

Л.О. Наумова, В.І. Степаненко
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Вугрова хвороба в жінок молодого репродуктивного віку: алгоритми діагностики

Мета роботи — визначити особливості патогенезу та клінічного перебігу вугрової хвороби в жінок молодого репродуктивного віку з урахуванням гінекологічного статусу організму та розробити удосконалені алгоритми комплексного клініко-лабораторного обстеження цих хворих.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 126 жінок віком від 19 до 37 років, хворих на запальну форму вугрової хвороби різного ступеня тяжкості. В обстежених визначено підтипи перебігу вугрової хвороби та ступінь тяжкості шкірного запального процесу, а також рівень шкірного саловиділення. Спільно з лікарем-гінекологом проведено оцінку та аналіз менструальної функції пацієнок, а також результатів ультразвукового діагностичного обстеження органів малого таза.

Результати та обговорення. У 74 % обстежених хворих на вугрову хворобу встановлено персистентний підтип дерматозу, у 19 % — пізній, у 7 % — рецидивний. Виявлені у пацієнок патологічні зміни структури яєчників (79 %) та порушення менструальної функції (62 %) визначають необхідність проведення поглибленого клініко-лабораторного дослідження, що сприятиме розробленню удосконаленої індивідуалізованої тактики терапії, яка дасть змогу підвищити ефективність лікування, зокрема досягти повного вилікування або тривалих ремісій.

Висновки. У більшості зі 126 обстежених жінок молодого репродуктивного віку, хворих на вугрову хворобу, діагностовано патологічні зміни структури яєчників та порушення менструальної функції.

Доведено взаємозв'язок між тяжкістю клінічного перебігу вугрової хвороби в жінок молодого репродуктивного віку та гінекологічною патологією, що вказує на доцільність поглибленого клініко-лабораторного дослідження, а також потребує врахування під час розроблення тактики індивідуалізованої терапії.

Ключові слова

Вугрова хвороба, патогенез, клінічний перебіг, жінки молодого репродуктивного віку, порушення гінекологічного статусу організму.

Вугрова хвороба (ВХ), або акне, є найбільш поширеним дерматозом, який виникає у підлітків на початку пубертатного періоду, досягає найбільшого розвитку в юнацькому віці та повільно регресує у ранньому дорослому періоді, що пов'язується з фізіологічними віковими особливостями [1–3, 5]. Поширеність акне серед підлітків становить від 70 до 87 % [15]. Поширеність ВХ значно більша у жінок, ніж у чоловіків усіх вікових груп [14]. Середній вік пацієнтів — 24 роки, 10 % усіх звернень становлять хворі віком від 27 до 44 років, тому неправильно стверджувати, що акне є хворобою юнацького віку [15, 18].

Важливою медико-соціальною проблемою є персистентний підтип вугрової хвороби, а також інші її підтипи, які вперше виникають у дорослих, зокрема у віці після 20 років. Клінічні вияви

ВХ діагностують у 5 % жінок та у 5 % жінок раннього дорослого і дорослого віку [9, 17].

Етіологію та патогенез ВХ вивчено недостатньо. Провідними ланками її патогенезу є: порушення складу і продукції шкірного сала, зміни гормонального та імунного статусів організму, порушення кератинізації фолікулярного каналу, інтенсивна колонізація проток сальних залоз *Propionibacteriumacnes*, розвиток запальної реакції у перифолікулярних ділянках, генетична схильність [4, 20, 21]. Важливими чинниками розвитку ВХ у жінок є: периферична гормональна дисфункція у кератиноцитах та себоцитах, зумовлена збільшенням активності ферментів метаболізму андрогенів та прогестинів, гіперандрогенією, а також надмірною чутливістю рецепторів до андрогенів, що пов'язано з гормональною дисфункцією у кератиноцитах і себо-

Таблиця 1. Поділ хворих на вугрову хворобу за віком

| Кількість хворих | Вік хворих, роки | | | Разом |
|--------------------|------------------|--------------|--------------|-------|
| | Від 19 до 25 | Від 25 до 30 | Від 30 до 37 | |
| Абсолютні значення | 41 | 49 | 36 | 126 |
| Відсоток | 32 | 39 | 29 | 100 |

цитах унаслідок високої активності ферментів, які беруть участь у метаболізмі андрогенів і прогестинів. Про зв'язок розвитку ВХ в жінок із гормональним статусом свідчить її загострення у більшості хворих у передменструальний період, а також розвиток загострень після вживання оральних контрацептивів із вмістом проандрогенних прогестинів [17, 22].

