

Демина О.М.¹, Картелишев А.В.²**Патогенетическая роль в формировании синдрома комплекса угревой болезни ее «болезней-спутников» и инновационный способ терапии больных**

Demina O.M., Kartelishev A.V.

Pathogenetic role in the formation of acne symptomatic complex, its «diseases-sputnik» and innovative therapeutic technologies¹Кафедра кожных болезней и косметологии ФДПО ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет»,²Лазерная академия наук РФ, ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздрава РФ, Москва

Цель: изучить патогенетическое значение сопутствующей патологии в рецидивировании и хронизации угревой болезни (УБ) и эффективность инновационной лечебной комбинации в виде этапной низкоинтенсивной лазерной и фотодинамической терапии. **Материалы и дизайн исследования:** 276 больных различными формами УБ в возрасте от 16 до 44 лет; большинство (126, 45,6%) были с тяжелыми проявлениями УБ и с продолжительностью заболевания от 1 до 5 лет (157, 56,9%), разделенные на две группы: I, контрольная – 39 больных, лечившихся традиционно, и II, основная – 237, которым проводили комбинированное лечение НИЛТ + ФДТ по авторскому способу. Отдаленный катамнез изучен по наблюдению 182 пациентов (1 г), 154 (2–3 г) и 124 (4–5 лет). **Методы исследования:** синдромологический мониторинг сопутствующей патологии, метод статистического анализа. **Результаты и выводы:** сравнительный анализ клинической эффективности в основной и контрольной группах больных УБ с различной степенью тяжести и в зависимости от длительности терапии и наличия «болезней-спутников» выявил значительное улучшение в отношении диагностированных «болезней-спутников» УБ в основной группе, со значительным регрессом их синдрома комплекса на первом – втором этапе у 77,6–90,4% пациентов (в контроле не более чем у 25,1–30,6%) и вплоть до полной ликвидации проявлений у 86,3–94,8% (в контроле – ни в одном случае). Кроме того, выявлено такое же значительное улучшение ($p < 0,01$) и в отношении диагностированных «болезней-спутников» УБ, включая обусловленные иммунодефицитом и гормональным дисбалансом, а также расстройства общего габитуса и нервно-психического статуса, со значительным регрессом их синдрома комплекса на первом-втором этапе у 77,6–95,4% пациентов (в контроле не более чем у 25,1–30,6%) и вплоть до полной ликвидации проявлений в последующем у 86,3–97,8% (в контроле – ни в одном случае). **Ключевые слова:** вульгарные угри, лазерная, фотодинамическая терапия, физиологические параметры кожи.

Objective: To study a pathogenetic importance of comorbidity for acne recurrence and chronicity as well as to study effectiveness of an innovative therapeutic combination including low-level laser therapy (LLLТ) and photodynamic therapy (PDT). **Materials and design:** 276 patients with various forms of acne disease (AD) aged 16–44 were included into the study. The majority of them (n-126, 45.6%) had severe manifestations and disease duration from 1 to 5 years (n-157, 56.9%). They were subdivided into two groups: Group I – controls (n-39) who were treated traditionally; Group II – main (n-237) who were treated with the authors' exclusive method LLLT + PDT. The long-term monitoring catamnesis was studied in 182 patients (1 year), in 154 patients (2–3 years) and 124 patients (4–5 years). **Research techniques:** syndromological monitoring of comorbidities, statistical analysis. **Results and conclusions.** A comparative analysis of clinical effectiveness in the main group (Group II) and in the controls (Group I) with various forms of acne disease, with various duration of curative period as well as with various set of «disease-satellites» has revealed much better diagnostics of acne «disease-satellites» in Group II. There was a significant regression of symptoms in this group at the first – second stages in 77.6 patients (90.4%), while in the controls (Group I) not more than in 25.1 patients (30.6%); complete elimination of symptoms in Group II in 86.3 patients (94.8%), while in the controls (Group I) in no one. In Group II a significant improvement ($p < 0.01$) has also been revealed in the ratio of diagnosed acne «disease-satellites» including immunodeficient ones caused by hormonal imbalances, general habit disorders and psychological status. Moreover, a significant regression of symptoms in Group II was seen at the first and second stages in 77.6 patients (95.4%); in controls – no more than in 21.1 patient (30.6%); In addition, in Group II a complete elimination of manifestations at subsequent follow-ups was seen in 86.3 patients (97.8%), while in controls – none. **Key words:** acne vulgaris, laser, photodynamic therapy, skin physiological parameters.

