

М.П. Красько, Н.Ю. Резніченко, Л.І. Пантюшенко, О.А. Левченко  
Запорізький державний медичний університет

## Вульгарні акне: сучасні погляди на лікування

Проведено дослідження ефективності та безпечності використання крему «Акнестоп» у лікуванні хворих на вульгарні акне. Обстежено 85 пацієнтів з вугровою хворобою та 28 здорових осіб віком від 14 до 25 років. Протягом лікування оцінювалися клінічні вияви захворювання за бальними шкалами, визначався індекс DLQI, рівні ситуативної тривожності та невротизації. Також хворим проведено мікробіологічне дослідження шкіри. Доведено, що застосування крему «Акнестоп» дає змогу досягти швидкого клінічного ефекту в лікуванні вульгарних акне і завдяки цьому покращити якість життя пацієнтів, зменшити їхню тривожність та невротизацію. Крім того, у дослідженні продемонстровано виражену антибактеріальну дію крему «Акнестоп». Рекомендовано широке використання крему «Акнестоп» для лікування вульгарних акне.

### Ключові слова

Вульгарні акне, лікування, «Акнестоп».

Однією з найактуальніших проблем у сучасній дерматології є вугрова хвороба, або акне, що становить собою захворювання сальних залоз і волосяних фолікулів, функціонування яких пов'язане з впливом багатьох чинників [8, 16]. Вугрова хвороба посідає третє місце у структурі дерматологічних захворювань [12, 16]. У когорті осіб підліткового та юного віку часто акне значно перевищує середньостатистичні показники і сягає 80–90 % [7]. Клінічно значущі форми становлять 15 % [7].

Клінічні ознаки вугрової хвороби найчастіше починають проявлятися у віці 12–14 років. Пік захворюваності у дівчат припадає на 14–17 років, у юнаків – на 16–19 років, після чого настає регрес, але майже у 20 % підлітків інволюція акне відбувається дуже повільно. Самооцінка та самосприйняття в колективі однолітків особливо гостро сприймаються у період появи вульгарних акне, що може призводити до невротичних розладів [9, 14].

Водночас проблема вугрової хвороби та її косметичних наслідків непокоїть і людей старшого віку. Після 25 років вугрова хвороба виявляється в 11 % осіб, у подальшому рівень захворюваності знижується до 8–3 % [1, 18].

Завдяки фундаментальним дослідженням вдалося з'ясувати механізми розвитку акне: провідну роль у їх патогенезі відіграють чотири головних взаємопов'язаних механізми:

- 1) андрогенобумовлена гіперпродукція шкірного сала, пов'язана зі збільшенням рівнів андрогенних гормонів, зростанням активності ферменту 5 $\alpha$ -редуктази, підвищенням чутливості андрогенних рецепторів на поверхні сальної залози;
- 2) підвищення проліферації фолікулярних кератиноцитів з порушеннями їх диференціювання, що призводить до фолікулярного гіперкератозу та подальшого утворення комедонів;
- 3) колонізація сально-волосяних фолікулів *Propionibacterium acnes*;
- 4) розвиток запалення та його поширення.

Вагому роль у розвитку акне відводять впливу умовно-патогенної та патогенної мікрофлори. Вважається, що саме умовно-патогенна мікрофлора є пусковим механізмом інфекційно-запального процесу в шкірі.

Шкіра має певний захисний бар'єр завдяки не лише цілісності покриву, а й за рахунок складу шкірного сала, що є визначальним для формування мікробіоценозу. Секрет сальних залоз є сприятливим середовищем для розмноження *P. acnes*, а зниження рівня ненасичених жирних кислот послаблює бактерицидні властивості шкірного сала. Бактеріальні ліпази викликають гідроліз шкірного сала з утворенням вільних жирних кислот, надлишок яких є тригерним фактором гіперкератозу та комедоногенезу з подальшим форму-

ванням акне [5, 13]. Більшість дослідників вважають патогенетично значущим збудником запальних форм вульгарних акне *Propionibacterium acne*, що найчастіше розміщуються у вивідному протоці сальної залози [4]. Останнім часом зазначається і роль дріжджоподібних грибів *Malassezia* у виникненні елементів акне [21].

Під час вибору тактики лікування хворих на вульгарні акне потрібно враховувати провідні патогенетичні ланки захворювання, особливості клінічної картини та ступінь тяжкості хвороби. Правильна оцінка ступеня тяжкості клінічних виявів вугрової хвороби (легкий, середньотяжкий і тяжкий) дає змогу визначити оптимальну тактику лікування.

При легких формах акне в більшості випадків буває достатнім застосування раціонально підбраної зовнішньої терапії та профілактичних заходів у вигляді косметологічного догляду за шкірою. При більш тяжких формах дерматозу топічна терапія залишається суттєвим доповненням до системної терапії, що дає змогу скоротити термін лікування.

Серед великої кількості топічних засобів для лікування акне провідне місце посідають препарати азелаїнової кислоти. Їхнім представником на ринку України є крем «Акнестоп». Азелаїнова кислота являє собою природну дикарбонову кислоту, перевагою якої у лікуванні вульгарних акне є вплив на провідні патогенетичні ланки виникнення захворювання:

- 1) блокує фермент 5 $\alpha$ -редуктазу;
- 2) нормалізує процеси кератинізації;
- 3) чинить бактеріо- та фунгістатичну дію.

Отже, азелаїнова кислота чинить антипроліферативну дію щодо кератиноцитів і викликає помірний цитостатичний ефект (за рахунок інгібування синтезу клітинних білків), що виявляється нормалізацією процесів кератинізації у волосяних фолікулах, сповільнює утворення жирних кислот, що сприяють появі акне. Позитивний терапевтичний ефект крему «Акнестоп» щодо утворення комедонів зумовлений нормалізацією процесу ороговіння клітин епідермісу під впливом азелаїнової кислоти.

Азелаїнова кислота чинить антибактеріальну дію насамперед щодо *Propionibacterium acnes*, що беруть участь у формуванні запальних акне, а також щодо *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* тощо. Антибактеріальна дія виявляється як на поверхні шкіри, так і в сальних залозах. На відміну від топічних антибіотиків у разі тривалого застосування азелаїнової кислоти не розвивається резистентність до неї мікроорганізмів, а отже, вона тривалий час зберігає ефективність.

Фунгістатичний ефект азелаїнової кислоти виявляється у впливі на дріжджоподібні гриби *Candida albicans* і *Malassezia furfur*, які останнім часом розглядають як один з етіологічних чинників акне.

Протизапальна дія азелаїнової кислоти виражається в інгібуванні клітинної оксидоредуктази, зменшенні метаболізму нейтрофільних гранулоцитів і виробленні ними вільних радикалів, які є важливими чинниками підтримки запального процесу.

Крім того, азелаїнова кислота має терапевтичний ефект щодо ускладнень вульгарних акне — інгібує тирозиназу та усуває постзапальну пігментацію.

Крем «Акнестоп» як препарат азелаїнової кислоти має всі зазначені вище переваги і може успішно бути застосованим для лікування дорослих і дітей (з 12 років) у вигляді монотерапії, у складі комплексної терапії та у профілактиці акне. Перевагами саме крему «Акнестоп» є передусім його цінова доступність для населення. Крем «Акнестоп» створює один з лідерів виробництва дерматологічних препаратів в Україні — фармацевтична корпорація «Артеріум», що гарантує високу якість та ефективність цього лікарського засобу. Крім того, згідно з інструкцією до препарату «Акнестоп» його можна з обережністю застосовувати під час вагітності.

Оскільки вугрова хвороба є надзвичайно актуальною і водночас складною для розв'язання дерматологічною проблемою, було проведено власне дослідження з визначення оптимальних методів лікування цього дерматозу за допомогою засобів зовнішньої дії.

Мета роботи — визначення безпечності та ефективності застосування азелаїнової кислоти у лікуванні хворих на вульгарні акне.

### Матеріали та методи

Обстежено 85 хворих на вугрову хворобу віком від 14 до 25 років: 48 жінок та 37 чоловіків.

У дослідження включали осіб з комедональною та папуло-пустульозною формами вульгарних акне. Вкрай тяжкі форми вугрової хвороби, зокрема кулеподібні, інверсні, фульмінантні акне, які потребували потужної системної терапії, були критеріями виключення з дослідження.

Контрольну групу становили 28 умовно здорових осіб без ознак дерматологічних захворювань (зокрема і вугрової хвороби) віком від 14 до 25 років: 14 жінок та 14 чоловіків.

З метою об'єктивної оцінки тяжкості перебігу вульгарних акне застосовано бальну оцінку за G. Michaelsson та співавт. у модифікації В.П. Сер-

геева і В.М. Рокицької та шкалу оцінки елементів акне за Куком.

Методику розрахунку індексу вираженості акне проведено таким чином: під час огляду хворого підраховували кількість різних елементів вугрової висипки, множили на відповідний бал (табл. 1) і підсумовували. До отриманої суми додавали бали, які відображали ступінь фонові еритеми. Загальна сума балів становила індекс вираженості акне.

Оцінку елементів акне в балах за шкалою Кука проведено за такими характеристиками шкіри:

0 балів — на шкірі невелика кількість маленьких комедонів або папул, що помітні лише з близької відстані;

2 бали — приблизно на 1/4 поверхні обличчя наявні 6–12 маленьких папул або комедонів (може утворюватися невелика кількість великих комедонів або 20–30 маленьких закритих комедонів);

4 бали — приблизно на 1/2 поверхні обличчя наявні невеликі папули та комедони різного розміру, можуть утворюватися пустули (6–12) або великі комедони, які виступають над поверхнею шкіри (якщо є ураження більшого розміру, стан шкіри може бути оцінений за градацією у 4 бали, навіть коли уражено менше половини поверхні обличчя);

6 балів — приблизно на 3/4 поверхні обличчя наявні папули та/або великі відкриті комедони (можлива менша площа ураження обличчя, якщо запальні елементи більші за розміром), зазвичай понад 18 пустул;

8 балів — уражена майже вся поверхня обличчя, утворюються великі пустули, можуть бути конглобатні акне, кістозні елементи.

Непарні бали використовувалися для оцінки проміжних станів шкіри.

Крім того, для оцінки ступеня тяжкості акне та ефективності терапії враховувалась абсолютна кількість відкритих і закритих комедонів, папул і пустул.

Клінічне обстеження стану шкіри у пацієнтів з вульгарними акне було проведено до лікування та після його початку через (14 ± 1), (28 ± 2) та (56 ± 3) днів.

Якість життя оцінювали за загальноприйнятим опитувальником DLQI (Dermatology Life Quality Index) [23]. Він складається з 10 запитань, відповіді на які мають відображати вплив захворювання шкіри на життя хворого протягом останнього тижня. У дослідженні використано авторизований український переклад опитувальника DLQI (Ukrainian version of DLQI).

Тривожність вивчалася за шкалою самооцінки Спілбергера–Ханіна, яка є надійним та інфор-

Таблиця 1. Оцінка елементів вугрової висипки в балах за G. Michaelsson та співавт. у модифікації В.П. Сергеева, В.М. Рокицької

Елементи вугрової висипки	Оцінка в балах
Комедон	0,5
Папула	2,0
Пустула	3,0
Інфільтрат	4,0
Кіста	4,0
Горбик	5,0
Абсцес	5,0
Еритема навколо елементів:	
– обмежена (I ступеня)	25,0
– поширена (II ступеня)	50,0
– тотальна з набряком (III ступеня)	75,0

мативним методом самооцінки рівня ситуативної (реактивної) тривожності [20, 22]. Реактивна тривожність, що оцінюється в цьому тесті, відображає ситуативне напруження, стурбованість, тривогу. Рівень невротизації оцінювався за методикою діагностики Л.І. Вассермана. Респондентам пропонували ознайомитися з наведеними 40 судженнями і ситуаціями та відповісти на них позитивно або негативно. Після цього проводилася інтерпретація рівнів невротизації. Високий рівень невротизації свідчить про виражену емоційну збудливість. Низький рівень невротизації, навпаки, вказує на емоційну стійкість, позитивний фон переживань (спокій, оптимізм) [2].

Показники якості життя, рівнів ситуативної тривожності та невротизації визначали до лікування та через (56 ± 3) дні від його початку.

Усім пацієнтам проведено загальноклінічні обстеження та в разі потреби направлено для консультації до гінеколога, ендокринолога, гастроентеролога.

До лікування та через (28 ± 2) дні від його початку усім пацієнтам було проведено дослідження мікробіоценозу шкіри обличчя методом його прямої якісної та кількісної оцінки. Мікробне обсіменіння на уражених ділянках шкіри виражали в Lg КУО (колонієутворюючі одиниці) на 1 мл патологічного матеріалу, неуразеної шкіри — в Lg КУО на 1 см<sup>2</sup>.

Хворих на вульгарні акне було безвідбірково розподілено у дві терапевтичні групи з однаковими клінічними та анамнестичними характеристиками:

1) основна група — 40 осіб, які на тлі стандартного лікування (залежно від ступеня тяжкості

ті вугрової хвороби) топічно застосовували крем «Акнестоп»;

- 2) група порівняння — 45 осіб, які отримували стандартне лікування вугрової хвороби з урахуванням ступеня її тяжкості без зовнішнього використання засобів азелаїнової кислоти.

Пацієнти основної групи наносили крем «Акнестоп» на шкіру уражених ділянок шкіри (обличчя, в разі потреби зони декольте, спини, плечей) 2 рази на добу (вранці та ввечері) і легко втирали. Перед нанесенням крему «Акнестоп» шкіру ретельно очищували водою. Будь-які засоби очищення шкіри ретельно змивали для уникнення хімічної реакції між азелаїновою кислотою та компонентами клінзерів. Хворих детально інструктували щодо неприпустимості потрапляння крему в очі, на слизові оболонки носа, губ, рота, на поверхню рани. Тривалість курсу лікування становила  $(56 \pm 3)$  дні (8 тиж.).

### Результати та обговорення

Анамнестично хворі, які увійшли до обох дослідних груп, зауважували класичну стадійність перебігу захворювання. Вугрова хвороба в усіх пацієнтів розпочиналася з появи незначної кількості відкритих комедонів на обличчі, переважно в ділянці носа, лоба, підборіддя. Поступово висипання поширювалися на інші зони, уражували зону декольте, спину, ділянку плечей. Утворювалися закриті комедони. В частини пацієнтів (37,8 %) вугрова хвороба мала менш тяжкий перебіг і обмежувалася комедональною формою, в інших хворих (62,2 %) спостерігалася папуло-пустульозна форма захворювання, зокрема виникали запальні поодинокі елементи акне, а в подальшому — більш численні папули та пустули.

Тривалість захворювання до клінічного дослідження становила від 3 міс. до 5 років.

У частини обстежених пацієнтів виявлено низку супутніх захворювань, найбільш частими з яких були: гіперандрогенні стани (верифіковані акушером-гінекологом у 64,6 % пацієток), патологія травного каналу та гепатобіліарної системи (хронічний гастрит, дуоденіт, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, дискінезія жовчовивідних шляхів у 23,5 % хворих на акне).

Під час об'єктивного дослідження у хворих на шкірі виявлялися класичні ознаки вугрової хвороби: при комедональній формі — відкриті та закриті комедони, при папуло-пустульозній формі до них додавалися папули та пустули (рис. 1–4). Середня оцінка елементів акне за шкалою Кука на початку дослідження становила 5,2 бала, а індексу вираженості акне за G. Michaelsson та співавт. у модифікації В.П. Сергєєва, В.М. Рокицької — 169,8 бала.

Результати мікробіологічного дослідження шкіри пацієнтів з вугровою хворобою до початку лікування наведено в табл. 2. Як видно з таблиці, у хворих простежуються зміни мікробного обсіменіння шкіри не лише на уражених, а й на неуразжених ділянках шкіри. Так, при вульгарному акне статистично достовірно зростає загальна кількість бактерій, а також коагулазопозитивних стафілококів на неуразжених ділянках шкіри порівняно з контрольною групою.

Шляхом анкетування було визначено, що в середньому індекс DLQI до початку лікування у хворих становив 18,7 бала, що свідчить про виражений вплив акне на якість життя пацієнтів. Високі значення індексу DLQI пояснюються ураженням відкритих ділянок шкіри та труднощами маскування естетичних змін на обличчі.

Результати дослідження рівнів ситуативної тривожності та невротизації у здорових осіб і хворих на вульгарні акне наведено в табл. 4. Як видно з таблиці, у хворих на вугрову хворобу ситуативна тривожність досягала високих значень, спостерігався статистично достовірно вищий рівень ситуативної тривожності порівняно з групою здорових осіб. Це свідчить про психічне напруження у хворих при акне.

У хворих на вульгарні акне також був статистично достовірно вищим рівень невротизації порівняно з контрольною групою (див. табл. 4). Якщо інтегральний показник невротизації за Л.І. Вассерманом у групі здорових осіб відповідав низькому рівню, то у хворих виявлялася невротизація середнього ступеня тяжкості. Це вказує на зростання у них емоційної збудливості, що супроводжується тривожністю, напруженням, дратівливістю, розгубленістю. Виникає іпохондрична фіксація на соматичних відчуттях і особистих недоліках, зокрема й тих, що стосуються клінічних виявів захворювання. Це призводить до погіршення якості життя хворих.

Після 8 тиж. лікування хворих було проаналізовано результати дослідження. Насамперед слід відзначити добру переносність крему «Акнестоп», відсутність токсичних і алергічних реакцій. В окремих випадках, переважно на початку терапії, спостерігалися явища подразнення шкіри у вигляді легкої еритеми та лущення, незначного свербєжу і печії, які з часом зникали. У таких випадках препарат не відміняли, а лише зменшували кратність його аплікацій до 1 разу на добу. Після негативації цих явищ відновлювали нанесення крему 2 рази на добу. Після проведеного лікування не погіршувалися результати загальноклінічних досліджень, біохімічного аналізу крові та кліренсу креатиніну. Отже, отримані дані доводять без-

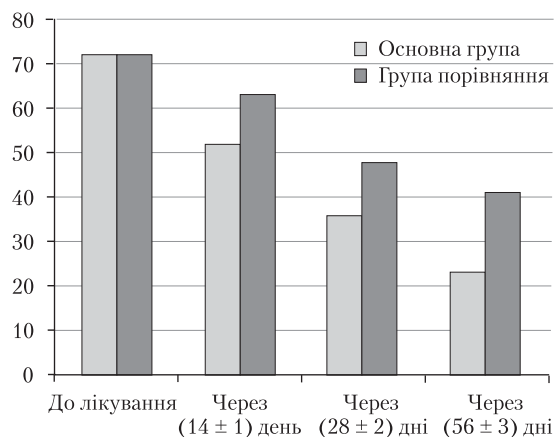


Рис. 1. Кількість відкритих комедонів у процесі лікування хворих на вульгарні акне

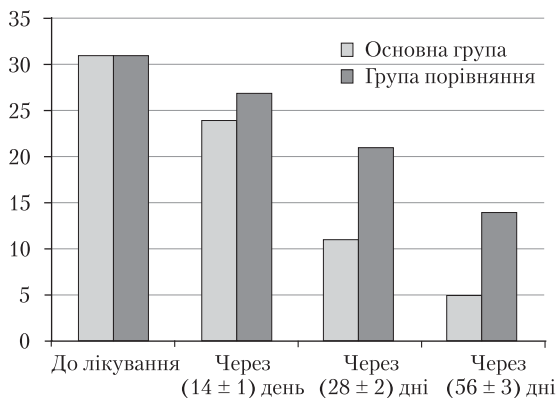


Рис. 2. Кількість закритих комедонів у процесі лікування хворих на вульгарні акне

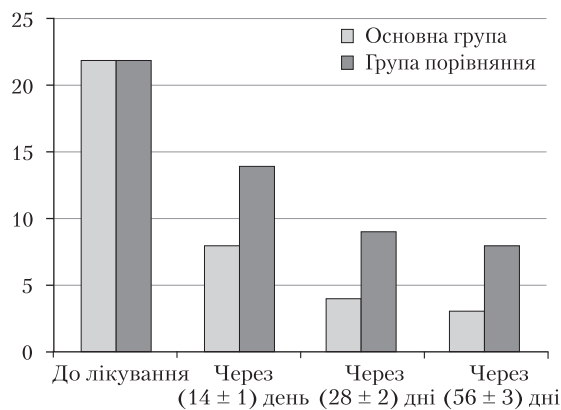


Рис. 3. Кількість папул у процесі лікування хворих на вульгарні акне

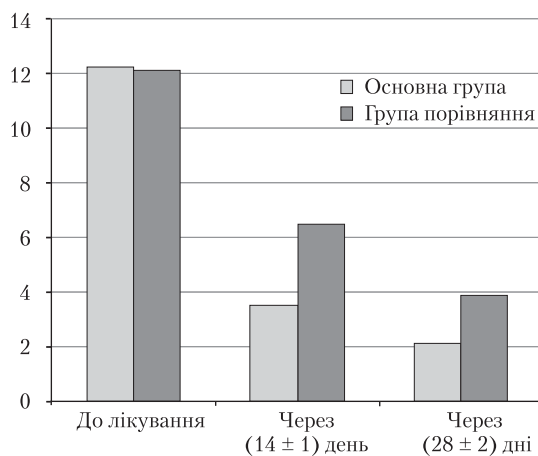


Рис. 4. Кількість пустул у процесі лікування хворих на вульгарні акне

Таблиця 2. Мікробіоценоз шкіри у процесі лікування хворих на вульгарні акне

Показник	Група контролю	Хворі до лікування	Хворі через (28 ± 2) дні від початку лікування		
			Стандартного	З використанням крему «Акнестоп»	
Неуражена ділянка шкіри, LgКУО/см <sup>2</sup>	Загальна кількість бактерій	2,87 ± 0,13	4,97 ± 0,12*	4,45 ± 0,20*•	3,21 ± 0,18*•
	Стафілококи коагулазонегативні	1,14 ± 0,21	1,71 ± 0,22*	1,74 ± 0,42	1,70 ± 0,50
	Стафілококи коагулазопозитивні	0,23 ± 0,11	2,04 ± 0,24*	1,58 ± 0,41*	0,48 ± 0,20*•
Уражена ділянка шкіри, LgКУО/мл	Загальна кількість бактерій	—	6,71 ± 0,14	5,52 ± 0,25•	4,46 ± 0,17*•
	<i>Propionibacterium acnes</i>	—	2,63 ± 0,28	1,88 ± 0,41	0,48 ± 0,28*•
	Стафілококи коагулазонегативні	—	1,75 ± 0,22	1,75 ± 0,34	1,617 ± 0,42
	Стафілококи коагулазопозитивні	—	3,28 ± 0,31	2,20 ± 0,42•	1,21 ± 0,38•

Примітка. \* Достовірна різниця (p < 0,05) порівняно з групою здорових; • достовірна різниця (p < 0,05) між відповідними показниками до та після лікування; # достовірна різниця (p < 0,05) після лікування між двома терапевтичними групами.

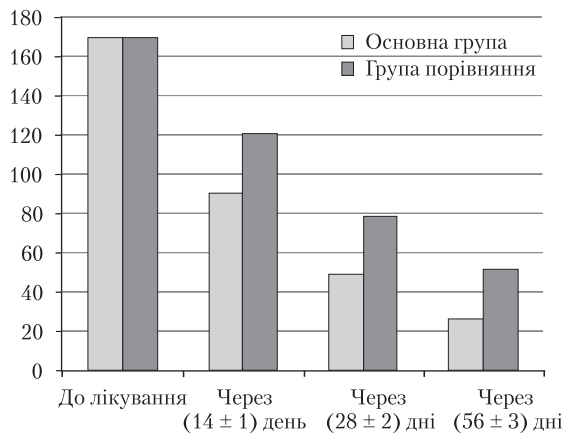


Рис. 5. Індекс вираженості акне за G. Michaelsson та співавт. у модифікації В.П. Сергеева, В.М. Рокицької у процесі лікування хворих на вугрову хворобу

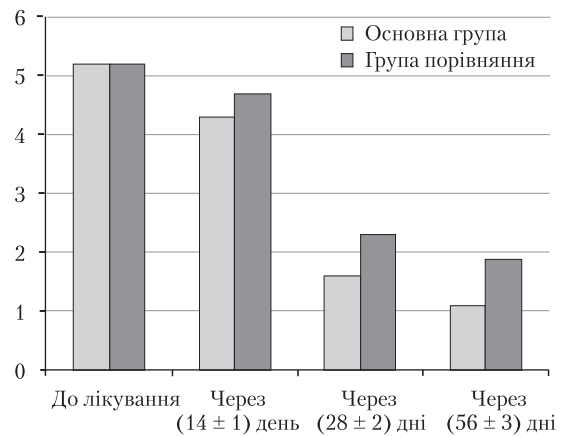


Рис. 6. Оцінка елементів акне за шкалою Кука у процесі лікування хворих на вугрову хворобу

печність застосування крему «Акнестоп» у дерматологічній практиці.

Завдяки застосуванню крему «Акнестоп» елементи акне швидко регресували (див. рис. 1–2). Уже протягом перших двох тижнів використання препарату кількість комедонів зменшувалася в 1,4 разу. А через 8 тиж. лікування у пацієнтів, які застосовували крем «Акнестоп», кількість комедонів була в 1,5 разу меншою, ніж в осіб, які не використовували засобів азелаїнової кислоти. Наприкінці дослідження у хворих, яким призначали крем «Акнестоп», майже не було закритих комедонів, лишалася незначна кількість відкритих елементів. Загальна кількість комедонів у цих пацієнтів була у 2 рази меншою, ніж в осіб групи порівняння.

У процесі лікування хворих із застосуванням крему «Акнестоп» швидко зменшувалась кількість запальних акне — папул і пустул (див. рис. 3, 4). Так, уже через 2 тиж. від початку лікування у пацієнтів основної групи кількість папуло-пустульозних елементів зменшилася у 3 рази. Через 4 тиж. застосування крему «Акнестоп» кількість запальних акне в основній групі була у 2 рази меншою, ніж в осіб групи порівняння. У пацієнтів, що протягом 8 тиж. топічно наносили крем «Акнестоп», не лишалося жодної пустули, окрім деяких осіб, у яких зберігалися поодинокі папули.

Зміни кількості окремих елементів висипки у процесі лікування відображено і в уніфікованих оцінках тяжкості вульгарних акне. Як видно з рис. 5, в обох групах зменшувався індекс вираженості акне за G. Michaelsson та співавт. у модифікації В.П. Сергеева, В.М. Рокицької. Через 2 тиж. терапії із застосуванням крему «Акнестоп» індекс вираженості акне зменшився в 1,9 разу. Через 8 тиж. лікування у випадках застосування крему «Акнестоп» індекс вира-

женості акне був у 1,6 разу нижчим, ніж у групі порівняння. Наприкінці дослідження в осіб, які застосовували крем «Акнестоп», оцінка акне за G. Michaelsson та співавт. у модифікації В.П. Сергеева, В.М. Рокицької була у 2 рази меншою, ніж у групі порівняння.

Аналогічні тенденції спостерігалися і щодо оцінки елементів акне за шкалою Кука. Як видно з рис. 6, в обох групах у процесі лікування її значення зменшувалися. Через 8 тиж. терапії із застосуванням крему «Акнестоп» бал оцінки елементів акне за шкалою Кука зменшився у 3,3 разу та був у 1,4 разу нижчим, ніж в осіб групи порівняння. Наприкінці дослідження у пацієнтів, які використовували крем «Акнестоп», оцінка акне за шкалою Кука становила лише 1,1 бала.

Отже, дані дослідження свідчать про виражену клінічну ефективність крему «Акнестоп» у лікуванні хворих на комедональну та папулопустульозну форми вугрової хвороби. Крім того, було оцінено вплив крему «Акнестоп» на стан мікробіоценозу шкіри (див. табл. 2). Як видно з таблиці, через 4 тиж. терапії в обох дослідних групах статистично достовірно зменшувалася загальна кількість бактерій на неуразених ділянках шкіри. Водночас у пацієнтів, які топічно застосовували крем «Акнестоп», на неуразених ділянках шкіри через 4 тиж. лікування загальна кількість бактерій і кількість коагулазопозитивних стафілококів була статистично достовірно меншою, ніж у групі порівняння.

Крім того, спостерігалися зміни мікробного обсіменіння уражених ділянок шкіри. В усіх хворих у вогнищах ураження через 4 тиж. лікування достовірно зменшувалася як загальна кількість бактерій, так і кількість коагулазопозитивних стафілококів. Пацієнти, які протягом 4 тиж. застосовували крем «Акнестоп», мали

Таблиця 3. Дерматологічний індекс якості життя у хворих на вульгарні акне у процесі лікування

Група обстежених	DLQI	ΔDLQI, %	DLQI < 5, %
Хворі до лікування	18,7 ± 0,36	—	—
Хворі після лікування	Стандартного	8,8 ± 0,65*	46,4 ± 2,5
	Із застосуванням крему «Акнестоп»	5,9 ± 1,22*	68,7 ± 5,56#

Примітка. \* Достовірна різниця (p < 0,05) між відповідними показниками до та після лікування; # достовірна різниця (p < 0,05) після лікування між двома терапевтичними групами.

Таблиця 4. Рівні ситуативної тривожності та невротизації у хворих на вульгарні акне у процесі лікування

Група обстежених	Ситуативна тривожність за шкалою Спілбергера—Ханіна, бали	Рівень невротизації за методикою Л.І. Вассермана, бали
Група контролю	41,0 ± 0,18	6,7 ± 0,22
Хворі до лікування	46,7 ± 0,47*	14,2 ± 0,42*
Хворі після лікування	Стандартного	45,6 ± 0,52*
	Із застосуванням крему «Акнестоп»	43,8 ± 0,53**#

Примітка. \* Достовірна різниця (p < 0,05) порівняно з групою контролю; • достовірна різниця (p < 0,05) між відповідними показниками до та після лікування; # достовірна різниця (p < 0,05) після лікування між двома терапевтичними групами.

