

А.Ю.Родин

# ВУЛЬГАРНЫЕ И РОЗОВЫЕ УГРИ В ПРАКТИКЕ СТОМАТОЛОГА

# Вульгарные угри (акне)

- Вульгарные угри является одной из наиболее распространённых кожных заболеваний. В возрасте от 12 до 24 лет вульгарные угри регистрируются почти у 90 %.
- Однако в большинстве случаев заболевание протекает легко, являясь лишь временным косметическим дефектом

# ПАТОГЕНЕЗ

В патогенезе угревой болезни можно выделить 4 механизма:

- гиперпродукция секрета сальными железами (себорея)
- фолликулярный гиперкератоз
- деятельность бактерий
- воспаление

- ◎ “Себорея” означает особое состояние кожи, связанное с выделением сальными железами увеличенного по сравнению с нормой количество кожного сала изменённого химического состава.

- ◎ Выделяют три формы себореи: жидкую, густую и смешанную. **Жидкая** себорея чаще развивается у женщин и как правило связана с вегетоневрозом. Начало заболевания - в период полового созревания. Оно характеризуется поражением не всех себорейных участков - в большей степени затронуты кожа лица и волосистой части головы.

- ⦿ При этом имеется повышенное отделение кожного сала, на коже лица - комедоны, и поверхностные папуло-пустулёзные акне.
- ⦿ Отмечается повышенная сальность волос, зуд волосистой части головы, перхоть. Длительное течение жидкой себореи может сопровождаться алопецией.

- ◎ **Густая себорея** более характерна для мужчин. Заболевание начинается в возрасте 16-20 лет и связана, как правило, с эндокринным дисбалансом. Для густой себореи характерно поражение всех себорейных участков. При этой форме выделяется кожное сало достаточно густой консистенции.

- ◎ Кожа в очагах поражения утолщена, имеет вид "пористой" (напоминает корку апельсина), появляются многочисленные камедоны, также имеется тенденция к образованию атером, глубоких папуло-пустулёзных, узловато-кистозных и конглобатных элементов, после которых остаются рубцы.



- ◎ **Смешанная себорея** характеризуется сочетанием клинических признаков жидкой и густой. Как правило, у таких пациентов на лице имеются признаки жидкой себореи, а на груди и спине - густой.

◎ Второе важное звено патогенеза угревой болезни - нарушение процессов ороговения в устье волосяных фолликулов.

Результатом этого является повышенное ороговение воронки фолликула с нарушением оттока кожного сала и формированием комедонов.





- ◎ Третье патогенетическое звено - бактериальная колонизация, которая не является непосредственной причиной заболевания, но свою роль играет, особенно это относится к *Propionibacterium asne*, в меньшей степени к эпидермальному стафилококку, грибам рода *Pityosporum*.
- ◎ Заключительным этапом формирования угревой болезни является развитие воспаления в дерме.

# КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Юношеские угри
  - а) камедональная форма
  - ⦿ б) папулопустулёзные угри
  - ⦿ в) узловатокистозные угри
  - ⦿ г) молниеносные угри (acne fulminans)

## 2. Угри взрослых

- ⦿ а) поздние угри
- ⦿ б) инверсные угри (возвратные)  
в) "Bodybuilding acne"
- ⦿ г) шаровидные или нагромождённые угри (*acne conglobata*)

### 3. Угри детского возраста

- ⦿ а) угри новорожденных
- ⦿ б) угри детей
- ⦿ Угри, вызванные экзогенными причинами (cosmetic acne, contact acne), в том числе механическими
- ⦿ Акнеиформные высыпания



# ЮНОШЕСКИЕ АКНЕ

- ◎ **Папулопустулёзная форма.** Вокруг открытых и закрытых комедонов. развивается различной интенсивности воспаление, проявляющееся образованием папул и пустул.





◎ **Узловато-кистозная форма.**

Отличается длительным течением с образованием глубоких инфильтратов и кистозных полостей, заполненных гноем. Исходом такого состояния всегда является образование рубца.







◎ **Молниеносные акне.** Тяжелая и редкая форма, возникающая на фоне лёгкой папуло-пустулёзной, реже узловато-кистозной формы. Большинство авторов относят её к гангренозной пиодермии. Полагают, что в патогенезе играют роль инфекционно-аллергические или токсико-аллергические механизмы.



- Заболевание начинается остро с выраженными симптомами интоксикации: повышение температуры выше 38 градусов, артралгии, миалгии, боли в животе, анорексия. Посевы крови на стерильность дают, как правило, отрицательный результат. На коже спины, груди, боковых поверхностях шеи и плеч на эритематозном фоне появляются пустулёзные элементы, быстро изъязвляющиеся папулы. Характерно отсутствие высыпаний на лице.



# УГРИ ВЗРОСЛЫХ

- В большинстве случаев юношеских угрей высыпания самопроизвольно разрешаются к 20 годам, но у 3-5% женщин и мужчин до 40-50 лет сохраняются признаки угревой болезни.

- ◎ **Поздние акне.** Чаще наблюдается у женщин. Примерно у 20% взрослых женщин отмечается появление угрей в области подбородка за 2-7 дней до начала месячных и постепенное исчезновение высыпаний в начале следующего менструального цикла. Часто у них выявляют поликистоз яичников, нарушение менструального цикла, гирсутизм, опухоли надпочечников или яичников.

- ◎ **Инверсные угри.** Заболевание развивается после периода полового созревания, нередко сочетается с тяжёлыми формами акне и повышенной массой тела. Кроме волосяных фолликулов, вторично поражаются апокриновые потовые железы. Соответственно локализация высыпаний - подмышечные впадины, область промежности, пупка, ареол сосков грудных желёз. Формируются болезненные бугристые инфильтраты с образованием фистул с гнойным отделяемым.

- ◎ **Bodybuilding acne.** Проявляется в основном узловато-кистозной формой. Причиной является гиперандрогения, усиливающая продукцию кожного сала. Эта форма связана с приёмом анаболических гормонов, витаминных коктейлей, реже кортикостероидов.

- ◎ **Шаровидные или нагромождённые угри (конглобатные)**. Проявление угревой болезни после периода полового созревания не уменьшаются и рецидивируют до 40 лет, иногда в течении всей жизни. Наиболее часто встречается у мужчин с дополнительной Y-хромосомой (XYY). Клинически проявляется множественными узловато-кистозными элементами, которые сообщаются между собой и располагаются не только в себорейных зонах, но и на животе, конечностях.

# УГРИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

- ◎ **Угри новорожденных.** Проявления связаны с гормональным внутриутробным кризом, обусловленным резким снижением эстрола у новорожденных в первую неделю жизни. Высыпания представлены в основном закрытыми комедонами на щеках, лбу, подбородке. После рождения такие элементы появляются у 50% новорожденных и имеют вид точечных папул перламутрово-белого или желтоватого цвета. Элементы разрешаются самопроизвольно в течении дней, недель, реже 1,5 месяцев



- ◎ **Угри детей.** Возникают позднее, на 3-6 месяце жизни, могут иметь тяжелые проявления существующие до 5 лет.
- ◎ По мнению многих авторов высыпания могут быть связаны с врожденной гиперплазией надпочечников или андроген-продуцирующей опухолью.

# ЛЕЧЕНИЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

- ⦿ Выбор методов лечения основывается на оценке тяжести угревой болезни. Это затруднено, поскольку единой классификации не существует. Удобно деление на 3 формы.
- ⦿ **Лёгкая форма.** Диагностируется при наличии закрытых и открытых комедонов практически без признаков воспаления. При лёгкой форме возможно наличие не более 10 папуло-пустулёзных элементов на коже лица.

- ◎ **Среднетяжёлая форма.** Количество папуло-пустулёзных элементов на лице более 10, но не более 40. Могут быть рассеянные элементы на коже туловища.
- ◎ **Тяжёлая форма.** Характеризуется наличием более 40 папуло-пустулёзных элементов, сливных инфильтратов, абсцессов, фистул

# Лёгкая форма

- требует только наружной терапии.  
**Бензоилпероксид** (Окси-5, Окси-Ю, Десквам, Базирон, Клеарамед, Стиоксил).  
Обладает мощным кератолитическим, отбеливающим эффектом, выраженным антибактериальным и противовоспалительным действием.

- ◎ **Третиноин** (Аирол, Ретин-А). Синтетический ароматический ретиноид (аналог витамина А), а также метаболит ретионида - Адапален (Дифферин). Показан в качестве монотерапии при лёгкой форме, а также при неэффективности бензоилпероксида.

- ◎ **Азелаиновая кислота (Скинорен, AZA, Азикс-Дерм).** Препарат препятствует образованию камедонов, обладает сильным антибактериальным и противовоспалительным действием. Недостатком препарата является медленное действие (эффект становится заметным не ранее, чем через 4 недели, с максимумом через 1,5-3 месяца).



◎ **Антибактериальные средства.**

Назначаются в случае непереносимости или неэффективности бензоилпероксида, третиноина и азелаиновой кислоты.

**Клиндамицин (Далацин).** Выпускается в виде 1% линимента и лосьона. Продолжительность лечения не более 3 месяцев, при необходимости курс можно повторить после перерыва.

- ◎ **Эритромицин (Зинерит).** Препарат, представляющий собой эритромицин-цинковый комплекс выпускается в виде порошка для приготовления раствора и растворителя и показан при лёгкой и средней тяжести угревой болезни на фоне жидкой себореи.



# Лечение акне средней степени тяжести.

- Наружно при угревой болезни средней тяжести используются те же препараты, что и при лёгкой форме. Кроме того, при средне-тяжелой форме назначают **системные антибактериальные препараты**. Они назначаются при неэффективности наружной терапии бензоилпероксидом, третиноином или азелаиновой кислоты, тенденции к рубцеванию, выраженной депрессии, дисморфофобии на фоне даже лёгкого течения.

⦿ **Антибиотики группы тетрациклина.**  
(тетрациклин, доксициклин (юнидокс),  
миноциклин).

⦿ **Эритромицин.**

⦿ **Сульфаниламиды.**

Рекомендуемая продолжительность курса  
составляет минимум 6 месяцев.

- ⦿ У женщин показано применение **гормональной терапии** (комбинированные оральные контрацептивы с эстрогенным профилем или антиандрогены) – **андрокур, диане, диане-35, марвелон, Джес, Ярина, Анжелик**



# Лечение тяжелой формы угревой болезни

Проводится двухэтапно. **Первый этап** терапии включает в себя:

- ⦿ - наружная терапия бензоилпероксидом, третиноином, азелаиновой кислотой и
- ⦿ - тетрациклин 1 г/сутки (и его производные) **или**
- ⦿ антиандрогены или оральные контрацептивы с преобладанием эстрогенов
- ⦿ Положительных результатов от подобной терапии можно ожидать не ранее, чем через 4-12 недель.

## Второй этап терапии

- ⦿ Если спустя 3 месяца эффекта от лечения нет, назначают изотретиноин.
- ⦿ **Изотретиноин** (синтетический аналог витамина А - 13-цис-ретиноевая кислота, поступающий на рынок под названием **Роаккутан, Акнекутан, Сотрет.**



# Розовые угри

- Под термином "Розацеа (розовые угри) " понимают хроническое воспалительное заболевание кожи лица, проявляющееся застойной эритемой центральной зоны лица, эритрокуперозом, папуло-пустулёзными высыпаниями, а также гиперплазией соединительной ткани и сальных желёз.

- ◎ Заболеванию подвержены женщины в возрасте 30-50 лет с 1 и 2 фототипами кожи, наиболее характерными для центральной России (соотношение женщин и мужчин 4:1).
- ◎ Розацеа встречается у всех рас, но преимущественно у светлокожих (например, у ирландцев, в связи с чем англичане называют розацеа - "приливы кельтов").



Одной из общепризнанных гипотез развития розацеа считается сочетание ангионевроза в области тройничного нерва (периодические "приливы" эритемы с чувством жара) и действия провоцирующих факторов (алиментарные, алкоголь, метеовлияние, фотосенсебилизация, перегревание, клещевая инвазия, расстройства эндокринной регуляции и др).

- ⦿ Достаточно часто розацеа дебютирует на фоне себореи, фолликулитов, вульгарных угрей.
- ⦿ Полагают, что чрезмерное употребление мяса способствует развитию ринофимы, а избыток глутамата натрия, применяемого в качестве вкусовых добавок в мясные продукты, вызывает так называемый синдром "китайских ресторанов".

- ⦿ Условно можно выделить следующие периоды болезни:
- ⦿ **Продромальный период - Прерозацеа.**  
Периодические, появляющиеся под действием раздражающих факторов "приливы". Способность вызывать приливы приписывают вазоактивным пептидам желудочно-кишечного тракта (пентагастрины).

- Преимущественная локализация высыпаний на лице, видимо объясняется повышенной чувствительностью расположенных здесь брадикининовых рецепторов.
- Приливно-эритематозная сыпь может быть вызвана механическим раздражением кожи, температурными колебаниями, употреблением горячих, алкогольных напитков, острой пищи.

⦿ В начале продолжительность эритемы от минут до нескольких часов, сопровождается ощущением жара и тепла, затем бесследно исчезает и появляется вновь.

Такое состояние может продолжаться годы.

◎ **Стадия 1. Сосудистое розацеа.** Наличие стойкой эритемы в области лица, появление незначительных телеангиоэктазий.

Эритема постепенно становится более насыщенной, с синюшным оттенком, нередко переходя на окружающие нос ткани щек, лба и подбородка.



◎ **Стадия 2. Воспалительное розацеа.**

Представляет сочетание стойкой эритемы, телеангиоэктазий, папул и мелких пустул. При этом пустулы имеют нормальную бактериальную флору или являются стерильными, как реакция на механическое раздражение демодексом









- ◎ **Стадия 3. Позднее розацеа.** Стойкая эритема становится ещё более насыщенной, телеангиэктазии образуют густую сеть, множественные папулы, пустулы, узлы, иногда- обширные инфильтраты в центральной части лица.





- ⦿ В любой стадии (в том числе вообще без проявлений розацеа) могут появиться особый признак:
- ⦿ **Ринофима** (встречается почти исключительно у мужчин) проходит следующие формы - **железистая форма** (бугристое, шишковидное разрастание тканей носа за счет выраженной гиперплазии сальных желез). Нос увеличивается в размерах без признаков активного воспаления





- ◎ **фиброзная форма** - На фоне отсутствия гиперплазии сальных желез разрастание соединительной ткани приводит к равномерному увеличению тканей носа, **фиброзно-ангиоэктатическая форма** - разрастание и отёк соединительной ткани и густая сеть венозных телеангиоэктазий придаёт увеличенному носу медно-красный или синюшный цвет (виски-нос)



- ◎ **Офтальморозацеа.** У каждого третьего пациента розацеа протекает с поражением глаз в виде блефарита или конъюнктивита (ощущение инородных частиц в глазах и светобоязнь). Это не является осложнением розацеа и может на несколько лет опередить кожные поражения.

# Роль в патогенезе розацеа

## Demodex Folliculorum

- Клещ в незначительном количестве живёт в коже каждого человека. Демодекс питается не только сальным секретом, но и продуктами деструкции эпителиальных клеток.
- Превращение клеща в паразита кожи связано с изменением условий среды обитания. Нейроэндокринные, желудочно-кишечные, психические, иммунные заболевания, поражения гепатобилиарной системы и нарушение липидного обмена способствуют размножению клеща

# ПЕРИОРАЛЬНЫЙ ДЕРМАТИТ

- Является abortивной клинической формой розацеа. Это частая патология кожи, более характерная для молодых женщин (**болезнь стюардесс**) с сухим (атопическим) типом кожи и чрезмерным использованием увлажняющих средств и характеризующаяся длительным, склонным к рецидивированию течением, упорностью к терапии.

# Клиника.

- Начинается с единичных мелких папул вокруг рта, однако достаточно быстро присоединяется эритема, количество папуло-пустул увеличивается, процесс с области подбородка и верхней губы может распространяться на другие участки лица, часто развивается блефарит.







# ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ РОЗОВЫХ УГРЕЙ

- Рекомендуется щадящая диета предусматривающая исключение из рациона алкоголя, острых, солёных, кислых, пряных блюд, (некоторые предлагают переход на молочно-растительную диету), кроме того, исключены кофе и крепкий чай (хотя многие полагают, что провоцирует не кофеин, а высокая температура).

- Больные не должны находиться в помещениях с высокой температурой воздуха (бани, сауны), следует избегать инсоляции, а также использовать зубные пасты, содержащих фтор.
- Запрещаются препараты, содержащие галогены (йод, бром), так как могут привести к развитию конглобатных розацеа

- ◎ Комплекс лечебных мероприятий включает **антибиотики широкого спектра** доксициклин или миноциклин, тетрациклин, эритромицин, рокситромицин (рулид), кларитромицин (клабакс)

- ◎ **Метронидазол** (трихопол, флагил, клион), **орнидазол** (тиберал, дазолик).— самые частые применяемые системные препараты. Оказывает бактериостатический эффект в отношении грамотрицательных палочек и антипаразитарный в отношении демодекса.

- ◎ **Ретиноиды. Изотретиноин: Роаккутан, Акнекутан, Сотрет.** (синтетический аналог витамина А). Особенно рекомендуются для лечения тяжелых форм или при неэффективности антибиотиков и местного лечения. Кроме того, важным показанием является дисморфофобия и социальная дезадаптация.

- ◎ **Антималярийные препараты.** Учитывая патогенетическое значение хронической инсоляции антималярийные препараты назначают в качестве **базисной терапии** (резохин, делагил, плаквенил)

- ◎ **Физиотерапевтические методы. Криотерапия.**  
Аппликации жидкого азота или снега угольной кислоты проводятся каждый день или через день до глубокого отшелушивания.
- ◎ **Электрокоагуляция , диатермокоагуляция.**  
Применяется для разрушения телеангиоэктазий, отдельных папулёзных и папуло-пустулёзных элементов.
- ◎ **Лазеротерапия.**
- ◎ **Электрофорез**

- ◎ **Лечение ринофимы.** Хирургическое иссечение гипертрофированных тканей. Лазерная хирургия аргоновым и углекислым лазером. Особенностью последнего метода является эффективная бескровная реконструкция мягких тканей носа, не оставляющая рубцовых изменений. Практически идеальные результаты получаются при электрокоагуляции, волосковым электродом каждого волосяного фолликула (особенно при железистой форме)



# Местная терапия

- ⦿ В настоящее время большинство авторов рекомендуют местное применение производных метронидазола: 0,75% **метронидазол-гель** или крем, 1% **крем "Розамет"**, которые наносят 2 раза в сутки.
- ⦿ **Гель "Регецин", крем с витамином Ф 99, гель "Скинорен",**

- ⦿ При умеренных проявлениях местно можно назначить:
- ⦿ **Сикальфат** (заживляющий крем) – особенно при периоральном дерматите
- ⦿ **Дирозеаль** (крем от купероза) 1 раз в день – минимум 3 месяца

- ◎ **Антиружер** (крем при застойной эритеме при сухой коже, эмульсия – при нормальной)
- ◎ **Триакнеаль** (противовоспалительный крем: ретинальдегид + гликолевая кислота + эффектиоза)

- ⦿ В торпидных к лечению случаях, особенно при розеолёзно-папулёзной форме) хорошую эффективность показывает применение нестероидного противовоспалительного средства – крем **Элидел**
- ⦿ Крем **Солантра (ивермектин)**

◎ **БЛАГОДАРЮ ЗА  
ВНИМАНИЕ!**