Выводы

Уреаплазменная инфекция приобретает характер глобальной проблемы, существенно влияя на репродуктивное здоровье и качество жизни. Перспективны расширение скрининга в группах риска, повышение информированности, рациональное применение антибиотиков, разработка новых антибактериальных и пробиотических подходов и создание вакцин при междисциплинарном взаимодействии специалистов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клиническое значение уреаплазм в урогенитальной патологии / В. П. Ковалык, Е. В. Владимирова, Т. В. Рубашева [и др.]. // Клиническая практика. – 2019. – Т. 10, № 1. – С. 81−87.

2. Савзиханов, Р. Т. Клиническое значение биоваров уреаплазм в практике уролога / Р. Т. Савзиханов, М. М. Алибеков // Вестник урологии. – 2020. – Т. 8, № 2. – С. 37−42.

УДК616.53-002.25-08:577.161.1

Д. И. Скоробогатый

Научный руководитель: старший преподаватель Е. В. Синкевич

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ СИСТЕМНЫМИ И ТОПИЧЕСКИМИ РЕТИНОИДАМИ У ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ

Введение

Акне – хроническое воспалительное заболевание кожи, при котором наблюдается гиперактивная работа сальных желез, сопровождаемая закупориванием волосяных фолликулов, а также образованием комедонов и воспалительных элементов в виде папул, пустул, узлов, кистозных элементов, поражающих в большей степени область лица, груди и спины.

Общеизвестным является факт широкой распространенности данной патологии. Пик развития угревой болезни приходится на возраст 14–16 лет у девочек и 16–17 лет у мальчиков. К 18–20-летнему возрасту элементы сыпи регрессируют у большинства подростков, однако у 20% больных инволюция акне замедлена.

Психосоматические нарушения, вызванные наличием самовозобновляющегося воспалительного процесса и рубцевания, отражаются в снижении самооценки, самоизоляции, раздражительности и депрессии.

В настоящее время установлено, что в развитии акне большое значение имеют 4 основных фактора: патологический фолликулярный кератоз, нарушение состава и продукция кожного сала, размножение *Cutibacterium acnes*, воспаление [1].

Следует помнить, что патогенез акне напрямую связан с продукцией андрогенов и восприимчивостью себоцитов к ним.

Современная лекарственная терапия акне включает широкий спектр топических и системных препаратов, таких как ретиноиды, антибиотики, бензоил пероксид, азелаиновая кислота и гормональные средства. Однако, несмотря на разнообразие доступных методов лечения, проблема эффективного контроля акне остается актуальной для многих пациентов [2].

Цель

Оценить степень эффективности применения терапии системными и топическими ретиноидами среди пациентов, страдающих акне.

Материал и методы исследования

В ходе работы было проведено анкетирование среди 100 респондентов больных акне. Анкетирование проводилось в интернете при помощи сайта Google Forms. Анкета состояла из вопросов, уточняющих пол, возраст, тип кожи, наличие и характер высыпаний, длительность болезни и лечения, метод лечения (наружный или системный), лекарственные препараты, наличие и степень выраженности побочных эффектов, использование поддерживающей терапии после курса, желание рекомендовать выбранный тип лечения.

Статистическая обработка полученных данных выполнялась на персональном компьютере при помощи программы Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди респондентов мужчин – 22%, женщин – 78%. Возраст респондентов: несовершеннолетних – 11%, от 18 до 25 лет – 62%, от 26 до 35 лет – 12%, от 36 до 50 лет – 11% и 4% – старше 50 лет. Частота встречаемости различных форм акне у пациентов отражена в таблице 1.

Таблица 1 – Степень тяжести акне в зависимости от типа кожи, %

Степень тяжести акне	Сухая кожа	Нормальная кожа	Комбинированная кожа	Жирная кожа
Легкая	16,7	40	52	50
Средняя	50	20	30	28,6
Тяжелая	33,3	40	18	21,4

До применения ретинола и его производных респонденты использовали комбинированные способы лечения акне. Большинство отдало предпочтение косметическим процедурам (чистки, пилинги) – 56,6%, азелаиновой кислоте – 46,5% и антибиотикам – 29,3%. Так же был использован бензоила пероксид – 17,2%. Для 17,2% респондентов первым препаратом оказался ретинол.

Самым распространненым способом коррекции акне оказались топические формы ретинола (кремы, гели, мази) – 68%, системные ретиноиды использовались в 32% случаев.

Респонденты, использовавшие системную форму, отдавали предпочтение препаратам: изотек (20%), акнекутан (18%), роаккутан (8%).

Среди топических ретиноидов использовали препараты: адапален (15%), дифферин (12%), базирон (9%), третиноин (8%). Другие формы ретинола в составе косметических средств используют 24% опрошенных.

Частота нанесения топической формы ретиноидов среди респондентов разная: 1 раз в день – 57,5%, 1 раз в 2 дня – 32,5%, 10% респондентов используют ретиноды курсами. При этом большинство респондентов (84,9%) соблюдает правило «горошины» при использовании топических ретиноидов, а 15,1% не контролирует количество апплицируемого препарата в попытках «усилить» эффект. Строго запрещено наносить чрезмерное количество препарата, ведь подобное использование повышает риск развития химического ожога кожи и ретиноевого дерматита.

Выявлено, что системная форма вызвала широкий спектр нежелательных явлений: ксероз, хейлит, сухость слизистых, конъюнктивит, носовые кровотечения, анемия, головные боли, артралгии, миалгии, повышение печеночных ферментов и липидов крови.

При топическом применении побочные эффекты носят локальный характер и ограничиваются зоной нанесения: сухость, шелушение, покраснение, зуд и жжение. Системные реакции при правильном использовании практически исключены.

Установленная корреляция успешности лечения от выбранной формы препарата отображена в таблице 2.

Таблица 2 – Результат терапии в зависимости от формы ретиноидов, %

Оценка	Топическая форма	Системная форма
5 баллов (полное исчезновение)	26,7	60,4
4 балла (значительное улучшение)	26,7	25
3 балла (умеренное улучшение)	30	12,5
2 балла (незначительное улучшение)	10	0
1 балл (нет эффекта / стало хуже)	6,7	2,1

Большинство респондентов (31%) заметили первый положительный эффект через 1,5 – 2 месяца использования выбранного препарата. В начале лечения ретинолом все пациенты прошли через так называемую ретиноевую «чистку» – период обострения, когда процесс кератинизации ускоряется, а количество воспалительных элементов стремительно растет. В таблице 3 отражена длительность использования препаратов ретинола необходимая для достижения выраженного клинического эффекта у пациентов.

Таблица 3 – Скорость достижения результата, %

Длительность терапии	Топические ретиноиды	Системные ретиноиды
Менее 1 месяца	21,4	2,6
1–3 месяца	14,3	10,3
4–6 месяцев	7,1	28,2
7+ месяцев	57,1	59

Подавляющее большинство респондентов (93,6%) осознает необходимость длительного использования препаратов, содержащих ретинол. Особая задача врача – донести пациенту информацию о том, что терапия, в частности системными ретиноидами, не заканчивается достижением ремиссии, ведь без сохранения положительного результата риск рецидива растет. Поэтому срок дальнейшего использования топических форм исчисляется не месяцами, а годами.

Выводы:

1. Системные ретиноиды демонстрируют значительно более высокую эффективность, особенно при среднетяжелых и тяжелых формах акне.

2. Топические формы эффективны преимущественно при легкой степени.

3. Пациенты отдают предпочтение топической форме ретиноидов в виду ее доступности.

4. Системная терапия сопровождается высокой частотой проявления побочных эффектов, что говорит о необходимости проведения лабораторного контроля.

5. Терапия ретинолом и его производными в большинстве случаев заканчивается полным исчезновением признаков болезни.

6. Пациенты, прошедшие через терапию, готовы рекомендовать выбранный метод лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рахматов, А. Б. Использование системных ретиноидов в дерматологической практике / А. Б. Рахматов, Т. П. Рахматов // Дерматовенерология и эстетическая медицина. – 2024. – № 2. – С. 38.

2. Мельникова, Ю. Е. Анализ эффективности лекарственной терапии акне / Ю. Е. Мельникова, Е. К. Трапчевская // Качественная клиническая практика. – 2024. – № 4. – С. 16.