

**Е.А. Бардова, к.м.н.**  
кафедра дерматовенерологии  
Национальная медицинская академия последипломного образования  
имени П.Л. Шупика



К.м.н.  
Е.А. Бардова

## Акне и акнеиформные дерматозы

**В** современном обществе одной из наиболее распространенных причин обращений пациентов к дерматологам и дерматокосметологам является наличие высыпаний на коже лица, чаще всего связанных с акне и акнеиформными дерматозами.

Акне является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний кожи у лиц молодого возраста. Угри возникают у более 80% подростков, у лиц старше 25 лет их частота может достигать 12%; заболевание может продолжаться до 30-летнего возраста, а в отдельных случаях, при наличии тяжелых нейроэндокринных нарушений, проявления угрей могут сохраняться и после 30–40 лет.

**К акнеиформным дерматозам** относят группу заболеваний, имеющих сходную с вульгарными угрями клиническую картину, но при которых образование комедонов не является первоначальным фактором, а воспалительная реакция пилосебацеального комплекса происходит без образования комедонов. К этой группе заболеваний относят розацеа, *rosacea lupoides*, периоральный дерматит, мелкоузелковый саркоидоз лица, туберкулез кожи.

Также акнеиформные высыпания могут возникать после приема некоторых лекарственных препаратов, например иммуномодуляторов, солей золота, фотосенсибилизаторов, противосудорожных препаратов, барбитуратов, противотуберкулезных средств

(изониазид, рифампицин, этамбутол), препаратов галогенов, солей лития, витаминов группы В.

Отдельно выделяют **эксфолированные акне** — возникающие преимущественно у молодых женщин, которые подвержены невротическим реакциям и склонны к эксфолиации даже минимальных проявлений высыпаний. Известно, что эксфолиации могут возникать как на фоне акне, так и без них. Эта патология чаще всего связана с неврозом навязчивых состояний и требует консультации психоневролога.

Очень часто врачи-дерматовенерологи при исследовании чешуек кожи, а также содержания выводных протоков сальных желез обнаруживают подкожный клещ *Demodex folliculorum* и *Demodex brevis*, что позволяет врачам устанавливать диагноз демодекоза. Но, несмотря на достаточно высокую распространенность этих видов клещей в природе, заболеваемость демодекозом не превышает 2,1% в структуре всех кожных заболеваний. По данным некоторых авторов, а также согласно нашим наблюдениям, клещи-демоидиды играют определенную роль в этиопатогенезе акне и некоторых акнеиформных дерматозов, в частности розацеа и периорального дерматита, и могут осложнять их течение.

Наиболее часто клещей обнаруживают у пациентов с розацеа — до 77–90% всех случаев, при периоральном дерматите — до 60%, акне — до 29%.

В настоящее время существует тенденция к увеличению доли резистентных к терапии форм угревой болезни и акнеформных дерматозов, которые приводят к возникновению осложнений, что, в свою очередь, обуславливает развитие психических расстройств и социальной дезадаптации пациентов.

**Акне** относится к генетически детерминированной гетерогенной группе воспалительных поражений сально-волосяного аппарата, обусловленной в основном нейроэндокринным дисбалансом, что вызывает ряд себомоторных, иммунологических и микробиологических нарушений. Точная этиология заболевания остается вопросом спорным. Ведущая роль в патогенезе угревой болезни принадлежит гормональному дисбалансу и нарушению нормального микробиоценоза поверхности кожи, при котором происходит активизация условно патогенной и транзитной микрофлоры, в частности анаэробных грамположительных дифтероидов *Propionibacterium acnes*, которые обитают в фолликулах с пубертатного периода.

**Современные представления о патогенезе угревой болезни:**

- гиперпродукция кожного сала сальными железами под влиянием андрогенов;
- фолликулярный гиперкератоз;
- размножение *P. acnes*;
- возникновение воспалительной реакции.

Увеличение продукции кожного сала приводит к уменьшению концентрации линолевой жирной кислоты, что является пусковым механизмом возникновения патологического фолликулярного гиперкератоза, что создает благоприятные анаэробные условия для размножения *P. acnes*, причем происходит гидролиз кожного сала бактериальными липазами до свободных жирных кислот, что приводит к развитию перифолликулярного воспаления и формированию комедонов. Воспаление также усиливается вследствие деятельности *P. acnes*, продуцирующих факторы нейтрофильного хемотаксиса.

Первые проявления акне обусловлены патологической гиперкератинизацией фолликулярного эпителия, клетки которого в норме свободно отшелушиваются и выводятся с секретом сальных желез на поверхность кожи. При акне клетки фолликулярного эпителия имеют больший размер, слипаются между собой и формируют плотный роговой слой, который закрывает выводной канал фолликула. Это приводит к блокированию фолликулярного протока, заполнению его секретом и формированию микрокомедона, который при дальнейшем увеличении развивается до закрытого комедона, который можно обнаружить клинически.

Клинические проявления акне разнообразны и включают явления воспалительного и невоспалительного характера.

**Невоспалительный тип поражения** — это закрытые (белые) и открытые (черные точки) комедоны. **Воспалительное поверхностное поражение** характеризуется наличием папул и пустул; узлы и глубокие пустулы характерны для глубокого воспаления.

У большинства больных одновременно проявляются признаки обоих типов поражения. Для легкого течения данной патологии характерно наличие закры-

тых и открытых комедонов или папул с одиночными пустулами, которые могут разрешиться без терапевтического вмешательства в течение 1–2 нед. Для течения угревой болезни средней степени тяжести характерны многочисленные папулы и пустулы, глубокие пустулы. Узлы и кисты характеризуют тяжелое течение дерматоза.

Акне может сочетаться с **демодекозом** — при таком сочетании будет наблюдаться тенденция к латерализации высыпаний — преимущественно на коже боковых поверхностей лица, на щеках, в 89% случаев — односторонняя асимметричная локализация. Также может наблюдаться незначительное шелушение и зуд. Причем следует отметить, что при позднем акне у женщин выявление *Demodex* может быть маркером гормональных нарушений.

**Розацеа** — это хронический дерматоз лица, характеризующийся образованием эритемы в центральной части лица и телеангиэктазий, а также появлением высыпаний папуло-пустулезного характера и очагов гиперплазии сальных желез и соединительной ткани. Известно, что заболевание возникает после 30 лет, наиболее активное развитие наблюдается в 40–60 лет, чаще поражает женщин, но у мужчин имеет более тяжелое течение. Ведущая роль в патогенезе розацеа отводится патологии пищеварительного тракта, дисфункциям эндокринной системы, психосоматическим и иммунным нарушениям.

Некоторые продукты, в частности алкоголь, горячие напитки, пряности, вызывают рефлекторное расширение сосудов кожи лица. Ухудшают течение розацеа такие физические факторы, как солнечное облучение, тепло, холод. Существует мнение, что в секрете сальных желез кожи лица повышено содержание порфиринов, в связи с чем возникает фотодинамическое поражение структурных элементов кожи. Кстати, иногда антималярийные препараты, обладающие фотозащитными свойствами, улучшают течение заболевания.

Содержимое пустул при розацеа преимущественно стерильное, грамтрицательные микроорганизмы обнаруживают только при тяжелых формах, например грамтрицательной розацеа. Не выяснена до конца роль клещей *D. folliculorum*, которые являются физиологическими представителями микрофлоры кожи и колонизация которыми фолликулов с возрастом увеличивается. При розацеа клещей можно обнаружить гистологически в инфильтратах, что может свидетельствовать в пользу предположения о причастности *D. folliculorum* к возникновению розацеа. *D. folliculorum* при розацеа обнаруживают в гранулемах, очевидно, клещи провоцируют развитие гранулематозного розацеа.

Если первичным фактором развития выступает инфицирование клещами рода *Demodex*, заболевание характеризуется возникновением отдельных эритематозно-сквамозных очагов в центральной части лица — Т-зоне, на крыльях носа, носогубном треугольнике, сопровождающихся зудом и ощущением ползания мурашек. На фоне эритематозных пятен наблюдаются отдельные мелкие фолликулярные папулы конической формы с микропустулой на верхушке. Если процесс (демодекоз) имеет вторичный характер, высыпания представлены преимущественно папуло-пустулезными элементами на фоне гипер-

емии, которые расположены симметрично с поражением большей поверхности кожи.

**Если при обнаружении клещей их количество составляет менее 5 на см<sup>2</sup>, то можно утверждать, что розацеа является первичным процессом, а демодекоз осложняет его течение; если количество клещей более 5 на см<sup>2</sup> – то демодекоз является первичным предрасполагающим фактором.**

Известно, что обострение розацеа у женщин возникает во время беременности, климакса, перед менструацией. Чаще всего заболевание наблюдается среди женщин с ранней менопаузой, физиологическим или хирургическим климаксом. В патогенезе розацеа несомненна роль изменений метаболизма таких половых стероидных гормонов, как эстрадиол, прогестерон, тестостерон и андростендиол.

Клинические и экспериментальные исследования показывают, что особую роль в патогенезе розацеа играют нарушения регуляции мозгового влияния на кровеносные сосуды кожи лица. Вследствие этого развивается замедление перераспределения кровотока и венозный стаз в области оттока лицевой вены, что соответствует наиболее частой локализации розацеа. В зону оттока лицевой вены попадает и конъюнктивит, что объясняет частое наличие при розацеа конъюнктивита. Предполагают, что кровеносные и лимфатические сосуды кожи первично не вовлекаются в патологический воспалительный процесс.

У большинства пациентов с розацеа установлены значимые нарушения гуморального и клеточного звеньев иммунитета. Принято различать **4 стадии заболевания**: эритематозную, папулезную, пустулезную, инфильтративно-продуктивную. После частых эпизодов приливов (первая стадия) следуют стойкая эритема (эритроз) и телеангиэктазии (вторая стадия). Только в половине случаев у этих больных развиваются папулы и пустулы (акне розацеа). Ринофима является четвертой и последней стадией, развивается только у ограниченного числа мужчин, начинается с эритроза, представлена ограниченным участком носа. Гистологически видны расширенные кровеносные и лимфатические сосуды. Следующая стадия характеризуется появлением на фоне диффузного утолщения кожи изолированных и сгруппированных пурпурных папул, покрытых нежными чешуйками. Папулы существуют долго, неделями. У некоторых крупных папул основа инфильтрирована. Затем узелки превращаются в папулопустулы и пустулы. Поражение захватывает кожу лица, заушных областей, передней поверхности шеи, кроме периорбитальных участков. Ринофима встречается почти исключительно у мужчин и может быть проявлением только розацеа.

При розацеа в патологический процесс могут вовлекаться глаза. В 57% случаев кожные проявления предшествуют поражению глаз, 27% – глаза поражаются одновременно с кожей, а в 20% случаев – раньше, чем кожа. Субъективно поражения глаз при розацеа характеризуется ощущением жжения, болезненностью, светобоязнью и ощущением инородного тела. При розацеа-кератите может значительно снизиться зрение из-за помутнения роговицы.

Выделяют **гранулематозный, или люпоидный, тип розацеа**, когда на фоне эритемы появляются буровато-красные папулы и небольшие узлы. При клинической картине, напоминающей *Acne conglobata*, может наблюдаться так называемая *Rosacea conglobata*, когда формируются крупные абсцедирующие угри. Более тяжелым вариантом *R. conglobata* является *Rosacea fulminans*, или *Pyoderma faciale*. *P. faciale* проявляется возникновением воспалительных акнеiformных высыпаний в центральной части лица, встречается исключительно у молодых женщин в возрасте 20–30 лет, у которых когда-то наблюдались эпизодические приливы и покраснение лица. Высыпания проходят через 1–2 года, оставляя точечные и линейные рубцы.

Кроме того, **выделяют грамотрицательную розацеа**, которая характеризуется множественными фолликулитами, из содержимого пустул которых выделяют грамотрицательные бактерии. Чаще грамотрицательная розацеа является осложнением нерациональной терапии антибиотиками, преимущественно тетрациклинового ряда.

**Периоральный дерматит** – это хронический дерматоз с поражением кожи вокруг рта, который встречается преимущественно у молодых женщин. Чаще встречается у женщин с отягощенным аллергологическим анамнезом. Существует также ряд факторов, которые могут вызвать развитие данной патологии: использование фторсодержащих зубных паст и других средств косметики и личной гигиены, которые содержат галогены, длительное применение топических кортикостероидов, длительная инсоляция, прием гормональных контрацептивов, инфицирование клещами рода *Demodex* и грибами рода *Candida*, заболевания пищеварительного тракта. Некоторые исследователи относят периоральный дерматит к особому варианту розацеа или себорейного дерматита, но более распространено мнение относительно самостоятельного заболевания сально-волосяных фолликулов.

Клиническая картина представлена множественными мелкими красными или красно-коричневыми папулами, которые расположены вокруг рта. Со временем на фоне эритемы папулы сливаются в более крупные элементы, которые частично трансформируются в пустулы. Большинство высыпаний подвергаются обратному развитию без образования рубцов. Иногда высыпания распространяются на периорбитальный участок, в область носогубного треугольника, на волосистую часть головы. В редких случаях развивается люпоидная форма периорального дерматита, которая имеет тяжелое течение.

В сочетании с демодекозом (до 13% случаев) высыпания могут располагаться асимметрично и сопровождаться зудом, что осложняет течение.

В дифференциальной диагностике акнеiformных заболеваний необходимо исключать красную зернистость носа – заболевание с предположительно наследственной природой, развитию которого способствуют нейроэндокринные нарушения и вазомоторные расстройства. Характеризуется появлением с детства на коже носа телеангиэктазий, синюшности, затем – мелких папул темно-розового цвета, склонных к группированию. На поверхности можно обнаружить капли пота по типу росы, что связано с гипергидрозом.

