

УГРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ. УХОД ЗА КОЖЕЙ И ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

К.И. Григорьев, профессор

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

E-mail: k-i-grigoryev@yandex.ru

Представлены классификация, диагностика и клиническая картина угревой болезни. Указаны методы лечения, ухода и профилактики заболевания.

Ключевые слова: угревая болезнь, классификация, лечение, уход.



Угревая болезнь – полиморфное мультифакторное хроническое заболевание кожи, возникающее в результате гиперпродукции и дисбаланса липидов секрета сальных желез, фолликулярного гиперкератоза с сужением протоков сальных желез, размножения бактерий и развития воспаления (Альбанова В.И., Шишкова М.В., 2014). Заболевание считается самым распространенным поражением кожи среди подростков и лиц молодого возраста. В медицинской литературе эту болезнь часто называют «обыкновенные угри», или «вульгарные угри» (*acne vulgaris*). Термин акне происходит от древнегреческого *ακμή* («острие, разгар, расцвет») – кульминация разрыва кожи.

Термины «угри» и «угревая болезнь» нельзя признать равнозначными. Угри представляют собой частное проявление угревой болезни. Акне отмечаются у 80–90% людей в возрасте от 12 до 25 лет и у 10–15% – в возрасте старше 25 лет. У девушек акне появляются раньше, чем у юношей. Угри вызывают психологический дискомфорт и переживания. Больные с проявлениями угревой сыпи страдают от утраты привлекательности, у них снижается самооценка, они плохо адаптируются в социуме, испытывают тревогу и депрессию.

И вульгарные угри, и угревая болезнь представляют собой проявление хронического воспалительного процесса сальных желез лица, груди и спины, в результате которого образуются комедоны и другие патологические элементы.

Основная причина появления угрей у подростков – увеличение концентрации в крови мужских половых гормонов на фоне повышения чувствительности рецепторов сальных желез к андрогенам. Железы начинают секретировать больше кожного сала с измененным химическим составом.

В развитии угревой болезни выделяют 4 основных механизма:

- гиперпродукция секрета сальными железами;
- закупорка протока сальных желез роговыми массами (фолликулярный гиперкератоз);
- участие сапрофитной микрофлоры кожи;
- воспаление.

В избыточном выделении кожного сала и возникновении угрей немаловажную роль играет генетическая предрасположенность.

Сальная железа увеличивается, что приводит к появлению расширенных пор; в устье ее протока слой роговых чешуек утолщается. На каком-то этапе чешуйки закрывают проток, что вызывает появление черных точек – микрокомедонов, клинически себя не проявляющих. По мере дальнейшего накопления кожного сала и давления на закупоренный фолликул происходит его кистозное расширение, формируются так называемые закрытые комедоны (невоспаленные плотные узелки). Дальнейшее развитие процесса вызывает атрофические изменения в сальной железе и расширение поры. Возникают черно-точечные угри или открытые комедоны. При этом кожное сало имеет плотную структуру, плохо выводится наружу из-за большого скопления роговых чешуек. Черное окрашивание секрета, видимого из расширенной поры, обусловлено содержанием в нем пигмента меланина.

При закупорке пор и скоплении кожного сала создаются благоприятные условия для размножения внутри волосяных фолликулов обычной микрофлоры. Дальнейшее развитие заболевания

связывают с размножением в закупоренных сальных железах грамположительных палочек *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*). Другие многочисленные сапрофитные и условно-патогенные микроорганизмы (эпидермальный стафилококк, микобактерии, клостридии, клещи демодекс и др.), которыми заселены кожа и сальные железы, имеют меньшее значение. В обычных условиях иммунная система кожи на *P. acnes* не реагирует, но при их избытке вынуждена включаться в борьбу с ними, что приводит к воспалению. Воспалительный процесс может возникнуть на любом этапе угревой болезни, затрагивать поверхностные или глубокие слои кожи, чем и объясняется многообразие форм и клинических проявлений заболевания.

Активизация салообразования приводит к увеличению количества свободных жирных кислот, а жирные кислоты, нарушая процесс формирования роговых чешуек в устье сальной железы, стимулируют образование акне.

Помимо наследственной отягощенности, развитию заболевания способствуют:

- заболевания желудочно-кишечного тракта;
- эндокринные заболевания (поликистоз яичников, опухоли надпочечников и др.);
- злоупотребление мучными изделиями, сладостями, жирной и острой пищей;
- наличие хронических очагов инфекции;
- использование неадекватных средств ухода за кожей (косметика на жировой основе);
- прием некоторых препаратов (противотуберкулезных, цитостатических, противосудорожных, стероидных гормонов, препаратов йода, витаминов, особенно B_1 , B_2 , B_6 , B_{12} , D_2 и др.);
- высокие дозы хлора;
- повышенное потоотделение.

Акне не заразна, так как для появления угрей необходимо несколько факторов, а микробная инфекция является следствием нарушения защитных барьеров, появлением питательной среды (кожного сала).

Классификацию угрей разработали Г. Плевиг и А. Клигман (Plewig, Kligman) в 1994 г.:

1. Угри детского возраста (*childhood acne*):
 - угри новорожденных (*acne neonatorum*);
 - угри детей (*acne infantum*).
2. Юношеские угри (*acne juveniles*):
 - комедоны (*acne comedonica*);
 - папулопустулезные угри (*acne papulopustulosa*);
 - узловато-кистозные угри (*acne nodulocystica*);
 - молниеносные угри (*acne fulminans*).
3. Угри взрослых (*acne adultorum*):
 - поздние угри (*acne tarda*);
 - шаровидные или нагроможденные угри (*acne conglobata*);

- инверсные угри (*acne inversa, hidradenitis suppurativa*);
- *Pyoderma faciale*;
- *Bodybuilding acne*.

4. Угри, вызванные механическими факторами (*acne mechanica*).

5. Угри экзогенные (*acne venenata, cosmetic acne, contact acne*).

Характеристика основных видов угрей:

Комедоны (*acne comedonica*, или *comedo*) – невоспалительные элементы, которые возникают вследствие закупорки протоков сальных желез. Накапливаемое кожное сало выглядит как белый узелок, находящийся под кожей. Диаметр таких узелков составляет обычно 2–3 мм. При выходе кожного сала наружу и окислении его кислородом воздуха возникают черно-точечные угри или открытые комедоны. Локализация открытых и закрытых комедонов совпадает, поскольку это – разные стадии одного и того же элемента.

Папулезные и папулопустулезные угри (*acne papulosa*, или *papulopustulosa*) развиваются вследствие воспаления вокруг закрытых или открытых комедонов. При выраженном процессе такие угри могут оставлять на коже рубцы.

Индуративные угри (*acne indurativa*) характеризуются воспалением в глубоких слоях кожи, что всегда сопровождается появлением рубцов после исчезновения высыпного элемента. Имеют твердую консистенцию, приводят к воспалению, отеку близлежащих участков кожи.

Флегмонозные угри (*acne phlegmonosa*) – результат дальнейшего прогрессирования воспаления и появления полостей, наполненных гноем. Такие полости (кисты) могут сливаться друг с другом и образовывать в коже кисты значительных размеров.

Конглобатные или нагроможденные угри (*acne conglobata*) – свидетельство тяжелого течения болезни. Характерно появление полей крупных комедонов, которые впоследствии преобразуются в узловато-кистозные угри. На коже лица, верхней части спины, груди и живота такие угри могут сливаться друг с другом, образуя полости, содержащие гной. Остаются грубые рубцы, нередко – келлоидные. Конглобатные угри не проходят самостоятельно и подлежат лечению.

Молниеносные угри (*acne fulminans*) – редкая форма угрей, возникают они в основном у мужчин в возрасте 13–18 лет на фоне папулопустулезных и конглобатных угрей. Молниеносность заключается в появлении язвенных поверхностей на месте угря. Все это сопровождается повышением температуры тела, слабостью, болями в суставах, в животе и другими симптомами, свидетельствующими о поражении организма, а не только кожи.

Инверсные угри (*acne inversa*) или суппуративный гидраденит (*hidradenitis suppurativa*). Воспалительный процесс в волосяных фолликулах и сальных железах сдавливает протоки потовых желез. В коже происходит накопление веществ, входящих в состав пота. В результате возникают свищевые ходы. Провоцирующими факторами выступают трение одежды и зуд (типичные места – подмышечные впадины, соски, область промежности, пупка и др.), избыточная масса тела.

Солнечные акне (*acne aestivalis*, *acne Majorca*) – угревые высыпания, проявляющиеся или обостряющиеся в жарком и влажном климате.

Клиническая картина

Угри чаще появляются там, где расположены крупные и разветвленные сальные железы – на центральной части лица (лоб, щеки, подбородок) и в верхней части спины, реже – на груди.

Возникают мелкие черные точки (комедоны); они воспаляются, что проявляется красным ободком вокруг них. Акне постепенно увеличиваются, поднимаются над уровнем кожи в виде узелков. Затем в центре воспалительного очага появляется гнойничок, он вскрывается, выделяется гной, а на этом месте остается болезненный узелок, который со временем рассасывается, оставляя пигментацию. Если воспалительный процесс распространяется на всю сальную железу, то на коже появляются довольно крупные болезненные узлы, которые могут подвергаться нагноению и после вскрытия заживают с образованием рубцов.

Выделяет 3 степени тяжести угревой болезни:

- *легкую* – наличие в основном закрытых и открытых комедонов без признаков воспаления; возможно наличие до 10 папулопустулезных элементов на коже лица;
- *среднюю* – от 10 до 40 папулопустулезных элементов на коже лица;
- *тяжелую* – >40 папулопустулезных элементов на коже лица, а также абсцедирующие, флегмонозные (узловато-кистозные) или конглобатные угри.

Дифференциальная диагностика

Исключают розовые угри, туберкулез кожи, саркоидоз, периоральный дерматит, лекарственную сыпь и др. – заболевания с высыпаниями, сходными с акне. Акне вызывает гиперкортицизм любой этиологии: синдром Иценко–Кушинга, дисфункция коры надпочечников, андрогенпродуцирующие опухоли и т.д. Исключают так называемые акнеиформные высыпания – высыпания, при которых отсутствуют комедоны. Для акнеиформных высыпаний первичным является воспаление сально-волосяного фолликула.

Лечение и уход

Лечение требуется далеко не всем, решение о лечении угрей определяется необходимостью устранения психологических проблем, в частности представления об уродстве (дисморфофобия), стремлением к свободной социализации в обществе.

Лечение угрей направлено на уменьшение секреции кожного сала, нормализацию процессов кератинизации в сальной железе, создание условий для свободного оттока кожного сала из протоков, предотвращение появления и устранение комедонов, борьбу с воспалением (прежде всего – подавление размножения *P. acnes*). Принципиальное значение имеет восстановление барьерной функции кожи, чтобы обеспечить преграду на пути бактерий, имеющих тропность к сальным железам.

Правила лечения:

1. Нужен постоянный и адекватный уход за кожей. Угри нельзя вылечить ни за неделю, ни за месяц.

2. Изменение стиля жизни и питания. Ограничивают сладости, соленую, острую, жирную, консервированную пищу. Преувеличивать значение диеты не следует. Она нужна также для коррекции избыточной массы тела.

3. При умывании вредно мыло, оно пересушивает кожу и вызывает усиление салообразования. Кожа становится еще более жирной.

4. Спиртовыми тониками и лосьонами не следует протирать всю кожу лица; показано только точечное воздействие на единичные воспалительные элементы;

5. Выдавливают угри по специальной технологии, препятствующей распространению воспалительного процесса.

6. При легкой степени угревой болезни требуется только наружная терапия. При среднетяжелой или тяжелой формах акне прибегают, помимо наружной терапии, к медикаментозному лечению.

7. Используют только некомедогенную косметику. Нельзя оставлять декоративную косметику на лице на ночь.

8. Не рекомендуется посещать солярий, следует избегать лишней инсоляции (особенно на фоне медикаментозной терапии)!

9. Нужна коррекция психосоциального статуса больного. Угревая болезнь оказывает значительное психологическое воздействие, провоцируя тревогу, депрессию вплоть до социальной дезадаптации, межличностных и производственных трудностей.

Медикаментозное лечение

Наружными лечебными средствами смазывают участок пораженной кожи (лицо, грудь, спина), покрывая все элементы угревой сыпи. Допустима

комбинация препаратов, но не их одновременное нанесение. Лечение проводят в течение нескольких месяцев до исчезновения угрей. В дальнейшем требуется поддерживающий курс с менее частым применением наружных препаратов. К базисным средствам при угревой болезни относятся бензоила пероксид, производные азелаиновой кислоты, ретиноиды и антибиотики. Лучший эффект обеспечивает их комбинированное использование, а при тяжелых формах – сочетание наружного лечения и препаратов для приема внутрь.

Бензоила пероксид (benzасne, desquam, оху-5 и оху-10, clearamed, basiron, sruoxy) благодаря выраженному окислительному эффекту оказывает значительное антибактериальное действие на *P.acnes* и *S.epidermidis*, даже на резистентные к антибиотикам штаммы. На комедогенез препарат влияет слабо. Оказывает противовоспалительное действие, поскольку на фоне терапии быстро уменьшается количество папулопустулезных элементов. Выпускается в разных лекарственных формах (лосьоны, линименты, кремы, гели) и концентрациях (10; 5 и 2,5%). Назначают в режиме монотерапии при легкой степени угревой болезни, сопровождающейся появлением комедонов и воспалительных элементов, или в виде комбинации с эритромицином, препаратами серы, азольными соединениями. Их эффективность, естественно, выше. Бензоила пероксид используют также в лечении ихтиозов, пигментных образований.

Азелаиновая кислота. Действует на заключительной стадии кератинизации, препятствуя образованию комедонов благодаря снижению содержания свободных жирных кислот на поверхности кожи. Будучи естественной органической кислотой, обладает антибактериальными и противовоспалительными свойствами, но не влияет на продукцию кожного сала. Примеры препаратов с азелаиновой кислотой: скинорен (Германия), азикс-дерм (Индия), азогель (Россия), акне-дерма (Польша). Для жирной кожи обычно используют 15% гель, а для сухой – 20% крем. Препарат наносят на пораженную кожу 2 раза в день. Применяют у больных с комедонами или среднетяжелой формой папулопустулезных угрей, в случаях неэффективности или плохой переносимости бензоила пероксида и третиноина. Резистентные формы флоры не развиваются. Эффект будет заметен не ранее чем через 1 мес с начала лечения. Курс лечения – не менее 3 мес.

Салициловая кислота. Обладает свойством растворять жировой субстрат, из которого состоят угри, отшелушивать мертвые клетки кожи. Препараты от угрей на основе салициловой кислоты выпускаются в разных видах. Пример: ли-

нейка средств clearasil (клерасил) в виде лосьона, крема и геля с концентрацией 0,5 или 2%. Салициловая кислота дает неплохой эффект, но он все равно минимум в 2 раза ниже, чем от применения, например, ретиноидов. При прыщах (пустулах) ее применение вообще лишено смысла. Надо помнить о возможных побочных эффектах: при регулярном использовании средств с салициловой кислотой кожа становится красной и шелушится. Возможно появление пигментных пятен. В комплексной терапии лечения угрей используют комбинированную мазь для наружного применения – пиолизин (Германия), содержащую салициловую кислоту, пиолизин и окись цинка.

Ретиноиды – препараты, структурно близкие к витамину А или обладающие А-витаминными свойствами. Применение ретиноидов способствует удалению образовавшихся пробок из кожных пор, предотвращает появление новых комедонов, снижает количество *P.acnes*, оказывает противовоспалительное действие. Самая высокая эффективность – у ретиноидов в форме лосьонов; немного уступают им гели, наименее эффективны кремы.

