

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АКНЕ, ИНДУЦИРОВАННОГО ПРИЕМОМ АНАБОЛИЧЕСКИХ СТЕРОИДОВ

И.М. Бронова

Харьковская медицинская академия последипломного образования,

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

Резюме: *в статье освещены особенности течения акне, индуцированного приемом анаболических стероидов. Приведен клинический случай данной формы акне.*

Ключевые слова: акне, анаболические стероиды, лечение

Акне бодибилдеров – особая форма акне, которая проявляется после приема анаболических стероидов, производных тестостерона для увеличения мускульной массы, силы или веса. Бодибилдинговое акне является особым вариантом андроген-индуцированного акне. Анаболические стероиды применяются в качестве гипертрофии мускулатуры как основы создания силы.

Бодибилдинг пользуется популярностью у мужчин и женщин, особенно в таких видах спорта как легкая атлетика, борьба и другие силовые виды спорта. Злоупотребление анаболическими стероидами происходит не только в целях достижения высочайших спортивных результатов - спортсмены-любители применяют эти препараты для увеличения мускульной массы [1]. Прием данных препаратов может спровоцировать болезни печени. Ситуация еще более осложняется тем, что злоупотребление анаболическими стероидами часто связано с полипрагматичным и немотивированным употреблением многочисленных лекарственных средств [2,4]

Сбыт анаболических стероидов происходит на «черном рынке», близком к криминальному рынку наркотиков. Терапевтические дозы их составляют - перо-

ально 5-25 мг/день, парентерально - 40-50 мг/неделю. Спортсмены используют более высокие дозировки и принимают их комбинированно: внутрь и парентерально. До заболевания кожа у пациентов не изменена. Прием анаболиков, по аналогии с гормон-продуцирующими опухолями, приводит у мужчин и женщин к еще большему увеличению секреции сальных желез. Доказано, что сальные железы у мужчин в период полового созревания не достигают своего максимального размера и при соответствующей андрогенной стимуляции могут увеличиваться. Производство секрета быстро увеличивается и приводит к значительной себорее лица, кожи головы, груди и спины [3].

Действие анаболических стероидов при их хроническом употреблении состоит не только в анаболическом эффекте, но прежде всего в продолжительной гормональной дисрегуляции [2]. У мужчин возникают феминизирующие эффекты: гинекомастия, олиго- и азоспермия. Эти изменения лишь частично обратимы. Многие пациенты не признаются в приеме анаболических стероидов. Предполагаемый диагноз доказывается наличием веществ в моче (допинг-тест). Следы многих препаратов годами остаются в организме. Одним из осложнений приема

этих препаратов является развитие акне, требующее обязательной отмены этих препаратов. После отмены анаболических стероидов проводят терапию соответственно степени тяжести акне [5].

Приводим клинический случай.

Больной С., 1992 г.р., проживающий в Харькове, находился на стационарном лечении в ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины» с диагнозом: акне тяжелой степени тяжести, осложненная демодекозом.

Жалобы при поступлении: на высыпания, их болезненность, зуд, гноетечение.

Объективно: дерматоз имеет распространенный характер, представлен папулопустулами, инфильтратами, на спине, лице, волосистой части головы, на груди не имеется сливной очаг из воспалительных элементов, которые покрыты геморрагическими корками, под которыми гнойное содержимое, так называемые «гнойные озера».

Анамнез болезни: болеет около 5 лет. Дебют высыпаний – 2009 г. Обращался в КВД по месту жительства. Последнее ухудшение началось 2 года назад, не лечился. Семейный анамнез отягощен по линии отца, который в возрасте 20 лет страдал предположительно акне средней степени тяжести, о чем свидетельствуют рубцовые изменения на коже лица и спины.

Пациент в течение двух лет принимал добавки и спортивное питание для наращивания мышечной массы, предположительно с гормональными, белковыми и витаминными составляющими.

Анамнез жизни: болезнь Боткина, венерические и психические заболевания, туберкулез отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Сопутствующая патология: хронический гастрит и дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу.

Обследован: в клиническом анализе крови обращает на себя внимание СОЭ – 45; бактериологический посев отделяемого из очагов: обнаружен стафилококк гемолитиче-

ский, чувствительный к доксициклину, фузидиевой кислоте, ципрофлоксацину; анализ крови на триглицериды и холестерин крови – без патологических изменений; биохимический анализ крови: глюкоза – 4,2 ммоль/л, общий белок – 71,2 г/л, билирубин общий – 13,7 мкмоль/л, билирубин конъюгир. – 0,39 мкмоль/л, АсАТ – 0,470 ммоль/ч*л, АлАТ – 0,900 ммоль/ч*л; Антитела к ВИЧ не выявлены. УЗИ органов брюшной полости – заключение: у пациента выявлены ультразвуковые признаки дискинезии желчных путей, признаки диффузных изменений паренхимы печени. Анализ крови на маркеры вирусных гепатитов - отрицательный. В соскобе из очагов- обнаружен клещ демодекс.

Терапия пациента включала в себя исключение приема «спортивного питания» и добавок, поэтапно антибиотики нескольких групп, акарицидные препараты, витаминотерапию, неспецифические иммуномодуляторы, симбиотики, профилактически системные антимиотики.

