

Новое в изучении акне у женщин

А.В. Самцов

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ
194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

В обзоре обобщены и систематизированы новые сведения об эпидемиологии, патофизиологии, диагностике и лечении акне у женщин.

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

Контактная информация: avsamstov@mail.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2014; (1): 64—68.

New aspects in studies of acne in women

A.V. Samstov

Military Medical Academy named after S.M. Kirov Ministry of Defense of the Russian Federation
Akademika Lebedeva str., 2, St. Petersburg, 194044, Russia

The review generalizes and summarizes new information about epidemiology, pathogenesis, diagnostics and treatment of acne in women.

Key words: **acne in women, external therapy, Skinoren.**

Corresponding author: avsamstov@mail.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2014; 1: 64—68.

■ Акне (acne, acne vulgaris) традиционно рассматривались как заболевание лиц молодого возраста, при этом нередко использовался термин «юношеские акне» в качестве синонима вульгарных акне и подчеркивалось, что к 20 годам жизни дерматоз полностью разрешается.

Тем не менее еще в 60-е годы прошлого века Ю. Королев в докторской диссертации, а затем в монографии писал, что у части женщин выраженные угри впервые развиваются в возрасте 18—26 лет и обычно бывают связаны с расстройством гормональной деятельности яичников после беременности, аборта, воспалительных заболеваний матки и придатков, общих тяжелых заболеваний, психических травм. Не-

редко женщины отмечают две вспышки угрей: одну — в начале полового созревания, в возрасте 12—16 лет, и вторую — в более позднем возрасте. Вспышки могут быть отделены интервалом 8—10 лет. Автор наблюдал больных женщин, у которых первая или вторая вспышка происходила в возрасте 35—40 лет. У всех этих женщин констатировались выраженные гормональные нарушения [1, 2].

Однако лишь 5—6 лет назад появились серьезные исследования по этой проблеме.

Вместе с тем следует отметить, что в настоящее время при идиопатических акне (за исключением вторичного акне — синдром поликистозных яичников, вирилизующие опухоли надпочечников и яичников,

сопровождающиеся такими симптомами, как гирсутизм) нарушения уровня гормонов в крови выявляют редко [3].

Накопившиеся данные привели к созданию в 2013 г. консенсуса (это обобщающий документ) под названием «Акне у женщин: новая парадигма» при участии таких общепризнанных специалистов в этой области, как Dreno, Layton, Zouboulis и др. [4].

Авторы подводят итог исследованиям по эпидемиологии акне и указывают, что этот дерматоз встречается у большого числа женщин старше 25 лет. При этом они отмечают, что в некоторых статьях сообщается о постоянном увеличении заболеваемости акне у женщин, однако неизвестно, так ли это на самом деле. Возможно, часть пациенток становятся менее толерантными к заболеванию или в связи с ростом информированности о существующих средствах терапии повышется вероятность того, что пациентка обратится к врачу.

Авторы выделяют два известных подтипа акне у женщин в зависимости от времени дебюта: персистирующие акне (непрерывно продолжающиеся или

рецидивирующие с подросткового возраста), и акне с поздним дебютом, или поздние акне, впервые появившиеся во взрослом возрасте. Для обоих типов характерно воспаление, нарушения пигментации и появление рубцов [4]. Вместе с тем следует отметить, что S. Preneau и B. Dreno отмечают третий подтип акне у женщин: рецидивирующие акне. Они развиваются у женщин, у которых в анамнезе были акне в подростковом возрасте и разрешились в течение нескольких лет. Этот подтип акне не указан в статье в связи с тем, что, по мнению авторов, он наименее изучен [5].

Известна точка зрения, что акне у женщин отличаются от акне у подростков, в частности по клиническим проявлениям [5]. B. Dreno и соавт. приводят следующие дифференциальные признаки.

Соотношение очагов поражения в нижней и верхней части лица: у женщин высыпания обычно локализуются в U-зоне (щеки, вокруг рта и нижняя часть подбородка), у подростков — в T-зоне (лоб, нос, верхняя часть подбородка) (см. рисунок).



а



б

Рисунок Типичная локализация высыпаний акне у женщин: на коже подбородка, нижней половины щек, в меньшей степени носа (а, б) и лба (б)

Характеристика узелков: у взрослых узелки всегда располагаются в нижней части лица, при этом другие воспалительные элементы (пустулы, узлы) могут отсутствовать.

Наличие комедонов: комедоны всегда присутствуют при акне у подростков, но могут отсутствовать у взрослых [4].

Соотношение воспалительных и невоспалительных элементов у взрослых женщин выше, чем у подростков [4].

В последние годы наши представления о патофизиологии акне существенно расширились, что позволяет задать вопрос: «Существуют ли различия в патогенезе акне у подростков и женщин?». Авторы статьи дают следующий ответ.

Несмотря на то, что в опубликованных работах не находят подтверждения четкие различия патогенеза акне у подростков и взрослых, клинические данные указывают на ряд патогенных факторов, характерных для акне у женщин. В частности, наследственные факторы, стресс, воздействие ультрафиолетового облучения, ожирение, повышение уровня липопротеина низкой плотности, потребляемая пища могут оказать влияние на течение акне, хотя для подтверждения этого необходимы дальнейшие исследования. У взрослых женщин повышенный уровень инсулиноподобного фактора роста 1 в сыворотке крови коррелирует с количеством элементов кожной сыпи. Существуют свидетельства того, что диета с низким содержанием глюкозы может существенно снизить число акне и повысить чувствительность к инсулину у женщин.

Кроме того, установлено, что резистентные штаммы *Propionibacterium acnes* могут стимулировать врожденный иммунитет при акне у взрослых женщин, приводя к усилению воспаления, что необходимо учитывать в лечении дерматоза [4].

Общепризнано, что акне могут свидетельствовать об эндокринных расстройствах у женщин, однако, по мнению авторов, это редко происходит в тех случаях, когда дебют заболевания пришелся на взрослый возраст.

Вместе с тем необходимо учитывать системные признаки гиперандрогении (нерегулярный менструальный цикл, гипертрофия клитора и изменение вторичных половых признаков), а также позднее менархе и резистентные формы акне, которые могут свидетельствовать о наличии эндокринных расстройств (синдром поликистоза яичников — СПКЯ, гиперплазия гипофиза или вирилизующие опухоли).

В зависимости от клинических признаков на момент обращения дерматологи должны исключить СПКЯ и учесть другие симптомы эндокринных расстройств, такие как аменорея, гиперменорея, олигоменорея, бесплодие и метаболический синдром.

Подход к терапии, по мнению авторов, должен быть адаптирован с учетом индивидуальных особенностей взрослой пациентки и ее потребностей.

При этом необходимо учитывать следующие факторы: акне у взрослых женщин в ряде случаев очень трудно поддаются лечению, кожа женщин в большей степени склонна к раздражению; реакция на лечение может развиваться долго, при этом следует информировать пациенток о вероятном времени наступления клинического улучшения и об ожидаемых результатах терапии.

Детородный возраст, равно как и психосоциальные последствия болезни, также могут повлиять на выбор терапии.

Необходимо также учитывать, что степень соблюдения рекомендаций по лечению акне у взрослых женщин выше, чем у мужчин и подростков.

Выбор терапии также определяется степенью тяжести и продолжительностью заболевания, реакцией на предшествующую терапию, предрасположенностью кожи к появлению рубцов, поствоспалительной гиперпигментации (ПГП), а также предпочтениями самой пациентки и стоимостью лечения.

Известно, что в подавляющем большинстве случаев акне у женщин имеют легкую, реже — среднюю степень тяжести, в связи с этим мы остановимся только на наружной терапии акне у взрослых женщин.

Наружные ретиноиды назначают женщинам для лечения легких форм акне, сопровождающихся появлением комедонов и слабовыраженных и умеренно выраженных воспалительных элементов. Препараты третьего поколения, такие как адапален, в целом лучше переносятся, чем более старые средства.

Отсутствуют свидетельства существенной системной абсорбции местных ретиноидов, но, учитывая их известную тератогенность при пероральном применении, рекомендовано принять все необходимые меры, чтобы избежать беременности на фоне лечения местными ретиноидами [4].

Скинорен (азелаиновая кислота, 20% крем или 15% гель) рекомендован в качестве монотерапии первой линии при невоспалительных и воспалительных формах акне у женщин.

Препарат обладает эффективностью, сходной с другими местными средствами для лечения акне легкой и средней степени тяжести, характеризуется благоприятным профилем переносимости и высоким уровнем удовлетворенности пациентов.

Скинорен обладает антипролиферативной активностью и, следовательно, показан для лечения ПГП. При применении Скинорена маловероятно появление системных побочных эффектов, поскольку азелаиновая кислота естественным образом синтезируется организмом, что делает ее безопасным средством для применения во время беременности и кормления грудью.

Наружные антибиотики обладают противовоспалительным свойством, снижают число перифолликулярных лимфоцитов, участвующих в комедогенезе [4]. Вместе с тем распространенность резистентных штаммов *P. acnes* и других бактерий к клиндамицину и эритромицину означает, что эти препараты не могут быть рекомендованы в качестве монотерапии для лечения акне у взрослых женщин, успевших получить лечение несколькими другими местными антибиотиками. В настоящее время подтверждена связь между резистентностью *P. acnes* к соответствующему антибиотику и плохим исходом терапии. Следует отметить, что перекрестная резистентность к клиндамицину и эритромицину встречается чаще (наибольшее преобладание в Испании — 91%), чем к тетрациклам (наибольшее преобладание в Англии — 26%), а Скинорен не вызывает устойчивости и эффективен в отношении даже уже резистентных штаммов [6, 7].

Бензоилпероксид (БПО) обладает бактерицидными, противовоспалительными и антикератинизирующими свойствами. Рекомендован в качестве монотерапии слабовыраженных и умеренных форм акне.

У женщин применение БПО может приводить к раздражению кожи или ее сухости. БПО также может вызвать фоточувствительность и изменить цвет одежды. Женщинам рекомендовано применять БПО в концентрациях не более 5%.