**Майорка-акне** (*Mallorca-acne, acne aestivalis*) належать до акнеформних дерматозів, характеризуються однорідними плоскими фолликулярними папулами, виникаючими раптово влітку і регресуючими спонтанно взимку. Ця форма вперше була описана у молодих людей з Скандинавії, які відпочивали на острові Майорка. Захворювання виникає внаслідок надмірного використання жирних основ в засобах захисту від сонця (мазях, маслах), а також від впливу сонячних променів і іноді після сонячних ванн.

Захворювання в багатьох відношеннях відповідає поліморфному фотодерматозу. Внаслідок комедогенного подразнення, особливо при використанні засобів захисту від сонця, виникають папули і пустули. Одночасно можуть бути папулопухлячки, які не належать до акне. Комедони при цій картині захворювання відсутні. В процесі можуть залучатися щелепна область, плечі і верхні кінцівки. Висипання, ідентичні майорка-акне, спостерігаються часто у пацієнтів, які пройшли курс терапії 8-метоксипсораленом і ПУВА по приводу хронічних дерматозів.

**Стеатоцистома множественная** (*Steatocystoma multiplex*, киста жировая множественная, пилосебацистоматоз) – аутосомно-домінантно успадкований акнеформний дерматоз, уражаючий переважно чоловіків. Кисти можуть існувати ще при народженні і розвиваються швидко після нього. Клінічно захворювання характеризується наявністю м'яких або

плотних багаточисельних кистозних вузлів діаметром від декількох міліметрів до 1,5 см. Висипання локалізовані переважно на грудях в стерильній області, іноді – на шиї, спині, менше – на верхніх кінцівках. Захворювання протікає безсимптомно, іноді спостерігається вторинне інфікування.

**Міліарна диссемінована волчанка лиць** (*Lupus miliaris disseminatus faciei – acne agminata*) – це рідке захворювання раніше називалося шкірним туберкулідом. Воно характеризується появою невеликих коричнево-червоних грубих вузлів, які нагадують папули акне. Висипання типово виникають в області інфраорбітальної зони і на повіках, а також в нехарактерних для ендогенного акне ділянках. При надавленні скляним шпателем може з'явитися жовтий відтінок як проявлення гранулематозного запалення з творожистою масою в центрі, хоча інфекції *Mycobacterium tuberculosis* немає.

**Пітироспоральний фолликулит** (*Pityrosporum folliculitis*) – інфекція *P. ovale* проявляється різними типами висипань: еритематозно-сквамозний дерматит або пітироспороно-фолликулит, який дуже схожий на папулопустулезне акне. Уточнити діагноз допомагає наявність помірного шелушення, відсутність пустулезних висипань і комедонів, частіше всього обмежений характер запалення, яке виникає разом з свербінням.

Список літератури знаходиться в редакції

## Шановні колеги!

Міністерство охорони здоров'я України, Донецький національний медичний університет імені М. Горького, Управління охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації, Асоціація дерматовенерологів і косметологів Донецької області «Здоровий світ» запрошують вас взяти участь у роботі **Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасні технології в рішенні організаційних, епідеміологічних, клінічних та діагностичних задач дерматовенерології»**, присвяченої 80-річчю кафедри дерматовенерології ДонНМУ імені М. Горького, яка відбудеться **13 червня 2014 р. в м. Донецьк** і увійшла до Реєстру конференцій, затверджених МОЗ України на 2014 р.

### Програма конференції включає питання:

- Дерматовенерологічна служба в Україні на сучасному етапі.
- Патогенетичні аспекти і терапія алергодерматозів.
- Лікування вірусних інфекцій шкіри та профілактичні заходи.
- Мікози – новітні технології лікування.
- Сучасні підходи до лікування хворих на хронічні папулозні дерматози.
- Терапевтична тактика ускладнених урогенітальних інфекцій.

### Під час роботи семінару відбудуться:

Наукові та тематичні симпозиуми, сесії провідних учених, неформальні зустрічі та інтерв'ю. В межах конференції будуть проведені симпозиуми по використанню препаратів у дерматології, венерології та косметології, а також розгорнута виставка фармацевтичних препаратів відомих фірм країн світу.

### Учасники семінару отримають сертифікати.

**Адреса оргкомітету:** ТОВ «Нью Віво Комунікейшн Груп», тел./факс: +38 044 200 17 73;

e-mail: office@newvivo.com.ua, www.chil.com.ua

**Контактна особа з питань участі в семінарі:** Ганна Ващенко (тел.: +38 097 392 37 01). Також звертатися до зав. кафедри дерматовенерології ДонНМУ імені М. Горького, Заслуженого діяча науки і техніки, професора **Юрія Федоровича Айзятюлова** (тел.: +38 (062) 343 89 71; e-mail: rushan-ajjzatulov@rambler.ru).

Інформаційний спонсор – журнал «Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія»