КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ

© Мамарасулов Дилшод Илхомович, Юлдашев Музаффар Акрамович, Мун Андрей Витальевич, Исмоилов Бекзод Бахтиярович

Ташкентский педиатрический медицинский институт. 100140, Республика Узбекистан, г. Ташкент, ул. Богишамол, д. 223.. E-mail: muzaffar7373@mail.ru

Ключевые слова: акне, угревая болезнь

Актуальность. Акне (угревая болезнь) — хроническое рецидивирующее заболевание сальных желез и волосяных фолликулов. Акне является одной из наиболее актуальных проблем современной дерматологии. Это связано с распространенностью данной патологии, увеличением числа трудноизлечимых форм, а также ростом резистентности к антибактериальным препаратам.

Первая манифестация чаще проявляется в период полового созревания, поражает до 85% юношей и девушек в возрасте от 12 до 24 лет и у 10% сохраняется до возрастного периода 25–45 лет. Косметические дефекты при акне являются причиной психоэмоциональных расстройств больных, чаще депрессивного характера, снижают самооценку и качество жизни, что позволяет расценивать акне, как серьёзную медико-социальную проблему. Так как основной группой пациентов при данном заболевании являются подростки в период высокой лабильности и восприимчивости к разного рода проблемам, высыпания на лице приобретают большое значение как для них, так и для их родителей. У данной группы пациентов, особенно если говорить о людях с тяжелой степенью акне, значительно снижается качество жизни, которое напрямую может отражаться на психосоциальной адаптации этих лиц.

Особою тревогу вызывает тот факт, что при обращении к дерматологу лиц с угревой болезнью, часто отмечаются метаболические изменения — ожирение, стрии (поверхностные атрофии кожи), выраженные нарушения в ЖКТ, сахарный диабет. Лечение данной группы пациентов значительно затрудняет тактику.

Цель исследования. Разработать эффективную тактику лечения и профилактики угревой болезни

Материалы и методы. Из общего числа пациентов с угревой болезнью (n=194) были отобраны 37 пациентов со средне-тяжелой и тяжелой степенью, имеющих сопутствующие заболевания (ожирение, стрии, колиты, энтероколиты). Все пациенты были осмотрены смежными специалистами и проведено необходимое лабораторно-инструментальное обследование. Согласно стандартам лечения были назначены системно: окись цинка, ретиноиды, гепатопротекторы, пробиотики, антибиотики-макролиды, энтеросорбенты. Местно: первые 4–5 дней ихтиоловая мазь под повязкой, с последующей заменой на раствор, содержащий в 1мл клиндамицина гидрохлорида -10 мг, метронидазола — 8 мг 2 раза в день. Все дети были осмотрены эндокринологом, гастроэнтерологом и на основании их рекомендацией были составлены меню для каждого пациента.

Результаты. Все пациенты имели лишний вес от 35% и выше, более 60% имели на плечах, бедрах и нижней части живота поверхностные атрофии (стрии). Рацион практически всех пациентов был основан на злоупотреблении таких продуктов как мучные, колбасы, фаст-фуд, сладкое, газированные напитки и т.п. и практически полное отсутствие в их меню продуктов из клетчатки и овощей. Для данной группы при непосредственном участии их родителей были внедрены пищевые дневники и рекомендации диетолога — присутствовали только продукты здорового образа жизни. Настоятельно рекомендовали увеличить время активного образа жизни. Назначение терапии: ретиноидов проводили строго с согласия эндокринолога и на длительное время 4–6мес, антибиотики-макролиды, в основном были представлены в виде доксициклина моногидрата 0,1 2 раза в день после еды 10–15 дней, пробиотики (лакто- и бифидобактерии), окись Zn. Местная терапия хорошо переносилась всеми пациентами и улучшение (снижение болезненности и отсутствие новых элементов) отмечали все уже на 3–4 сутки от начала терапии. На 20–25 день от начала лечения субъективных жалоб никто из пациентов не предъявлял. На местах разрешившихся элементов присутствовали рубцовые изменения в виде постакне, незначительная инфильтрация. Применение местно раствора (клиндамицина гидрохлорида и метронидазола) продолжали в среднем до 40–45 дней. Затем его заменили на цитеал 1–2 раза в день.

Длительное соблюдение диеты и здоровый образ жизни на наш взгляд также являлись залогом успешного лечения. В среднем на 4–6 мес при осмотре пациентов мы отмечали стойкий терапевтический эффект у 91% и данной группе по указанию эндокринолога приостанавливали назначение системного ретиноида.

Заключение. На сегодняшний день решение проблемы угревой болезни требует деликатного подхода. Необходимо учитывать изменения в характере питания и состояние внутренних органов. Адекватная терапия при динамичном наблюдении тяжелых форм акне обеспечивает положительный эффект.