожи. Для стойких (персистирующих) акне характерно начало заболевания в подростковом периоде с постепенным переходом во взрослый возраст; для акне с поздним началом манифестация у женщин после 25 лет. Рецидивирующие акне развиваются у женщин, имевших в анамнезе акне в подростковом возрасте, разрешившиеся в течение нескольких лет.

Акне новорожденных. Обычно возникают в первые три недели после рождения.

Акне раннего детского возраста. Обычно возникают в возрасте 6 недель и сохраняются в течение 6–12 месяцев, реже – более продолжительное время. Болеют чаще мальчики.

Акне среднего детского возраста. Встречаются редко, появляются в возрасте от 1 до 7 лет. Преадолесцентные (предподростковые) акне возникают в возрасте от 7 до 12 лет в среднем у 70% детей и являются первым признаком раннего полового созревания.

## *Лабораторные диагностические исследования:* микроскопию с целью обнаружения *Demodex spp*. и микроорганизамов и посев содержимого пустул для диагностики акне.

## При проведении обследования у пациенток с акне дополнительно учитывать системные признаки гиперандрогенемии (нерегулярный менструальный цикл, гипертрофия клитора и изменение вторичных половых признаков), а также позднее менархе. Резистентные к терапии формы акне могут свидетельствовать о наличии таких эндокринных расстройств, как синдром поликистоза яичников, гиперплазия гипофиза или вирилизирующие опухоли, в связи с чем при обследовании необходимо учитывать такие симптомы, как аменорея, гиперменорея, олигоменорея, бесплодие и метаболический синдром.

При акне среднего детского возраста дополнительное обследование для исключения врожденной гиперплазии надпочечников и андроген-продуцирующих опухолей .

Определение уровня свободного тестостерона, дегидроэпиандростерона сульфата, лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона; проведение теста на толерантность к глюкозе.

*Консультации других специалистов****рекомендуются*** *по показаниям в следующих случаях:*

* врача акушера-гинеколога – с целью уточнения объема и характера дополнительного обследования и лечения;
* врача-эндокринолога  – с целью уточнения объема и характера дополнительного обследования и лечения

**ЛЕЧЕНИЕ**

*Уход за кожей***:** пациентам при акне любой тяжести бережное очищение и увлажнение с использованием средств дерматокосметики, восстанавливающих барьерные свойства кожи, обладающих противовоспалительным действием и не содержащих раздражающих кожу компонентов (спирт, кератолитические средства в высоких концентрациях и др.), а также комедогенных веществ. Бережный уход за кожей также должен сопровождать любую наружную и системную лекарственную терапию акне.

*Лечение узловатых акне умеренной и тяжелой степени тяжести; конглобатных акне средне-тяжелой и тяжелой форм:* **изотретиноин** 0,5 мг на кг массы тела перорально, кумулятивная доза – в диапазоне от 120 мг до 150 мг на кг массы тела, длительность лечения зависит от тяжести процесса и переносимости препарата.

*Лечение узловатых акне умеренной и тяжелой степени тяжести; конглобатных акне средне-тяжелой и тяжелой форм:*

* Доксициклин 100–200 мг в сутки с общей длительностью терапии не более 8 недель;

или

* Миноциклин 50-200 мг в сутки с общей длительностью терапии не более 8 недель.

***Лечение*** *узловатых акне умеренной и тяжелой степени тяжести; конглобатных акне средне-тяжелой и тяжелой форм:*

* ципротерона ацетат в комбинации с этинилэстрадиолом в составе орального контрацептива (женщинам при лечении акне легкой и средней степени тяжести)

или

* дроспиренон 3 мг в комбинации с этинилэстрадиолом 30 мкг в составе монофазного орального контрацептива (для контрацепции женщинам с акне)

или

* дроспиренон 3 мг в комбинации с этинилэстрадиолом 20 мкг в составе низкодозированного монофазного орального контрацептива (при лечении акне средней степени тяжести)

или

*Для лечения всех форм акне**рекомендовано назначение наружно топических ретиноидов*:

* адапален, гель, крем 0,1% 1 раз в сутки (на ночь) на чистую сухую кожу пораженной области, избегая попадания в глаза и на губы

или

* азелаиновая кислота, крем 20%, гель 15% 2 раза в сутки (утром и вечером)

или

* бензоила пероксид, гель 2,5–5–10% 2 раза в сутки (утром и вечером)

*Наружное назначение антибактериальных препаратов:*

* клиндамицина фосфат, гель 1%

или

* клиндамицина гидрохлорид, раствор для наружного применения 1%. Тонкий слой геля или раствора наносят на пораженную область кожи, предварительно очищенную и сухую, 2 раза в день

*Применение наружных комбинированных препаратов:*

* адапален (0,1%) + бензоила пероксид (2,5%) гель, 1 раз в сутки (на ночь) на чистую сухую кожу пораженной области, избегая попадания в глаза и на губы

или

* адапален (0,1%) + клиндамицин (1%) гель, 1 раз в сутки (на ночь) на чистую сухую кожу пораженной области, избегая попадания в глаза и на губы

*Для лечения акне детского возраста и преадолесцентных акне в качестве препаратов первой линии:*

* при акне легкой степени тяжести (комедоны и/или незначительное количество папул/пустул) – топические ретиноиды (адапален), бензоила пероксид, адапален + бензоила пероксид, комбинация адапален + бензоила пероксид+ топический антибактериальный препарат;
* при акне средней степени тяжести – адапален + бензоила пероксид, комбинация адапален + бензоила пероксид + топический антибактериальный препарат;
* при тяжелых акне – [адапален + бензоила пероксид] + системный антибактериальный препарат.

*При отсутствии адекватного ответа на проводимое лечение пациентам применять следующие препараты:*

* при акне легкой степени тяжести (комедоны и/или незначительное количество папул/пустул) – добавление бензоила пероксида или топического ретиноида (адапален) (если не используются в комбинированной терапии), изменение концентрации или формы топического ретиноида, изменение топической комбинированной терапии;
* при акне средней степени тяжести – изменение концентрации или формы топического ретиноида, изменение топической комбинированной терапии, добавление системного антибактериального препарата, изотретиноин, оральные контрацептивы (для девочек);
* при тяжелых акне – замена системного антибактериального препарата, изотретиноин, оральные контрацептивы (для девочек).

*Для профилактики формирования рубцов пост-акне пациентам рекомендуется:* Комбинированный препарат адапален (0,1%) + бензоила пероксид (2,5%), гель 1 раз в сутки в течение 6 месяцев снижает риск образования новых атрофических рубцов, а также улучшает общую выраженность рубцов при акне.

На исход заболевания может оказывать сопутствующие заболевания, влияющие на активность сальных желез: поликистоз яичников, патология надпочечников, андроген-продуцирующие опухоли, сахарный диабет, инсулинорезистентность.

*Необходимые ечебно-профилактические мероприятия для предупреждения рецидивов:*

1. Санация очагов фокальной инфекции.
2. Обследование у смежных специалистов с целью выявления заболеваний желудочно-кишечного тракта, эндокринных и иммунологических нарушений, на фоне которых чаще всего возникает угревая болезнь. При обнаружении патологии больным показано лечение у соответствующих специалистов.
3. Процедуры по закаливанию организма (занятия физкультурой, солнечные и воз душные ванны, купание и др.).
4. Диета с ограничением углеводов, жирной пищи, острых, пряных и копченых продуктов. Наиболее рациональным является питание с преобладанием молочно-кислых продуктов, овощей и нежирного мяса.
5. Больным с тяжелыми формами угрей показано диспансерное наблюдение. После проведенного базисного медикаментозного лечения больных целесообразно ориентировать на систематические посещения лечебных учреждений косметологического профиля, даже во время стойкой клинической ремиссии.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

* Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология, 2015.
* [Самцов А.В. Акне и акнеиформные дерматозы. Монография – М.: OOO «ЮТКОМ», 2009. – 208 с.: ил.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Maibach%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=1764965)
* М.Ю. Анисимова. Поликлиника Общевойсковой Академии (гл. врач - А.С. Анисимов), Москва. Журнал ВЕСТНИК Репродуктивного Здоровья, декабрь, 2010г, 22 стр.
* Акне вульгарные: Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. 2020г.