

ОРИГІНАЛЬНА СТАТТЯ

УДК 616.53-002.25-07-079.4-055.2:[612.621.31+612.433.441

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ ТА КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ У ЖІНОК МОЛОДОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ



Наумова Людмила Олександрівна,
nlo.naumova@gmail.com

Наумова Л.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Резюме. Встановлено певні особливості патогенезу та клінічного перебігу вугрової хвороби у жінок молодого репродуктивного віку. Зокрема, у більшості обстежених жінок серед 126 хворих на вугрову хворобу у віці від 19 до 37 років були діагностовані патологічні зміни структури яєчників і порушення менструальної функції. Доведено взаємозв'язок між тяжкістю клінічного перебігу вугрової хвороби у жінок молодого репродуктивного віку та наявністю у цих пацієнток гінекологічної патології, що вказує на доцільність поглибленого клініко-лабораторного дослідження у відповідному напрямку, а також вимагає врахування при розробці тактики індивідуалізованої терапії відповідних хворих.

Ключові слова: вугрова хвороба, акне, патогенез, клінічний перебіг, жінки молодого репродуктивного віку, порушення гінекологічного статусу організму.

Вступ. Вугрова хвороба (акне) є найбільш розповсюдженим дерматозом, який виникає у підлітків на початку пубертатного періоду, досягає найбільшого розвитку в юнацькому віці та повільно регресує у ранньому дорослому періоді, та пов'язується з фізіологічними віковими особливостями. Згідно з літературними даними вугрова хвороба виявляється у 70-90% осіб підліткового та юнацького віку [1, 2, 4, 6]. Зазвичай захворювання розпочинається у підлітковому віці, у 12–14 років у дівчат та в 14–16 років у хлопців, під час статевого дозрівання за значного зростання пулу стероїдних гормонів. У більшості випадків захворювання регресує у віці 18–22 років. У частини пацієнтів дерматоз стає хронічним і триває до 30-40 років [2]. Акне діагностується у 54% віком старше 18 років, у 82% пацієнток спостерігається персистуючий перебіг вугрової хвороби, що зменшується у віці після 44 років [13].

Хронічний перебіг вугрової хвороби, ушкодження видимих ділянок шкіри значно погіршують якість життя пацієнток, впливають на їх психологічний стан та сприяють розвитку депресивних станів [3]. Зважаючи на вказане, вивчення патогенетичних механізмів виникнення та розвитку вугрової хвороби складає актуальну проблему дерматології та косметології.

Важливою медико-соціальною проблемою є персистуючий підтип вугрової хвороби, а також інші її підтипи, які вперше виникають у дорослих людей, зокрема у віці після 20 років. Згідно з даними ряду дослідників клінічні прояви вугрової хвороби діагностуються у 5 % жінок та у 5% жінок раннього дорослого та дорослого віку [10,16,17].

Етіологія та патогенез вугрової хвороби вивчені недостатньо. Провідними ланками патогенезу вугрової хвороби є: порушення складу і продукції шкірного сала, зміни гормонального та імунного статусу організму, порушення кератинізації фолікулярного каналу, інтенсивна колонізація протоків сальних залоз *Propionibacterium acnes*, розвиток запальної реакції у перифолікулярних ділянках, генетична схильність [5, 21, 23]. Важливими чинниками розвитку вугрової хвороби у жінок є: периферична гормональна дисфункція у кератиноцитах та себоцитах, яка обумовлена збільшенням активності ферментів метаболізму андрогенів та прогестинів, гіперандрогенією, а також надмірною чутливістю рецепторів до андрогенів, що обумовлюється гормональною дисфункцією у кератиноцитах і себоцитах внаслідок високої активності ферментів, які приймають участь у метаболізмі андрогенів і прогестинів. Про зв'я-

зок розвитку вугрової хвороби у жінок із гормональним статусом свідчить її загострення у більшості хворих у передменструальний період, а також розвиток загострень при вживанні оральних контрацептивів із вмістом проандрогенних прогестинів [22].

В останні десятиліття значна увага приділяється вивченню механізмів виникнення та клінічних проявів гормональних порушень – гіперандрогенії, що обумовлюється достатньо значною розповсюдженістю цієї патології серед жінок репродуктивного віку. Надмірна секреція андрогенів та їх дія на органи і тканини-мішені проявляється різними патологічними змінами у жінок та формує синдром гіперандрогенії. Цей синдром виявляється у 2-4% жінок, які страждають на гінекологічну патологію [8,13]. Клінічними проявами синдрому гіперандрогенії, які пов'язані з порушеннями репродуктивного статусу, є зміни менструального циклу, олігоменорея, ановуляція та безпліддя [7,11].