Авторы рекомендуют следующий алгоритм лечения в зависимости от степени тяжести акне.

Комедональные акне

Традиционные средства терапии

Комедолитики в качестве монотерапии.

Первая линия — ретиноиды.

Вторая линия — азелаиновая кислота (15—20%) или БПО (2,5—5,0%).

Дополнительные средства терапии

Поверхностный пилинг при отсутствии комедонов.

Механические косметические процедуры, физическое удаление или легкое прижигание при комедонах.

Косметические средства

Мягкое немыльное очищающее средство с pH, близким pH кожи, увлажняющие средства.

Воспалительные акне легкой степени (превалирующая форма акне у женщин)

Традиционные средства терапии

Монотерапия — азелаиновая кислота, БПО, ретиноиды.

Комбинированная терапия — ретиноиды и БПО.

Дополнительные средства терапии

Поверхностный химический пилинг, фотодинамическая терапия.

Косметические средства

Мягкое немыльное очищающее средство с pH, близким pH кожи, увлажняющие средства.

Воспалительные акне легкой и средней степени тяжести

Легкая степень тяжести

Наружные комбинированные средства.

Наружные ретиноиды и БПО.

Наружные ретиноиды и азелаиновая кислота.

Вторая линия: оральные антиандрогены или оральные контрацептивы могут быть добавлены к топической терапии.

Средняя степень тяжести

К наружной терапии могут быть дополнительно подключены системные антибиотики, оральные контрацептивы.

Как было указано выше, в консенсусе Скинорен относится к средствам первой линии у женщин для лечения невоспалительных и воспалительных акне [4], и этому есть следующие объяснения.

1. Противовоспалительные свойства азелаиновой кислоты позволяют оказывать выраженное действие на воспаление, которое предшествует патологическому фолликулярному гиперкератозу. Этот факт имеет практическое значение, поскольку определяет важность применения противовоспалительных средств у женщин, у которых преобладают воспалительные элементы.

2. Антикератинизирующие, антимикробные и антиоксидантные свойства азелаиновой кислоты усиливают действие препарата, поскольку влияют на важные звенья патогенеза акне, при этом не вызывая резистентности *P. acnes*.

3. С учетом того, что у женщин ПГП встречается достаточно часто, антитирозидазное действие Скинорена обуславливает прямое показание к назначению препарата этим больным.

4. Скинорен рекомендуют для проведения поддерживающей терапии. Показано, что через год после начала применения препарата азелаиновой кислоты ремиссия сохранялась у 86,7% пациентов [8].

5. Скинорен совместим с косметикой [9]. Пациентам, применяющим Скинорен, при пребывании на солнце не требуется принимать никаких дополнительных мер предосторожности [10]. Скинорен не имеет системных побочных эффектов и тератогенного действия [4].

6. Скинорен обладает сходной эффективностью с другими наружными средствами для терапии акне легкой и средней степени тяжести и характеризуется благоприятным профилем переносимости и высоким уровнем удовлетворенности пациентов [4]. ■

Литература

1. Королев Ю.Ф. Материалы к клинике, этиологии, патогенезу и лечению себореи и ее осложнений: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Л., 1961. 31 с. — в надзаг.: 1-й Ленинградский мед. ин-т. [Korolev Yu.F. Materialy k klinike, etiologii, patogenezu i lecheniyu seborei i ee oslozhneniy: Avtoref. dis. na soisk. uchen. step. d-ra med. nauk. L., 1961. 31 s. — v nadzag.: 1-y Leningradskiy med. in-t.]
2. Королев Ю.Ф. Себорея и угри. Минск: Беларусь 1972. 144 с. [Korolev Yu.F. Seboreya i ugri. Minsk: Belarus' 1972. 144 s.]
3. Chen et al. Acne-associated syndromes: models for better understanding of acne pathogenesis J EADV; 2011; 25: 637—647.
4. Dreno B., Layton A., Zouboulis C. et al. Adult female acne: a new paradigm. J EADV 2013; 27: 1063—1070.
5. Preneau S., Dreno B. Female acne — a different subtype of teenager acne? J EADV 2012; 26: 277—282.
6. Thiboutot D., Gollnick H., Bettoli V. et al. New insights into the management of acne: An update from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne Group. J Am Acad Dermatol, 2009; 60: S1—50.
7. Nast A., Dreno B., Bettoli V. et al. European Evidence-based (S3) Guidelines for the Treatment of Acne. J EADV 2012, 26: 1—29.
8. Перламутров Ю., Ольховская К.Б. Скинорен Гель в терапии и профилактике акне. Клинический дерматол и венерол 2007;4: 40—43. [Perlamutrov Yu., Ol'khovskaya K.B. Skinoren Gel' v terapii i profilaktike akne. Klin dermatol i venerol 2007; 4: 40—43.]
9. Gollnick H.P.M., Graupe K., Zaumseil R.P. 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(10): 841—847.
10. Graupe K., Cunliffe W.J., Gollnick H.P.M., et al. Efficacy and safety of topical azelaic acid (20 percent cream): an overview of results from European clinical trials and experimental reports. Cutis 1996; 57: 20—35.

об авторе: ▶

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

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье