

# Поздние акне у женщин: пациенты гинекологов, эндокринологов или дерматологов?

И.Ю. Голоусенко✉

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

## Аннотация

В статье поднимается проблема поздних акне у женщин. В результате наблюдения за 326 пациентками от 20 до 40 лет, оценки данных значительного количества лабораторных и инструментальных тестов установлено, что у 257 (79%) женщин имелась гиперандрогения различной этиологии. На основании этого выделены 6 групп больных, что позволяет применить этиологическое лечение. Делается вывод, что только кооперацией дерматовенерологов, гинекологов, эндокринологов можно помочь все увеличивающемуся числу таких больных.

**Ключевые слова:** поздние акне у женщин, гиперандрогения, диагностика, лечение

**Для цитирования:** Голоусенко И.Ю. Поздние акне у женщин: пациенты гинекологов, эндокринологов или дерматологов? Consilium Medicum. 2021; 23 (8): 609–611. DOI: 10.26442/20751753.2021.8.201088

BEST PRACTICE

## Late acne in women: patients of gynecologists, endocrinologists or dermatologists?

Igor Yu. Golousenko✉

Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

## Abstract

The article raises the problem of late acne in women. As a result of observation of 326 patients aged 20 to 40 years, evaluation of the data of a significant number of laboratory and instrumental tests, it was found that 257 (79%) women had hyperandrogenism of various etiologies. On the basis of which, 6 groups of patients were identified, which allows applying etiological treatment. It is concluded that only the cooperation of dermatovenerologists, gynecologists, endocrinologists can help an increasing number of such patients.

**Keywords:** late acne in women, hyperandrogenism, diagnosis, treatment

**For citation:** Golousenko IYu. Late acne in women: patients of gynecologists, endocrinologists or dermatologists? Consilium Medicum. 2021; 23 (8): 609–611. DOI: 10.26442/20751753.2021.8.201088

Акне встречается у все большего числа женщин, ухудшая качество жизни, оказывая значительные негативные психологическое и социальное воздействия. Относительно новый термин «поздние акне женщин» (ПАЖ) применяется обычно к пациенткам старше 25 лет, у которых первые симптомы появляются в подростковом возрасте и протекают непрерывно или периодически или впервые проявляются в зрелом возрасте.

Считается, что генетические и гормональные факторы вносят свой вклад в патогенез ПАЖ, что вызывает хроническое течение заболевания и требует поддерживающего лечения, в некоторых случаях в течение многих лет [1–4].

Акне рассматривают как хроническое воспалительное заболевание сальных желез исключительно человека. Этиология акне пока изучена не полностью, но широко признано, что при этом заболевании результатом воздействия андрогенов на сальные железы является формирование себореи, патологического фолликулярного гиперкератоза, активизация анаэробной флоры и местное иммунное воспаление [5, 6].

Известно, что мужские половые гормоны оказывают выраженный влияние на размер и функцию сальных желез, а также на деление кератиноцитов в устье сально-волосяного фолликула. Гормональная регуляция сальных желез осуществляется на уровнях гипоталамуса, гипофиза, коры надпочечников, половых желез. К гормонам, подавляю-

щим салоотделение, относятся эстрогены, в то время как андрогены, прогестерон, адренкортикотропный гормон, тироксин и глюкокортикоиды стимулируют продукцию кожного сала. Сальные железы чувствительны ко всем известным андрогенам, но если влияние слабых андрогенов, таких как дегидроэпиандростерон (ДГЭА) и его сульфат, на салоотделение минимально, то андростерон, тестостерон и особенно дигидротестостерон оказывают значительное воздействие на функцию сальных желез [7].

Акне, как правило, развивается в то время, когда надпочечники активно начинают вырабатывать сульфат ДГЭА, – адренархе. В условиях избытка андрогенов начинается гиперпродукция кожного сала и, как следствие, формируется акне. Также при акне имеется изменение рецепторной регуляции. Установлено, что на участках, где располагаются элементы акне, по сравнению с непо-раженной кожей отмечается наиболее высокая плотность андрогенных рецепторов и повышено содержание фермента 5 $\alpha$ -редуктазы [8].

Сложность и многогранность этиопатогенеза акне подтверждается многочисленными исследованиями. Комплекс нарушений секреции рилизинг-факторов, гипофизарных и стероидных гормонов яичников и надпочечников весьма многообразен [9].

Современные подходы к лечению акне включают назначение различных системных и наружных препаратов,

## Информация об авторе / Information about the author

✉ Голоусенко Игорь Юрьевич – д-р мед. наук, проф. каф. кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова». E-mail: igor\_golousenko5@mail.ru

✉ Igor Yu. Golousenko – D. Sci. (Med.), Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry. E-mail: igor\_golousenko5@mail.ru

влияющих на большинство звеньев патогенеза акне. Выбор методов лечения основывается на адекватной клинической оценке степени тяжести акне, типа высыпаний на коже, наличия сопутствующих заболеваний [10].

В лечении акне в последние годы удалось достичь определенных успехов, однако единственными средствами, влияющими на основной этиологический фактор развития себореи и акне – гиперандрогению (ГА), остаются препараты с антиандрогенной активностью [11].

Следует отметить, что патологический синтез андрогенов может регулироваться различными железами внутренней секреции, что должно обуславливать дифференцированный подход к выбору антиандрогенной терапии.

С 2005 по 2015 г. мы наблюдали 326 пациенток в возрасте 20–40 лет с папулопустулезной формой акне 2 и 3-й степеней тяжести. Методами исследования являлись: определение дерматологического индекса акне, гинекологический осмотр, антропометрическое обследование, гормональный фон крови, стероидный профиль мочи, биохимическое исследование крови, ультразвуковое исследование органов малого таза, себометрия. На основе результатов лабораторных и инструментальных тестов выделено 6 групп в зависимости от формы ГА (табл. 1) [12].

Так, с яичниковой формой ГА (ЯГА) было 26,07% женщин (85 человек), с ЯГА и инсулинорезистентностью (ИР) – 19,94% (65 человек). Наличие надпочечниковой формы ГА (НГА) выявлено у 9,51% (31 человек), смешанной ГА (СГА) – 15,03% (49 человек), СГА и гиперпролактинемии – 8,28% (27 человек). Отсутствии ГА констатировано у 21,17% женщин с акне (69 человек).

ЯГА, которая часто сопровождается синдромом поликистозных яичников, оказалась наиболее частым регистрируемым ГА-состоянием у пациенток с ПАЖ. К овариальной ГА относится и стромальный текоматоз яичников [13].

НГА, ее стертые формы (неклассические, стертые формы адреногенитального синдрома) являются ведущим фактором невынашивания беременности у 30% женщин с ГА. Эти состояния связаны с врожденным дефектом фермента 21-гидроксилазы, что нарушает синтез гормонов в коре надпочечников и приводит к функциональной ГА и гормональной дерматопатии (акне, гирсутизм, себорея, алопеция) [14].

До настоящего времени не было сообщений об особенностях течения акне при НГА, что послужило поводом выделения женщин с НГА в отдельную группу.

Анамнестические данные характеризовались ранним началом проявлений акне и признаков гирсутизма: средний возраст первых клинических проявлений составил  $10,5 \pm 1,2$  года. Обострение акне, со слов больных, возникало преимущественно в результате стресса.

При подробном сборе семейного анамнеза наличие акне у родителей отмечалось у 100% пациенток, гирсутизма матерей – у 54,84% больных этой группы, что свидетельствовало о явной генетической предрасположенности к возникновению акне у пациенток с НГА.

При дерматологическом осмотре у большинства женщин с НГА преобладали в большем количестве закрытые комедоны на лице и туловище.

При осмотре и подсчете гирсутного числа зарегистрирована 3-я степень гирсутизма.

Антропометрические измерения показали достоверное повышение индекса массы тела по сравнению со здоровыми и больными с ЯГА. При этом повышение массы тела произошло за счет висцерального ожирения.

СГА может быть обусловлена генетическим дефектом  $3\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы [15]. Клиническая картина СГА представляла собой объединенные симптомы, характерные для пациенток с НГА и ЯГА.

Дебют акне в этой группе женщины отмечался в возрасте от 14 до 18 лет. Обострение возникало преимущественно в

Таблица 1. Разделение больных на группы

Номер группы	Объект исследований	Число наблюдений
1	Женщины с акне и ЯГА	85
2	Женщины с акне, ЯГА и ИР	65
3	Женщины с акне и НГА	31
4	Женщины с акне и СГА	49
5	Женщины с акне, СГА и гиперпролактинемией	27
6	Группа сравнения – женщины с акне без лабораторных признаков ГА	69

различные периоды менструального цикла. Генеалогический анализ выявил генетическую предрасположенность к возникновению акне у большинства (69,74%) пациенток.

У большинства (89,47%) женщин этой группы акне в виде комедонов, папул и пустул имелись только на коже лица, а сочетанное расположение (лицо, туловище и конечности) регистрировалось у 10,53%.

Пациентки со СГА, в зависимости от уровня пролактина, разделены на 2 группы. Стандартный глюкозотолерантный тест выявил и подтвердил наличие ИР при повышенном пролактине.

