

Хрищуква И.А.

### Инверсное акне. Современные методы лечения

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра дерматовенерологии и косметологии

Научный руководитель: к.м.н. Моррисон А.В.

#### Резюме

Инверсное акне является одной из наиболее актуальных проблем в практике врачей дерматовенерологов и косметологов. Разнообразие этиологических факторов, рост распространенности данного заболевания среди пациентов молодого возраста ставят перед врачами задачу своевременной диагностики, назначение адекватной терапии и профилактики осложнений. В работе подробно изучены этиология, роль предрасполагающих факторов риска, патогенез, клиника инверсного акне, а также современные методы лечения.

**Ключевые слова:** инверсное, апокриновые, фолликулярная окклюзия, ретиноиды

**Цель работы:** указать этиологию, патогенетические механизмы, клинику и современные методы лечения тяжело протекающих форм акне.

В настоящее время акне все чаще встречается в работе врача дерматовенеролога и косметолога, и представляют актуальную проблему.

Инверсное акне (ИА) (hidradenitis suppurativa) – это тяжелое хроническое иммуноопосредованное заболевание кожи, поражающее апокриновые потовые железы, сопровождающееся вторичным воспалением и негативно сказывающееся на качестве жизни больного.

Акне является одним из самых распространенных дерматозов в мире. Чаще страдают люди в возрасте от 12 до 24 лет 85%, реже от 25 до 34 лет 8%, крайне редко от 35 до 45 лет 3%. У подростков встречаемость акне среди мальчиков и девочек практически одинаковая, в то время как в дальнейшем женщины болеют чаще, чем мужчины.

В классификации акне выделяют такие формы как: комедональные, папуло-пустулезные и узловые, а также степени тяжести: легкую, среднюю и тяжелую.

Современная классификация инверсионного акне включает 3 стадии по Hurley:

I стадия - Формирование одиночного или множественных абсцессов без свищей и рубцов;

II стадия - Рецидивирующие абсцессы с формированием свищей и рубцов, одиночные или множественные поражения на расстоянии друг от друга;

III стадия - Диффузное или близкое к диффузному распространение воспаления или множественные сообщающиеся свищевые ходы и абсцессы.

Говоря о причинах развития ИА, можно выделить генетическую предрасположенность и формирование аберрантного иммунитета. Группы генов, отвечающих за развитие акне: ген рецепторов андрогенов (AR), ген CYP17. На основании генетического анализа было доказано, что заболевание имеет наследственный характер, передаваясь по аутосомно-доминантному типу и мутации в генах, вследствие чего создается белок, известный как  $\gamma$ -секретаза. Также в развитии заболевания имеют значение факторы внешней среды: ультрафиолетовое излучение, различные косметические средства, травматизация и стрессовый фактор. Нельзя не сказать о влиянии вредных привычек (курение, алкоголизм) и несоблюдение рационального питания, которые играют немаловажную роль в возникновении заболевания.

В патогенезе развития ИА решающее значение отводится окклюзии фолликулов при инфундибулярном гиперкератозе. Фолликулярная окклюзия – провоцирующий фактор развития вторичной инфекции. Провоспалительный цитокин фактор некроза опухоли I (ФНО-I) играет ключевую роль в развитии хронического воспалительного процесса: поврежденные клетки сальной железы инициируют формирование абсцесса. ФНО-I и другие провоспалительные цитокины провоцируют изменения, вызывающие образование и пролиферацию эпителизованных свищевых ходов, образование «биоленки» из бактерий, находящихся в поврежденных клетках и свищевых ходах, обеспечивают хронизацию воспаления и риск распространения воспаления и развития обострений заболевания. Таким образом, апокриновые потовые железы вовлекаются в процесс вторично.

Заболевание начинается с возникновения болезненных бугристых инфильтратов, которые открываются на поверхность кожи фистулезными ходами. Содержание воспалительных очагов гнойное или геморрагически-гнойное. Формируются свищи с последующим образованием втянутых рубцов.

Дифференциальную диагностику проводят со стафилококковыми инфекциями, простым абсцессом, венерической лимфогранулемой, болезнью Крона, актиномикозом, скрофулодермой.

Лечение ИА зависит от степени тяжести и течения патологического процесса. Оно заключается в нацеливании на формирование «биоленки». На данный момент не существует единой универсальной схемы терапии для каждого больного. При легком течении, без глубоких воспалительных поражений, пациенты могут лечиться амбулаторно. В таких случаях назначаются антибактериальные препараты чаще из группы линкозамидов и тетрациклинов, применение теплых компрессов, тщательное соблюдение правил гигиены и ношение свободной одежды. Как правило, важным моментом в терапии является отказ от вредных привычек и нормализация массы тела.

С умеренной и тяжелой степенью тяжести или стадией Hurley II назначают системные ретиноиды (изотретиноин) с предшествующим назначением антибиотиков широкого спектра действия коротким курсом, противовоспалительные препараты, глюкокортикостероиды, ингибиторы альфа-фактора некроза опухоли (при необходимости). Если состояние пациента не

улучшается, то рекомендуется применение нового препарата адалимумаба (торговое название «Хумира»), как вариант лечения первой линии у пациентов с умеренно-тяжелым течением. Дозировка адалимумаба составляет 160 мг в неделю подкожно, а затем 40 мг в неделю. Если не отмечается положительной динамики со стороны кожного процесса, то терапию следует продолжать до тех пор, пока отмечаются поражения. Если пациент не проявляет ответ, то необходимо рассмотреть терапию второго или третьего ряда, включающую антисептические препараты, внутриклеточные глюкокортикостероиды, иммунодепрессанты (инфликсимаб). Отсутствие улучшения от проводимой терапии после 12 недель лечения говорит о необходимости рассмотреть другие методы лечения, вплоть до хирургического.

#### **Вывод**

В связи с тем, что распространенность инверсионного акне в практикующей деятельности врача дерматовенеролога и косметолога с каждым годом возрастает, проблема сохраняет свою актуальность. Важно вовремя выявить данную патологию, правильно поставить диагноз и немедленно начать комплексное лечение, учитывающее всё разнообразие факторов, спровоцировавших появление заболевания у конкретного пациента. Только своевременно начатая терапия исключит возможные тяжелые последствия заболевания и улучшит качество жизни больного.

#### **Литература**

1. Гидраденит суппуративный: современные представления о патогенезе, терапии и успешный опыт лечения адалимумабом. Хобейш М.М., Шустов Д.В., Соколовский Е.В. Вестник дерматологии и венерологии - 2017 г.
2. Угри инверсные: трудности в диагностики и терапии. Беата Берглер-Чоп, Каролина Хадасик, Лигия Бжезинская-Висло. *Advances in Dermatology and Allergology* - 2015 г.
3. Угри инверсные: обзор с акцентом на патогенез и лечение. Уве Воллина, Андре Кох, Биргит Хейниг, Андреас Новак. *Indian Dermatology Online Journal* - 2013 г.
4. Гидраденит гнойный. Роберт Ли. *NORD* - 2012 г.