Введение

Угревая болезнь (син. – вульгарные угри, акне) является одним из наиболее распространенных, как правило, персистирующих дерматозов [1, 3, 8, 15, 16, 19]. В индустриальных странах УБ наблюдается приблизительно у 85% населения, но имеются сведения и о том, что на различных этапах жизни заболеванием страдает до 90–95% населения земного шара [1, 15, 20]. Заболевание наблюдается как у лиц мужского, так и женского пола, поражая преимущественно пациентов в возрасте от 12 до 30 лет.

Особенностями современного течения УБ являются клинический полиморфизм, высокая частота встречаемости тяжелых форм, резистентных к терапии [6, 9,

11, 16]. При этом основной клинической характеристикой угревой болезни (УБ) является рецидивирующее течение, которое сопровождается общими реакциями, завершаясь обязательным формированием различных по глубине и конфигурации рубцов, оказывающих негативное влияние на качество жизни пациента, в частности на психосоциальную сферу, зачастую приводя к эмоциональной дезадаптации и депрессии [10].

Усугубляются данные явления тем, что при тяжелых абсцедирующих формах заболевания почти всегда наблюдается стойкая резистентность больных к используемым средствам комплекса стандартно проводимой терапии. Тем более что на практике все чаще регистрируют осложненные формы угревой болезни [6, 7, 19].

С учетом данной информации УБ представляется важной медико-социальной проблемой [9, 11, 16].

В настоящее время очевидно, что в развитии и формировании синдрома комплекса УБ важнейшую роль специалисты отводят наследственной предрасположенности. Имеются объективные доказательства того, что в патогенезе УБ огромные значения имеют генетические и конституциональные особенности организма, а также анатомическое строение сальных желез [2, 3, 18]. Подчеркивается также и определяющее значение наследования больным повышенного синтеза кожного сала; андрогенов, обеспечивающих гиперпродукцию сала кожными железами [3, 15].

Н.И. Скорогудаева (2009) отмечает, что развитию и поддержанию хронического течения воспалительного процесса способствуют иммунологические сдвиги, обнаруженные у больных различными формами и степенями тяжести угревой болезни. Не меньшее значение в формировании УБ отводят нарушениям цитокинового статуса также практически у всех больных акне [2].

В целом же давно известно, что данное заболевание не ограничивается хроническим поражением кожи с вовлечением в патологический процесс сальных желез и волосяных фолликулов, формирующих клинический синдромокомплекс УБ, а характеризуется многокомпонентным патогенезом [1, 11]. Многочисленными исследованиями доказано, что его ведущими звеньями служат: наследственная отягощенность в преморбиде; гиперинкреция андрогенных гормонов и другие гормонально-метаболические расстройства; гиперпродукция кожного сала; повышенная пролиферация кератиноцитов устья сально-волосяных фолликулов; бактериальная колонизация сальных желез и волосяных фолликулов; нарушения функции иммунной системы и цитокиновой регуляции; сопутствующая патология [1, 6, 9].

К традиционным методам лечения пациентов с УБ относят применение наружных средств, различных антисептиков, прием антибиотиков, пищевые диеты, вскрытие абсцесса, иссечение рубцов и др. [6–8]. Однако, как показывает опыт, данные методы не дают стойкого во времени, положительного и желаемого в эстетическом отношении результата.

В данном аспекте следует подчеркнуть, что декларируемые разными авторами современные патогенетические средства комплексной терапии пациентов с УБ не охватывают указанных выше звеньев механизмов патогенеза заболевания, да и не могут этого сделать именно в силу его многокомпонентности. Кроме того, специалисты практически не уделяют должного внимания роли сопутствующей УБ патологии как в генезисе заболевания, так и в его хронизации.

Вместе с тем, как свидетельствует литература, такая патология, встречающаяся довольно часто (у 30–70% и более пациентов), осложняет не только течение УБ, но и процесс лечения заболевания [2]. Именно поэтому наиболее вероятной причиной сложившегося положения с трудностями успешной реабилитации профильных больных следует считать тот факт, что традиционные способы терапии больных УБ практически не учитывают необходимость терапевтического воздействия не

только на кожный процесс, но и сопутствующие заболевания.

Следует полагать, что как раз вследствие указанного на практике отсутствует унификация методик лечения УБ, учитывающих ее форму и тяжесть и как следствие этого – стабильность достигнутых результатов терапии.

Цель: изучить патогенетическое значение сопутствующей патологии в рецидивировании и хронизации угревой болезни и эффективность инновационной лечебной комбинации в виде этапной низкоинтенсивной лазерной и фотодинамической терапии.

Материалы и методы

Под динамическим клиническим наблюдением с тщательным анализом сопутствующей патологии в 8-летний период 2006–2014 гг. находились 276 больных различными формами УБ в возрасте от 16 до 44 лет, давших письменное согласие на плановое обследование. Из них мужчин было 86, женщин – 190. Группу сравнения составили 39 пациентов, которые по полу, возрасту и клиническим проявлениям полностью соответствовали основной группе. Отягощенный семейный анамнез по акне и сопутствующей патологии, в том числе воспалительной, был установлен у 148 (53,6%) наблюдаемых больных УБ. При этом у 53 (35,8%) больных акне болел один из близких родственников, а у 34 (22,9%) – два и более.

Способы лечения

Протокол лечения пациентов с акне включал стандартные рекомендации, соответствующие степени тяжести заболевания. На весь период проведения комплексной терапии больным рекомендовали диету с ограничением жиров и легкоусвояемых углеводов, употребление слегка охлажденной пищи, с исключением острых, пряных продуктов, алкогольных напитков, дезинфекцию кожи протиранием раствором хлоргексидина биглюконата. Кроме того, исключали солнечную инсоляцию в течение 24 ч, а открытые участки кожи покрывали солнцезащитными кремами (фактор защиты не менее 30). Для поддержания клинической ремиссии больным рекомендовали 0,1% гель или крем дифферин в течение 1,5–2,5 мес.

В основной группе указанное традиционное комплексное лечение было дополнено комбинированным проведением сеансов НИЛТ и ФДТ по разработанному нами способу.

Инновационная сочетанная НИЛТ и фотодинамическая терапия

Для проведения курсовой НИЛТ использовали АЛТ, сертифицированные МЗ РФ, учитывающие медицинскую и радиобиологическую безопасность. Алгоритм инновационной технологии предусматривает схему комбинаций непрерывного красного и инфракрасного (Кр- и ИК-) лазерных воздействий, проводимых в форме этапных курсов (лечебный, лечебно-профилактический, профилактический) в авторской интерпретации (know how – оформляется патентом):

- надвенное (проекция локтевой вены) облучение тока крови (НЛОК) непрерывным красным излучением (аппарат типа «УЛФ-01» или аналог,

$\lambda = 632,8$ нм), мощностью на конце световода 1,5–2 мВт, экспозицией 10–15 мин на процедуру в зависимости от формы и тяжести заболевания;

- контактное – импульсным ИК-излучением, генерируемым арсенид-галлиевым лазером (типа «Узор» или аналог – «Мустанг», $\lambda = 890$ нм), при импульсной мощности 4–5 Вт с частотой следования импульсов 80 и 1500 Гц последовательно и экспозицией 45–60 сек на каждую подлежащую терапии зону повреждения кожи и ее придатков, а также на проекции иммунно- и гормонально компетентных органов (тимус, щитовидная, поджелудочная и надпочечниковая железы, печень), в той же зависимости;
- длительность лечебных и лечебно-профилактических курсов НИЛТ составляет 5–7–10–12 сеансов (также в прямой зависимости от формы, степени тяжести УБ и наличия осложнений), проводимых в ежедневном режиме. Продолжительность профилактических курсов – 4–8 процедур (в той же зависимости).

Параллельно с НИЛТ проводилось ФДТ-воздействие на пораженные участки кожи с использованием сертифицированного МЗ РФ светодиодного видеофлуоресцентного устройства УФФ-630-01 «Биоспек». Алгоритм технологии ФДТ при УБ должен иметь следующую схему:

- предварительная активизация как эндогенных, так и экзогенных порфиринов – ФС на основе 5-АЛА-аласенс (рег. номер 002148/01-2003, ФГУП «ГНУ НИОПИК», Россия) в форме раствора или мази с 10–20% концентрацией 5-АЛК в виде наружных аппликаций в объеме 1–2 мл под прозрачную воздухопроницаемую пленку, которая герметизировалась по всему периметру и не пропускала воду и микрофлору (например, пленка Tegaderm фирмы 3М Канада), со временем экспозиции 1,5–2 ч;
- последующее светодиодное облучение один или два раза в неделю в зависимости от формы и тяжести заболевания, проводимое при плотности потока фотонной энергии 36 Дж/см², с расстояния 20 см от поверхности кожи; количество процедур на один лечебный или лечебно-профилактический курс – 6–10, а профилактический – 3–7; после завершения курса ФДТ назначают наружные антисептические и солнцезащитные средства (фактор защиты не менее 30).

Терапевтический цикл предусматривает: 1-й лечебный курс (в зависимости от клинко-лабораторной эффективности и при индивидуальной необходимости – 2-й и 3-й) – лечебно-профилактический спустя 1–3 мес. (в той же зависимости и в количестве, определяемом эффективностью предыдущих – 1–3) – профилактический(е) через 4–6–9 мес. по завершении предыдущего по тем же показаниям.

В процессе модифицированной технологии курсовой терапии у наблюдаемых больных УБ вначале был выполнен анализ динамики клинических симптомов в зависимости от степени тяжести дерматоза и варианта лечебного цикла, проведенного с учетом алгоритма выполнения технологии НИЛТ и ФДТ: 1-й лечебный курс (в зависимости от клинко-лабораторной эффективности и при индивидуальной необходимости – 2-й и 3-й) – лечебно-профилактический спустя 1–3 мес. (в той же зависимости и в количестве, определяемом эффективностью предыдущих – 1–3-й курсы) – профилактический(е) через 4–6–9 мес. по завершении предыдущего, по тем же показаниям.

При этом оценка эффективности лечения проводилась по общепринятой градации:

- Клиническая ремиссия – полное разрешение высыпаний.
- Значительное улучшение – разрешение высыпаний более чем на 75%.
- Улучшение – регресс элементов менее чем на 50%.
- Без эффекта – отсутствие положительной динамики.

Анализ синдромологической динамики «болезней-спутников» УБ

Определяющей для оптимизации комплексного лечения больных УБ позиций явились данные, выявившие наличие практически у всех наблюдаемых больных сочетанную сопутствующую патологию со стороны различных органов и систем. Она была диагностирована специалистами ранее и в процессе текущего наблюдения у 242 (87,7%) больных (табл. 1). Наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией у обследованных пациентов был вторичный иммунодефицит (ВИД), обнаруженный у 255 (92,4%), при этом женщин было – 176 (92,6%), а мужчин – 79 (91,7%). На последующих местах оказались: эндокринопатии (76,8%), заболевания орга-

Таблица 1

Сопутствующая патология у наблюдаемых больных акне

Форма сопутствующей патологии	Женщины		Мужчины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Вторичный иммунодефицит	176	92,6	79	91,7	255	92,4
Эндокринопатии	146	76,8	–	–	146	76,8
Заболевания органов ЖКТ и гепатобилиарной системы	67	35,3	53	61,6	120	43,5
Гинекологическая патология	67	35,3	–	–	67	35,2
Патология нервной системы	29	10,6	11	3,9	40	14,5
ЛОР-патология	–	–	30	10,9	30	10,9
Нарушения психического состояния	33	62,7	9	10,5	42	15,2
Кожный зуд	72	52,6	65	47,4	137	49,6
Осложнения УБ	43	22,6	45	52,3	88	31,9
Всего больных					242	87,7

нов ЖКТ и гепатобилиарной системы (43,5%), гинекологическая патология (35,2%) и ЛОР-патология (10,9% по отношению ко всем больным и 37,97% – к пациентам мужчинам).

Полученные результаты позволили наиболее частую сопутствующую патологию условно обозначить как «болезни-спутники» УБ. И для решения задач, поставленных перед собственными исследованиями, мы проанализировали «болезни-спутники» максимально подробно.

Так, оказалось, что **эндокринопатии** чаще встречались у женщин (146; 76,8%) и характеризовались хроническим аутоиммунным тиреоидитом, синдромом гиперандрогении (гирсутизм, акне и/или себорея, андрогенетическая алопеция, менструальная дисфункция, вирилизм, стриями). Среди **гинекологической патологии** (67; 35,2%) встречались хронический сальпингит, хронический оофорит, хронический сальпингоофорит, дисфункция яичников (олигоменорея, аменорея). В структуре **заболеваний органов ЖКТ и гепатобилиарной системы** (120; 43,5%) были выявлены хронический гастрит, хронический энтероколит, хронический холецистит, дискинезия желчевыводящих путей, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дисбиоз кишечника, гастродуоденит. **Патология нервной системы** (40; 14,5%) включала вегетососудистую дистонию, неврозы, астенический синдром. **ЛОР-патология** была выявлена только у наблюдаемых мужчин (30; 39,97%): хронический тонзиллит, хронический гайморит, хронический ринофарингит. **Нарушения психического состояния** (42; 15,2%) включали депрессию, тревогу, дисморфофобию и патомимию. Довольно часто (137; 49,6%) у пациентов выявляли кожный зуд. **Из осложнений УБ** (88; 31,9%) были выявлены демодекоз, розацеа и стрептостафилодермия.

При анализе клинических особенностей нами был проведен также более подробный анализ распределения «болезней-спутников» у пациентов УБ в зависимости от пола и степени тяжести заболевания (табл. 2).

Отдельно подчеркнем, что в группе пациентов с соматической патологией все больные имели сочетание 2 и более из ранее диагностированных заболеваний, как правило, 2–3 «болезней-спутников». Анализ сочетаний «болезней-спутников» показал, что среди пациентов женского пола преобладали две группы: первая – имевшие сочетание ВИД с эндокринопатиями, гинекологической патологией, заболеваниями ЖКТ и гепатобилиарной системы – 72 (37,9%), вторая – сочетание ВИД с эндокринопатиями, гинекологической патологией, заболеваниями ЖКТ и гепатобилиарной системы с кожным зудом – 62 (32,6%). Тогда как у пациентов мужского пола преобладали сочетания ВИД, заболеваний ЖКТ и гепатобилиарной системы и ЛОР-патология – 23 (26,7%). При этом выявлено, что с нарастанием степени тяжести УБ увеличивалось количество пациентов, имевших сочетание диагностированных «болезней-спутников», т. е. нами впервые была выявлена прямая корреляционная зависимость между сочетанием «болезней-спутников» и степенью тяжести УБ. Полученные данные указывают на определяющую роль свойственной УБ соматической патологии в названных выше различных ее сочетаниях в формировании тяжелой степени основного процесса, резистентного к традиционной комплексной терапии, а также хронизации его течения. Этот факт и дает основание для реальной перспективы в разработке способа оптимизации комплексного лечения больных УБ, учитывающего первоочередное внимание к ее «болезням-спутникам».

Следовательно, нами также впервые установлена не только важнейшая патогенетическая роль «болезней-спутников» УБ, но также и то, что в их структуре у женщин чаще наблюдаются синдромокомплекс гиперандрогении, акушерско-гинекологическая патология и аутоиммунный тиреоидит, а у мужчин – заболевания органов ЖКТ, гепатобилиарной системы и ЛОР-патология, в большем проценте случаев в виде микстов. Достоверно установлено также, что с характером вы-

Таблица 2
Распределение «болезней-спутников» в зависимости от пола и степени тяжести УБ

Сопутствующая патология	Легкая степень тяжести, n = 49/%		Средняя степень тяжести, n = 101/%		Тяжелая степень, n = 126/%		Всего n = 276/%
	Муж (n = 7)	Жен (n = 42)	Муж (n = 24)	Жен (n = 77)	Муж (n = 62)	Жен (n = 64)	
Вторичный иммунодефицит	4 57,1	28 66,7	18 75	60 77,9	57 91,9	58 90,6	255 92,4
Эндокринопатии	–	31 23	–	45 33,3	–	59 92,2	146 76,8
Гинекологическая патология	–	13 30,9	–	19 24,7	–	35 54,7	67 35,2
Заболевания органов ЖКТ и гепатобилиарной системы	4 57,2	13 30,9	9 37,5	26 33,7	40 64,5	28 43,8	120 43,5
Патология нервной системы	2 28,6	6 14,3	4 16,7	12 15,6	5 8,1	11 17,2	40 91,5
ЛОР-патология	2 28,6	9 2,4	6 25	–	12 19,3	–	30 10,9
Нарушения психического состояния	1 14,3	8 19	3 12,5	13 16,9	5 8,1	12 18,8	42 15,2
Кожный зуд	–	25 9,5	–	53 68,8	11 17,7	48 75	137 49,6
Осложнения УБ	3 42,9	9 21,4	7 29,2	16 20,8	35 56,5	20 31,3	88 31,9

раженности проявлений «болезней-спутников» прямо коррелирует степень тяжести УБ, ее затяжное течение, осложнения и рецидивирование ($r = 0,89$). Показано, что игнорирование «болезней-спутников» УБ при организации комплексной терапии существенно затрудняет успешную реабилитацию пациентов, ускоряя темпы хронизации патологического процесса и повышая частоту рецидивирования заболевания.

В аспектах выявленных «болезней-спутников» УБ важно отметить, что, по нашему мнению, формирование ВИД наиболее вероятно обусловлено генетической предрасположенностью к определенному варианту ответной реакции на инфекционные и неинфекционные агенты, проявляющееся у каждого пациента индивидуально. Такое заключение базируется на факте наличия у данных пациентов явной наследственной детерминации в развитии УБ. Более того, по результатам динамического анализа клинико-метаболических параллелей нам удалось выявить совокупность признаков, характеризующих прямую системную корреляцию ($r = 0,77$) между тяжестью клинических проявлений УБ, выраженностью ее «болезней-спутников» и глубиной нарушений физиологических параметров кожи, ее морфофункциональных изменений, уровней эндогенных порфиринов и АЛК-индуцированного протопорфирина IX в коже; параметров клеточного и гуморального звеньев иммунной системы; фагоцитоза; системы клеточных регуляторов – факторов роста и цитокинов; а также иммуно-гистохимических маркеров, объективно характеризующих значительные сдвиги и дисрегуляции в этом звене гомеостазиса больного организма.

Следует отметить, что в оценке характера выявленного иммунодефицита (ИД) мы дифференцировали наблюдаемых пациентов согласно концепции А.В. Картелишева и соавт. (2012), выдвинутой ими на основании комплекса известных клинико-иммунологических маркеров. В ней определены и описаны 3 типа вторичного иммунодефицита: противовирусный, противовоспалительный и смешанный. У наблюдаемых пациентов разных групп с УБ выявлено наличие преимущественно противовоспалительного и смешанного типов вторично-

го иммунодефицита (ВИД). Клинически у пациентов с противовоспалительным типом ВИД диагностировалась различная бактериальная инфекция (гинекологические заболевания, патология ЖКТ и ЛОР), со смешанным типом – сочетание бактериальной и вирусной патологии (ОРВИ, герпес и др.).

Таким образом, на основе выполненных собственных клинических исследований можно констатировать, что среди «болезней-спутников» УБ у женщин в целом чаще наблюдаются синдромокомплекс гиперандрогении, акушерско-гинекологическая патология и аутоиммунный тиреоидит, а у мужчин – заболевания органов ЖКТ, гепатобилиарной системы и ЛОР-патология, или их совокупность, генезис которых обусловлен различными вариантами вторичного иммунодефицита и гормонального дисбаланса.

Именно эти обстоятельства и послужили научным базисом для разработки принципиально новой технологии комплексного лечения больных УБ. Постулатом явился известный факт, что любая форма УБ обусловлена либо проявляется на фоне патогенетически значимого для нее многофакторного комплекса повреждений кожи и подлежащих тканей, обусловленных иммунным, воспалительным, микроциркуляторным и деструктивным генезисом, которые прямо коррелируют с тяжестью заболевания и серьезно затрудняют успешное лечение больных традиционными методами [Потекаев Н.Н. и соавт., 2006, 2007; Карымов О.Н. и соавт., 2011; Олисова О.Ю., 2011; Осипова Н.А., 2011; Потекаев Н.Н. и соавт., 2012; Махмудов Н.М., 2012; Gollnick H., 2003; Landthaler M. et al., 2004; Iinuma K. et al., 2009]. И вместе с тем, по нашему мнению, специалистами упускается из внимания важнейшая позиция патогенеза УБ – наличие ее «болезней-спутников», оказывающих весьма негативное влияние на все течение заболевания, способствующих хронизации процесса и осложняющих успешное лечение пациентов.

В соответствии с целью исследования сравнительная оценка клинической эффективности была проведена между основной и контрольной группами у больных только с тяжелой степенью УБ в зависимости от длительности терапии и наличия «болезней-спутников» (табл. 3).

Таблица 3

Сравнительная оценка клинической эффективности в основной и контрольной группах больных УБ тяжелой степени в зависимости от длительности терапии и наличия «болезней-спутников»

Группы и сроки наблюдения	«Болезни-спутники» и их сочетание	Тяжелая степень (n = 126)				Группа конт- роля (n = 17)
		Количество больных с «болезнями- спутниками»	Основная группа (n = 109)			
			Количество больных с регрессом симптомов «болезней-спутников»			
			3 лечебных курса по 10 сеан- сов, 32-я нед.	3 лечебно-профилек- тических курса по 8–10 сеансов, 60–67-я нед.	Профилактичес- кий курс, 4–6 сеансов, 72–79-я нед.	
ВИД + заболевания органов ЖКТ и гепатобилиарной системы + ЛОР-патология	17 (13,5%)	14 (82,4%)	14 (82,4%)	16 (94,1%)	0	
ВИД + заболевания органов ЖКТ и ге- патобилиарной системы + кожный зуд	23 (18,3%)	19 (78,3%)	19 (78,3%)	21 (91,3%)	0	
ВИД + эндокринопатии + гинекологи- ческая патология + заболевания органа ЖКТ и гепатобилиарной системы	53 (42,1%)	43 (81,1%)	44 (83,0%)	49 (92,5%)	0	
ВИД + эндокринопатии + гинеколо- гическая патология + заболевания органов ЖКТ и гепатобилиарной системы + кожный зуд	32 (25,4%)	25 (78,1%)	26 (81,3%)	29 (90,6%)	0	

При сравнительном анализе клинической эффективности именно в основной группе этих больных после лечебного и лечебно-профилактического курсов имеется достоверный регресс синдромокомплекса «болезней-спутников» в основной группе УБ со стабильными результатами после профилактического курса НИЛТ + ФДТ.

Так, при сочетаниях: ВИД + заболевания органов ЖКТ и гепатобилиарной системы + ЛОР-патология – у 14 (82,4%), 14 (82,4%) и 16 (94,1%) больных; ВИД + заболевания органов ЖКТ и гепатобилиарной системы + кожный зуд – у 19 (78,3%), 19 (78,3%) и 21 (91,3%); ВИД + эндокринопатии + гинекологическая патология + заболевания органов ЖКТ и гепатобилиарной системы – 43 (81,1%), 44 (83,0%) и 49 (92,5%); при сочетании ВИД + эндокринопатии + гинекологическая патология + заболевания органов ЖКТ и гепатобилиарной системы + кожный зуд – у 25 (78,1%), 26 (81,3%) и 29 (90,6%).

Выполненные нами исследования позволили констатировать, что в контрольной группе пациентов, получавших традиционную медикаментозную терапию, регресса клинических симптомов сопутствующей соматической патологии в форме «болезней-спутников» не было выявлено ни у одного больного со всеми вытекающими отсюда последствиями для последующего течения кожного процесса (длительность медикаментозного лечения, обострения и рецидивы).

В целом, оценивая результаты анализа клинической эффективности применения различных методов лечения в двух выделенных группах больных УБ с различной степенью тяжести и в зависимости от длительности терапии и наличия «болезней-спутников», мы обнаружили значительно лучшие результаты лечения, при учете диагностированных «болезней-спутников» УБ в основной группе проявившиеся значительным регрессом их синдромокомплекса на первом-втором этапе у 77,6–90,4% пациентов (в контроле не более чем у 25,1–30,6%) и вплоть до полной ликвидации проявлений у 86,3–94,8% (в контроле – ни в одном случае). Кроме того, нами было выявлено такое же существенное улучшение ($p < 0,01$) и в отношении диагностированных «болезней-спутников» УБ, включая обусловленные иммунодефицитом и гормональным дисбалансом, а также расстройствами общего габитуса и нервно-психического статуса, со значительным регрессом их синдромокомплекса на первом-втором этапе у 77,6–95,4% пациентов (в контроле не более чем у 25,1–30,6%) и вплоть до полной ликвидации проявлений в последующих у 86,3–97,8% (в контроле – ни в одном случае).

Литература

- Акне и розацеа / Под ред. Н.Н. Потекаева. М.: «Изд. БИНОМ», 2007. 216 с.
- Бутов Ю.С., Ахтямов С.Н., Демина О.М. Фотодинамическая терапия угревой болезни // Росс. журнал кож. и вен. болезней. 2007. № 3. С. 64–67.
- Голоусенко И.Ю. Акне у женщин: этиологические и патогенетические механизмы, диагностика и лечение: Автореф. дисс. ... д. м. н. М., 2014. 47 с.
- Круглова Л.С. Лекарственный форец: научное обоснование и клиническое применение // Экспер. и клин. дерматокосметол. 2012. № 2. С. 43–48.
- Москвин С.В., Буйлин В.А. Основы лазерной терапии. Тверь: Триада, 2006. 256 с.
- Осипова Н.К. Комплексный подход к терапии и реабилитации кожи у больных различными формами акне и постакке: Автореф. дисс. ... к. м. н. – М., 2011. 27 с.
- Потекаев Н.Н., Круглова Л.С. Лазеры в дерматологии и косметологии // МВД. 2012. 280 с.
- Роговская С.И. Андрогензависимые поражения кожи и возможности их коррекции у женщин // Гинекология. 2004. Т. 5. № 1. С. 23–29.
- Самцов А.В. Топические антибиотики в лечении акне // Вестн. дерматол. и венерол. 2011. № 1. С. 84–85.
- Силина Л.В., Ягун С.М., Василенко А.А. Оценка эффективности традиционной терапии больных акне с учетом исследования изменений основных компонентов патогенетических звеньев // Вестн. новых мед. технол. Тула, 2007. Т. XIV. № 3. С. 87–88.
- Скорогудаева И.Н. Патогенетическое обоснование комплексной терапии вульгарных угрей: Автореф. дисс. ... к. м. н. М., 2009. 26 с.
- Утц С.Р., Галкина Е.М., Райгородский Ю.М. Синий и красный свет в терапии акне // Саратовский научно-мед. журнал. 2013. Вып. № 3. Т. 9. С. 577–582.
- Финешина В.И., Кончугова Т.В., Круглова Л.С. Влияние лазеротерапии на состояние микроциркуляции при ониходистозии // Вестн. восстанов. мед. 2010. № 1. С. 77–78.
- Шаблій Р.А. Сравнительная оценка лечения гипертрофических и келоидных рубцов при помощи лазеротерапии и фотофореза фторурацила // Мат. XII Всеросс. съезда дерматовенерол. и косметол. М., 2012. С. 68.
- Юцковская Я.А., Тарасенкова М.С., Наумчик Г.А. Рациональность применения новых лекарственных форм изотретиноина при системной терапии тяжелых форм угревой болезни // Клин. дерматол. и венерол. 2010. № 4. С. 51–54.
- Cunliffe W.J., Goulden V. Phototherapy and acne vulgaris // British J. of Dermatol. 2000. Vol. 142. P. 855–856.
- Cunliffe W.J., Fernandez C., Bojar R. et al. An observer-blind parallel-group, randomized, multicentre clinical and microbiological study of a topical clindamycin/zinc gel and a topical clindamycin lotion in patients with mild/moderate acne // J. Dermatol. Treat. 2005. Vol. 16 (4). P. 213–218.
- Kawada A., Aragane Y., Kameyama H. et al. Acne phototherapy with a high-intensity, enhanced, narrowband, blue light source: An open study and in vitro investigation // J. Dermatol. Sci. 2002. № 30. P. 129–135.
- Oudenhoven M.D., Kinney M.A., McShane D.B. et al. Adverse Effects of Acne Medications: Recognition and Management // Am. J. Clin. Dermatol. 2015. Apr 21. [Epub ahead of print].
- Paithankar D.Y., Ross E.V., Saleh B.A. et al. Acne treatment with a 1,450 nm wavelength laser and cryogen spray cooling // Lasers Surg. Med. 2002. Vol. 31 (2). P. 106–114.
- Weiss R.A., McDaniel D.H., Geronemus R.G., Weiss M.A. Clinical trial of a novel non-thermal LED array for reversal of photoaging: Clinical, histologic, and surface profilometric results // Lasers Surg. Med. 2005. № 36. P. 85–91.
- Zhao X., Ni R., Li L. et al. Defining hirsutism in Chinese women: a cross-sectional study // J. Fertil. Steril. 2011 Sep. Vol. 96 (3). P. 792–796.

Поступила в редакцию 10.06.2015 г.

Для контактов: Демина Ольга Михайловна
E-mail: demina.75@mail.ru