
ществ находились на четвертом месте с удельным весом 12% и распространенностью 207,1 (в 4,8 раза больше, чем в группе контроля).

У больных экземой первое место в структуре сопутствующих заболеваний занимали болезни органов кровообращения (23,9% с распространенностью 421,4). Из этой патологии 8,5 % всех случаев приходилось на варикозную болезнь нижних конечностей, в 8,1% случаев встречалась гипертоническая болезнь, уровень вегетососудистой дистонии составлял 5,7% случаев. Второе место занимали болезни кожи и подкожной клетчатки (15,7% при распространенности 278,6). Среди кожной патологии преобладали вторичные пиодермии (10,9%) и васкулиты (3,2%). Болезни нервной системы находились на третьем месте (14,2%) с распространенностью 250,0 (различие с группой сравнения в 2,2 раза). Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания составляли 13,7% при распространенности 242,8, занимая четвертое место, и были представлены, в основном, микозом стоп и онихомикозом.

Результаты изучения сопутствующей патологии показали, что в основной группе её не имели 10,7-13,6%, тогда как в контрольной группе – 39,3%, что достоверно меньше в 2,9-3,7 раза ($p < 0,01$). Среди больных атопическим дерматитом каждый второй пациент имел одно или два сопутствующих заболевания и каждый шестой – более двух. У больных псориазом одно сопутствующее заболевание имело место у каждого третьего пациента, а каждый второй пациент имел два заболевания. У 25% больных экземой было по одному сопутствующему заболеванию, 45% больных имели по 2 заболевания и у каждого пятого пациента было более двух сопутствующих заболеваний. В целом, среди больных хроническими дерматозами больший удельный вес имели классы болезней органов кровообращения, пищеварения, эндокринной и нервной системы.

Таким образом, проведенные исследования показывают, что хронические дерматозы сопровождаются целым рядом сопутствующих патологий, утяжеляющих течение заболевания, удлиняющих периоды обострения и требующих длительной коррекции.

АКНЕ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА ГИПЕРАНДРОГЕНИИ У ЖЕНЩИН. ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

З.Э. Рагимова

ФУВ РГМУ, Москва

В последнее время вопросам терапии клинических проявлений гиперандрогении (ГА) уделяется особое внимание в связи с широкой распространенностью данной патологии среди женщин репродуктивного возраста. Так, по данным различных авторов, гиперандрогенные состояния диагностируют у 10-30% пациенток [6, 9].

Известно, что увеличение продукции андрогенов в яичниках и (или) надпочечниках является наиболее частой причиной андрогенизации женского организма (абсолютная ГА). Но немаловажное значение отводится и относительной ГА, которая может быть обусловлена: повышением уровня свободных биологически активных форм андрогенов, за счет уменьшения содержания транспортных белков, а именно ПССГ (транспортная форма ГА); усилением конверсии менее активных андрогенов в более активные (повышение активности 5-альфа-редуктазы), а также увеличением чувствительности тканей-мишеней к действию андрогенов.

Клинически ГА может проявляться нарушениями функции репродуктивной системы: олигоменореей, аменореей, хронической ановуляцией и, как следствие, бесплодием [5, 7, 9].

Кроме того, избыток андрогенов приводит к развитию андрогензависимой дермопатии, которая проявляется акне, себореей, гирсутизмом и андрогензависимой алопецией, что является существенным косметическим дефектом, отражающимся на нервно-психической сфере женщин раздражительностью, склонностью к депрессивным состояниям и другим психоэмоциональным расстройствам, снижающим качество жизни женщин, а также к социальным проблемам, связанным с ограничениями в выборе профессии и сложностями в трудоустройстве [4, 7].

Акне – одно из наиболее частых проявлений синдрома ГА, поражающее до 85% людей в возрасте от 12 до 24 лет и около 10% в возрасте 25-40 лет [4,8]. В литературе имеются сообщения о выявлении ГА у 70-86% пациенток с акне [9, 10].

Как известно, в патогенезе акне играют роль несколько факторов – избыточная продукция сального секрета, гиперкератоз фолликулярного канала, интенсивная колонизация протоков сальных желез *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*), развитие воспалительной реакции в перифолликулярных зонах, а также нарушенный гормональный фон (ГА) и генетическая предрасположенность [1].

В патогенезе акне ведущее значение отводится генетическим факторам, запускающим механизм развития заболевания. По данным ряда авторов, разная экспрессивность и аллельные вариации генов, определяющих морфофункциональные свойства сальных желез, могут играть большую роль в развитии акне и определять тяжесть клинических проявлений у индивидуума. Имеются сообщения о наличии ядерного R-фактора, детерминирующего генетическую предрасположенность к угревой болезни. Этими данными, по всей вероятности, объясняется наличие более легких форм дерматоза у одних и более тяжелых у других [3].

Кожа является основным периферическим звеном метаболизма половых стероидов, действие которых осуществляется через специфические андрогенные рецепторы, расположенные в клетках сосочкового слоя дермы, фибробластах, кератиноцитах, эпителиальных клетках просвета апокриновых желез, а также в себоцитах и волосяных фолликулах [2].

Клинические проявления при акне широко варьируют. Они отличаются степенью выраженности фоновой гиперфункции сальных желез, распространенностью процесса, количественным соотношением воспалительных и невоспалительных акне-элементов, глубиной воспалительных изменений в коже [1].

Клинико-морфологическая картина характеризуется полиморфизмом и включает невоспалительные акне-элементы в виде открытых и закрытых комедонов и воспалительные акне-элементы – фолликулярные папулы и поверхностные пустулы, а также узловатые индуративные акне [2].

Сложные патогенетические механизмы развития акне и различные клинические формы заболевания обуславливают многообразие предлагаемых и используемых методов лечения. Однако, несмотря на многочисленные исследования, проблема терапии угревой болезни остается актуальной и ее следует рассматривать сквозь призму клинических форм заболевания и особенностей их патогенеза.

Общие принципы терапии гиперандрогенных акне заключаются в нормализации или снижении уровня андрогенов в результате патогенетической терапии основного заболевания.

Антиандрогенное действие лечебных средств в терапии акне должно быть направлено на ингибирование синтеза андрогенов в яичниках или надпочечниках препаратами, селективно подавляющими гипофизарную секрецию гонадотропных гормонов, конкурентное блокирование андрогеновых рецепторов в коже (являющейся мишенью для дигидротестостерона), а также на подавление в тканях-мишенях превращения тестостерона в более активный андроген посредством инактивации 5-альфа-редуктазы.

С учетом вышеперечисленного предпочтение отдают монофазным низкодозированным препаратам, содержащим гестагены с антиандрогенной активностью. Этим требованиям отвечает комбинированный оральный контрацептив (КОК) нового поколения, содержащий дроспиренон – уникальный гестаген, обладающий биологическими свойствами, близкими к свойствам эндогенного прогестерона. Дроспиренон является производным спиролактона и в дозе 3 мг, содержащейся в препарате «Ярина», обладает антиминералокортикоидной активностью, сходной с активностью 20-25 мг спиронолактона. Противоугревая активность «Ярины» обусловлена его прямым (блокада дроспиреноном андроген-рецепторов) и непрямым (антигонадотропная активность, стимуляция этинилэстрадиолом и дроспиреноном синтеза ПССГ печенью, отсутствие вытеснения тестостерона из связи ПССГ) антиандрогенным действием, а также подавляющим действием на РААС (блокада дроспиреноном альдостероновых рецепторов). Последнее свойство дроспиренон-КОК является очень важным, особенно у женщин, отмечающих обострение акне во второй половине цикла (обострение акне за счет перифолликулярного отека) и увеличение массы за счет задержки жидкости. Назначение специальных

вспомогательных средств ухода за кожей обеспечивает корректирующее и защитное действие.

Под нашим наблюдением в течение 6 месяцев находились 60 пациенток с различной степенью тяжести угревой болезни (30 – со средней степенью тяжести и 30 – с легкой) в возрасте от 18 до 33 лет. Длительность заболевания варьировала от 1 года до 5 лет. У всех больных угревые высыпания локализовались на лице. Больным проводилось комплексное обследование в следующем объеме: гормональный спектр крови, стероидный профиль мочи, УЗИ органов малого таза, генетические маркеры СПКЯ. Проводились консультации дерматологов с целью оценки состояния кожи. В ходе исследования у всех 60 женщин была выявлена ГА различного генеза.

При оценке репродуктивной функции были выявлены следующие нарушения: олигоменорея – у 28 пациенток (47%), альгодисменорея – у 16 (27%), бесплодие – у 10 (17%).

Методом случайной выборки все больные были разделены на две группы: первую группу составили 30 женщин (15 – с легкой и 15 – со средней степенью тяжести акне), которым был назначен дроспиренон-КОК сроком на 6 месяцев по стандартной схеме. Начиная с первого дня менструального цикла препарат принимался примерно в одно и то же время суток в течение 21 дня; прием каждой следующей упаковки начинался после 7-дневного перерыва (во время которого наблюдалось менструальноподобное кровотечение) в сочетании с наружной терапией (скинорен-гель, дифферин, базирон АС). Остальные 30 пациенток (15 – с легкой и 15 – со средней степенью тяжести акне) находились во второй группе и получали только местную терапию (скинорен-гель, дифферин, базирон АС), уход за кожей средствами лечебной косметики «BIODERMA», «AVEN», косметические процедуры (чистки, пилинги).

Через 6 месяцев от начала терапии у 5 пациенток первой группы с легкой степенью тяжести акне (33,3%) было отмечено значительное улучшение (регресс акне на 65-70%). У 8 женщин (53,3%) констатировано умеренное улучшение (регресс акне на 40-50%), у 2 (13,3%) – незначительное улучшение (регресс на 15-20%). У пациенток первой группы со средней степенью тяжести акне также наблюдалась положительная динамика количества угревых высыпаний: у 2 (13,3%) – значительное улучшение, у 9 (60%) – умеренное улучшение, у 4 (26,6%) – незначительное улучшение. Кроме того, больные отмечали значительное уменьшение сальности кожи и выраженное улучшение ее текстуры в виде уменьшения неровности, грубости, толщины. Кожа приобретала естественный розовато-телесный оттенок, становилась более матовой, гладкой и тонкой.

Во второй группе, получавшей только наружную терапию, отмечено незначительное улучшение угревых высыпаний у 5 пациенток (33,3%) с легкой степенью тяжести акне. У оставшихся 10 пациенток (67%) с легкой степенью тяжести и 15 со средней степенью тяжести

акне не наблюдалось положительной динамики (наружная терапия без эффекта). На протяжении курса лечения все пациентки также отмечали умеренный диуретический эффект терапии и как следствие снижение массы тела на 1,5+ 0,8 кг. Переносимость лечения в целом была хорошей. Побочных эффектов не наблюдалось ни у одной пациентки.

Таким образом, у женщин с легкой и средней степенью тяжести акне, получающих комплексную терапию (дроспиренон-КОК в сочетании с наружной терапией), четко прослеживается тенденция к нормализации состояния кожи и регрессу акне. Сходство дроспиренона с прогестероном в их эндокринных эффектах обуславливает хорошую переносимость КОК и более высокую приемлемость использования препарата женщинами. Дальнейшие наблюдения продолжаются.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич И.П. Акне вульгарные и розовые. – Н.Новгород, 2003. – С. 160.
2. Гунина Н.В. Масюкова С.А., Пищулин Л.А. // Эксперим. и клин. дерматокосм. – 2005. – № 5. – С. 55-62.
3. Данилова А.А., Шеклакова М.Н. Акне // Рос. мед. журн. – 2001. – Т. 9. – № 1. – С. 1-13.
4. Майорова А.В., Шаповалов В.С., Ахтямов С.Н. Угревая болезнь в практике врача-дерматокосметолога. – М., 2005. – С. 6-85.
5. Манухин И.Б., Геворкян М.А., Чагай Н.Б. Ановуляция и инсулинорезистентность. – М., 2006. – С. 107.
6. Роговская С.И., Телунц А.В., Савельева И.С. // Provisorum. – 2002. – № 8. – С. 28-30.
7. Чернуха Г.Е. // Медицина. – 2004. – № 3 (6). – С. 17-20.
8. Dreno B., Poli F. // Ann. Jr. Sams Dermatol. Venerol. – 2002. – № 132 // Ferti-Steril. – 2001. – № 7675 (5). – P. 889-892.
9. Vexiau P. et al. // Ann. Dermatol. Venerol. – 2002. – V. 129, № 2. – P. 174-178.

ВОБЭНЗИМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ

*Г.Ф. Романенко, Покхарел Арбинд
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Вобэнзим относится к препаратам, выпускаемым немецкой фирмой «Леукос-Фарма». Этот препарат был предложен М. Вольфом и К. Рансбергером. Многочисленными исследованиями доказана его эффективность при лечении заболеваний, в том числе и хронически протекающих кожных заболеваний, как у взрослых разных возрастных групп, так и у детей [4, 5, 6, 7, 9].

Эффективность этого препарата связывают с наличием в нем нескольких гидролитических ферментов растительного и животного происхождения (панкреатина, химотрипсина, трипсина, бромелайна, папаина и рутина), которые оказывают влияние на воспалительные процессы, так как включенные в состав ферменты обладают проти-
