

Оригинальные статьи

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 616.53-002.25-055.2-022:579.835.12]-078

Новоселов А.В., Новоселов В.С., Соснова Е.А., Капительный В.А.

АКНЕ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119045, г. Москва

Для корреспонденции: Соснова Елена Алексеевна — д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России; sosnova-elena@inbox.ru

*Цель исследования — изучение причин формирования акне у женщин. Обследовано 100 пациенток. Исследованы гормональные параметры сыворотки крови, характеризующие андрогенный статус (уровень тестостерона, дегидроэпиандростерона-сульфата, 17-оксипрогестерона, андростендиона, а также секс-стероидсвязывающего глобулина). У всех пациенток исключена биохимическая гиперандрогения. При обследовании состояния желудочно-кишечного тракта у всех выявлены положительные результаты серодиагностики методом иммуноферментного анализа (ИФА) IgG к *Helicobacter pylori* (HP). Включение в стандартную терапию акне эрадикационной схемы подтвердило существенный вклад патологии желудочно-кишечного тракта, обусловленной инфекцией HP, в развитие акне. Это позволяет рекомендовать включение в стандарты обследования и лечения больных с акне диагностику (ИФА IgG) и лечение инфекции HP.*

Ключевые слова: акне; гиперандрогения; *Helicobacter pylori*.

Для цитирования: Новоселов А.В., Новоселов В.С., Соснова Е.А., Капительный В.А. Акне как междисциплинарная проблема. Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. 2017; 4 (1): 29—35.
DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2017-4-1-29-35>

Novoselov A.V., Novoselov V.S., Sosnova E.A., Kaptilnyy V.A.

ACNE AS AN INTERDISCIPLINARY PROBLEM

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119991, Russian Federation

*The purpose of research is the study of causes of the formation of acne in women. There were examined 100 female patients. There were investigated hormonal parameters of blood serum characterizing the androgen status (level of testosterone, dehydroepiandrosterone-sulfate, 17-oxyprogesterone, androstenedione and sex hormone binding globulin (SHBG). Biochemical hyperandrogenism was excluded in all patients. As a result of serodiagnosis by enzyme immunoassay (ELISA) in the course of the examination of the gastrointestinal tract in all cases there were revealed positive results of IgG antibodies to *Helicobacter pylori* (HP). Inclusion of the eradication scheme into the standard acne therapy confirmed the substantial contribution of the pathology of the gastrointestinal tract caused by HP infection in the development of acne. This allows to recommend the inclusion of both (ELISA IgG) and treatment of HP infection in the standards of the examination and treatment of patients with diagnosis.*

Keywords: hyperandrogenism; *Helicobacter pylori*.

For citation: Novoselov A.V., Novoselov V.S., Sosnova E.A., Kaptil'nyy V.A. Acne as an interdisciplinary problem. V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, Russian journal. 2017; 4(1): 29—35. (In Russ.).
DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2017-4-1-29-35>

For correspondence: Elena A. Sosnova, MD, PhD, DSci., Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology No 1, Medical Faculty of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University; e-mail: sosnova-elena@inbox.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 07.12.2016

Accepted 12.12.2016

Акне традиционно рассматривается как хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся открытыми или закрытыми комедонами и воспалительными поражениями кожи в виде папул, узлов с исходом в пустулы. Это настолько распространенный вид патологии кожи, что некоторые авторы предлагают использовать термин «физиологические акне». Тем не менее данный термин не правомерен, поскольку наличие хронических высыпаний определяет болезненное состояние, которое не может являться физиологичным [1, 2].

Акне является полиэтиологическим заболеванием, на развитие которого также оказывают влияние неблагоприятный экологический фон и отягощенная наследственность. По данным Д. Элинга, у 100% мальчиков и 90% девочек в пубертатном периоде отмечаются эпизоды акне той или иной степени выраженности [3, 4]. При этом в возрасте 12—24 лет, по данным J. Leyden [5], акне страдают 85% лиц обоего пола.

Не вызывает сомнений наличие связи между развитием акне и патологией различных органов и систем,

таких как эндокринная, нервная, иммунная и пищеварительная [2, 6].

В литературе имеются данные о наиболее частом возникновении акне у женщин с гиперандрогенией, в частности с поликистозом яичников. Высокая приверженность этой связи может быть определена анамнестически, поскольку эндокринно-экзацербированные акне у женщин зачастую обостряются в предменструальный период [7].

В последнее время в патогенезе акне активно рассматривается роль стресса и низкой стрессоустойчивости [8].

Кроме того, представляются аргументированные доводы в пользу взаимосвязи иммунодефицитных состояний с активизацией возбудителя акне — *Propionibacterium acnes* [2, 8].

Учитывая высокую степень зависимости состояния кожных покровов от состояния желудочно-кишечного тракта, следует также принимать во внимание эти корреляции при дифференцировке причин возникновения акне. Ключевым патогенетическим фактором воспалительного процесса в верхних отделах ЖКТ является инфекция *Helicobacter pylori* (HP), наличие которой в 100% случаев обуславливает возникновение хронического активного антрального гастрита, нарушающего метаболизм протеинов, минералов, витаминов и других жизненно необходимых субстанций и нутриентов.

Тем не менее, несмотря на выраженную полиэтиологичность акне, устоявшийся взгляд на проблему как на проявление гиперандрогении (т. е. именно косметические проблемы с кожей), является одной из наиболее частых причин обращения пациенток репродуктивного возраста к врачу гинекологу-эндокринологу. Кроме того, именно подозрение на наличие у пациентки гиперандрогенных состояний, одним из проявлений которых является акне, является преобладающей причиной консультаций по так называемой патологии гормонального профиля.

Синдром гиперандрогении — собирательный термин, объединяющий целый ряд заболеваний и состояний, различных по патогенезу, но сопровождающихся общими симптомами. Понятие «синдром гиперандрогении» следует отличать от гиперандрогении как таковой. Под *гиперандрогенией* понимают повышенный уровень

мужских половых гормонов — андрогенов — в крови женщин.

Согласно данным литературы, у 15—60% женской популяции имеются те или иные признаки гиперандрогении [9]. До настоящего времени не найдено объяснений столь высокой частоты андрогенизации в женской популяции, особенно европейской расы. Безусловно, особую отрицательную роль играют ухудшающаяся экологическая ситуация, широкое и порой бесконтрольное применение медикаментозных средств, в том числе и во время беременности, инсоляция и ряд других факторов. Диагностика и лечение различных форм гиперандрогении находится на стыке многих разделов медицины: акушерства и гинекологии, эндокринологии, дерматологии, андрологии и др.

Синдром гиперандрогении подразумевает появление у женщин под действием андрогенов признаков, характерных для мужчин. Это проявляется ростом волос на лице и теле по мужскому типу; появлением на коже акне; выпадением волос на голове (алопеция); снижением тембра голоса (барифония); изменением телосложения: маскулинизация (masculinus — «мужской») фенотипа с расширением плечевого пояса и сужением бедер.

Таблица 1. Оценка признаков гиперандрогении

Симптомы гиперандрогении	
Нормальный рост волос по женскому типу	Зависимые от андрогенов терминальные волосы, растущие только на лобке и в подмышечных впадинах
Гипертрихоз	Избыточный рост пушковых и терминальных волос у женщин, не ограничивающийся распределением по мужскому типу
Гирсутизм	Индукцированное андрогенами превращение пушковых волос в терминальные, ограниченное зонами аналогичного оволосения у мужчин. Жесткие, длинные, обычно пигментированные волосы преимущественно на верхней губе, подбородке, зоне роста бакенбардов, вокруг сосков, на груди, на нижней части живота, в промежности и на внутренней поверхности бедер
Жирная себорея (переводится как «салотечение»)	Усиленная продукция кожного сала под влиянием андрогенов. Себорея проявляется на лице, в области лба и носогубного треугольника, на передней поверхности грудной клетки, на спине, особенно в межлопаточном пространстве и в области плеч, на волосистой части головы
Акне	Хроническое заболевание кожи, приводящее к возникновению на коже акне-элементов, представленных открытыми и закрытыми комедонами, папулами, пустулами, кистами
Алопеция	Андрогензависимое облысение. Инволюция терминальных волос до коротких, тонких волос пушкового типа, диффузное выпадение волос в стадии телогена. Зоны преобладающей локализации: центрально-теменная и/или височные поверхности головы; нередко узкая полоска волос сохраняется на лбу. Установлена генетическая предрасположенность к данному виду облысения
Вирилизм (vir — «муж», «мужчина»)	Наличие выраженных признаков маскулинизации и дефеминизации: тяжелого прогрессирующего гирсутизма (гирсутное число выше 20—25), облысения, барифонии, гипертрофии и/или вирилизации клитора, маскулинизации фенотипа, гипоплазии молочных желез и матки, развития аменореи
Нарушения менструальной функции	От незначительной опсоменореи, гипоменореи, мено- или метроррагии вплоть до первичной или вторичной аменореи — также можно отнести к неспецифическим симптомам гиперандрогении

Таблица 2. **Распределение больных с акне по возрасту**

Возрастная группа	Число пациенток, абс. (%)
16—20 лет	34 (34%)
21—25 лет	28 (28%)
26—30 лет	24 (24%)
31—35 лет	14 (14%)

Последнее вместе с гипоплазией молочных желез отражает процесс дефеминизации. Нарастание гиперандрогении ведет к гипертрофии клитора (клиторомегалия), а его вирилизация (округление головки, или пенисообразный клитор) отражает крайнюю степень гиперандрогении. Синдром гиперандрогении включает сочетание нескольких симптомов вирилизации, причем нередко наблюдающихся на фоне дефеминизации [9].

На основании критериев гиперандрогении, составленных J. Hammerstein [10], предложена следующая оценка симптомов гиперандрогении (табл. 1).

Косметические проблемы — наиболее частая жалоба женщин с умеренной гиперандрогенией — проявляются совокупностью признаков поражения кожи и ее придатков (себорея, акне, гирсутизм, алопеция), характеризующихся термином «андрогензависимая дермопатия». Наличие данных проблем в значительной мере усугубляет социально-психологические, межличностные отношения у большинства пациенток, нередко вызывая тревогу, депрессию, снижение качества жизни. В связи с этим проблема акне имеет не только медицинское, но и социальное значение [11—14].

Таблица 3. **Оценка степени тяжести акне**

СТА	Комедоны	Папулы, пустулы	Папулы (< 1 см)	Узлы, кисты, фистулы	Воспаление	Рубцы
I. <i>Acne comedonica</i>	< 20	< 10	Нет	Нет	Нет	Нет
II. <i>Acne papulopustulosa</i> (легкая)	> 20	10—20	> 10	Нет	Четкое	Нет
III. <i>Acne papulopustulosa</i> (средняя)	> 20	> 20	10—20	Мало	Сильное	Есть
IV. <i>Acne conglobate</i> (тяжелая)	Множественные	Множественные	> 20	Много	Очень сильное и глубокое	Есть

Таблица 4. **Субъективные ощущения, испытываемые пациентками со стороны кожных покровов до начала лечения**

Субъективные ощущения	Частота проявлений, n (%)
Повышенная чувствительность	90 (90%)
Боль	78 (78%)
Зуд	74 (74%)
Покалывание	22 (22%)
Жжение	22 (22%)
Стягивание	24 (24%)
Отсутствие жалоб	8 (8%)

Материал и методы

Клиническое исследование включало проведение диагностических мероприятий, лечения и динамического наблюдения за пациентками ($n = 100$) репродуктивного возраста (16—35 лет), страдающих акне I—II степени тяжести (табл. 2).

Оценка степени тяжести акне (СТА) проводилась в соответствии с классификацией, рекомендованной экспертным советом Российского общества дерматовенерологов и косметологов (Plewig G., Kligman M., 2004) (табл. 3) [7].

Распределение больных по степени тяжести акне было следующим: больных с I степенью акне — 46 (46%), со II степенью — 54 (54%).

Субъективные ощущения, испытываемые пациентками со стороны пораженной кожи до начала лечения, представлены в табл. 4.

Наиболее часто у пациенток в очагах поражения отмечались явления повышенной чувствительности кожных покровов (90%), ощущение болезненности (78%) и чувство зуда (74%).

С целью выявления основных причин формирования акне все пациентки были обследованы для исключения гиперандрогении и патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (табл. 5).

Гормональное обследование с целью исключения гиперандрогении проводилось на 3—5-й день менструального цикла. Результаты обследования гормонального профиля представлены в табл. 6.

У всех пациенток с акне уровень андрогенов находился в пределах референсных значений лабораторной нормы для женщин репродуктивного возраста.

Таблица 5. **Распределение пациенток на основании критериев гиперандрогении ($n = 100$)**

Показатель	Наличие признака	Отсутствие признака
Нормальный рост волос по женскому типу	100	0
Гипертрихоз	60	40
Гирсутизм	0	100
Акне	100	0
Алопеция	0	100
Вирилизм	0	100
Нарушения менструальной функции	8	92

Таблица 6. *Результаты обследования гормонального профиля для исключения гиперандрогении*

Показатель	Лабораторная норма	Средние значения у пациенток (n = 100)
Тестостерон, нмоль/л	0,5—2,6	1,7 ± 0,13
Секс-стероидсвязывающий глобулин, нмоль/л	18—144	98,3 ± 9,6
Дегидроэпиандростерон-сульфат, мкмоль/л	1,0—11,7	7,1 ± 0,38
Андростендион, нмоль/л	1,4—14,3	9,2 ± 2,7
17-оксипрогестерон, нг/мл	0,2—1,1	0,9 ± 0,04

Таблица 7. *Субъективные ощущения, испытываемые пациентками со стороны ЖКТ*

Показатель	n (%)
Боли в эпигастрии натощак	32 (32%)
Боли в эпигастрии после еды	32 (32%)
Чувство раннего насыщения	12 (12%)
Чувство переполнения	14 (14%)
Чувство вздутия в эпигастрии	20 (20%)
Тошнота	18 (18%)
«Волчий аппетит»	18 (18%)
Отрыжка кислым	20 (20%)
Отрыжка воздухом	28 (28%)
Икота	24 (24%)
Изжога	44 (44%)
Отсутствие жалоб	38 (38%)

Таким образом, у всех пациенток были исключены гиперандрогенные причины акне.

С целью обследования состояния ЖКТ у всех пациенток тщательно проанализированы жалобы и определена концентрация IgG к НР в сыворотке крови методом ИФА.

Субъективные ощущения, испытываемые пациентками со стороны ЖКТ, представлены в табл. 7.

Наиболее часто у пациенток отмечалась изжога (44%), а также боли в эпигастриальной области натощак и после еды (по 32% соответственно). При этом жалобы отсутствовали у 38% пациенток. Важно отметить, что все пациентки имели положительные результаты серодиагностики методом ИФА IgG к НР. Показатель ИФА IgG в группе составил $7,2 \pm 3,4$ иммуноферментной единицы (ИФЕ).

Как правило, обострение функциональной диспепсии (ФД) возникало вследствие нарушения режима питания (48%). Также значимой была роль высокого стрессогенного фона (32%) и приема алкоголя (30%).

Исходя из выявленного патогенетического фактора, все пациентки были пролечены без применения препаратов комбинированных оральных контрацептивов и антиандрогенов.

В зависимости от схемы лечения пациентки были разделены на 2 группы. Пациентки основной группы (n = 50) получали комплексное лечение — сочетание противоугревой и эрадикационной схем (терапия НР).

Пациентки контрольной группы (n = 50) получали только противоугревую терапию.

Противоугревая схема включала следующие медикаменты:

1. Лосьон очищающий «Делекс-акне» (далее по тексту — лосьон очищающий) плюс гель от угрей «Делекс-акне» (далее по тексту — гель от угрей) — 1 раз/день, утром, в течение 8 нед;

2. Лосьон очищающий плюс Скинорен-гель (азелаиновая кислота 15%) — 1 раз/день, вечером, в течение 8 нед.

Пациенткам была рекомендована предварительная очистка пораженной кожи ватным тампоном, смоченным лосьоном очищающим, с последующим нанесением геля от угрей на пораженные участки.

Эрадикационная схема включала следующие препараты:

1. Нексиум (эзомепразол) — по 20 мг, 2 раза/день, утро/вечер, за 30 мин до еды, 10 дней.

2. Флемоксин (амоксциллин) — по 1 г, 2 раза/день, утро/вечер, во время еды, 10 дней;

3. Кладид (кларитромицин) — по 500 мг, 2 раза/день, утро/вечер, во время еды, 10 дней.

Результаты лечения оценивались после завершения терапии, а также через 3, 6 и 12 мес.

Исходный и контрольный расчеты производились исходя из качественно-количественного анализа тяжести акне по Liden S. et al., 1980 (см. табл. 3) [7].

На рис. 1 и в табл. 8 представлены данные наблюдения за состоянием кожи пациенток основной и контрольной групп от момента начала лечения и на протяжении 12 мес после его завершения ($p < 0,05$).

После завершения лечения у пациенток основной группы произошло снижение среднего балла на 11,94 (39,38%), в контрольной группе — на 7,30 (24,93%). Через 12 мес после завершения терапии регресс в основной группе составил 69,99%, в контрольной — 23,84%. Таким образом, эффективность предложенной схемы пре-

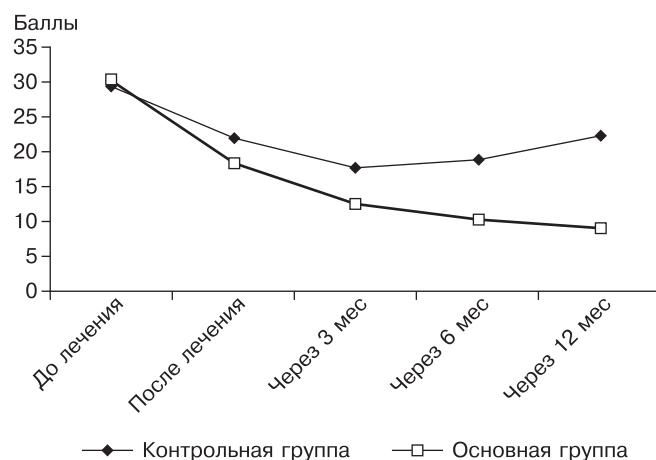
Рис. 1. *Изменение индекса тяжести акне, баллы*

Таблица 8. *Изменение индекса тяжести акне, баллы*

Группа	До лечения	После лечения	Через 3 мес	Через 6 мес	Через 12 мес
Основная группа (n = 50)	30,32 ± 2,21	18,38 ± 2,14	12,64 ± 1,87	10,28 ± 1,53	9,1 ± 1,25
Контрольная группа (n = 50)	29,28 ± 1,68	21,98 ± 1,57	17,72 ± 1,74	18,81 ± 1,78	22,34 ± 2,02



Рис. 2. *Отдаленные результаты лечения акне через 12 мес (%)*.

вышает стандартную в 2,94 раза, исходя из качественно-количественного анализа тяжести акне по Liden S. и соавт. ($p < 0,05$). Отдаленные результаты лечения спустя 12 мес после завершения терапии оценивались на основании алгоритма Liden S. и соавт. по следующим критериям: клиническое излечение — уменьшение балльного индекса на 75—100%; значительное улучшение — уменьшение на 50—74%; улучшение — уменьшение на 25—49%; отсутствие эффекта — уменьшение балльного индекса менее чем на 25% (рис. 2).

Состояние клинической ремиссии отмечено у 24% пациенток основной группы, значительное улучшение — у 40%, улучшение — у 16%. Рецидив акне спустя 12 мес после завершения терапии был отмечен у 16% пациенток основной группы (увеличение количества воспалительных элементов). В группе контроля к 12-му месяцу наблюдения рецидив акне зафиксирован у 68% больных. Таким образом, у пациенток основной группы рецидивы акне отмечались в 4,25 раза реже, чем в контрольной. Различия между результатами в основной и контрольной группах были статистически значимы: $p < 0,05$.

В табл. 9 приведены субъективные ощущения, испытываемые пациентками со стороны кожных покровов спустя 12 мес после завершения терапии.

У пациенток основной группы через 12 мес после завершения лечения жалобы на дискомфортные ощущения со стороны кожных покровов преимущественно отсутствовали (72% пациенток). У пациенток контрольной группы наиболее часто отмечались жалобы на повышенную чувствительность кожных покровов (70%), чувство жжения (68%) и болезненные ощущения (64%). Среди больных контрольной группы жалобы отсутствовали у 10% пациенток ($p < 0,05$).

У пациенток основной группы произведено сравнение качественно-количественных характеристик сим-

Таблица 9. *Субъективные ощущения, испытываемые пациентками со стороны кожных покровов через 12 мес после окончания лечения (%)*

Субъективные ощущения	Основная группа (n = 50)	Контрольная группа (n = 50)
Повышенная чувствительность	11 (22%)	35 (70%)
Боль	4 (8%)	32 (64%)
Зуд	5 (10%)	27 (54%)
Покалывание	2 (4%)	20 (40%)
Жжение	6 (12%)	34 (68%)
Стягивание	5 (10%)	21 (42%)
Отсутствие жалоб	36 (72%)	5 (10%)

птомов функциональной диспепсии (ФД) до эрадикационного курса терапии и через 12 мес после его завершения. Установлено, что до начала лечения на каждую пациентку основной группы приходилось в среднем по $2,64 \pm 0,31$ симптома (132 симптома у 50 пациенток); после лечения — $1,16 \pm 0,23$ симптома (58 симптомов у 50 пациенток), что говорит об уменьшении симптомов ФД на фоне успешной эрадикации НР на 56,1%. Наряду с этим следует отметить менее выраженное уменьшение частоты встречаемости таких явлений, как отрыжка воздухом (14,3%), тошнота (20,0%), отрыжка кислым (33,3%), изжога (36,4%).

Был осуществлен поиск возможной корреляции СТА с показателями ИФА IgG. Показатель ИФА IgG у пациенток с I степенью тяжести акне (46 человек) составил $7,3 \pm 3,6$ ИФЕ; у пациенток со II степенью тяжести акне (54 человека) — $7,0 \pm 3,2$ ИФЕ.

По результатам проведенного анализа статистически значимых различий выявлено не было.

Результаты серологических исследований ИФА IgG до лечения и спустя 6 мес после него представлены на рисунке 3.

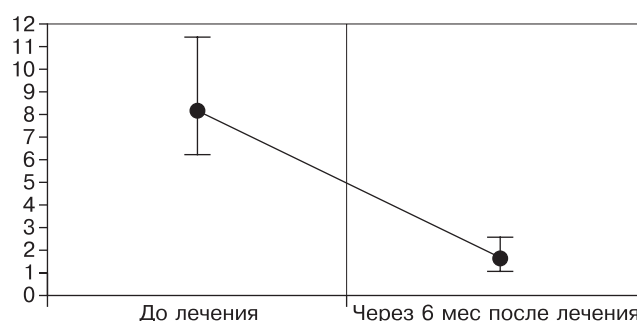


Рис. 3. *Результаты ИФА IgG до эрадикации и спустя 6 мес после ее завершения, % (n = 50)*.

Примечание. Референсные значения: до 1 иммуноферментной единицы (ИФЕ) — результат отрицательный; более 1 ИФЕ — результат положительный.

Эрадикация наступила у 43 пациенток (86%). Средний показатель ИФА IgG после лечения — $0,7 \pm 0,5$ ИФЕ ($p < 0,05$). Полученный результат не противоречит среднестатистическим данным по эффективности использованного метода эрадикации.

Таким образом, у больных с акне, имеющих сопутствующую патологию ЖКТ, обусловленную НР, в результате успешного проведения комплексной терапии с использованием эрадикационной схемы спустя 6 мес после завершения лечения отмечена высокая степень негативации ИФА IgG, а спустя 12 мес — устойчивая положительная динамика и длительный безрецидивный период в состоянии кожных покровов.

Заключение

Частота сочетания акне и сопутствующих патологий ЖКТ, чаще всего обусловленных инфекцией НР, составляет более 60% от общего числа больных с акне. С целью оптимизации диагностики причин развития акне необходимо тщательно собирать анамнез на предмет выявления симптомов функциональной диспепсии. В стандарты обследования больных с акне рекомендуется включать диагностику (ИФА IgG) инфекции НР.

В терапию акне необходимо включать эрадикацию возбудителя инфекции, что позволит повысить эффективность стандартной противоугревой схемы лечения в 2,94 раза ($p < 0,05$).

Все вышесказанное способствует переоценке акне как дерматоза. Поскольку крайне редко выявляются пациенты, у которых отсутствуют какие-либо из вышеперечисленных факторов, способствующих развитию акне, данное состояние целесообразно интерпретировать как дермадром — отдаленное проявление патологий внутренних органов и систем. В связи с этим возникает необходимость в проведении ряда уточняющих исследований и профильных консультаций, которые будут способствовать выявлению истинной причины заболевания:

- гинеколога-эндокринолога — оценка и коррекция гормонального профиля;
- иммунолога — восстановление иммунного гомеостаза;
- психоневролога — локализация и коррекция стрессогенного фона;
- гастроэнтеролога — выявление сопутствующих патологий желудочно-кишечного тракта;
- дерматолога — ключевого специалиста по ведению пациентки с акне, направляющего ее к коллегам смежных специальностей, контролирующего ход лечения и осуществляющего действия, направленные на устранение остаточных явлений на коже (постакне).

В ряде случаев специалисты берутся за исполнение тех функций, которые находятся за пределами их компетенции. Нередко гинекологи собственными силами пытаются лечить акне без учета состояния других систем органов и кожи как таковой, назначая комбиниро-

ванные оральные контрацептивы. Важно понимать, что устранение акнеформных эфлоресценций — это сопутствующий эффект гормональной терапии, которая далеко не всегда показана женщинам. Лечение патологии, проявляющейся на коже, без участия дерматолога может приводить к неблагоприятным последствиям. Бывают случаи, когда специалисты заходят настолько далеко, что пытаются посредством КОК лечить акне у мужчин! [15].

Исходя из междисциплинарного опыта, знаний и здравого смысла, призываем гинекологов не использовать КОК для лечения акне, а дерматологов — не брать на себя ответственность за регулировку баланса половых гормонов без участия коллег профильных специальностей.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rodriguez-Cavallini E., Vargas-Dengo P. Etiology of bacteriana y susceptibilidad a antibioticos en pacientes con acne. *Rev. Biomed.* 2004; 15: 101-6.
2. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных АКНЕ Российского общества дерматовенерологов и косметологов. М.; 2015.
3. Rzany B., Kahl C. Epidemiology of acne vulgaris. *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* 2006; 4(1): 8-9.
4. Stathakis V., Kilkenny M., Marks R. Descriptive epidemiology of acne vulgaris in the community. *Austr. J. Dermatol.* 1997; 38(3): 115-23.
5. Leyden J., Preston N., Osborn C., Gottschalk R.W. In-vivo effectiveness of adapalene 0.1% benzoyl peroxide 2.5% gel on antibiotic-sensitive and resistant propionibacterium acnes. *Clin. Aesthet. Dermatol.* 2011; 4(5): 22-6.
6. Cunliffe W.J. Акне. В кн.: Кацамбас А.Д., Лотти Т.М. (ред.). Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. 3-е изд.: Пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ; 2014.
7. Кубанова А.А. (ред.). Российское общество дерматовенерологов. Клинические рекомендации по ведению больных акне. М.: ДЭКС-Пресс; 2010.
8. Юцковская Я.А., Тарасенкова М.С., Наумчик Г.А. Рациональность применения новых лекарственных форм изотретиноина при системной терапии тяжелых форм угревой болезни. *Клиническая дерматология и венерология.* 2010; (4): 51-4.
9. Карр Б., Блэкуэлл Р., Азиз Р. (ред.). Руководство по репродуктивной медицине: Пер. с англ. под общей ред. И.В. Кузнецовой. М.: Практика; 2015.
10. Hammerstein J. (Ed.). *Possibilities and Limits of Endocrine Therapy. Androgenisation in Women.* Amsterdam: Excerpta Medica; 1980: 221-34.
11. Потекаев Н.Н. (ред.). *Акне и розацеа.* М.: Бином; 2007.
12. Адаскевич В.П. *Акне вульгарные и розовые.* Н. Новгород; 2003.
13. Goodman G.J., Baron J.A. The management of postacne scarring. *Dermatol. Surg.* 2007; 33 (10): 1175-88.
14. Mallon E., Newton J.N., Klassen A. et al. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br. J. Dermatol.* 1999; 140 (4): 672-6.
15. Иванов О.Л. (ред.). *Кожные и венерические болезни: Учебник для вузов.* М.: ШИКО; 2006.

REFERENCES

1. Rodriguez-Cavallini E., Vargas-Dengo P. Etiology of bacteriana y susceptibilidad a antibioticos en pacientes con acne. *Rev. Biomed.* 2004; 15: 101-6.
2. *Federal Guidelines for the Management of Patients ACNE Russian Society of Dermatologists and Cosmetologists.* [Federal'nye klinicheskiye rekomendatsii po vedeniyu bol'nykh AKNE Rossiyskogo

- obshchestva dermatovenerologov i kosmetologov]. Moscow; 2015. (in Russian)
3. Rzany B., Kahl C. Epidemiology of acne vulgaris. *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* 2006; 4(1): 8-9.
 4. Stathakis V., Kilkenny M., Marks R. Descriptive epidemiology of acne vulgaris in the community. *Austr. J. Dermatol.* 1997; 38(3): 115-23.
 5. Leyden J., Preston N., Osborn C., Gottschalk R.W. In-vivo effectiveness of adapalene 0.1%/ benzoyl peroxide 2.5% gel on antibiotic-sensitive and resistant propionibacterium acnes. *Clin. Aesthet. Dermatol.* 2011; 4(5): 22-6.
 6. Cunliffe W.J. Acne. In: *Katsambas A.D., Lotti T.M. (Eds.) European Handbook of Dermatological Treatments. [Evropeyskoye rukovodstvo po lecheniyu dermatologicheskikh bolezney]*. 3rd Ed.: Transl. from Engl. Moscow: MEDpress-inform; 2014. (in Russian)
 7. Kubanova A.A. (Ed.). *Russian Society of Dermatologists. Clinical Guidelines for the Management of Patients with Acne. [Rossiyskoye obshchestvo dermatovenerologov. Klinicheskiye rekomendatsii po vedeniyu bol'nykh akne]*. Moscow: DEKS-Press; 2010. (in Russian)
 8. Yutskovskaya Ya.A., Tarasenkova M.S., Naumchik G.A. Rational use of new dosage forms of isotretinoin in systemic treatment of severe forms of acne. *Klinicheskaya dermatologiya i Venerologiya.* 2010; 4: 51-4. (in Russian)
 9. Karr B., Blakuell R., Aziz R. (Eds.). *Guidelines for Reproductive Medicine. [Rukovodstvo po reproduktivnoy meditsine]*. Transl. from Engl. Moscow: Praktika; 2015. (in Russian)
 10. Hammerstein J. (Ed.). *Possibilities and Limits of Endocrine Therapy. Androgenisation in Women.* Amsterdam: Excerpta Medica; 1980: 221-34.
 11. Potekayev N.N. (Ed.). *Acne and Rosacea [Akne i rozatsea]*. Moscow: Binom; 2007. (in Russian)
 12. Adaskevich V.P. *Acne Vulgaris and Pink. [Akne vul'garnye i rozovyye]*. N. Novgorod; 2003. (in Russian)
 13. Goodman G.J., Baron J.A. The management of postacne scarring. *Dermatol. Surg.* 2007; 33 (10): 1175-88.
 14. Mallon E., Newton J.N., Klassen A. et al. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br. J. Dermatol.* 1999; 140 (4): 672-6.
 15. Ivanov O.L. (Ed.). *Skin and Venereal Diseases: Textbook for High Schools. [Kozhnye i venericheskie bolezni: Uchebnik dlya vuzov]*. Moscow: SHIKO; 2006. (in Russian)

Поступила 07.12.2016

Принята к печати 12.12.2016