Ретиноидные препараты подразделяются на природные (ретинол, ретиноевая кислота) и синтетические (третиноин, адапален, тазаротен), монокомпонентные или комбинированные.

Ретиноевая мазь 0,1 и 0,05% (выпускается в тубах по 10 г), ретасол (0,025% раствор во флаконах по 20 мл) для наружного лечения – отечественные препараты, содержащие изотретиноин (13-цис-ретиноевая кислота), наносят на предварительно очищенную кожу 1–2 раза в день, курс лечения – 12–16 нед. Зарубежные препараты для наружного применения: ретин-А (США) – 0,05% крем в тубах по 30 г, локацид (Франция) – 0,05% крем в тубах по 30 г и 0,1% раствор во флаконах по 15 мл. Серьезные побочные эффекты у ретиноевой мази, а тем более у крема отсутствуют. Аналогичное действие оказывает дифферин (Франция) (0,1% гель и крем в тубах по 30 г), содержащий адаполен (производное нафтоевой кислоты). Он переносится лучше, чем третиноин. Его можно назначать детям с 7 лет 1 раз в день на ночь.

Для системного лечения тяжелых форм угрей применяется ретиноевая кислота внутрь (роаккутан). Роаккутан (изотретиноин) блокирует продукцию кожного сала на 90%, что резко уменьшает количество формирующихся комедонов. Уменьшение секреции кожного сала снижает контаминацию *P.acnes*. Назначают больным с тяжелыми формами болезни, при абсцедирующих, флегмонозных и конглобатных акне. Применение ограничено из-за побочных эффектов (тератогенность, токсический гепатит и др.) и высокой стоимости. В качестве альтернативы используют рети-

нола пальмитат – масляный раствор витамина А отечественного производства. По эффективности он уступает роаккутану, но лучше переносится, а стоимость его несопоставимо ниже.

Терапия одним из 3 препаратов (бензоила пероксид, азелаиновая кислота или изотретиноин, за исключением ацетилсалициловой кислоты) эффективна при достаточно длительном их применении (от 3 мес). Как осложнение такого лечения рассматривают раздражение кожи. В таких ситуациях показано уменьшение частоты аппликаций или снижение концентрации препарата (выпускаются в разных концентрациях). Не рекомендуется одновременно накладывать на кожу 2 и более из указанных средств, пользоваться ими на морозе/солнце.

Антибактериальные средства рассматриваются как препараты 2-го ряда и назначаются при неэффективности базисных препаратов наружно или внутрь при поражении большой площади кожи. Возможна комбинированная терапия с местным применением ретиноидов и перекисью бензоила.

Антибиотики нужны при преобладании у больного папулопустулезных элементов, но не *acnes comedonicum*. В настоящее время возросло количество резистентных штаммов *P. acnes*, но остается неясным, является ли эта резистентность результатом длительной общей антимикробной терапии или наружного лечения.

Для лечения угрей преимущественно применяют тетрациклины (противопоказаны при беременности и детям до 8 лет). Удобны дюрантные средства – доксициклин (юнидокс солютаб и др.), миноциклин. Лечение длительное: полная доза – 4–6 нед, далее – поддерживающая доза – 1/5 часть в течение 2–3 мес.

Общепризнанна эффективность при лечении угрей, особенно в детской практике, эритромицина. Комбинация эритромицина и ацетата цинка (зинерит) значительно повышает эффективность антибиотика и уменьшает риск возникновения резистентных штаммов *P. acnes*. Однако при положительном действии системного назначения антибиотиков (подавление угрей) нельзя не учитывать последствия их длительного применения (прежде всего – негативное влияние на микрофлору кишечника, активация грибковой инфекции, аллергия).

В связи с этим местное применение антибиотиков выглядит более безопасным. Но местная терапия эритромицином, клиндамицином и тетрациклином эффективна только при незначительной угревой сыпи, особенно в комбинации с цинком, ретиноидами или бензоила пероксидом. Применяют 1% эритромициновую мазь, 1% гель

с клиндамицином (далацин Т), комбинированные препараты (зинерит – 4% раствор эритромицина и цинка ацетата, изотрексин – гель, содержащий 2% эритромицина и 0,05% изотретиноина, бензамидин – гель, содержащий эритромицин и бензоила пероксид).

Гормональная терапия. При тяжелых формах угревой болезни может понадобиться гормональная терапия. Речь идет о препаратах антиандрогенного действия, что, по сути, может считаться единственным этиологическим методом лечения. Наиболее изучены с этой точки зрения и получили наибольшее распространение оральные контрацептивы. Антиандрогенные препараты (ципротерон и др.) обычно назначают женщинам с поздними угрями в составе комбинированной терапии. Кортикостероидные мази не показаны.

Помимо современных наружных средств, в лечении угрей по-прежнему широко используются традиционные препараты серы, резорцина, фитотерапия, народные средства, витамины. При дефиците цинка (частое явление при угревой болезни) назначается *цинктерал* (таблетки по 0,0124 г) – 1–2 раза в сутки во время еды или сразу после еды в течение 1–2 мес. Не потерял интерес к *гомеопатии*. Из домашних средств используют примочки из настоя огурца, маски из настоя огурца с медом, умывание настоем цветков, листьев и ягод малины и т.д. Как издавна, так и сегодня в комплекс лечения угрей включают *пивные дрожжи*.

К дополнительным методам лечения угревой болезни, показанным только при *acne comedonica*, относятся чистка лица, особый щипковый массаж лица. Нередко используют локальную криотерапию, способную ускорить разрешение узловатокистозных элементов. Варианты санации очагов гнойного воспаления – электрокоагуляция, ультразвук и др. На отдельные невоспаленные угри воздействуют дарсонвализацией, микротоками, излучением лазера, химическим пилингом. К современным методам относится фотодинамическая терапия (технология LNE), объединяющая световую и тепловую энергию. Хирургические манипуляции имеют очень ограниченное применение при угревой болезни. Вскрытие кистозных полостей противопоказано, поскольку оно приводит к формированию стойких рубцов. Могут усугубить воспаление общие разогревающие процедуры (прогревания, горячие ванны).

Конечно, оптимальный вариант – лечение под контролем дерматолога или дерматолога-косметолога. Важно подобрать индивидуальную линию лечебной косметики. Используют ее 3–4 мес, а затем меняют на другую линию, так как кожа привыкает к компонентам косметики. Положительный эффект развивается примерно через 1,5–2 мес.

Уход за кожей включает в себя несколько этапов:

- Очищение; ежедневно используют различные антибактериальные мыла, пенки или гели для умывания; очищающие средства должны иметь нейтральную или кислую pH; предпочтение отдают так называемому «мылу без мыла» или пенкам; кусковое мыло лучше забыть; при признаках жидкой себореи применяют лосьоны и тоники для жирной кожи или традиционные водно-спиртовые болтушки, в состав которых входят салициловая кислота, резорцин и т.д.
- Тонизация; для уменьшения выработки кожного жира используют специальные тонеры для очистки жирной кожи, специальные косметические полоски, которые прикрепляют к поверхности кожи на носу, лбу, щеках или подбородке, чтобы выплавить кожный жир из пор («Нивея», «Пропеллер» и др.); предпочтительны эмульсии, жидкий крем, гели; макияж используют с осторожностью вследствие потенциального комедогенного действия декоративной косметики; употребляют средства с маркировкой «non-comedogenic»; в начальный период лечения ретиноидами наблюдается обострение – покраснение кожи и т.д.; используют тоник без спирта для чувствительной, склонной к раздражению кожи; внимание: жирные кремы и мази вызывают закупорку волосяных фолликулов!
- После чистки производят аккуратное удаление комедонов и гнойничков; главное – не перестараться!
- Отшелушивание – выравнивание поверхности кожи, освобождение устьев сально-волосяных фолликулов от скопившихся там веществ и обеспечение свободного оттока кожного сала; используют механические и химические методы (скрабы, кремы и маски); процедурами нельзя злоупотреблять, все должно быть в меру.
- Увлажнение; увлажняющие кремы для жирной кожи, тоник, гель, сыворотки или молочко (при высокой жирности кожи); жирную кожу тоже необходимо увлажнять! Дегидратация кожи ослабляет ее защитные свойства, и воспалительных элементов станет больше.

Уход за кожей включает в себя ежедневный гигиенический душ, обмывания или протирания кожи соленой или содовой водой (1 чайная ложка соли морской или пищевой на 1 стакан воды); последние можно чередовать с применением лось-

онов для жирной кожи. Если они раздражают кожу, необходимо воспользоваться туалетной водой или разбавленными спиртовыми настойками зверобоя и березовых почек.

Косметология акне и «прыщей». Дерматологи удаляют угри специальными инструментами – комедон-экстракторами. Чистку кожи можно проводить в косметологических кабинетах. Существуют специальные косметологические процедуры, ускоряющие положительный эффект и наступление более длительной ремиссии:

- специальные лечебные маски при поверхностных формах, рассасывающие лечебные маски для глубоких угрей;
- пилинги для проблемной кожи, когда удаляют черные точки, подготавливая кожу к чистке;
- чистка лица и спины – без механического выдавливания, так называемая атравматическая чистка или классическая с распариванием или без него и т.д.;
- фотозащитные средства;
- мезотерапия; ускоряет наступление противовоспалительного эффекта; применяют как дополнительный метод лечения угрей на определенном этапе; способствует нежному безрубцовому заживлению, удаляет пятна после угрей;
- озонотерапия – лечение акне и удаление следов на коже после угрей; делает проблемную кожу более гладкой, уменьшает поры, сглаживает рубцы.

Перспективы лечения акне. Разрабатываются генетические методы лечения акне – ученые ищут гены, возможно, ответственные за данную патологию. Планируется также использование фагов, уничтожающих бактерии.

Профилактика

Важно поддерживать здоровый образ жизни, соблюдать диету (исключить тугоплавкие жиры, масла). Применяют варианты гипогликемической диеты, при избыточной массе тела – низкокалорийной. Необходим тщательный уход за кожей лица. Лечение угревой сыпи у подростков лучше начинать как можно раньше, так как в этом случае удастся предупредить трансформацию угрей в прыщи, после которых на коже остаются шрамы и пигментные пятна. Избегают использования галогенизированных лекарственных средств (анестетики, кортикостероиды и др.).

После лечения требуются регулярные косметические процедуры с целью профилактики угрей. В летнее время эффективны регламентированные солнечные ванны и морские купания.

Рекомендуемая литература

Альбанова В.И., Шишкова М.В. Угри. Патогенез. Клиника. Лечение. М.: БИНОМ, 2014; 112.

Бурцева Г.Н., Сергеев А.Ю., Свечникова Е.В. и др. Самооценка тяжести заболевания, качества жизни и комплаентность у больных с акне. Врач. 2009; 8: 58–61.

Куликова С. Ю. Угри: борьба продолжается. Педиатрия для родителей. 2008; 5: 84–6.

Ноздрин В.И., Альбанова В.И., Сазыкина Л.Н. Морфогенетический подход к лечению угрей ретиноидами. М.: Ретиноиды, 2005; 127.

Соколовский Е.В., Аравийская Е.А., Красносельских Т.В. Угревая болезнь – как ее лечить. Мир Медицины. 1998; 7: 9–10.

Khayef G., Young J., Burns-Whitmore B., Spalding T. Effects of fish oil supplementation on inflammatory acne. Lipids in health and disease. 2012; 11: 165–7.

ACNE: SKIN CARE AND THE FOUNDATIONS OF MEDICAL CARE

Prof. K.I. Grigoryev

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

The paper presents the classification, diagnosis, and clinical picture of acne. It indicates methods for treatment, care, and prevention of the disease.

Key words: acne, classification, treatment, care.