Крім порушень репродуктивної функції, синдром гіперандрогенії проявляється патологічними змінами шкіри та її придатків, зокрема це жирна себорея, вугрова хвороба, алопеція, гірсутизм, що узагальнюється терміном “андрогензалежна дермопатія” [9,12]. Ряд дослідників вказують, що у 70-85% жінок репродуктивного віку, хворих на вугрову хворобу, діагностуються різні клінічні ознаки синдрому гіперандрогенії [14,24].

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

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

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 126 жінок віком від 19 до 37 років, хворих на запальну форму вугрової хвороби різного ступеня тяжкості. У групу контролю було залучено 15 практично здорових жінок, порівнюваних за віком. В обстежених хворих жінок визначено підтипи перебігу вугрової хвороби та ступінь тяжкості шкірного запального процесу. Методом себометрії в обстежених жінок, хворих на вугрову хворобу, та у пацієнок групи контролю визначено рівень шкірного саловиділення. Спільно з лікарем гінекологом в обстежених хворих на вугрову хворобу жінок проведена оцінка та аналіз менструальної функції, а також результатів ультразвукового діагностичного обстеження органів малого тазу.

Результати та обговорення. Вік обстежених пацієнок коливався від 19 до 37 років. Чисельність хворих у віці від 19 до 25 років становила 41 особу (32%), у віці від 25 до 30 років – 49 (39%), від 30 до 37 років – 36 (29%) жінок. Таким чином, серед обстежених хворих на вугрову хворобу переважали пацієнтки у віці від 19 до 30 років, зокрема 90 осіб (71%), тобто у віковому періоді, що є

найбільш сприятливим для здійснення репродуктивної функції.

На сучасному етапі запропоновано виділяти три підтипи вугрової хвороби у жінок молодого, репродуктивного віку зокрема: персистоючий (клінічні прояви починаються у підлітковому віці та переходять у зрілий вік), пізній (клінічні прояви вперше виникають у віці після 25 років), рецидивуючий (клінічні прояви виникають у підлітковому віці, потім припиняються і відновлюються у дорослому віці).

Згідно з даними анамнезу щодо терміну виникнення та перебігу вугрової хвороби у 93 (74%) із 126 обстежених жінок було встановлено персистоючий підтип, у 24 (19%) – пізній підтип, а у 9 (7%) – рецидивуючий підтип дерматозу.

У 102 (81%) обстежених жінок, хворих на вугрову хворобу, перші клінічні прояви ураження на шкірі обличчя виникли у віці від 13 до 15 років. У подальшому у 93 (74%) відповідних пацієнок перебіг вугрової хвороби характеризувався персистоючим характером з незначним коливанням щодо кількості виникнення свіжих елементів вугрової висипки, а у 9 (7%) жінок було встановлено рецидивуючий перебіг дерматозу. У решти 24 (19%) обстежених жінок запальні морфологічні елементи вугрової висипки вперше виникли у віці після 25 років.

З урахуванням вищезазначених анамнестичних даних було встановлено, що термін тривалості вугрової хвороби у 49 (39%) із 126 жінок становив від 1 до 5 років, у 56 (44%) – від 5 до 10 років, у 19 (15%) – від 10 до 15 років, у 3 (2%) – більше 15 років.

Потрібно відзначити, що у більшості обстежених жінок хворих на вугрову хворобу було встановлено спадковий анамнез цього захворювання. Зокрема, 77 (59%) пацієнок вказували на наявність вугрової хвороби у своїх батьків. При цьому 35 (28%) хворих вказували на наявність у минулому вугрової хвороби у батька, а у 24 (19%) було встановлено відповідну спадкову обтяженість по лінії матері. На наявність у минулому вугрової хвороби в обох своїх батьків вказували 15 (12%) обстежених жінок.

На теперішній час крім запропонованого виділення трьох підтипів вугрової хвороби у жінок зрілого віку, з урахуванням вікового періоду виникнення та характеру перебігу, рекомендуються також класифікації оцінки ступеня його тяжкості. Потрібно відзначити, що вугровій хворобі притаманний поліморфізм морфологічних елементів шкірної висипки в ділянках ураження. З огляду на домінування певних елементів висипки та їх кількості пропонується виділяти чотири ступені тяжкості вугрової хвороби.

Перший ступінь тяжкості вугрової хвороби характеризується виникненням на шкірі закритих та відкритих комедонів без запальних проявів. У зв'язку з цим вугрова хвороба першого ступеня вважається незапальною формою ураження.

При вугровій хворобі другого ступеня тяжкості спостерігаються комедони, папули й поодинокі пустули, що супроводжуються запальними проявами.

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

При четвертому ступені тяжкості вугрової хвороби спостерігається поєднання усіх зазначених вище елементів висипки, в тому числі чисельних вузлів і кіст, що супроводжуються виразною запальною реакцією. Другий, третій та четвертий ступені тяжкості вугрової хвороби вважаються запальними формами дерматозу.

Серед 126 обстежених жінок, хворих на вугрову хворобу, у 53 (42%) пацієнок був встановлений другий ступінь тяжкості запального процесу (легкий клінічний перебіг), у 64 (51%) – третій ступінь (середньотяжкий клінічний перебіг), у 9 (7%) – четвертий ступінь тяжкості вугрової хвороби (тяжкий клінічний перебіг).

У 85 із 126 обстежених жінок (68%) було встановлено розповсюджений характер запального процесу, зокрема у 48 (38%) на шкірі обличчя, бічних поверхнях шиї, плечей, грудей, спини, а у 37 (30%) – на шкірі обличчя і плечей. У 41 (32%) хворих запальний процес обмежувався шкірою обличчя.

У всіх 126 (100%) жінок на момент первинного обстеження реєструвались постзапальні прояви після регресу запальних елементів вугрової висипки. Відповідні постзапальні прояви у 82 (65%) хворих представлені гіперпігментацією у поєднанні з атрофічними та/або гіпертрофічними рубцями. У 75 (59%) жінок відповідні рубці спостерігались на обличчі, спині і грудях, а у 7 (6%) – тільки на обличчі. Прояви гіперпігментації у 71 (56%) обстежених хворих жінок спостерігались на обличчі, шиї, спині і грудях, а у 55 (44%) – тільки на шкірі обличчя.

На сучасному етапі запропонована достатньо проста та інформативна класифікація для оцінки тяжкості постзапальних змін на шкірі у хворих на вугрову хворобу та інші акнеподібні дерматози (Полонская Н.А., 2005). Згідно з відповідною класифікацією, пропонується виділяти три ступені тяжкості постзапальних змін на шкірі, зокрема, помірні (перший ступінь), виразні (другий ступінь), деформуючі (третій ступінь). 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 (другий ступінь тяжкості) виявляються атрофічні рубці діаметром до 2 мм, та глибиною до 0,5 мм. Для третього ступеня тяжкості постзапальних змін (деформуючі зміни) на шкірі обличчя виявляються чисельні атрофічні рубці, 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.

Нами було проведено порівняння тяжкості постзапальних змін на шкірі зі ступенем тяжкості вугрової хвороби у обстежених хворих жінок. Встановлено, що у 44 (83%) із 53 хворих з другим ступенем тяжкості запального процесу спостерігались помірні постзапальні зміни на шкірі обличчя, а у 9 (17%) хворих цієї групи – виразні постзапальні зміни. У 49 (78%) із 64 хворих з третім ступенем

тяжкості запального процесу були виявлені виразні постзапальні зміни на шкірі, а у решти 15 (22%) пацієнок цієї групи спостереження – деформуючі зміни. Серед 9 обстежених жінок, хворих на вугрову хворобу, з четвертим ступенем тяжкості запального процесу в 6 (70%) пацієнок реєструвались деформуючі постзапальні зміни, а у 3 (30%) – виразні постзапальні зміни на шкірі обличчя, шиї, спини і грудей.

Хворим на вугрову хворобу жінкам, які перебували під нашим спостереженням, було проведено первинне комплексне клініко-лабораторне обстеження відповідно до запровадженої в Україні програми обстеження хворих на дерматози.

Відповідна програма передбачає обов'язкові консультації ряду суміжних спеціалістів, а також комплекс лабораторних і спеціальних досліджень.

Відповідно до результатів консультативних висновків суміжних спеціалістів та лабораторних і спеціальних досліджень у більшості обстежених жінок, хворих на вугрову хворобу була виявлена різнопланова супутня патологія, зокрема, хронічний гастрит або хронічний гастродуоденіт – у 45 (36%), наявність інфекції *Helicobacter pylori* у шлунку – 60 (48%), виразкова хвороба шлунку – у 3 (2%), ентероколіт – у 5 (4%), хронічний цистит – у 4 (3%), хронічний тонзиліт – у 4 (3%), вегето-судинна дистонія – у 24 (19%), atopічний дерматит – у 2 (1%), псоріаз – у 3 (2%) пацієнок.

У всіх жінок, хворих на вугрову хворобу, які перебували під нашим спостереженням, було проведено спеціальне бактеріоскопічне дослідження на наявність кліщів-демодецид (*Demodex folliculorum*, *Demodex brevis*) у зішкребках із ділянок запального процесу на шкірі обличчя. Згідно з результатами відповідних досліджень наявність поодиноких особин кліщів-демодецид у дослідженому матеріалі було встановлено у 16 (13%) обстежених жінок.

Враховуючи мету та завдання запропонованої нами наукової роботи у всіх обстежених нами жінок, хворих на вугрову хворобу проводився детальний аналіз гінекологічного статусу. Відповідний аналіз проводився спільно з лікарем-гінекологом.

В обстежених жінок встановлювали вік, у якому з'явилися менструації, а також їх тривалість, яскравість виділень та больові відчуття. Проводилась оцінка менструальної функції, зокрема її регулярність, наявність дисменореї, а також кількість пологів, абортів та викиднів.

Згідно з даними анамнезу було встановлено, що у 9 (7%) обстежених жінок менструації з'явилися у віці від 11 до 12 років, у 104 (82%) – у віці від 13 до 14 років, у 11 (9%) – у віці від 15 до 16 років, у 2 (2%) – у віці після 16 років. Потрібно відзначити, що у 49 (39%) обстежених жінок встановлення регулярного менструального циклу відбувалось впродовж двох років після початку менархе.

У більшості обстежених жінок, хворих на вугрову хворобу, зокрема у 96 (76%) було встановлено порушення менструальної функції, що у 44 (35%) – проявлялося нерегулярністю менструального циклу (олігоменорея),

а у 52 (41%) – больовими відчуттями при менструація (альгоменорея). Нормальний менструальний цикл було зареєстровано у 30 (24%) обстежених жінок.

Відповідно до аналізу результатів статевого анамнезу було встановлено, що серед 93 (74%) обстежених заміжніх жінок, тільки 54 (43%) застосовували різні методи запобігання вагітності, зокрема, гормональну, бар'єрну або хімічну. Решта обстежених заміжніх жінок, тобто 39 (31%) із 93, не використовували засоби контрацепції протягом від 1 до 5 років, при регулярному статевому житті. При цьому у 24 (26%) обстежених нами заміжніх жінок, хворих на вугрову хворобу, які не використовували засоби контрацепції вказували на відсутність вагітності за відповідні термін регулярного статевого життя, що опосередковано є свідченням безпліддя. У 4 (5%) цих жінок у минулому було зареєстровано самовільні викидні.

Переважає більшість обстежених жінок, хворих на вугрову хворобу, зокрема, 112 (89%) у минулому неодноразово звертались до лікарів-дерматовенерологів зі скаргами на вугрову висипку та проходили спеціальні курси лікування.

Згідно анамнестичних даних, 112 (89%) хворих жінок вказували, що їх попередні неодноразові курси лікування вугрової хвороби включали застосування антибіотиків системної дії, зокрема тетрациклінового ряду та/або макролідів. При цьому тривалість курсів перорального прийому хворими відповідних антибіотиків коливались від 1 до 6 місяців. Крім цього, 14 (11%) обстежених жінок у минулому проходили курси системної специфічної терапії шляхом перорального прийому препарату Акнетин (ізотретиноїн). Тривалість відповідних курсів лікування становила від 3 до 6 місяців. Усі 126 (100%) обстежених жінок, хворих на вугрову хворобу вказували на неодноразове проведення у минулому курсів місцевої специфічної терапії, зокрема, препаратами Зінерит (еритроміцин-цинковий комплекс), Скінорен (20% азелаїнова кислота), метранідазол (крем), бензоїл-пероксид.

Потрібно також відзначити, що 5 (4%) із 126 обстежених жінок, хворих на вугрову хворобу вказували на застосування в минулому, на етапі чергового клінічного рецидиву вугрової хвороби, лікарського засобу з групи комбінованих оральних контрацептивів, зокрема препарату "Діане-35". При цьому, згідно з анамнестичними даними, призначення відповідним жінкам препарату "Діане-35" проводилось лікарями-дерматовенерологами 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 аналізом анамнезу вугрової хвороби у всіх 53 (100%) обстежених жінок з другим ступенем тяжкості шкірного запального процесу, тривалість ремісії після проведення попередніх курсів лікування коливалась від 3 до 5 місяців.

У 47 (73%) зі 64 жінок, хворих на вугрову хворобу з третім ступенем тяжкості шкірного запального процесу тривалість ремісії після попередніх курсів лікування

становила від 2 до 3 місяців, а у решти 17 (27%) пацієнток ремісії коливались від 3 до 4 місяців.

У всіх 9 (100%) хворих на вугрову хворобу жінок з четвертим ступенем тяжкості шкірного запального процесу після проведених попередніх курсів системної терапії (антибіотики або ретиноїди) та місцевої специфічної терапії повного регресу вугрової висипки не відбувалось, але чисельність утворення нових запальних елементів висипки під час проведення лікування зменшувалась.

Згідно аналізу результатів себометрії у всіх 126 обстежених жінок, хворих на вугрову хворобу було встановлено підвищені показники рівня саловиділення на шкірі у ділянках лоба, щік і підборіддя, у порівнянні з відповідними показниками у практично здорових людей.

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

Був проведений також аналіз взаємозв'язку між тяжкістю клінічної картини вугрової хвороби та підвищеними показниками рівня шкірного саловиділення у обстежених хворих жінок. Встановлено, що у групі обстежених жінок, хворих на вугрову хворобу з другим ступенем тяжкості запального процесу середній показник рівня шкірного саловиділення становив 246, 3±14,8 мгк/см², (p<0,05), у групі пацієнток з третім ступенем тяжкості запального процесу – 249,8±12,9 мгк/см² (p<0,05), а у групі хворих з четвертим ступенем тяжкості шкірного запального процесу – 264±13,5 мгк/см², (p<0,05). Аналіз результатів відповідних досліджень вказує на наявність у обстежених жінок, хворих на вугрову хворобу, прямого взаємозв'язку між тяжкістю клінічної картини запального процесу та підвищенням рівня шкірного саловиділення.

Результати ультразвукового діагностичного сканування органів малого тазу у обстежених жінок, хворих на вугрову хворобу, вказували на наявність змін структури яєчників у 99 (79%) пацієнток, а у 27 (21%) – патологічних змін у яєчниках і матці не було виявлено. Згідно аналізу результатів відповідних патологічних змін, виявлених при ультразвуковому дослідженні, у 71 (72%) із 99 обстежених жінок було діагностовано полікістоз яєчників, у 16 (16%) – мультифолікулярні яєчники, у 8 (8%) – кісту жовтого тіла. Потрібно також відзначити, що у 37 (38%) обстежених жінок з діагностованими патологічними змінами у яєчниках спостерігався регулярний менструальний цикл. У 27 (21%) із 126 обстежених хворих на вугрову хворобу жінок, у яких при ультразвуковому дослідженні не було виявлено патологічних змін у матці, реєструвались ехографічні ознаки фізіологічної першої фази циклу (ендометрій у фазі секретії, чітка візуалізація домінантного фолікула).

Проведений аналіз характеру клінічної картини вугрової хвороби та результатів ультразвукового діагностичного дослідження органів малого тазу в обстежених жінок вказував на існування взаємозв'язку між тяжкістю шкірного запального процесу та наявністю гінеколо-

гічної патології. Зокрема, у всіх 64 (51%) зі 126 обстежених жінок, хворих на вугрову хворобу з третім ступенем тяжкості шкірного запального процесу та у всіх 9 (7%) пацієнток з четвертим ступенем тяжкості вугрової висипки було діагностовано наявність патологічних змін у яєчниках. При цьому, серед 53 жінок, хворих на вугрову хворобу з другим ступенем тяжкості шкірного запального процесу (легкий клінічний перебіг), наявність патологічних змін у яєчниках було діагностовано у 26 пацієнток.

