

Проблемы общения с больными акне и пути их преодоления лечащим врачом

И.М. Бронова

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Резюме

В статье изложены краткие данные об этиологии и патогенезе акне, выделены и освещены основные проблемы общения с больными акне, а также предложены пути их преодоления.

Ключевые слова: акне, ведение больных, системные ретиноиды.

Угревой болезнью люди страдали еще с древних времен. Более 2 тыс. лет назад у жителей Рима, Египта и Греции также отмечались вульгарные угри, о чем свидетельствуют несколько десятков записей врачей того времени. Болезнью угревые высыпания вплоть до XVII в. не считали (в то время как раз свирепствовали эпидемии чумы, холеры, гриппа), так что акне воспринималось тогда лишь как небольшой косметический дефект – не более того.

Интересна этимология слова «акне». Для обозначения угревых высыпаний на коже в средние века применялся термин *lonthos*, что в переводе с греческого буквально означает «бородатый, с бородой». Наблюдательные греки обратили внимание на то, что угри на коже у юношей обычно появляются вместе с бородой, и связали эти два слова вместе. В Риме для обозначения вульгарных угрей широко применялся термин *vagus*, что значит «прыщи на лице, угревые высыпания».

Первым, кто ввел в медицинскую терминологию слово «акне», был древнеримский врач Этиус, служивший при дворе императора Юстиниана. Скорее всего, в то время это слово звучало не как *аспе*, а как *акме* либо *аспне*, а своим современным звучанием оно обязано лишь ошибке переписчиков текста. Фактически, до XVIII в. проблема угревой болезни никого не интересовала. И только

в 1840–1850 гг. австрийский доктор медицины *Nebra* серьезно взялся за ее изучение. Он и связал появление угрей на коже с инфицированием сальных желез в связи с недостаточной их гигиеной, и впервые описал процесс возникновения угревых высыпаний, многие моменты которого совпадают с современной теорией патогенеза акне.

Заболеваемость угревой болезнью у мужчин отмечается более часто – около 90 % мужского населения заболевают в возрасте 12–24 лет, и процент средне-тяжелых и тяжелых форм выше, чем у женщин, – примерно 34 %, в то время как среди женщин это число составляет 3–12 % [2–4].

Согласно современным представлениям, акне – это полиэтиологическое заболевание, среди важных патогенетических механизмов развития которого выделяют: гиперандрогению, эндокринопатию, наследственную предрасположенность, прием препаратов анаболического действия, дефицит цинка, психоэмоциональные и невротические расстройства, заболевания печени, дисбаланс липидов, снижение неспецифической иммунологической реактивности, чрезмерное размножение коринебактерий, воспалительный процесс, фолликулярный гиперкератоз, нарушение процессов кератинизации [6–8].

На основании проведенных исследований все более актуальными становятся такие факторы, как

неконтролируемый прием биологически активных добавок, продуктов спортивного питания, включающих в себя андрогены, отсутствие регулярной половой жизни у женщин репродуктивного возраста, что дает начало гормональному дисбалансу и дальнейшей поликистозной трансформации яичников, химический состав молочных продуктов, которые часто могут содержать гормональные составляющие, учитывая использование стимуляторов роста массы тела у скота, накопление и негативное воздействие ароматизаторов и консервантов в современных продуктах [1, 4, 10].

В коже человека присутствуют андрогенчувствительные элементы: волосяные фолликулы, потовые и сальные железы. Под влиянием андрогенов увеличивается внутриклеточный синтез липидов, регулируется митотическая активность клеток. До начала пубертатного периода сальные фолликулы имеют малые размеры и вульгарные угри не развиваются. В пубертатный период андрогенная стимуляция, в основном тестостероном, а также другими гормонами яичников и надпочечников, приводит к росту сальных желез и выработке кожного сала [10].

В коже пациентов с вульгарными угрями преобразования тестостерона в дигидротестостерон происходит в 30 раз интенсивнее, чем в нормальной коже. Сальные железы под влиянием повышенного уровня андрогенов увеличиваются в размерах, активность их значительно возрастает.

У больных акне в период полового развития нарушается соотношение между андрогенами и эстрогенами. Такие расстройства чаще наблюдаются у женщин в связи с физиологическими колебаниями выделения эстрогенов, когда количество высыпаний значительно увеличивается, и течение болезни обостряется. Эстрогены тормозят появление угрей, а андрогены и прогестерон способствуют их возникновению. Итак, развитие и течение акне существенно зависит от гормональных изменений в организме, то есть нарушения соотношения между андрогенами и эстрогенами, а именно повышение уровня дегидроэпиандростерона и андростерона, можно рассматривать как один из возможных факторов в механизме развития вульгарных акне [2, 4, 8–10].

Однако данные по изучению уровня половых гормонов у женщин репродуктивного возраста являются неоднозначными, часто противоречивыми. Особую актуальность эта патология приобретает у женщин данного возраста, поскольку, по данным клинических наблюдений, степень тяжести акне с возрастом увеличивается. У таких пациенток нередко развиваются глубокие инфильтративные и конглобатные формы угревых высыпаний, которые приводят к образованию рубцовых изменений кожи, а это, в свою очередь, является причиной серьезных косметологических проблем, психоэмоциональных расстройств и социальной дезадаптации больных акне женщин.

Проведенные нами ранее исследования показали, что те или иные эндокринные нарушения у пациентов с акне, обуславливающие абсолютную или относительную гиперандрогению, наблюдались у всех пациентов с тяжелой формой угревой болезни [6, 7].

Схемы лечения, которые применяются согласно национальным, европейским, американским протоколам, включают в себя рекомендации по применению системных и топических ретиноидов, системных и топических антибиотиков, антиандрогенов, а также комбинированных препаратов для наружного применения. Оптимальным является влияние на разные механизмы патогенеза; также необходимо четкое дифференцирование показаний к местной и системной терапии, что включает в себя допустимую и рекомендуемую наружную терапию при легких степенях акне и системную комбинированную – при средних и тяжелых степенях поражения [9, 12].

Особая роль в лечении пациента со среднетяжелой или тяжелой формой акне отводится психоадаптации и адьювантной терапии, которая дополняет протокол эмољентами, фотозащитной косметикой и рекомендациями по лечению коморбидной патологии, режиму и уходу за кожей в период лечения.

Даже учитывая постоянные открытия и поиски решения проблемы акне, эта задача не становится легко решаемой. Пациент или пациентка с акне – это человек, который будет длительно знаком со своим доктором. Часто практикующий врач может встретиться с психосоциальными преградами на пути к искомому выздоровлению пациента.

Проблемы, с которыми наиболее часто встречается врач в практической деятельности при ведении пациентов с акне:

1. Часто пациент настроен негативно, так как до этого у него был неуспешный опыт лечения данного дерматоза или у врачей, или при применении лечебной косметики.

2. Пациенты часто воспринимают проблему и глубоко, и поверхностно одновременно. С одной стороны, они считают это лишь внешней косметической проблемой, с другой – основной причиной неудач в жизни. Особенно женщины часто считают дефекты кожи, присущие акне, причиной несложившейся личной жизни, неуспеха в карьере или основой неприятия их в обществе. В то же время они приходят на прием к доктору лишь за чудодейственной мазью, которая, на их взгляд, может решить все проблемы в их жизни, не учитывая того, что это абсолютно никак не может решить проблемы гормонального зеркала, заболеваний желудочно-кишечного тракта и психоадаптивных способностей.

3. Проблема при назначении системных ретиноидов состоит в том, что часто пациенты перед применением ознакомились с информацией в интернете и, досконально изучив инструкцию, заявляют о нежелании принимать препарат. При этом они апеллируют фактами и мнениями форумов,

которым сложно противостоять, ввиду того что этой информации по ряду причин они доверяют больше. Чтобы побороть это убеждение и достичь понимания необходимости применения данного препарата именно у этого пациента, требуется обычно много времени. Важность достижения определенного психоэмоционального расположения пациента и ряд действий и психологических приемов, которые помогают добиться доверия к специалисту, неоспорима и необходима при ведении пациента с акне.

4. Часто пациенты отказываются слепо выполнять назначения и требуют аргументированного объяснения необходимости приема того или иного препарата. Это обязывает доктора проводить минилекцию, чтобы пациент понимал, что не только врач знает, как решать проблему его здоровья, но и сам пациент может способствовать улучшению результатов лечения.

5. При применении системных ретиноидов возникает необходимость назначения солнцезащитных препаратов. Это обусловлено действием препарата, который делает кожу более фоточувствительной. Частым обстоятельством в ведении таких пациентов становится их самостоятельная отмена солнцезащитного крема в «несолнечный» день или зимой.

6. Принимая во внимание статистику заболеваемости относительно возраста, следует учитывать, что довольно часто на прием приходят пациенты в сопровождении своих старших родственников – мам и бабушек, которые отмечают замкнутость, проблематику переходного возраста и недопонимание между поколениями. Здесь возможны ситуации, когда подросток очень хочет лечиться сам, так как понимает важность решения этой проблемы, либо решение о лечении принято родителями и бабушками, и пациент не заинтересован в получении положительных результатов лечения, что осложняет работу врача. Часто таким детям закупают лекарства, и они выполняют рекомендации некачественно или не выполняют вовсе. Затем на прием приходят их родственники и сомневаются в квалификации врача и наличии опыта в решении данной проблемы. Учитывая призвание лечить и профессиональный альтруизм, очень важно достигнуть понимания и разобраться, в чем проблема неуспеха. Если эта задача не будет решена, подросток не будет вылечен, будет

иметь комплексы, которые в дальнейшем станут причиной и оправданием его неуспеха в учебе, работе и личной жизни. Занимаясь проблемой акне, мы отвечаем не только за состояние конкретного сально-волосяного фолликула, но и за чью-то, возможно, успешную или неуспешную жизнь.

7. При беседе с пациентом подросткового возраста или пациентом, принимающим спортивные добавки, врач практической медицины может столкнуться с тем, что они не желают общаться или признаваться в том, что принимают эти препараты. Часто пациент в такой беседе решает психологическую задачу: что для него важнее – здоровье и состояние его кожи или улучшение конституциональных особенностей, что будет больше влиять на принятие его в обществе и будет более весомым при общении с противоположным полом.

8. Одной из проблем при общении врача с пациентом является различие представлений о сроках лечения. Часто пациент недооценивает проблему, и длительный прием препаратов становится для него невыполнимой задачей. Здесь важным фактором общения с пациентом является способность доктора донести важность решения проблемы и возможные последствия, которые могут возникнуть при пренебрежении лечением.

9. Финансовая несостоятельность пациента часто становится преградой при назначении лечения. Здесь от доктора требуется хорошая осведомленность в ценовой политике в отношении определенных препаратов и способность к поиску альтернативы согласно клинической картине.

10. Вполне ожидаемое ухудшение течения дерматоза при применении системных ретиноидов также часто влияет на получение положительного эффекта от лечения.

11. Одной из немаловажных проблем является наличие противопоказаний к назначению ретиноидов (таких как планирование беременности, заболевания нейроэндокринной системы и прочее).

Учитывая вышесказанное, а также принимая во внимание тот факт, что акне, по мнению некоторых западных ученых, входит в группу суицидальных дерматозов, хотелось бы обратить внимание врачей на индивидуальный подход к лечению каждого отдельного пациента и признать это основным залогом успешности патогенетической терапии.

Список литературы

1. Волкова Е.Н. Прогрессивные технологии ведения больных с угревой болезнью и постакне [Текст] / Е.Н. Волкова, Н.К. Осипова, А.А. Григорьева, В.В. Платонова // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2010. – № 3 (83). – С. 89–93
2. Высоцкая А.Л. Патогенетическое обоснование комплексной терапии женщин больных угревой болезнью: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.20. [Текст] / А.Л. Высоцкая. – ЛНМУ, Луганськ, 2006. – 21 с.
3. Голоусенко И.Ю. Акне, смешанная гиперандрогения и гиперпролактинемия [Текст] / И.Ю. Голоусенко, Ю.Н. Перламуртов // Вестник последипломного медицинского образования. – 2012. – № 2. – С. 4–7.
4. Иринчин Г.В. Комплексное лечение больных вульгарными угрями с использованием антиоксидантного комплекса и комбинированной терапии: дис. ... канд. мед. наук [Текст] / Г.В. Иринчин. – Черновцы, 2006. – С. 11–13
5. Калюжна Л.Д. Тяжкі форми акне: можливості лікування [Текст] / Л.Д. Калюжна, А.В. Петренко // Укр. мед. часопис: наук.-практ. загальномед. часопис. – 2014. – № 6. – С. 67–69.
6. Кутасевич Я.Ф. Опыт лечения тяжелых форм угревой болезни [Текст] / Я.Ф. Кутасевич, И.А. Маштакова // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2011. – № 3. – С. 66–72.
7. Маштакова И.А. Комплексное лечение угревой болезни с учетом гормонального фона и микробиоценоза кожи [Текст] / И.А. Маштакова, А.Н. Огурцова // Doctor. – 2005. – № 1 (27). – С. 27–29.
8. Наумова Л.А. Синдром гиперандрогении у женщин с угревой болезнью: алгоритмы диагностики [Текст] / Л.А. Наумова, В.И. Степаненко // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2014. – № 4 (55). – С. 34–39.
9. Молодова Ю.С. Применение низких доз изотретиноина в лечении больных вульгарными угрями [Текст] / Ю.С. Молодова // Вестник последипломного медицинского образования. – 2012. – № 2. – С. 66.
10. Самцов А.В. Новое в изучении акне у женщин [Текст] / А.В. Самцов // Вестник дерматологии и венерологии. – 2014. – № 1. – С. 64–68.
11. Степаненко В.І. Комплексна етапна терапія хворих на акне та акнеподібні дерматози [Текст] / В.І. Степаненко, А.В. Клименко // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2009. – № 3. – С. 50–61.

References

1. Volkova EN, Osipova NK, Grigoryeva AA, Platonova VV. Progressivnyye tekhnologii vedeniya bol'nykh s ugrevoy boleznyu i postakne. (Advanced technology management of patients with acne and postacne). Ukr j of dermatol, venerol, kosmetol. 2010;3(83):89-93.
2. Visockaya AL. Patogeneticheskoye obosnovaniye kompleksnoy terapii zhenshchin bol'nykh ugrevoy boleznyu (Pathogenetic substantation of complex treatment of female patients with acne). Lugansk; 2006. 21 p.
3. Golousenko IYu, Perlamutrov YuN. Akne, smeshannaya giperandrogeniya i giperprolaktinemiya (Acne, mixed hyperandrogenism and giperprolaktinemiya). Gazette postgraduate medical education. 2012;2:4-7.
4. Irinchin GV. Kompleksnoye lecheniye bol'nykh vul'garnimi ugrayami s ispol'zovaniyem antioksidantnogo kompleksa i kombinirovannoy terapii (Complex treatment of patients with acne: antioxidant complex and combination therapy). Chernovci; 2006. P. 11-13.
5. Kalyugna LD, Petrenko LD, Petrenko AV. Tyazhki formi akne: mozhlivosti likuvannya (Severe forms acne: treatment options). Ukr medical j. 2014;6:67-69.
6. Kutasevich YaF, Mashtakova IA. Opyt lecheniya tyazhelykh form ugrevoy bolezni (Experience in the treatment of severe forms acne). Ukr j of dermatol, venerol, kosmetol. 2011;3:66-72.
7. Mashtakova IA, Ogurtsova AN. Kompleksnoye lecheniye ugrevoy bolezni s uchetom gormonal'nogo fona i mikrobiotse-noza kozhi (Complex treatment of acne based on hormonal and skin microbiocenosis). Doctor; 2005;1(27):27-29.
8. Naumova LA, Stepanenko VI. Sindrom giperandrogenii u zhenshchin s ugrevoy boleznyu: algoritmy diagnostiki (Syndrom of hyperandrogenism in women with acne: diagnostic algorithms). Ukr j of dermatol, venerol, kosmetol. 2014;4(55):34-39.
9. Molodova YuS. Primeneniye nizkikh doz izotretinoina v lechenii bol'nykh vul'garnymi ugrayami (The use of low doses of isotretinoin in patients with acne). Gazette postgraduate medical education. 2012;2:66.
10. Samtcov AV. Novoye v izuchenii akne u zhenshchin (New in the study of acne in women). Gazette postgraduate medical education. 2014;1:64-68.
11. Stepanenko VI, Klimenko AV. Kompleksna yetapna terapiya khvorikh na akne ta aknepodibni dermatози (Complex-stage therapy of patients with acne). Ukr j of dermatol, venerol, kosmetol. 2009;3:50-61.

ПРОБЛЕМИ СПІЛКУВАННЯ З ХВОРИМИ НА АКНЕ І ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ ЛІКАРЕМ

І.М. Бронова

*ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»
Харківська медична академія післядипломної освіти*

Резюме

У статті викладені короткі дані про етіологію та патогенез акне, виділені і висвітлені основні проблеми спілкування з хворими на акне, а також запропоновано шляхи їх подолання.

Ключові слова: акне, ведення хворих, системні ретиноїди.

COMMUNICATION PROBLEMS WITH PATIENTS OF ACNE AND WAYS TO OVERCOME PHYSICIAN

I.M. Bronova

*SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine»
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education*

Abstract

The article presents the summary of the etiology and pathogenesis of acne, identified and highlighted the main communication problems with patients with acne, as well as the ways to overcome them.

Key words: acne, management of patients, systemic retinoids.

Сведения об авторе:

Бронова Ирина Михайловна – ассистент кафедры дерматовенерологии и ВИЧ/СПИДа, Харьковская медицинская академия последипломного образования; врач-дерматовенеролог, ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины». E-mail: bronovaderma@ukr.net