На протяжении лечения уровень трансаминаз был скорректирован гепатотропными препаратами, был элиминирован клещ демодекс. Следующим этапом было назначение системных ретиноидов, которые пациент принимал в течение 6 месяцев.

В дальнейшем он вернулся к спортивной деятельности. Спустя три месяца после отмены ретиноидов и достижения клинической ремиссии тенденции к рецидивированию нет. Пациент больше не принимает спортивные добавки.

Особенность случая: в тяжелом торпидном течении дерматоза, который обусловлен возрастом и характерной для него андрогенизацией, но и усугублением течения заболевания приемом пищевых добавок и спортивного питания, содержащих анаболические стероиды. Особенностью также явилось то, что течение дерматоза у данного больного тяжело поддавалось коррекции даже при комплексной терапии, которая включала в себя и системные антибиотики и системные ретиноиды.



Рис. 1 – До начала лечения



Рис. 2 – Через три месяца после начала лечения

ЛИТЕРАТУРА

1. Кутасевич Я.Ф. Опыт лечения тяжелых форм угревой болезни / Я.Ф. Кутасевич, И.А. Маштакова // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. – 2011. – №3 (42) – С. 66-72.
2. Del Rosso J.Q. Antibiotic use in acne vulgaris and rosacea: clinical considerations and resistance issues of significance to dermatologists / J.Q. Del Rosso, J.J. Leyden, D. Thiboutot, G. F. Webster // *Cutis*. – 2008. – Vol. 82 (2). – P. 5 -12.
3. Kutasevich Y.F. Hormonal disbalance at patients with acne / Kutasevich Y.F., Mitriayeva N., Mashtakova I., Ogurtsova A. // *J. Acad. Dermatol. Venereol.* – 2005. – Vol. 19. – P. 1 – 12.
4. Nast A. European Evidence-based (S3) Guidelines for The Treatment of Acne / A. Nast, B. Dreno, V. Bettoli, K. Degitz, R. Erdmann, A. Y. Finlay et al. // *JEADV*. – 2012. –Vol. 26 (Suppl. 1). – P. 1-29.
5. Ramos-e-Silva M. Acne vulgaris: review and guidelines / M. Ramos-e-Silva, S.C.Carneiro // *Dermatol Nurs.* – 2009. – 21 (2). – P. 63 - 8.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АКНЕ, ІНДУКОВАНОГО ПРИЙОМОМ АНАБОЛІЧНИХ СТЕРОЇДІВ

Бронова І.М.

*Харківська медична академія
післядипломної освіти,*

*ДУ «Інститут дерматології
та венерології НАМН України»*

Резюме. В статті висвітлено особливості перебігу акне, індукованого прийомом анаболічних стероїдів. Наведено показовий клінічний випадок.

Ключові слова: акне, анаболічні стероїди, лікування

Об авторе:

Бронова Ирина Михайловна – ассистент кафедры дерматологии и ВИЧ-СПИДа, ХМАПО, врач ГУ «Института дерматологии и венерологии НАМН Украины». Контакты: amaranta82@mail.ru.

REFERENCES

1. Kutasevich Ya.F. Opyt lecheniya tiazhe-lykh form ugreivoy bolezni / Kutasevich Ya.F., Mashtakova I.A. // *Ukrainskiy zhurnal dermatologii, venerologii, kosmetologii*: 2010 – 2014: Zbirnyk statey “Suchasni metody likuvannia akne ta rozacea”. – 2014. – S. 9 - 15. (in Russian).
2. Del Rosso J.Q. Antibiotic use in acne vulgaris and rosacea: clinical considerations and resistance issues of significance to dermatologists / J.Q. Del Rosso, J.J. Leyden, D. Thiboutot, G. F. Webster // *Cutis*. – 2008. – Vol. 82 (2). – P. 5 - 12.
3. Kutasevich Y.F. Hormonal disbalance at patients with acne / Kutasevich Y.F., Mitriayeva N., Mashtakova I., Ogurtsova A. // *J. Acad. Dermatol. Venereol.* – 2005. – Vol. 19. – P. 1 – 12.
4. Nast A. European Evidence-based (S3) Guidelines for The Treatment of Acne / A. Nast, B.Dreno, V. Bettoli, K. Degitz, R. Erdmann, A. Y. Finlay et al. // *JEADV*. – 2012. –Vol. 26 (Suppl. 1). – P. 1-29.
5. Ramos-e-Silva M. Acne vulgaris: review and guidelines / M. Ramos-e-Silva, S.C.Carneiro // *Dermatol Nurs.* – 2009. – 21 (2). – P. 63 - 8.

THE PECULIARITIES OF ACNE PROCESS INDUCED BY THE WAY OF ANABOLIC STEROIDS

Bronova I.M.

*Kharkiv Medical Academy
of Postgraduate Education*

*SE «Institute of Dermatology and
Venerology of NAMS of Ukraine»*

Abstract. The article shows the peculiarities of acne process induced by the way of anabolic steroids. This clinical acne form case is presented here.

Key words: acne, anabolic steroids, treatment