Таким чином, згідно з аналізом анамнестичних даних та результатів проведених ряду клінічних і лабораторних досліджень у 74% обстежених жінок молодого репродуктивного віку хворих на вугрову хворобу було встановлено персистуючий підтип, у 19% – пізній підтип, у 7% – рецидивуючий підтип дерматозу. Встановлено, що попередні курси лікування, які проводились обстеженими жінками, хворим на вугрову хворобу, призначались без урахування гінекологічного статусу та без проведення комплексного клініко-лабораторного та спеціального обстеження пацієнток, зокрема дослідження гормонального профілю крові та діагностичного ультразвукового дослідження малого тазу. Виявлені особливості клінічного перебігу вугрової хвороби у жінок молодого репродуктивного віку та зареєстровані згідно з результатами ультразвукового діагностичного дослідження у 79% обстежених хворих патологічні зміни структури яєчників, а у 62% – порушення менструальної функції, вказують на необхідність проведення поглибленого клініко-лабораторного дослідження у відповідному напрямку, що буде сприяти розробці удосконаленої індивідуалізованої тактики терапії, яка дозволить підвищити ефективність лікування, зокрема досягти повного вилікування або довготривалих ремісій цього дерматозу.

Висновки

Встановлено певні особливості патогенезу та клінічного перебігу вугрової хвороби у жінок молодого репродуктивного віку. Зокрема, у більшості зі 126 обстежених жінок хворих на вугрову хворобу у віці від 19 до 37 років було діагностовано патологічні зміни структури яєчників та порушення менструальної функції.

Доведено взаємозв'язок між тяжкістю клінічного перебігу вугрової хвороби у жінок молодого репродуктивного віку та наявністю у цих пацієнток гінекологічної патології, що вказує на доцільність поглибленого клініко-лабораторного дослідження у відповідному напрямку, а також потребує врахування при розробці тактики індивідуалізованої терапії відповідних хворих.

Рецензент: д.мед.н., професор Степаненко В.І.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адашкевич В.П. Акне вульгарные и розовые / В. П. Адашкевич // – М.: Медицинская книга, Н. Новгород: НГМА, 2003. – 160 с.
2. Ахтямов С.Н., Бутов Ю.С. Практическая дерматокосметология / С. Н. Ахтямов, Ю. С. Бутов. – М.: Медицина, 2008. – 400 с.
3. Ахтямов С. Н. Дифференцирован подход к лечению вульгарных угрей системным изотретиноином. / С. Н. Ахтямов, Е.

А. Аравийская, О. Ю. Олисова // Экспер. и клин. дерматокосметол. – 2012 – №1. – С. 132-140.

4. Бычкова Н. Ю. Акне: обращаемость и информированность пациентов / Н. Ю. Бычкова, З. Н. Загратдинова, В. А. Мерзляков, М.С. Алексеева // Клин. дерматол. и венерол. – 2012. – № 1. – С. 62-66.
5. Озурцова А. Н. Критерии оценки степени тяжести в выборе тактики лечения угревой болезни / А. Н. Озурцова // Дерматол та венерол. – 2004. – № 1 (23). – С. 45-49.
6. Проценко Т. В. Местная терапия acne vulgaris с применением фиксированных комбинаций лекарственных средств (обзор литературы) / Т. В. Проценко // Укр. Журн. Дерматол. – 2010. – №1 – С. 56-63.
7. Роговская С. И. Андрогензависимые поражения кожи и возможности их коррекции у женщин / С. И. Роговская // Гинекология. – 2003. – № 1. – С. 46-48.
8. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. Руководство для врачей / В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович. – Москва, Мед. информ. агентство, 2001. – 436 с.
9. Чернуха Г. Е. Гиперандрогении и принципы их терапии у женщин репродуктивного возраста / Г. Е. Чернуха // Качество жизни. Медицина. – 2004. – № 3 (6). – С. 17-20.
10. Amado J. The prevalence of acne in the north of Portugal / J. Amado, M. Matos, A. Abren [et al.] // J. of the Eur. Acad. of Dermatol. and Venerol. – 2006. – Vol. 20. – № 10. – P. 1287-1295.
11. Azziz R. Androgen excess in women: experience with over 1000 consecutive patients / R. Azziz, L. Sanohez, E. Knochenhauer [et al.] // Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. – 2004. – Vol. 89. – P. 453-462.
12. Bodermer W. Psychodermatology / W. Bodermer // The Medicine Journal. – 2001. – Vol. 6. – P. 297-302.
13. Carmina E. Phenotypic variation in hyperandrogenic women influences the findings of abnormal metabolic and cardiovascular risk parameters / E. Carmina, M. Chu, R. Longo [et al.] // Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. – 2005. – Vol. 90. – P. 2545-2549.
14. Cibula D. The role of androgens in determining acne severity in adult women / D. Cibula // Br. J. Dermatol. – 2000. – Vol. 143. – № 2. – P. 399-404.
15. Collier C. The prevalence of acne in adults 20 years and older / C. Collier, J. Harper, W. Cantrell [et al.] // J Am Acad Dermatol. – 2008 – № 2 – P. 56-59.
16. Dreno B. Epidemiology of acne. / B. Dreno, F. Poli // Dermatology. – 2003. – № 4 – P. 7-10.
17. Dreno B. Adult female acne: a new paradigm / B. Dreno, A. Layton, C. Zouboulis [et al.] // J. of the Eur. Acad. of Dermatol. and Venerol. – 2013. – Vol. 27. – P. 1063-1070.
18. Dreno B. Development and evaluation of Global Acne Severity Scale (GEA Scale) suitable for Trance and Europe / B. Dreno, F. Pola, H. Pawin [et al.] // J. of the Eur. Acad. of Dermatol. and Venerol. – 2011. – Vol. 25. – № 1. – P. 43-48.
19. James W. Acne / W. James // N Engl J Med. – 2005. – № 352 (14). – P. 1463-1472.
20. Nast A., Dreno B., Bettoli V. et al. European Evidence-based (S3) Guidelines for the Treatment of Acne / A. Nast, B. Dreno, V. Bettoli [et al.] // J. of the Eur. Acad. of Dermatol. and Venerol. – 2012. – Vol. 26. – P. 1-29.
21. Ross J. Antibiotic-resistant acne: les songs from Europe / J. Ross, A. Snelling, E. Carnegie [et al.] // Br. J. Dermatol. – 2002. – Vol. 148. – P. 467-478.
22. Simpson R. C. What's new in acne? An analysis of systematic reviews and clinically significant trials published in 2010-2011 / R. C. Simpson, D. J. Grindlay, H. C. Willams // Clin. Exp. Dermatol. – 2011. – № 36 (8). – P. 840-843.
23. Taylor S. Acne vulgaris in skin of color / S. Taylor, K. Cook-Bolden, Z. Rachman, D. Strachan // 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 / P. Veriau // Ann. Dermatol. Venereol. – 2002. – Vol. 129 (2). – P. 174-178.
25. Ulsu M. Rosacea treatment with Intermediate-dose Isotretinoin: follow-up with erythema and sebum measurements / M. Ulsu, E. Savk, G. Karaman // Acta Derm Venereol. – 2012. – № 92 (1). – P. 7-13.

**ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА
И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ УГРЕВОЙ
БОЛЕЗНИ ЖЕНЩИН МОЛОДОГО
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Наумова Л.А.

Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Резюме. Установлены определенные особенности патогенеза и клинического течения угревой болезни у женщин молодого репродуктивного возраста. В частности, у большинства обследованных женщин среди 126 больных угревой болезнью в возрасте от 19 до 37 лет были диагностированы патологические изменения структуры яичников и нарушения менструальной функции.

Доказана взаимосвязь между тяжестью клинического течения угревой болезни у женщин молодого репродуктивного возраста и наличием у этих пациенток гинекологической патологии, что указывает на целесообразность углубленного клинико-лабораторного исследования в соответствующем направлении, а также требует учета при разработке тактики индивидуализированной терапии соответствующих больных.

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

**CHARACTERISTICS OF PATHOGENESIS
AND CLINICAL COURSE OF ACNE IN WOMEN OF
YOUNG REPRODUCTIVE AGE**

L. Naumova

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Summary. Certain features of the pathogenesis and clinical course of acne were observed in women of young reproductive age. In particular, most of the investigated 126 female patients with acne (in age of 19 – 37 years) were diagnosed for menstrual disorders and pathological changes in the structure of ovaries.

Certain relationship between the severity of the clinical course of acne in women of young reproductive age and the presence in them of gynaecological pathology was proved. This leads to the recommendation of better diagnosis, clinical and laboratory research of women with acne, the results of which will be considered in the development of the plans of appropriate individualized treatment.

Key words: acne, pathogenesis, clinic, women of young reproductive age, gynaecological pathology.