

Заболевания мочевыделительной системы в основной группе отмечены у 6 (20 %) женщин, в контрольной у 2 (6,25 %) ( $\chi^2 = 9,63$ ,  $p = 0,002$ ).

Заболеваниями желудочно-кишечного тракта и печени достоверно чаще страдали 28 (93,3 %) женщины с гиперплазией эндометрия и 13 (40,0 %) без данной патологии ( $\chi^2 = 20,8$ ;  $p < 0,0001$ ).

Женщины основной группы имели больше сопутствующей гинекологической патологии, чем контрольной: 113 (72,4 %) против 42 (27,6 %,  $\chi^2 = 2,83$ ;  $p = 0,03$ ). Чаще она выявлялась в возрасте от 34 до 41 года в исследуемых группах: 72 (46,2 %) в основной и 20 (12,4 %,  $\chi^2 = 8,27$ ;  $p = 0,04$ ) в контрольной.

Железистый полип эндометрия был ранее выявлен у 9 (30,0 %,  $\chi^2 = 4,03$ ,  $p = 0,04$ ) женщин основной группы. В контрольной группе ранее данной патологии не было.

Миома матки была выявлена у 14 (46,7 %) женщин основной группы и у 6 (9,4 %,  $\chi^2 = 11,3$ ;  $p = 0,0008$ ) контрольной, поликистоз яичников соответственно у 11 (36,7 %) и 5 (15,6 %,  $\chi^2 = 13,8$ ;  $p = 0,0002$ ).

С гиперплазией эндометрия имели эрозию шейки матки 16 (53,3 %) пациенток, в контрольной — 4 (12,5 %,  $\chi^2 = 16,53$ ;  $p = 0,0001$ ).

Воспалительные процессы (вульвовагиниты, кольпиты, эндоцервициты) в анамнезе были у 16 (53,3 %) женщин основной группы, в контрольной у 4 (12,5 %,  $\chi^2 = 16,53$ ;  $p < 0,0001$ ).

Спаечный процесс в малом тазу выявлен у 12 (40 %) женщин с гиперплазией эндометрия и у 3 (9,4 %,  $\chi^2 = 19,53$ ;  $p < 0,0001$ ) контрольной группы.

#### **Выводы**

1. Гиперплазия эндометрия в репродуктивном возрасте достоверно чаще встречается в возрасте от 24 до 41 года.

2. У женщин с гиперплазией эндометрия достоверно чаще встречаются заболевания печени, желудочно-кишечного тракта и эндокринные нарушения.

3. Из сопутствующей гинекологической патологии у женщин с гиперплазией эндометрия статистически достоверно чаще встречается хронический аднексит, миома матки, эрозия шейки матки, поликистоз яичников и спаечный процесс в малом тазу.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Залуцкий, И. В. Эпидемиология злокачественных новообразований женской половой сферы в Республике Беларусь / И. В. Залуцкий // Медицинские новости. — 2002. — № 7(22). — С. 3–4.
2. Кузнецова, И. В. Гиперпластические процессы эндометрия / И. В. Кузнецова. — М., 2009. — 48 с.
3. Русакевич, П. С. Гиперплазия эндометрия / П. С. Русакевич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 444 с.

**УДК 616.53-002-08-035**

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АКНЕ**

**Беляева М. М.**

**Научный руководитель: ассистент Л. А. Порошина**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Акне — это хроническое рецидивирующее заболевание кожи, преимущественно лиц молодого возраста, являющееся результатом гиперпродукции кожного сала и закупорки гиперплазированных сальных желез с последующим их воспалением. Акне страдает до 80 % населения в возрасте от 12 до 25 лет, и примерно 30–40 % лиц старше 25 лет [1]. Косметический дефект, присутствующий при акне, оказывает травмирующее психологическое воздействие, обуславливая социальную дезадаптацию и значительно

снижая качество жизни. Несмотря на значительные успехи в терапии акне, проблемы совершенствования лечения, а также дальнейшее изучение причин развития заболевания остаются весьма актуальными [2].

#### **Цель**

Составить обзор современных подходов к терапии акне.

#### **Материалы и методы исследования**

Анализ научной литературы.

#### **Результаты и обсуждение**

Рациональная терапия акне определяется патогенетическими факторами, которые включают фолликулярный гиперкератоз, повышенное образование кожного сала, размножение *P. acnes*, поддерживающее воспалительный процесс. Выбор препаратов должен осуществляться с учетом оценки клинической картины заболевания, течения патологического процесса, эффективности проводимой ранее терапии, наличия или отсутствия эндокринопатий [3].

Топические ретиноиды являются препаратами выбора для лечения легкой комедональной формы акне. Препараты ретиноидов назначают на ночь, пациентам со светлой и чувствительной кожей, время экспозиции препарата в начале лечения составляет 30 минут, затем постепенно увеличивается. В начале применения количество высыпаний может увеличиться, но через 2–4 недели процесс нормализуется самостоятельно. В этом случае пациента необходимо убедить не прерывать лечение, а назначить препарат через день в течение 2 недель. После адаптационного периода перейти на ежедневный прием с постепенным увеличением концентрации. Клинический эффект топических ретиноидов полностью исчезает в течение 24 недель после прекращения терапии, поэтому для его поддержания требуется продолжение лечения. Клинические исследования показали необходимость их применения не менее 3 раз в неделю 1 раз в день в качестве поддерживающей терапии. Противопоказаниями к лечению топическими ретиноидами являются: беременность, острые воспалительные поражения кожи. Нельзя применять одновременно с препаратами, вызывающими шелушение, сухость и раздражение кожи, а также совместно с другими препаратами ретиноидов [4].

Азелаиновая кислота составляет альтернативу топическим ретиноидам. Она обладает депигментирующими свойствами, устраняет гиперкератоз устья фолликула сальных желез, оказывает умеренное противомикробное, а также противовоспалительное действие. Препарат наносят тонким слоем 1–2 раза в сутки в течение 4–6 месяцев. Обычно первые положительные клинические результаты заметны не ранее чем через 1 месяц, а стойкий клинический эффект, в том числе отбеливание кожи, через 3–4 месяца. Повторный курс возможен после 1–2 месячного перерыва [3].

Лечение пациентов с легкими папулопустулезными формами начинается с использования топических ретиноидов в сочетании с топическими антибиотиками. Альтернативной схемой лечения является комбинация топических ретиноидов с бензоилпероксидом. Бензоилпероксид обладает кератолитическим и бактериостатическим действием, приводит к образованию различных форм активного кислорода, который подавляет размножение анаэробных *P. acnes*. Бензоилпероксид не вызывает появления резистентных штаммов микроорганизмов, что успешно используется при лечении акне с преобладанием грам-негативной флоры. Когда гель с бензоилпероксидом наносят на кожу, избыток кожного сала абсорбируется гранулами акрилового кополимера благодаря высокой аффинности. При этом глицерин вытесняется из гранул и всасывается в кожу, увлажняя и смягчая ее. Таким образом происходит контролируемая абсорбция кожного сала и активное увлажнение кожи [4]. При среднетяжелом течении акне препаратами первой линии являются системные антибиотики. Основной группой антибактериальных препаратов являются тетрациклины. При непереносимости и наличии противопоказаний к назначению тетрациклинов препаратами выбора являются макролиды. Для достижения стойкой ремиссии требуется назначение длительных и нередко повторных

курсов антибиотикотерапии. Клиническими исследованиями доказано, что комбинация пероральных антибиотиков и топических средств, содержащих ретиноиды или бензоилпероксид, повышает эффективность терапии, способствуя уменьшению числа резистентных штаммов *P. acnes*. Одним из базисных препаратов в лечении тяжелой степени акне с 1982 года является пероральный изотретиноин, который при системном применении вызывает длительные ремиссии или излечение у большинства пациентов. В большинстве случаев требуется курс лечения не менее 4 месяцев, в 10 % случаев — 6 месяцев и в 3 % случаев — более 10 месяцев. Препарат абсолютно тератогенен, поэтому до начала лечения необходимо исключить наличие беременности и назначить контрацептивные средства на весь период лечения и в течение 1 месяца после его прекращения. Использование антиандрогенных препаратов является патогенетической терапией среднетяжелых и тяжелых форм акне у женщин при наличии гиперандрогении. Предпочтение отдается монофазным комбинированным оральным контрацептивам с содержанием этинилэстрадиола от 0,03 до 0,05 мг и гестагена с минимальной андрогенной активностью — медроксипрогестерона ацетата [3].

#### **Выводы**

1. Топические ретиноиды являются препаратами выбора для лечения легкой комедональной формы акне, азелаиновая кислота составляет альтернативу топическим ретиноидам.
2. Для лечения легких папулопустулезных форм рекомендуются топические ретиноиды в сочетании с топическими антибиотиками. Альтернативная схема лечения — топические ретиноиды + бензоилпероксид.
3. При среднетяжелом течении акне препаратами первой линии являются системные антибиотики, основная применяемая группа — тетрациклины.
4. Базисный препарат при тяжелой степени акне — пероральный изотретиноин.
5. Использование антиандрогенных препаратов является патогенетической терапией среднетяжелых и тяжелых форм акне у женщин при наличии гиперандрогении.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Кубанова, А. А. Современные особенности патогенеза и терапии акне / А. А. Кубанова // Вестник дерматологии и венерологии. — М.: Медиа Сфера, 2003. — № 1. — С. 8–11.
2. Аравийская, Е. Р. Современный взгляд на лечение акне: состояние проблемы и новые возможности / Е. Р. Аравийская // Лечащий врач. — 2003. — № 4. — С. 4–6.
3. Бутарева, М. М. Принципы комбинированной терапии акне / М. М. Бутарева // Вестник дерматологии и венерологии. — М.: Медиа Сфера, 2011. — № 6. — С. 13–17.
4. Майорова, А. В. Угревая болезнь в практике врача дерматокосметолога / А. В. Майорова. — М.: Клавель, 2005. — С. 48–53.

**УДК 57.084: 599.325.1: 591.148.1: 535.21**

### **ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОЗГА КРОЛИКОВ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОГО КРУГЛОСУТОЧНОГО ОСВЕЩЕНИЯ**

**Бережной Б. Ю.**

**Научный руководитель: д.м.н. профессор Г. И. Губина-Вакулик**

**Учреждение образования  
«Харьковский национальный медицинский университет»  
г. Харьков, Украина**

#### **Введение**

В связи со значительным увеличением продолжительности трудового дня и общего времени бодрствования на человека воздействует избыточное количество факторов внешней среды. В этой работе мы поднимаем вопрос об избыточном воздействии светового излучения видимого спектра на организм. Проблема особо актуальна в последние десятилетия в связи с компьютеризацией общества, что неразделимо связано с уве-