В останні десятиріччя значна увага приділяється вивченню механізмів виникнення та клінічних виявів гормональних порушень — гіперандрогенії, що зумовлено значним поширенням цієї патології у жінок репродуктивного віку. Надмірна секреція андрогенів та їхня дія на органи- і тканини-мішені супроводжується різними патологічними змінами та формує синдром гіперандрогенії. Цей синдром мають 2–4 % жінок з гінекологічною патологією [7, 12]. Клінічними виявами синдрому гіперандрогенії, пов'язаними з порушеннями репродуктивного статусу, є зміни менструального циклу, олігоменорея, ановуляція та безпліддя [6, 10].

Крім порушень репродуктивної функції, синдром гіперандрогенії виявляється патологічними змінами шкіри та її придатків, зокрема це жирна себорея, ВХ, алопеція, гірсутизм, що узагальнюється терміном «андрогензалежна дермопатія» [8, 11]. У 70–85 % жінок репродуктивного віку з ВХ діагностуються різні клінічні ознаки синдрому гіперандрогенії [13, 22].

Аналіз зазначених вище літературних даних вказує на важливе значення порушень гінекологічного статусу організму в патогенезі ВХ у жінок репродуктивного віку, що потребує подальшого поглибленого дослідження.

Мета роботи — визначити особливості патогенезу та клінічного перебігу ВХ в жінок молодого репродуктивного віку з урахуванням гінекологічного статусу організму та розробити удосконалені алгоритми комплексного клініко-лабораторного обстеження хворих.

Матеріали та методи

Під спостереженням перебували 126 жінок віком від 19 до 37 років, хворих на запальну форму ВХ різного ступеня тяжкості. У групу контролю було залучено 15 практично здорових жінок, порівнюваних за віком. В обстежених визначено

підтипи перебігу ВХ та ступінь тяжкості шкірного запального процесу. Методом себометрії у хворих та пацієнок групи контролю визначено рівень шкірного саловиділення. Разом з лікарем-гінекологом проведено оцінку та аналіз менструальної функції пацієнок, а також результатів ультразвукового діагностичного обстеження органів малого таза.

Результати та обговорення

Комплексно обстежено 126 жінок від 19 до 37 років, хворих на ВХ. Кількість хворих віком від 19 до 25 років становила 41 (32 %), від 25 до 30 років — 49 (39 %), від 30 до 37 років — 36 (29 %) (табл. 1).

Серед обстежених переважали пацієнтки віком від 19 до 30 років, зокрема 90 (71 %), тобто найбільш сприятливого для репродуктивної функції віку.

На сучасному етапі запропоновано виділяти три підтипи ВХ у жінок молодого, репродуктивного віку, зокрема: персистентний (клінічні вияви починаються у підлітковому віці та переходять у зрілий), пізній (клінічні вияви вперше виникають після 25 років), рецидивний (клінічні вияви виникають у підлітковому віці, потім припиняються і відновлюються у дорослому віці).

За анамнестичними даними в 93 (74 %) пацієнок встановлено персистентний підтип ВХ, у 24 (19 %) — пізній підтип, а у 9 (7 %) — рецидивний підтип (табл. 2).

У 102 (81 %) пацієнок з ВХ перші клінічні вияви ураження на шкірі обличчя виникли у віці від 13 до 15 років. У подальшому в 93 (74 %) обстежених перебіг дерматозу характеризувався персистентним перебігом з незначними відмінностями в кількості свіжих елементів вугрової висипки, а у 9 (7 %) жінок встановлено рецидивний перебіг дерматозу. У 24 (19 %) обстежених запальні морфологічні елементи вугрової висипки вперше виникли після 25 років.

З урахуванням цих анамнестичних даних з'ясовано, що тривалість ВХ у 49 (39 %) пацієнок становила від 1 до 5 років, у 56 (44 %) — від 5 до 10 років, у 19 (15 %) — від 10 до 15 років, у 3 (2 %) — понад 15 років.

У більшості жінок з ВХ було встановлено спадковий анамнез захворювання. Зокрема,

Таблиця 2. Поділ хворих на вугрову хворобу за підтипом клінічного перебігу дерматозу

| Кількість хворих | Підтип клінічного перебігу вугрової хвороби | | | Разом |
|--------------------|---|--------|------------|-------|
| | Персистентний | Пізній | Рецидивний | |
| Абсолютні значення | 93 | 24 | 9 | 126 |
| Відсоток | 74 | 19 | 7 | 100 |

Таблиця 3. Поділ хворих на вугрову хворобу за ступенем тяжкості шкірного запального процесу

| Кількість хворих | Ступінь тяжкості шкірного запального процесу | | | Разом |
|--------------------|--|--------|-----------|-------|
| | Другий | Третій | Четвертий | |
| Абсолютні значення | 53 | 64 | 9 | 126 |
| Відсоток | 42 | 51 | 7 | 100 |

Таблиця 4. Поділ хворих на вугрову хворобу за поширеністю шкірного запального процесу

| Кількість хворих | Локалізація елементів вугрової висипки | | | Разом |
|--------------------|--|------------------------|---------------|-------|
| | Шкіра обличчя, бічних поверхонь шиї, плечей, грудей, спини | Шкіра обличчя і плечей | Шкіра обличчя | |
| Абсолютні значення | 48 | 37 | 41 | 126 |
| Відсоток | 38 | 30 | 32 | 100 |

77 (59 %) пацієнок повідомили про ВХ у батьків в минулому: 35 (28 %) — у батька, 24 (19 %) — у матері. На спадкову обтяженість по лінії обох батьків вказували 15 (12 %) осіб.

На сьогодні, крім виділення трьох підтипів ВХ у жінок зрілого віку з урахуванням вікового періоду виникнення та характеру перебігу захворювання, рекомендуються також класифікації дерматозу, що ґрунтуються на клінічних виявах захворювання або оцінці ступеня його тяжкості. ВХ притаманний поліморфізм морфологічних елементів шкірної висипки в ділянках ураження. З огляду на домінування певних елементів висипки та їх кількості пропонується виділяти чотири ступені тяжкості ВХ.

Перший ступінь тяжкості ВХ характеризується виникненням на шкірі закритих та відкритих комедонів без запальних виявів. У зв'язку з цим ВХ першого ступеня вважається незапальною формою ураження.

При ВХ другого ступеня тяжкості спостерігаються комедони, папули й поодинокі пустули із запальними виявами.

Третій ступінь тяжкості цього дерматозу характеризується виникненням комедонів, папул, пустул та поодиноких кіст, а також виразними запальними виявами в ділянках ураження шкіри.

При четвертому ступені тяжкості ВХ спостерігається поєднання усіх зазначених вище еле-

ментів висипки, зокрема і численних вузлів та кіст з виразною запальною реакцією.

Другий, третій та четвертий ступені тяжкості ВХ вважаються запальними формами дерматозу.

У 53 (42 %) пацієнок встановлено другий ступінь тяжкості запального процесу (легкий клінічний перебіг), у 64 (51 %) — третій ступінь (клінічний середньотяжкий перебіг), у 9 (7 %) — четвертий ступінь (тяжкий клінічний перебіг) (табл. 3).

У 85 (68 %) обстежених встановлено поширений характер запального процесу, зокрема у 48 (38 %) — на шкірі обличчя, бічних поверхонь шиї, плечей, грудей, спини, у 37 (30 %) — на шкірі обличчя і плечей. У 41 (32 %) хворих запальний процес обмежувався шкірою обличчя (табл. 4).

У всіх 126 (100 %) жінок під час первинного обстеження реєструвалися постзапальні вияви після регресу запальних елементів вугрової висипки. У 82 (65 %) хворих ці вияви були представлені гіперпігментацією у поєднанні з атрофічними та/або гіпертрофічними рубцями. У 75 (59 %) пацієнок відповідні рубці спостерігалися на обличчі, спині та грудях, у 7 (6 %) — лише на обличчі. Вияви гіперпігментації у 71 (56 %) обстежених були на обличчі, шиї, спині і грудях, у 55 (44 %) — лише на шкірі обличчя.

На сучасному етапі запропоновано достатньо просту та інформативну класифікацію для оцін-

ки тяжкості постзапальних змін на шкірі у хворих на ВХ та інші акнеподібні дерматози (Полонская Н.А., 2005). Пропонується виділяти три ступені тяжкості постзапальних змін на шкірі, зокрема помірні (перший ступінь), виразні (другий ступінь) та деформувальні (третій ступінь) зміни. При помірних постзапальних змінах на шкірі обличчя спостерігаються поодинокі атрофічні рубці, діаметр яких не перевищує 1 мм, а глибина — 0,5 мм. При виразних постзапальних змінах на шкірі обличчя утворюються атрофічні рубці діаметром до 2 мм та глибиною до 0,5 мм. Для третього ступеня тяжкості постзапальних змін (деформувальні зміни) характерні численні атрофічні рубці на шкірі обличчя, діаметр яких становить понад 2 мм, а глибина понад 0,5 мм. Крім цього, при третьому ступені тяжкості постзапальних змін на шкірі обличчя спостерігаються також гіпертрофічні або келоїдні рубці.

Проведено порівняння тяжкості постзапальних змін на шкірі зі ступенем тяжкості ВХ у жінок. У 44 (83 %) із 53 хворих з другим ступенем тяжкості запального процесу спостерігалися помірні постзапальні зміни на шкірі обличчя, а в 9 (17 %) пацієнток цієї групи — виразні постзапальні зміни. У 49 (78 %) із 64 хворих з третім ступенем тяжкості запального процесу виявлено виразні постзапальні зміни на шкірі, а в 15 (22 %) — деформувальні. Серед 9 обстежених з четвертим ступенем тяжкості запального процесу в 6 (70 %) випадках реєструвалися деформувальні постзапальні зміни, а в 3 (30 %) — виразні постзапальні зміни на шкірі обличчя, шиї, спини і грудей.

Пацієнткам з ВХ, які перебували під спостереженням, проведено первинне комплексне клініко-лабораторне обстеження відповідно до запровадженої в Україні програми обстеження хворих на дерматози.

Ця програма передбачає обов'язкові консультації лікарів суміжних спеціальностей, а також комплекс лабораторних і спеціальних досліджень.

За результатами консультативних висновків лікарів суміжних спеціальностей та лабораторних і спеціальних досліджень у більшості обстежених виявлено різнопланову супутню патологію, зокрема хронічний гастрит або хронічний гастродуоденіт — у 45 (36 %), інфекцію *Helicobacter pylori* у шлунку — у 60 (48 %), виразкову хворобу шлунка — у 3 (2 %), ентероколіт — у 5 (4 %), хронічний цистит — у 4 (3 %), хронічний тонзиліт — у 4 (3 %), вегето-судинну дистонію — у 24 (19 %), атопічний дерматит — у 2 (1 %), псоріаз — у 3 (2 %) пацієнток.

Усім пацієнткам проведено спеціальне бактеріоскопічне дослідження на наявність *Demodex folliculorum*, *Demodex brevis* у зшкрібках із

ділянок запального процесу на шкірі обличчя. За результатами відповідних досліджень поодинокі особини кліщів-демодецид у дослідженому матеріалі встановлено в 16 (13 %) хворих.

Враховуючи мету та завдання дослідження, разом з лікарем-гінекологом усім хворим на ВХ проведено детальний аналіз гінекологічного статусу.

У обстежених жінок з'ясували вік, у якому з'явилися менструації, а також їх тривалість, рясність крововтрати та больові відчуття. Оцінено менструальну функцію, зокрема її регулярність, наявність дисменореї та кількість пологів, абортів і викиднів.

У 9 (7 %) обстежених жінок менструації з'явилися у віці від 11 до 12 років, у 104 (82 %) — від 19 до 14 років, у 11 (9 %) — від 15 до 16 років, у 2 (2 %) — після 16 років. Потрібно зазначити, що у 49 (39 %) пацієнток встановлення регулярного менструального циклу тривало протягом двох років.

У більшості хворих, зокрема у 96 (76 %), була порушеною менструальна функція, що в 44 (35 %) випадках виявлялося нерегулярністю менструального циклу (олігоменорея), а в 52 (41 %) — больовими відчуттями під час менструації (альгоменорея). Нормальний менструальний цикл зареєстровано у 30 (24 %) обстежених жінок.

За результатами аналізу статевого анамнезу встановлено, що серед 93 (74 %) обстежених заміжніх жінок лише 54 (43 %) застосовували різні методи запобігання вагітності, зокрема гормональні, бар'єрні або хімічні. Інші 39 (31 %) обстежених заміжніх пацієнток не використовували засобів контрацепції від 1 до 5 років за регулярного статевого життя. Водночас у 24 (26 %) хворих, які не використовували засобів контрацепції, не було вагітності за відповідний термін регулярного статевого життя, що є опосередкованим свідченням безпліддя. У 4 (5 %) з них в анамнезі зареєстровано самовільні викидні.

Переважає більшість обстежених — 112 (89 %) — у минулому неодноразово зверталася до лікарів-дерматовенерологів зі скаргами на вугрову висипку та проходила неодноразові спеціальні курси лікування, які включали застосування антибіотиків системної дії, зокрема тетрациклінового ряду та/або макролідів. Тривалість курсів перорального прийому відповідних антибіотиків становила від 1 до 6 міс. Крім цього, 14 (11 %) обстежених проходили системну специфічну терапію з призначенням перорально ізотретиноїну. Тривалість лікування становила від 3 до 6 міс. Усі 126 (100 %) хворих на ВХ вказували на неодноразове проведення у минулому

місцевої специфічної терапії, зокрема еритроміциноцинковим комплексом, 20 % азелаїновою кислотою, метранідазолом (крем), бензоїл пероксидом.

5 (4 %) зі 126 обстежених повідомляли про застосування в минулому, на етапі чергового клінічного рецидиву ВХ, лікарського засобу групи комбінованих оральних контрацептивів, зокрема препарату «Діане-35». Цей препарат хворим призначали лікарі-дерматовенерологи без попереднього консультативного обстеження лікарем-гінекологом, а також без визначення показників рівня гормонів у крові та без проведення ультразвукового діагностичного дослідження органів малого тазу.

Згідно з анамнезом ВХ, у всіх 53 (100 %) обстежених жінок з другим ступенем тяжкості шкірного запального процесу тривалість ремісій після проведення попередніх курсів лікування становила від 3 до 5 міс.

У 47 (73 %) із 64 хворих з третім ступенем тяжкості шкірного запального процесу тривалість ремісій після попередніх курсів лікування становила від 2 до 3 міс, а у 17 (27 %) — від 3 до 4 міс.

У всіх 9 (100 %) хворих на ВХ з четвертим ступенем тяжкості шкірного запального процесу після попередніх курсів системної терапії (антибіотики або ретиноїди) та місцевої специфічної терапії вугрова висипка повністю не регресувала, але кількість нових запальних елементів висипки під час лікування зменшувалася.

За результатами себометрії в усіх 126 обстежених встановлено підвищені показники рівня саловиділення на шкірі у ділянках лоба, щік і підборіддя порівняно з відповідними показниками у практично здорових осіб.

Зокрема, у 43 (34 %) пацієнток встановлено незначне підвищення показників рівня шкірного саловиділення (від 220 до 240 мгк/см²), у 68 (54 %) — виразне (від 241 до 260 мгк/см²), у 15 (12 %) — надмірне (> 260 мгк/см²).

Проведено також аналіз взаємозв'язку між тяжкістю клінічної картини ВХ та підвищеними показниками рівня шкірного саловиділення в обстежених жінок. Встановлено, що у групі хворих з другим ступенем тяжкості запального процесу середній показник рівня шкірного саловиділення становив $(246,3 \pm 14,8)$ мгк/см² ($p < 0,05$), у групі пацієнток з третім ступенем тяжкості запального процесу — $(249,8 \pm 12,9)$ мгк/см² ($p < 0,05$), а у групі хворих з четвертим ступенем тяжкості шкірного запального процесу — $(264 \pm 13,5)$ мгк/см² ($p < 0,05$). Аналіз результатів досліджень свідчить про прямий взаємозв'язок між тяжкістю клінічної картини запального про-

цесу та підвищенням рівня шкірного саловиділення в обстежених.

Ультразвукове діагностичне сканування органів малого тазу хворих на ВХ показало зміни структури яєчників у 99 (79 %) пацієнток, а у 27 (21 %) випадках патологічних змін у яєчниках і матці не виявлено. За результатами аналізу відповідних патологічних змін, виявлених під час ультразвукового дослідження, у 71 (72%) зі 99 обстежених жінок діагностовано полікістоз яєчників, у 16 (16 %) — мультифолікулярні яєчники, у 8 (8 %) — кісту жовтого тіла. Потрібно також зазначити, що у 37 (38%) хворих з діагностованими патологічними змінами у яєчниках спостерігався регулярний менструальний цикл. У 27 (21 %) зі 126 обстежених з ВХ, у яких під час ультразвукового дослідження не виявлено патологічних змін у матці, реєструвалися ехографічні ознаки фізіологічної першої фази циклу (ендометрій у фазі секретії, чітка візуалізація домінантного фолікула).

Аналіз характеру клінічної картини ВХ та результатів ультразвукового діагностичного дослідження органів малого тазу в обстежених жінок указував на взаємозв'язок між тяжкістю шкірного запального процесу та гінекологічною патологією. Зокрема, у всіх 64 (51 %) зі 126 хворих на ВХ з третім ступенем тяжкості шкірного запального процесу та у всіх 9 (7 %) пацієнток з четвертим ступенем тяжкості вугрової висипки було діагностовано патологічні зміни в яєчниках. Водночас серед 53 хворих на ВХ з другим ступенем тяжкості шкірного запального процесу (легкий клінічний перебіг) патологічні зміни в яєчниках виявлено в 26 випадках. Порівняння тяжкості клінічного перебігу ВХ та діагностованої за результатами ультразвукового сканування гінекологічної патології в обстежених жінок представлено у табл. 5.

Таким чином, згідно з аналізом анамнестичних даних та результатів клінічних і лабораторних досліджень у 74% обстежених жінок молодого репродуктивного віку, хворих на ВХ, встановлено персистентний підтип, у 19 % — пізній, у 7 % — рецидивний. З'ясовано, що попередні курси лікування обстеженим призначали без урахування гінекологічного статусу та проведення комплексного клініко-лабораторного і спеціального обстеження, зокрема дослідження гормонального профілю крові та діагностичного ультразвукового дослідження малого тазу. Виявлені особливості клінічного перебігу ВХ у жінок молодого репродуктивного віку та зареєстровані згідно з результатами ультразвукового діагностичного дослідження у 79 % хворих патологічні зміни структури яєчників та в 62 % пацієнтів порушення менстру-

Таблиця 5. Характеристика тяжкості клінічного перебігу вугрової хвороби та результатів ультразвукового діагностичного дослідження органів малого таза в обстежених жінок

| Результати ультразвукового дослідження органів малого таза | Ступінь тяжкості шкірного запального процесу у жінок, хворих на вугрову хворобу (n = 126) | | |
|--|---|--|--|
| | Другий (легкий клінічний перебіг) (n = 53) | Третій (середньотяжкий клінічний перебіг) (n = 64) | Четвертий (тяжкий клінічний перебіг) (n = 9) |
| Полікістоз яєчників | 19 | 36 | 6 |
| Мультифолікулярні яєчники | 6 | 18 | 2 |
| Кіста жовтого тіла | 1 | 7 | — |
| Поєднання полікістозу яєчників і кісти жовтого тіла | — | 3 | 1 |
| Без патологічних змін | 27 | — | — |

альної функції вказують на необхідність проведення поглибленого клініко-лабораторного дослідження, що буде сприяти розробленню удосконаленої індивідуалізованої тактики терапії, яка дасть змогу підвищити ефективність лікування, зокрема досягти повного вилікування або тривалих ремісій цього дерматозу.

Висновки

Встановлено певні особливості патогенезу та клінічного перебігу ВХ у жінок молодого ре-

продуктивного віку. Зокрема, у більшості зі 126 обстежених пацієнток у віці від 19 до 37 років було діагностовано патологічні зміни структури яєчників та порушення менструальної функції.

Доведено взаємозв'язок між тяжкістю клінічного перебігу ВХ у жінок молодого репродуктивного віку та гінекологічною патологією, що визначає доцільність поглибленого клініко-лабораторного дослідження, а також потребує врахування під час розроблення тактики індивідуалізованої терапії цих хворих.

Список літератури

- Адашкевич В.П. Акне вульгарные и розовые.— М.: Медицинская книга, Н. Новгород: НГМА, 2003.— 160 с.
- Ахтямов С.Н., Бутов Ю.С. Практическая дерматокосметология.— М.: Медицина, 2008.— 400 с.
- Ахтямов С.Н., Аравийская Е.А., Олисова О.Ю. Дифференцированный подход к лечению вульгарных угрей системным изотретиноином // Экспер. и клин. дерматокосметол.— 2012.— № 1.— С. 132–140.
- Бычкова Н.Ю., Загртдинова З.Н., Мерзляков В.А., Алексеева М.С. Акне: обращаемость и информированность пациентов // Клин. дерматол. и венерол.— 2012.— № 1.— С. 62–66.
- Огурцова А.Н. Критерии оценки степени тяжести в выборе тактики лечения угревой болезни // Дерматол. та венерол.— 2004.— № 1 (23).— С. 45–49.
- Проценко Т.В. Местная терапия acne vulgaris с применением фиксированных комбинаций лекарственных средств (обзор литературы) // Укр. журн. дерматол.— 2009.
- Роговская С.И. Андрогензависимые поражения кожи и возможности их коррекции у женщин // Гинекология.— 2003.— № 1.— С. 46–48.
- Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: руководство для врачей.— М.: Мед. информ. агентство.— 2001.— 436 с.
- Чернуха Г.Е. Гиперандрогении и принципы их терапии у женщин репродуктивного возраста // Качество жизни. Медицина.— 2004.— № 3 (6).— С. 17–20.
- Amado J., Matos M., Abren A. et al. The prevalence of acne in the north of Portugal // J. of the Eur. Acad. of Dermatol. and Venerol.— 2006.— Vol. 20, N 10.— P. 1287–1295.
- Azziz R., Sanohez L., Knochenhauer E. et al. Androgen excess in women: experience with over 1000 consecutive patients // Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism.— 2004.— Vol. 89.— P. 453–462.
- Bodermer W. Psychodermatology // The Med. J.— 2001.— Vol. 6.— P. 297–302.
- Carmina E., Chu M., Longo R. et al. Phenotypic variation in hyperandrogenic women influences the findings of abnormal metabolic and cardiovascular risk parameters // J. of Clin. Endocrinol. and Metabolism.— 2005.— Vol. 90.— P. 2545–2549.
- Cibula D. The role of androgens in determining acne severity in adult women // Br. J. Dermatol.— 2000.— Vol. 143, N 2.— P. 399–404.
- Collier C., Harper J., Cantrell W. et al. The prevalence of acne in adults 20 years and older // J. Am. Acad. Dermatol.— 2008.— P. 56–59.
- Dreno B., Poli F. Epidemiology of acne // Dermatology.— 2003.— P. 7–10.
- Dreno B., Layton A., Zouboulis C. et al. Adult female acne: a new paradigm // J. of the Eur. Acad. of Dermatol. and Venerol.— 2013.— Vol. 27.— P. 1063–1070.
- Dreno B., Pola F., Pawin H. et al. Development and evaluation of Global Acne Severity Scale (GEA Scale) suitable for France and Europe // Eur. Acad. of Dermatol. and Venerol.— 2011.— Vol. 25, N 1.— P. 43–48.
- James W. Acne. // N. Engl. J. Med.— 2005.— Vol. 352 (14).— P. 1463–1472.
- Nast A., Dreno B., Bettoli V. et al. European Evidence-based (S3) Guidelines for the Treatment of Acne // Of the Eur. Acad. of Dermatol. and Venerol.— 2012.— Vol. 26.— P. 1–29.
- Ross J., Snelling A., Carnegie E. et al. Antibiotic-resistant acne: les songs from Europe // Br. J. Dermatol.— 2002.— Vol. 148.— P. 467–478.
- Simpson R.C., Grindlay D.J., Willams H.C. What's new in acne? An analysis of systematic reviews and clinically significant trials published in 2010–2011 // Clin. Exp. Dermatol.— 2011.— Vol. 36, N 8.— P. 840–843.
- Taylor S., Cook-Bolden K., Rachman Z., Strachan D. Acne vulgaris in skin of color // J. Am. Acad. Dermatol.— 2002.— Vol. 46.— P. 98–106.

24. Veriau P. Acne in adult women: data from a national study on the relationship between type of acne and markers of clinical hyperandrogenism // *Ann. Dermatol. Venereol.*— 2002.— Vol. 129 (2).— P. 174–178.
25. Ulsu M., Savk E., Karaman G., Sendur N. Rosacea treatment with Intermediate-dose Isotretinoin: follow-up with erythema and sebum measurements // *Acta Derm. Venereol.*— 2012.— Vol. 92, N 1.— P. 7–13.

Л.А. Наумова, В.И. Степаненко

Національний медичний університет імені А.А. Богомольця, Київ

Угревая болезнь женщин молодого репродуктивного возраста: алгоритмы диагностики

Цель работы — определить особенности патогенеза и клинического течения угревой болезни у женщин молодого репродуктивного возраста с учетом гинекологического статуса организма и разработать усовершенствованные алгоритмы комплексного клинико-лабораторного обследования этих больных.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 126 женщин в возрасте от 19 до 37 лет, больных воспалительной формой угревой болезни различной степени тяжести. В обследованных определены подтипы течения угревой болезни и степень тяжести кожного воспалительного процесса, а также уровень кожного салоотделения. Совместно с врачом-гинекологом проведена оценка и анализ менструальной функции пациенток, а также результатов ультразвукового диагностического обследования органов малого таза.

Результаты и обсуждение. В 74 % обследованных больных угревой болезнью установлено персистирующий подтип дерматоза, в 19 % — поздний, в 7 % — рецидивирующий. Обнаруженные у пациенток патологические изменения структуры яичников (79 %) и нарушения менструальной функции (62 %) определяют необходимость проведения углубленного клинико-лабораторного исследования, которое будет способствовать разработке усовершенствованной индивидуализированной тактики терапии, которая даст возможность повысить эффективность лечения, в частности достичь полного излечения или длительных ремиссий.

Выводы. В большинстве из 126 обследованных женщин молодого репродуктивного возраста, больных угревой болезнью, диагностированы патологические изменения структуры яичников и нарушения менструальной функции.

Доказана взаимосвязь между тяжестью клинического течения угревой болезни у женщин молодого репродуктивного возраста и гинекологической патологией, что указывает на целесообразность углубленного клинико-лабораторного исследования, а также требует учета при разработке тактики индивидуализированной терапии.

Ключевые слова: угревая болезнь, патогенез, клиника, женщины молодого репродуктивного возраста, нарушения гинекологического статуса организма.

L.O. Naumova, V.I. Stepanenko

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

Acne in women of young reproductive age: diagnostic algorithms

Purpose – to determine the characteristics of pathogenesis and clinical course of acne in women of young reproductive age with regard to the gynecological status of the organism and to develop advanced algorithms of complex clinical and laboratory examination of these patients.

Materials and methods. The study involved 126 women, aged 19–37 years, with inflammatory form of acne of varying severity. Subtypes of acne progression and severity of skin inflammation, as well as the level of skin sebum secretion were defined in patients under survey. The menstrual function of patients and the results of ultrasound diagnostic examination of pelvic organs were analyzed together with the gynecologist.

Results and discussion. Persistent dermatosis subtype was identified in 74 % of patients with acne, late — in 19 %, recurrent — in 7 %. Pathological changes in the structure of the ovaries (79 %) and menstrual disorders (62 %) detected in patients necessitate an in-depth clinical and laboratory research and development of improved individualized therapy tactics that will permit increasing the effectiveness of treatment and achieving a complete cure or long-term remissions.

Conclusions. Most of the surveyed 126 young women of reproductive age suffering from acne had pathological changes in the structure of ovaries and menstrual disorders.

The relationship has been proven between the severity of the clinical course of acne in young women of reproductive age and the gynecological diseases, which suggests the necessity of a thorough clinical and laboratory research and requires development of individualized treatment tactics.

Key words: acne, pathogenesis, clinical course, young women of reproductive age, the violation of gynecological status.

Дані про авторів:

Наумова Людмила Олександрівна, ст. лаборант кафедри дерматології та венерології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

01023, м. Київ, вул. Шовковична, 39/1, корп. 2. E-mail: derma-kafedra@ukr.net

Степаненко Віктор Іванович, д. мед. н., проф., зав. кафедри дерматології та венерології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця