

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

О.Е. Янец, О.Б. Немчанинова, С.Г. Лыкова

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России (г. Новосибирск)*

Данное научное исследование проводилось у 100 пациентов с угревой болезнью средней степени тяжести. У больных было проведено исследование чешуек с кожи лица на наличие колонизации дрожжеподобными грибами рода *Candida* и определена их роль в течении заболевания. Предложена методика лечения угревой болезни путем включения в схему базисной терапии системного антимикотика широкого спектра действия, доказана эффективность нового подхода к лечению угревой болезни на основании оценки дерматологического индекса акне по шкале AAD.

Ключевые слова: угревая болезнь, грибы рода *Candida*, флуконазол.

Янец Ольга Евгеньевна — заочный аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, контактный телефон 8 (383) 225-07-43, e-mail: JanetsO@bk.ru

Немчанинова Ольга Борисовна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, рабочий телефон: 8 (383) 225-07-43, e-mail: Obnemchaninova@mail.ru

Лыкова Софья Григорьевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, рабочий телефон: 8 (383) 225-88-04, e-mail: sadv.nsk@mail.ru

Актуальность исследования. Несмотря на значительные успехи в терапии акне, проблема совершенствования лечения, а также дальнейшее изучение причин развития заболевания остаются весьма актуальными [1]. Статистические данные указывают на поражение угревой болезнью до 100 % подростков. Вместе с тем, высокая частота заболевания наблюдается и у лиц молодого возраста до 25 лет — до 80–85 % [5]. Применяемый сегодня термин «угревая болезнь» подчеркивает хроническое, часто рецидивирующее течение дерматоза, сложность его этиопатогенеза и необходимость комплексного подхода к терапии заболевания [4]. В норме кожное сало служит для смазки поверхности эпидермиса, его роль велика: участвуя в формировании водно-липидной мантии, оно является термоизоляционным агентом, оказывает бактерицидное и фунгицидное действия. При нерациональном наружном лечении угревой болезни,

в частности, длительном применении наружных антибактериальных средств, использовании спиртосодержащих лосьонов, длительной инсоляции создаются предпосылки для активации сапрофитной флоры, в частности, грибов рода *Candida*. Грибы рода *Candida* относятся к условно-патогенным возбудителям, входят в состав нормальной микрофлоры организма и сапрофитируют на коже, ее придатках, слизистых оболочках полости рта, бронхолегочной системы, пищеварительного тракта, половых органов [2]. Хотя *C. albicans* можно найти на коже, близкой к естественным отверстиям, она не является представителем нормальной микрофлоры гладкой кожи. Около 90 % поверхностного и 50–70 % глубокого кандидоза вызываются *C. albicans* [3].

Новизна исследования. На основании изучения степени обсемененности кожи лица больных угревой болезнью грибами рода *Candida* и установления взаимосвязи с особенностями клинического течения данного заболевания оптимизировать комплексную терапию за счет применения антимикотиков широкого спектра действия.

Цель исследования. Оптимизация комплексной терапии угревой болезни на основании уровня колонизации кожи лица дрожжеподобными грибами рода *Candida* и их роли в течении заболевания.

Материалы и методы исследования. Клиническая характеристика больных: исследования были выполнены на базе ГУЗ «Кемеровский областной кожно-венерологический диспансер» за период с 2008 по 2011 год. Основой данной работы явился клинический и лабораторный материал, полученный от 100 больных угревой болезнью средней степени тяжести в возрасте от 16 до 24 лет, из них 64 женщины и 36 мужчин. В группу сравнения вошли 100 здоровых доноров. В исследовании использовалась классификация акне, предложенная Американской академией дерматологии (1990 г., с дополнениями 2000 г.).

По результатам данных исследования пациенты были разделены на следующие группы:

- I группа из 19-ти человек — больные угревой болезнью без колонизации грибами рода *Candida* кожи лица, получавшие только базисную терапию;
- II группа из 81-го человека — больные угревой болезнью с колонизацией грибами рода *Candida* кожи лица, которая, в свою очередь, была разделена на:
 - группу ПА из 40 человек, которым проводилась только базисная терапия угревой болезни;
 - группу ПБ из 41 человека, у которых базисная терапия угревой болезни сочеталась с противокандидозным лечением флуконазолом;
- III группа из 100 человек — практически здоровые люди (контрольная группа).

Всем пациентам было назначено базисное лечение, включавшее доксициклина моногидрат 0,1 г per os по 1 капсуле 2 раза в сутки в течение 1 месяца, адапален 0,1 % крем 1 раз в день вечером. Во второй группе пациентам дополнительно назначалась противокандидозная терапия флуконазолом per os по 50 мг в сутки в течение 3 недель.

Методы клинического исследования. Для бактериоскопической диагностики грибов рода *Candida* проводилась микроскопия чешуек с кожи лица, для видовой идентификации осуществлялся посев на декстрозный агар Сабуро и культивирование на жидких средах с сывороткой или плазмой.

Результаты собственных исследований. По результатам проведенного исследования у 81 (81 %) пациента с угревой болезнью при микроскопическом исследовании чешуек кожи лица были обнаружены элементы гриба рода *Candida*, они составили II группу исследования. Результаты микроскопии оказались отрицательными в 19 (19 %) случаях, т. е. в 4,3 раза реже, они составили I группу исследования. В контрольной группе при микроскопии патологических изменений в соскобе не обнаружено. Таким образом, у обследованных пациентов с угревой болезнью повышенная колонизация кожи лица грибами рода *Candida* была зарегистрирована в 4,9 раза чаще, чем в контрольной группе. У I группы пациентов на питательных средах и глюкозо-картофельном агаре не было обнаружено роста культуры грибов рода *Candida*. У II группы при посеве чешуек кожи на агар Сабуро до начала лечения был выделен обильный рост колоний грибов рода *Candida* spp. выше 1×10^3 КОЕ/мл, и при посеве на глюкозо-картофельный агар бластоспоры *C. albicans* образовывали ростковые трубки на сыворотке и хламидоспоры на рисовом агаре, что и идентифицировало грибы. У 100 здоровых пациентов по результатам культуральной диагностики рост грибов рода *Candida* был необильный и не превышал допустимых значений.

Результаты проведенного лечения. У всех пациентов наблюдалась средняя степень тяжести акне — индекс от 6 до 10 по шкале AAD, что соответствовало целям исследования.

Пациенты, которые получали только базисную терапию (группа ПА), клинический регресс проходил медленнее: через месяц терапии количество комедонов уменьшилось на 22–24 %, число папул и пустул — на 12–15 %, жирность кожи уменьшилась незначительно, появлялись свежие папулезные элементы, отмечалось шелушение кожи, всем пациентам требовалось продолжение терапии как местной, так и системной. При микроскопическом и культуральном исследовании обнаруживались грибы рода *Candida*. Средний индекс AAD снизился лишь в 1,3 раза. Данные проведенного исследования у пациентов ПА группы представлены в табл. 1.

Таблица 1

Оценка эффективности лечения угревой болезни у пациентов ПА группы

Количество элементов сыпи	До лечения		После лечения	
	Количество пациентов n (%)	Индекс AAD	Количество пациентов n (%)	Индекс AAD
Комедоны				
Отсутствуют	0 (0)	0	0 (0)	0
1–5	13 (32,5)	13	19 (47,5)	19
6–15	22 (55,0)	44	20 (50)	40
Более 15	5 (12,5)	15	1 (2,5)	3
Папулы				
Отсутствуют	0 (0)	0	0 (0)	0
1–5	4 (10,0)	4	19 (47,5)	19
6–15	15 (37,5)	30	11 (27,5)	22
Более 15	21 (52,5)	63	10 (25,0)	30
Пустулы				
Отсутствуют	0 (0)	0 (0%)	3 (7,5)	0
1–5	13 (32,5)	26	16 (40,0)	32
6–15	23 (57,5)	69	19 (47,5)	57
Более 15	4 (10,0)	16	2 (5,0)	8
Узлы				
Отсутствуют	23 (57,5)	0	30 (75,0)	0
1–5	15 (37,5)	30	9 (22,5)	18
6–15	2 (5,0)	6	1 (2,5)	3
Более 15	0 (0)	0	0 (0)	0
Средний индекс AAD	7,9		6,3	

Клинические проявления у пациентов IIБ группы регрессировали быстрее, чем у пациентов I группы: через месяц терапии регрессировало 50–53 % комедонов, число папул и пустул уменьшилось на 28–31 %, наблюдалось значительное уменьшение жирности кожи, новые элементы не появлялись, шелушение кожи не отмечалось, пациентам требовалось продолжение только местной терапии. При микроскопическом и культуральном исследовании грибы рода *Candida* обнаружены не были ни у одного больного. Индекс AAD снизился в 2 раза. Данные проведенного исследования у пациентов IIБ группы представлены в табл. 2.

Таблица 2

Оценка эффективности лечения угревой болезни у пациентов IIБ группы

Количество элементов сыпи	До лечения		После лечения	
	Количество пациентов n (%)	Индекс AAD	Количество пациентов n (%)	Индекс AAD
Комедоны				
отсутствуют	0 (0)	0	0 (0)	0
1–5	11 (27)	11	26 (63)	26
6–15	26 (63)	52	15 (37)	30
Более 15	4 (10)	12	0 (0)	0
Папулы				
Отсутствуют	0 (0)	0	0 (0)	0
1–5	3 (7)	3	27 (66)	27
6–15	17 (42)	34	9 (22)	18
Более 15	21 (51)	63	5 (12)	15
Пустулы				
Отсутствуют	0 (0)	0	26 (63)	0
1–5	15 (37)	30	12 (30)	24
6–15	21 (51)	63	3 (7)	9
Более 15	5 (12)	20	0 (0)	0
Узлы				
Отсутствуют	21 (51)	0	38 (93)	0
1–5	17 (42)	34	3 (7)	14
6–15	3 (7)	9	0 (0)	0
Более 15	0 (0)	0	0 (0)	0
Средний индекс AAD	8		4	

Выводы. Таким образом, на основании проведенного исследования было определено, что у 81 % пациентов с угревой болезнью в зоне высыпаний имеется повышенный уровень колонизации кожи грибами рода *Candida*, что является фактором, отягощающим клиническое течение заболевания. Установлено, что пациентам с угревой болезнью целесообразно проводить микробиологическое исследование на наличие грибов рода *Candida* в области высыпаний. Обосновано включение в схему базисного лечения угревой болезни антимикотика широкого спектра действия, что позволило оптимизировать лечение данного заболевания. В результате исследования была доказана эффективность нового подхода к лечению угревой болезни на основании оценки дерматологического индекса акне по шкале AAD, что позволило снизить его в 2 раза по сравнению с исходным.

Список литературы

1. Аравийская Е. Р. Современный взгляд на лечение акне : состояние проблемы и новые возможности / Е. Р. Аравийская // Лечащий врач. — 2003. — С. 4–6.
2. Бурова С. А. Клинические разновидности и лечение кандидоза / С. А. Бурова, Г. В. Воинова // Вестн. дерматологии и венерологии. — 1997. — № 4. — С. 24–28.
3. Сергеев А. Ю. Кандидоз : природа инфекции, механизмы агрессии и защиты, диагностика и лечение / А. Ю. Сергеев, Ю. В. Сергеев. — М., 2000. — 472 с.
4. Gollnick H. Management of acne a Report from Global Alliance to Improve Outcomes in Acne / H. Gollnick [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. — 2003. — Vol. 49 Suppl. — P. 1–37.

OPTIMIZATION OF ACNE ILLNESS COMPLEX THERAPY

O.E. Yanets, O.B. Nemchaninova, S.G. Lykova

SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment» (Novosibirsk c.)

The given scientific research was conducted among 100 patients with acne illness of moderate severity level. Face skin squama research on presence of yeast-like *Candida* fungus colonization has been conducted. Their role in illness clinical course is defined. Acne illness treatment technique is offered by including pluropotential antimicotic agents in basic therapy system scheme. It is proved the efficiency of new approach to acne treatment based on estimation of acne dermatological index according to AAD scale.

Keywords: acne illness, *Candida* fungus, fluconazole.

About authors:

Yanets Olga Evgenevna — part-time post-graduate student of dermatovenerology and cosmetology chair at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», contact phone 8(383) 225-07-43, e-mail: JanetsO@bk.ru

Nemchaninova Olga Borisovna — doctor of medical sciences, professor, head of dermatovenerology and cosmetology chair at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», office number: 8(383) 225-07-43, e-mail: Obnemchaninova@mail.ru

Lykova Sofia Grigorievna — doctor of medical sciences, professor of dermatovenerology and cosmetology chair at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», office number: 8(383) 225-88-04, e-mail: sadv.nsk@mail.ru

List of the Literature:

1. Araviyskaya E. R. Modern view on acne treatment: state of problem and new possibilities / E. R. Araviyskaya // *Attending physician*. — 2003. — P. 4–6.
2. Burova S. A. Clinical versions and candidiasis treatment / S. A. Burova, G. V. Voinova // *Bull. of Dermatologies and venerologies*. — 1997. — № 4. — P. 24–28.
3. Sergeev A. Y. Candidiasis: infection nature, aggression and protection mechanisms, diagnostics and treatment / A. Y. Sergeev, Y. V. Sergeev. — M, 2000. — 472 P.
4. Gollnick H. Management of acne a Report from Global Alliance to Improve Outcomes in Acne / H. Gollnick [et al.] // *J. Am. Acad. Dermatol.* — 2003. — Vol. 49 Suppl. — P. 1–37.

5. Kligman A. M. Classification of acne / A. M. Kligman, G. Plewig // *Cutis*. — 1976. — Vol. 17. — P. 20.