

ЛИТЕРАТУРА

1. Кожные и венерические болезни: Справочник для врачей / Под ред. О.Л. Иванова. – М., 1997.
2. Курдина М.И. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 1999. – № 6. – С. 12-24.
3. Снарская Е.С., Молочков В.А. Базалиома. – М., 2003.
4. Betti R., Inselvini E., Carducci M. et al. // Int. J. Dermatol. – 1995. – V. 34, № 3. – P. 174-176.
5. McCormack C.J., Kelly J.W., Dorevitch A.P. // Arch. Dermatol. – 1997. – V. 133, № 5. – P. 593-596.
6. Puavilai S., Sirapan S. // J. Med. Assoc. Thai. – 2002. – V. 85, № 5. – P. 560-564.
7. Revenga A.F., Paricio Rubio J.F., Mar Vazquez Salvado M. et al. // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2004. – V. 18, № 2. – P. 137-141.
8. Scrivener Y., Grosshans E., Cribier B. // Br. J. Dermatol. – 2002. – V. 147, № 1. – P. 41-47.
9. Tilli C.M.L.J., Van Steensel M.A.M., Krekels G.A.M. et al. // Br. J. Dermatol. – 2005. – V. 152. – P. 1108-1124.
10. Yazici A.C., Unal S. et al. // Scand. J. Plast. Surg. Hand Surg. – 2006. – V. 40, № 1. – P. 54-56.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОГО ПОДХОДА К ТЕРАПИИ АКНЕ

М.В. Шишкова, Л.М. Шнахова

ММА им. И.М. Сеченова

ФППОВ, Москва

Акне – одно из наиболее распространенных заболеваний кожи, встречающееся почти у 80% лиц в возрасте от 11 до 30 лет. Примерно в 2% случаев оно протекает в тяжелой форме – в виде конглобатных, флегмонозных угрей, разрешающихся с формированием на лице и туловище обезображивающих рубцов. Акне – это клинически и патологически гетерогенная группа поражений сальных желез, характеризующаяся образованием комедонов и воспалительных элементов. В соответствии с современными представлениями в основе развития акне лежит андрогенозависимый процесс гиперсекреции кожного сала, фолликулярный гиперкератоз и воспаление, являющееся следствием размножения в заблокированной сальной железе *Propionibacterium acnes*. Причем, персистенция *P. acnes* приводит к активации комплемента, привлечению в очаг лейкоцитов и подавлению местных факторов иммунной защиты, тяжелое течение акне сопровождается повышением уровня IgE. В то же время, в патогенезе акне у мужчин и женщин имеются различия. В частности, у женщин с наличием акне повышение активности сальных желез может ассоциироваться с повышением уровня андрогенов в плазме крови. Нарушение баланса андрогенов обнаруживается у 50 – 75% больных акне женщин и обычно объясняется низкой концентрацией глобулина, связываю-

щего половые стероидные гормоны (ГСПГ), без повышения уровня общего тестостерона. Наиболее выраженные нарушения баланса андрогенов выявляются при тяжелых формах акне.

Патогенетическая терапия акне должна учитывать анамнестические данные, длительность и эффективность предшествующего лечения, возраст больного, особенности развития и течения рецидивов, их длительность, провоцирующие обострение факторы, наличие сопутствующих заболеваний внутренних органов, психосоматическое состояние пациента, особое внимание необходимо уделять гинекологическому анамнезу у женщин. Для женщины с акне обязательна консультация гинеколога, гинеколога-эндокринолога, тем более, когда акне сочетается с другими проявлениями гиперандрогенной дерматопатии.

Задачи, решаемые в процессе лечения акне: нормализация продукции кожного сала, уменьшение воспаления, предотвращение появления и устранение комедонов, предотвращение появления рубцов. Фармацевтика и косметика располагают обширным арсеналом средств, обеспечивающих решение данных задач.

Наиболее эффективным системным препаратом, применяемым в настоящее время при лечении тяжелых форм акне, является синтетический ретиноид изотретиноин (роаккутан, 13-цис-ретиноевая кислота). В лечении акне его используют с 1979 г. Он эффективен при тяжелых узловатых или кистных формах акне, не поддающихся терапии антибиотиками, и обеспечивает длительную ремиссию. Терапевтический эффект изотретиноина, сопровождающийся довольно быстрым разрешением пустул и гнойничковых узловатых элементов, основан на снижении экскреции сала, нормализации фолликулярного гиперкератоза, подавлении *Propionibacterium acnes* как на поверхности, так и в протоках сальных желез. Кроме того, препарат обладает противовоспалительным действием за счет регулирующего влияния на процессы хемотаксиса и фагоцитоза. В то же время, широкое применение препарата ограничено возможным развитием побочных эффектов (артралгии, скованность суставов и тендинит, сухость слизистых оболочек и кожи, хейлит, эритема, конъюнктивиты, головные боли, нарушение липидного обмена печени). Еще одним из неблагоприятных действий роаккутана является тератогенный эффект (прием препарата в первом триместре беременности может вызвать развитие эмбриопатий с нарушением формирования сердечно-сосудистой, центральной нервной систем и различных органов). Некоторые из побочных эффектов являются причиной отмены препарата или снижения его суточной или курсовой дозы. В связи с высокой частотой и выраженностью побочных эффектов ретиноидов, их применяют только при тяжелых формах акне. Использование роаккутана в сочетании с препаратами интерферона – вифероном, антибиотиками, витамином Е повышает эффективность терапии, сокращает сроки лечения акне, уменьшает риск развития побочных эффектов.

Согласно, алгоритму лечения акне, разработанному Международным союзом по лечению акне (Париж, 2002), альтернативная терапия акне у женщин – применение комбинированных оральных контрацептивных препаратов с антиандрогенным действием или эффектом. В качестве антиандрогенных препаратов в настоящее время используют гестагенные и комбинированные эстроген-гестагенные контрацептивные препараты. В комбинированных эстроген-гестагенных препаратах эстрогенным компонентом является этинилэстрадиол, а гестагенным – различные синтетические гестагены. В 1997 г. на заключительной Ассамблее ВОЗ был решен вопрос о возможности длительного использования гормональной контрацепции у девушек-подростков, рекомендовательно – низкодозированные оральные контрацептивные препараты. Антиандрогенный эффект препарата, содержащего ципротеронацетат, основан по принципу конкурентного связывания, вытесняя 5- α -редуктазу, он препятствует переходу неактивного тестостерона в активную форму – дигидротестостерон, либо путем блокады андрогенных рецепторов. Как известно, многие метаболические эффекты эстрогенов и гестагенов противонаправлены, но взаимно влияют на метаболизм друг друга. В частности, гестагены снижают количество эстрогенных рецепторов в тканях, а также могут изменять активность цитохром – P-450-зависимых ферментов печени, что влияет на активность всех метаболических процессов в организме. Биологические эффекты гестагенов определяются их взаимодействием с рецепторами прогестерона (гестагенный эффект), а также с андрогенными (остаточный андрогенный или антиандрогенный эффект), глюкокортикоидами, минералкортикоидами, иногда эстрогенными или другими рецепторами.

Действие синтетических эстрогенов и прогестагенов в отношении акне можно представить в следующем виде: эстрогены стимулируют синтез белков печени (ГСПГ) и связанное с ним содержание свободных андрогенов, прогестагены снижают активность 5- α -редуктазы. Ожидаемые побочные эффекты этой группы препаратов – тошнота, задержка жидкости в организме, отеки ног, увеличение веса, болезненность молочных желез, пигментация кожи, увеличение риска тромбоза сосудов. К факторам риска развития побочных эффектов относятся курение, употребление алкоголя, ожирение, сосудистые заболевания. Современные низкодозированные и микродозированные оральные контрацептивные препараты – препараты контрацепции третьего поколения (гестагенный компонент – гестоден, дезогестрел, норгестимат) обладают меньшими побочными действиями благодаря низкому содержанию этинилэстрадиола – менее 30 мкг.

Из комбинированных эстроген-гестагенных препаратов при акне в странах Европы и в России наиболее часто применяют «Диане-35» (1 драже содержит 0,002 ципротерона ацетата и 0,035 мг этинилэстрадиола, в бл. № 21, «Шеринг», Германия) «Жаннин» (1 драже содержит 0,03 мг этинилэстрадиола и 0,002 диеногеста, в бл. № 21), «Логест» (1 драже содержит 20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена,

в бл. №21 «Шеринг», Германия), «Три-Мерси» (содержащий прогестаген – дезогестрел, «Шеринг», Германия). Лечение комбинированными оральными контрацептивными средствами начинают с первого дня менструального цикла: препарат применяют по 1 драже в день в течение 21 дня с семидневным перерывом (во время которого происходит менструальноподобное кровотечение). Для достижения хорошего результата препарат назначают не менее 5 циклов. Первые признаки улучшения заметны к концу второго – третьего цикла.

Таким образом, показаниями к назначению роаккутана является тяжелые формы акне, акне устойчивые к традиционным методам терапии, альтернативное лечение акне у женщин – использование комбинированных оральных контрацептивных препаратов с антиандрогенным эффектом, у девушек-подростков предпочтительное назначение низкодозированных оральных контрацептивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Масюкова С.А., Ахмятов С.Н. // Consilium medicum. – 2002. – № 4 (5). – С. 217-23.
2. Молочков В.А., Шишкова М.В., Лугинцов Н.И., Корнева Л.В. Новые лекарственные препараты в практике дерматовенеролога. – М., 2001. – С. 8.
3. Шахтмейстер И.Я., Шишкова М.В. // Новые лекарственные препараты. – 2000. – № 8. – С. 11-15.
4. Archer D.F., Gast V.J.H. // Gynel. Endocrinol. – 1998. – V. 12. – Suppl. 4. – P. 7-12.
5. Bloemencamp K.W.M. et al. // Gynel. Endocrinol. – 1998. – V. 12. – Suppl. 4. – P. 21-30.
6. Carmina E., Lodo R.A. // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 1993. – V. 36. – P. 452-459.
7. Strauss J.S., Cottlieb A.B., Jones N. et al. // J. Am. Academ. Dermatol. – 2000. – V. 43. – P. 777-784.
8. Walton S., Cunliffe W.L., Kezkes K. et al. // Br. J. Dermatol. – 1995. – V. 133. – P. 249-253.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОНИХОМИКОЗА У БОЛЬНЫХ САРКОМОЙ КАПОШИ

Л.М. Шнахова

ММА им. И.М. Сеченова

ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова, Москва

В настоящее время одной из наиболее распространенных форм кожной патологии являются микозы. Ведущее место принадлежит микозам стоп и онихомикозам. Инфекцию ногтей вызывают более 50 видов грибов, в том числе дерматофиты, дрожжеподобные грибы и недерматофитные плесени. Что касается этиологии, то частота дерматофитных онихомикозов в 4 раза превышает частоту всех остальных дерматофитий вместе взятых [6, 7].

В возникновении и течении микозов стоп имеют значение дистрофические изменения кожи, образование участков гиперкератоза на