

ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ И ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Кошель М. В.

ГБОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ставрополь, Россия (355000, Ставрополь, ул. Мира, 310), e-mail: postmaster@stgma.ru

Обобщен опыт диагностики и лечения 100 больных акне и дисплазией соединительной ткани (ДСТ). Представлены сведения о распределении пациентов по полу, возрасту, длительности заболевания. Выявлена зависимость между течением угревой болезни и наличием ДСТ. Исследованы соматотипы больных. Предложены методы лечения, включающие базовую терапию акне в сочетании с магнием замещающей терапией. Достигнут хороший клинический эффект. Оценку результатов лечения проводили в соответствии с разработанными критериями эффективности, предусматривающими варианты: клиническое выздоровление, клиническое улучшение, без перемен – отсутствие динамики кожных проявлений, ухудшение. Положительный результат достигнут у 83 (83,0 %) пациентов. Среди них выздоровление наступило у 34 (34,3 %), улучшение у 49 (49,0 %) пациентов. Результат без перемен констатировали у 10 (10,0 %) пациентов. У 7 больных (7,0 %) в отдаленном периоде были зафиксированы обострения заболевания, хотя меньшей интенсивности, чем до обращения.

Ключевые слова: акне, дисплазия соединительной ткани, соматотип.

SEVERE COURSE OF ACNE AND CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

Koshel M. V.

Stavropol State Medical Academy, Stavropol, Russia (355000, Stavropol, Mira str., 310), e-mail: postmaster@stgma.ru

The experience of diagnosis and treatments of 100 patients with acne and connective tissue dysplasia (CTD) is summarized. The information is provided based on sex, age and duration of disease. There is a dependence between the flow and the presence of acne DST. The somatotypes of the patients are investigated. The methods of treatment, including basic treatment of acne are offered in combination with magnesium replacement therapy. A good clinical result was achieved. The evaluation of the results of treatment conducted in accordance with the criteria of effectiveness, providing options: clinical recovery, clinical improvement, no change is the lack of dynamics skin manifestations of deterioration. The positive result was achieved at 83 (83,0 %) patients. Among them, a recovery occurred in 34 (34,3 %), improvement of the 49 (49,0%) of patients. The result is no change observed in 10 (10,0 %) patients. In 7 patients (7,0 %) in the remote period of exacerbation of the disease have been recorded, although of a lesser intensity than before treatment.

Key words: acne, connective tissue dysplasia, somatotype.

Введение

Система соединительной ткани определяет морфологическую и функциональную целостность организма. Большинство тканей кожи имеют также соединительнотканное происхождение. Известно, что структурно-функциональные компоненты соединительной ткани активно участвуют в воспалительных, деструктивных и защитных процессах при различных острых и хронических патологических состояниях [1,7]. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ), объединяющая группу генетически детерминированных аномалий соединительнотканного каркаса, определяется как нозологически самостоятельный синдром полигенно-мультифакториальной природы, проявляющийся внешними фенотипическими признаками дисплазии соединительной ткани в сочетании с клинически значимой дисфункцией одного или нескольких органов [4,5,8]. Широкий

клинический диапазон соединительнотканной дисплазии предопределяется сложностью морфологии и функции соединительной ткани, ее представленностью во всех органах и системах и многообразием функций. Дисплазия соединительной ткани часто ассоциируется с расстройством гомеостаза на тканевом и органном уровнях [1]. Регуляция функций соединительной ткани осуществляется на всех уровнях организации от клетки до организма в целом. На клеточном уровне имеют значение межклеточные контакты посредством эффекторного вещества, а также специфических и неспецифических медиаторов. Ауторегуляция между элементами соединительной ткани дополняется эндокринной и нервной регуляцией. Имеющиеся к настоящему времени данные свидетельствуют о значительной клинической вариабельности дисплазии соединительной ткани – от выраженного многообразия симптомов до асимптоматических вариантов, что затрудняет своевременную верификацию [6] и определяет представления о ней как о состоянии с хорошим долгосрочным прогнозом до сопряженности с повышенным риском серьезных осложнений [2,9]. Для многих вариантов недифференцированной дисплазии соединительной ткани характерны изменения со стороны кожи, к которым относятся тонкость, вялость, повышенная растяжимость, истончение подкожно-жирового слоя, петехии, рубчики на коже по типу папиросной бумаги, участки блестящей атрофированной кожи, келоидные рубцы. Характерны белые стрии бедер и живота, не связанные с беременностью, множественные пигментные пятна, лентиго [3].

Цель исследования: повышение эффективности лечения больных акне в сочетании с дисплазией соединительной ткани.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 100 пациентов (47 мужчин и 53 женщины) с установленным диагнозом угревой болезни и дисплазии соединительной ткани. Угревая болезнь I степени была установлена у 17 человек (7 мужчин и 10 женщин); II степени – у 57 (26 мужчин и 31 женщина); III степень – у 19 (9 мужчин и 10 женщин); IV степень – у 7 (5 мужчин и 2 женщины). Распределение больных по полу, возрасту и степени тяжести угревой болезни свидетельствовало о преобладании среди мужчин больных в возрасте от 31 до 40 лет (21 человек). У женщин распределение по возрастным подгруппам было равномерным: в возрасте свыше 50 лет была всего одна больная. Данное обстоятельство не противоречит повседневной практике дерматологов, привыкших работать в основном с пациентами молодого и реже среднего возраста. Возможно также предположить, что угревая болезнь на фоне дисплазии соединительной ткани протекает более длительно. Давность заболевания составила у 96 больных более 1 года, из них у 92 – более 3 лет. Кроме того, у 67 человек была сопутствующая патология. Стандартное обследование дополняли исследованием соматотипов пациентов. Лечение наблюдаемых

больных угревой болезни проводили с использованием нижеследующих групп препаратов. 1. Комбинации топических ретиноидов и топических антибиотиков, топических антибиотиков и цинка. 2. Системная антибиотикотерапия. 3. Системная терапия ретиноидами. 4. Уход за кожей и симптоматические препараты. Такой подход был обоснован необходимостью систематизации проводимого лечения. За базовую схему лечения принимали вариант терапии пациентов угревой болезни без дисплазии соединительной ткани (II группа), включающую при угревой болезни 1–2 степени: внутрь энтеросгель по 1 столовой ложке 1 раз в день 10 дней; аевит по 1 капсуле 2 раза в день, 1 месяц; эсливер форте по 1 капсуле 3 раза в день, 1 месяц; юнидокс солютаб по 1 таблетке 2 раза в день, 14 дней; наружно клензит гель 1 раз на ночь, 1 месяц; утром гель метрогил, 1 месяц; умываться гелем циновит 1 раз в день вечером; мыть голову шампунем циновит 2 раза в неделю; маска с цинком 1 раз в неделю, курсом 4–5 месяцев. При угревой болезни III–IV степени (тяжелые формы) назначали индивидуально роаккутан из расчета 0,5 мг на кг массы тела длительностью 5–6 месяцев с последующим снижением дозы. К медикаментозным методам лечения дисплазии соединительной ткани относили препараты, позволяющие стимулировать коллагенообразование. Это прежде всего аскорбиновая кислота, витамины группы B и микроэлементы (медь, цинк, магний).

Специального обсуждения заслуживает терапия препаратами, содержащими магний, поскольку этот микроэлемент входит в состав более 300 ферментов, участвует во внутри- и внеклеточном созревании коллагена и других структурных элементов соединительной ткани. С учетом распространенности дефицита ионов магния, который способствует развитию дисплазии соединительной ткани, мы посчитали показанным назначение препарата Магнерот (магниевого соли оротовой кислоты) для лечения пациентов с угревой болезнью и дисплазии соединительной ткани. Курс лечения магнеротом в дозе 3,0 г в сутки соответствовал общему курсу терапии акне (5–6 месяцев). Таким образом, больные получали базовую терапию угревой болезни с расширенными показаниями к применению роаккутана + терапию дисплазии соединительной ткани (магнерот, поливитамины). При индивидуальном подборе препаратов старались избежать необоснованного назначения лекарственных средств и полипрагмазии.