достовірно меншу загальну кількість бактерій і *Propionibacterium acnes*, ніж особи групи порівняння, що свідчить про виражену антибактеріальну дію крему «Акнестоп».

На тлі покращення клінічної картини захворювання та мікробіоценозу шкіри поліпшувалася і якість життя пацієнтів. Так, отримано статистично достовірну різницю за середнім значенням індексу DLQI до та наприкінці курсу лікування вульгарних акне із застосуванням крему «Акнестоп» (табл. 3). За значенням ΔDLQI нами отримано достовірну різницю після курсу лікування вугрової хвороби між групами хворих, які застосовували стандартну терапію та терапію з використанням крему «Акнестоп». Важливим показником ефективності лікування є також DLQI < 5, тобто кількість осіб, у яких значення індексу DLQI після лікування було менше 5 балів. Такий рівень DLQI зареєстровано в 61,2 % пацієнтів, які використовували крем «Акнестоп» протягом 8 тиж., та 47,4 % осіб, які проходили стандартне лікування. Це свідчить про те, що застосування крему «Акнестоп» у комплексній терапії при вульгарних акне протягом 8 тиж. значно зменшує вплив захворювання на якість життя пацієнтів, аж до повної негативації будь-якого впливу, що відповідно підтверджує ефективність використання крему «Акнестоп» у лікуванні вугрової хвороби.

Швидко покращення клінічної картини захворювання на тлі зовнішнього застосування крему «Акнестоп» позитивно впливало на пси-

хологічний стан пацієнтів. Після 8 тиж. лікування хворі, які в комплексній терапії використовували крем «Акнестоп», мали статистично достовірно нижчі рівні ситуативної тривожності та невротизації порівняно не лише з групою пацієнтів до початку лікування, а й з групою осіб після проведеної стандартної терапії захворювання (див. табл. 4). Так, якщо значення інтегрального показника ситуативної тривожності у хворих на вугрову хворобу до початку лікування відповідало рівню високої тривожності, а висока тривожність зберігалася в пацієнтів після стандартного лікування, то зовнішнє використання крему «Акнестоп» сприяло кращій нормалізації стану шкіри, що давало змогу знизити рівень ситуативної тривожності до помірних значень.

### Висновки

Таким чином, за результатами огляду сучасних джерел літератури та власних досліджень можна зробити висновок, що вульгарні акне є надзвичайно актуальною і поширеною серед населення дерматологічною проблемою, для розв'язання якої існує ефективний та безпечний крем «Акнестоп». Зовнішнє застосування крему «Акнестоп» дає змогу досягти вираженого клінічного ефекту в лікуванні вугрової хвороби, покращити якість життя пацієнтів, знизити їхню тривожність та невротизацію. Ці властивості крему «Акнестоп» дають підстави рекомендувати його для зовнішнього лікування вульгарних акне.

## Список літератури

1. Адашкевич В.П. Акне и розацеа.— СПб: Ольга, 2000.— 130 с.
2. Астахов В.М., Бацькевич О.В., Пузь І.В. Методи психодіагностики індивідуально-психологічних особливостей жінок в акушерсько-гінекологічній клініці / Под общей ред. В.М. Астахова.— Донецк: Норд-Пресс, 2010.— 199 с.
3. Ахтямов С.Н., Бутов Ю.С. Практическая дерматокосметология: Учебное пособие.— М.: Медицина, 2003.— 400 с.
4. Дюдюна А.Д., Свирид С.Г., Полион Н.Н. Применение динейла, мератина и лактовила форте в комплексной терапии больных с акне // Новости медицины и фармации в Украине.— 2005.— № 16.— С. 10.
5. Каложная Л.Д., Копаница О.М. Болезни сальных желез у женщин в перименопаузальный период // Дерматол. та венерол.— № 1 (15).— 2002.— С. 22–24.
6. Коган Б.Г., Горголь В.Т., Степаненко В.І. Розацеа, демодикоз, периоральный дерматит: спільні аспекти етіології та патогенезу. Нові підходи до комплексної терапії дерматозу // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2002.— № 4 (7).— С. 50–54.
7. Кутасевич Я.Ф., Маштакова І.А., Багмет А.Н. Микробиоценоз шкіри у больових угревої болізню і пути его коррекції // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2003.— № 1 (8).— С. 43–47.
8. Мавров І.І. Рациональна діагностика та лікування в дерматології та венерології.— К.: Здоров'я України, 2007.— 344 с.
9. Монахов С.А., Иванов О.Л., Самгин М.А. Психоэмоциональные расстройства у пациентов, страдающих акне // Рос. журн. кожн. и венер. болезней.— 2003.— № 4.— С. 45–52.
10. Патент 24283 Україна, МПК А61К 31/195 Спосіб лікування хворих на угреву хворобу / Резніченко Н.Ю.— Заявл. 08.02.07, опубл. 25.06.07. Бюл. № 9.
11. Патент 24317 Україна, МПК А61Р 17/00 Спосіб лікування угревої хвороби / Н. Ю. Резніченко.— Заявл. 19.02.07, опубл. 25.06.07. Бюл. № 9.
12. Проценко Т.В., Андрашко Ю.В., Грищенко О.В. Взаимосвязь здоровья кожи и репродуктивной системы в контексте актуальных проблем современной дерматокосметологии // Здоров'я України.— 2007.— № 6.— С. 65–66.
13. Проценко Т.В., Кондратенко І.В. Опыт лечения больных угревої болізню // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2001.— № 2–3.— С. 44–45.
14. Резніченко Н.Ю. Вплив соціально-економічних та психологічних чинників на розвиток та перебіг угревої хвороби у жінок юного віку // Медико-соціальні проблеми сім'ї.— 2007.— Т. 12, № 3.— С. 59–64.
15. Резніченко Н.Ю. Порушення нейроендокринної регуляції у хворих на угреву хворобу // Укр. мед. альманах.— 2007.— Т. 10, № 5.— С. 160–163.
16. Резніченко Н.Ю. Сучасні погляди на проблему та лікування угревої хвороби.— Запоріжжя: Просвіта, 2008.— 108 с.
17. Резніченко Н.Ю., Дюдюна А.Д. Сучасні аспекти етіопатогенезу угревої хвороби // Дерматовенерол., косметол., сексопатол.— 2007.— № 1–4.— С. 169–174.
18. Самгин М.А., Монахов С.А. Новое в патогенезе и местной терапии угревої сыпи // Вестн. дерматол. и венерол.— 2003.— № 2.— С. 31–38.
19. Степаненко В.І., Иванов С.В. Крем «Розамет» у лікуванні розацеа, баланопоститу та вульвовагініту // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2014.— № 2 (53).— С. 119–125.
20. Терлецкий О.В. Психологическая характеристика и терапия больных псориазом // Вестн. психотерапии.— 2011.— № 39 (44).— С. 28–38.
21. Федотов В.П., Горбунцов В.В. Грибы как осложняющий фактор дерматозов (патогенез, клинические особенности и терапия) // Дерматол., косметол., сексопатол.— 2006.— № 1–2 (9).— С. 3–8.
22. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной тревожности Спилберга Ч.Д.— НИИ ФК.— 1976.— 18 с.
23. Finlay A.Y. Quality of life in atopic dermatitis // J. of Am. Acad. of Dermatol.— 2001.— Vol. 45 (suppl. 1).— S. 64–66.
24. Plewig G., Kligman A.M. Acne and rosacea / 3rd. ed.— Berlin (Germany): Springer-Verlang, 2000.— 460 p.

М.П. Красько, Н.Ю. Резніченко, Л.І. Пантюшенко, А.А. Левченко

*Запорозький державний медичний університет*

## Вульгарные акне: современные взгляды на лечение

Проведено исследование эффективности и безопасности использования крема «Акнестоп» в лечении больных вульгарными акне. Обследовано 85 пациентов с угревої болізню и 28 здоровых лиц в возрасте от 14 до 25 лет. Во время лечения оценивались клинические проявления заболевания по балльной шкале, определялся индекс DLQI, уровня ситуативной тревожности и невротизации. Также больным проведено микробиологическое исследование кожи. Доказано, что применение крема «Акнестоп» позволяет достичь быстрого клинического эффекта в лечении вульгарных акне и благодаря этому улучшить качество жизни пациентов, уменьшить их тревожность и невротизацию. Кроме того, в исследовании продемонстрировано выраженное антибактериальное действие крема «Акнестоп». Рекомендовано широкое использование крема «Акнестоп» для лечения вульгарных акне.

**Ключевые слова:** вульгарные акне, лечение, «Акнестоп».



M.P. Krasko, N.Y. Reznichenko, L.I. Pantyushenko, O.A. Levchenko

Zaporizhzhia State Medical University

## Acne vulgaris: the modern view on treatment

The study of effectiveness and safety of «Acnestop» cream for treatment of acne vulgaris has been performed. 85 patients with acne vulgaris and 28 healthy persons aged from 14 to 25 years have been examined. The assessment of clinical manifestations of the disease on special scales was performed, the levels of DLQI index, situational anxiety and neurotization were determined during the study. Patients underwent microbiological examination of skin. It was proved that «Acnestop» cream provided rapid clinical effect in treatment of acne vulgaris, and so improved their quality of life, decreased anxiety and neurotization. In addition, the study showed perfect antibacterial properties of «Acnestop» cream. «Acnestop» cream was recommended for treatment of acne vulgaris.

**Key words:** acne vulgaris, treatment, «Acnestop».

□

---

### Дані про авторів:

**Красько Микола Петрович**, к. мед. н., доц. кафедри клінічної фармації, фармакоterapiї, фармакології і косметології  
69050, м. Запоріжжя, Оріхівське шосе, 10. E-mail: nkrasko@ukr.net

**Резніченко Наталія Юрїївна**, к. мед. н., асист. кафедри дерматовенерології та косметології з циклом естетичної медицини ФПО

**Пантюшенко Людмила Іванівна**, зав. бактеріологічної лабораторії

**Левченко Оксана Анатоліївна**, ст. лаборант кафедри клінічної фармації, фармакоterapiї, фармакології і косметології