Обсуждение и результаты. Оценку результатов лечения проводили в соответствии с разработанными критериями эффективности, предусматривающими варианты: клиническое выздоровление, клиническое улучшение, без перемен – отсутствие динамики кожных проявлений, ухудшение. Положительный результат достигнут у 83 (83,0 %) пациентов. Среди них выздоровление наступило у 34 (34,3 %), улучшение у 49 (49,0 %) пациентов. Результат без перемен констатировали у 10 (10,0 %) пациентов. К сожалению, у 7

больных (7,0 %) в отдаленном периоде были зафиксированы обострения заболевания, хотя меньшей интенсивности, чем до обращения. Такой результат независимо от оценки качества жизни самими пациентами был отнесен нами к ухудшению. Пациенты с неудовлетворительным результатом имели длительный анамнез заболевания, и число внешних стигм дизэмбриогенеза было более пяти или шести. По соматотипу пациенты относились в основном к неопределенному, а также эктоморфному и эндоморфному типу. Через 2 месяца от начала лечения отмечалась положительная динамика клинической картины: уменьшение воспалительных явлений, количества новых высыпных элементов. Через 4 месяца отмечено значительное улучшение: новые элементы появлялись в единичном количестве, старые регрессировали. Язвочки эпителизировались. Через 6 месяцев определено клиническое выздоровление: незначительная эритема, шелушение, вторичные гиперпигментированные пятна, рубчики.

Выводы

1. Дисплазия соединительной ткани является одной из возможных причин и фактором,отягощающим течение угревой болезни.
2. Угревая болезнь даже при длительном течении заболевания не оказывает существенного влияния на соматотип пациента.
3. При дисплазии соединительной ткани чаще определяется эндоморфный соматотип у пациентов с более тяжелым течением угревой болезни.

Список литературы

1. Кадурина Т. И. Наследственные коллагенопатии / Т. И. Кадурина. – СПб., 2000. – 271 с.
2. Клеменов А. В. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани. – М., 2005. – 136 с.
3. Ляховецкий Б. И. Внешние изменения кожи у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / Б. И. Ляховецкий, Л. К. Глазкова, Т. Ф. Перетолчина // Тезисы 3 Всероссийского конгресса Дерматовенерологов. – Казань, 2009; М.: Медицина, 1986. – 496 с.
4. Николаев К. Ю., Лифшиц Г. И., Николаева А. А., Гичева И. М. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента: уменьшение ремоделирования сердца и улучшение функции эндотелия у пациентов с артериальной гипертензией. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2006; 4: С.12-17.

5. Чебышева, С. Н. Опыт использования инфликсимаба (ремикейда) в лечении подростка с псориатическим артритом / С. Н. Чебышева, А. В. Мелешкина // Медсестра. – 2009. – № 1. – С. 67-70.
6. Ягода, А. В. Изменения в системе гемостаза при недифференцированной дисплазии соединительной ткани / А. В. Ягода, М. В. Карслиева, Н. Н. Гладких // Омский научный вестник. – 2005. – Вып. 32 (прил.). – С. 21-23.
7. Яковлев, В. М. Иммунопатологические синдромы при наследственной дисплазии соединительной ткани / В. М. Яковлев, Р. С. Карпов, Е. Г. Бакулина. – Ставрополь, 2005. – 233 с.
8. Boudoulas H. Etiology of Valvular Heart Disease in the 21st Century. Hellenic J Cardiol 2002; 43: 183–88.
9. Hayek, E. Mitral valve prolapse Text. / E. Hayek, C.N. Gring, B.P. Griffin // Lancet. 2005. – Vol. 365, N 9458. – P. 507-518.

Рецензенты:

Евсевьева Мария Евгеньевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой терапии с курсом последипломного и дополнительного образования Ставропольской государственной медицинской академии, г. Ставрополь.

Чеботарев Вячеслав Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Ставропольской государственной медицинской академии, г. Ставрополь.