По данным эпидемиологических исследований, в 20–30% случаев ПАЖ не связано с ГА-состояниями. В свою очередь некоторые авторы указывают, что у таких больных при нормальном уровне гормонов увеличена аффинность рецепторов к ним [16].

В 6-ю группу включены пациентки без лабораторных признаков ГА. Дебют акне в этой группе женщины отмечали в возрасте от 18 до 32 лет, при этом возникновение акне после 25 лет отмечено у 37,68%. Генеалогический анализ не выявил генетической предрасположенности к акне в этой группе. Жалобы на нарушение менструальной функции не предъявляла ни одна из женщин.

У большинства (82,61%) женщин этой группы элементы сыпи располагались только на коже лица (щеки и лоб), а сочетанное расположение (лицо и плечи) регистрировалось у 17,39%. Отмечено наличие у всех пациенток этой группы рубцов, локальной пигментации, эрозий и корок в местах высыпаний.

## Заключение

Таким образом, для диагностики формы ГА у женщин с акне необходимо проведение комплекса лабораторных исследований, включающего в себя профиль стероидов в крови, с обязательным определением уровня пролактина, стероидный профиль мочи, биохимические показатели углеводного и жирового обмена.

При выявлении ЯГА показано назначение комбинированных оральных контрацептивов с антиандрогенным эффектом, при наличии ИР – гипогликемических средств, при НГА – глюкокортикостероидов, при СГА – комбинация комбинированных оральных контрацептивов с глюкокортикостероидом, при наличии гиперпролактинемии – дофаминомиметики.

Тогда на повестке стоит вопрос: так кто же должен лечить ПАЖ? Данные, приведенные в статье, говорят за совместную работу дерматовенерологов, эндокринологов, гинекологов-эндокринологов. Только в такой тесной кооперации можно помочь все увеличивающемуся числу таких больных.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The author declares no conflict of interest.

## Литература/References

1. Dreno B, Layton A, Zouboulis C, et al. Adult female acne: a new paradigm. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013;27:063-70.
2. Bhate K, Williams HC. Epidemiology of acne vulgaris. *Br J Dermatology.* 2013;168:474-85.
3. Волкова Н.В., Глазкова Л.К. Психосоматические аспекты акне. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2013;4:51-4 [Volkova NV, Glazkova LK. Psichosomaticheskie aspekty akne. *Rossiiskii zhurnal kozhnykh i venericheskikh boleznei.* 2013;4:51-4 (in Russian)].
4. Dréno B, Thiboutot D, Layton AM, et al. Global Alliance to Improve Outcomes in Acne Large-scale international study enhances understanding of an emerging acne population: adult females. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29:1096-106.
5. Laurino C, Palmieri B, Coacci A. Recent achievements in the study of the pathogenesis of acne. *Am J Clin Dermatol.* 2014;15(6):479-88.
6. Tanghetti EA. The role of inflammation in the pathology of acne. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2013;6(9):27-35.
7. Zouboulis CC, Picardo M, Ju Q, et al. Current aspects of sebaceous gland biology and function. *Rev Endocr Metab Disord.* 2016;17:319-34.
8. Azzouni F, Godoy A, Li Y, Mohler J. The 5-alpha-reductase isozyme family: a review of basic biology and their role in human diseases. *Adv Urol.* 2012;2012:530121.
9. Metiko B, Brooks K, Burkhart CG, et al. Is the current model for acne pathogenesis backwards? *J Am Acad Dermatol.* 2015;72(6):167.
10. Zouboulis CC, Katsambas AD, Kligman AM. Pathogenesis and Treatment of Acne and Rosacea. Springer, 2014.
11. Lortscher D, Admani S, Satur N, Eichenfield LF. Hormonal Contraceptives and Acne: A Retrospective Analysis of 2147 Patients. *J Drugs Dermatol.* 2016;15:670-4.
12. Голоусенко И.Ю. Акне у женщин: этиологические и патогенетические механизмы, диагностика и лечение. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2014 [Golousenko IYu. Akne u zhenshchin: etiologicheskii i patogeneticheskie mekhanizmy, diagnostika i lechenie. Dis. ... d-ra med. nauk. Moscow, 2014 (in Russian)].
13. Sirmans SM, Pate KA. Epidemiology, diagnosis, and management of polycystic ovary syndrome. *Clin Epidemiol.* 2013;18(6):1-13.
14. Pishak VP, Ryznychuk MO. Adrenogenital syndrome: molecular mechanisms of development. *Int J Endocr.* 2017;13(2):195-202.
15. Liashuk PM, Liashuk RP. Main syndromes of hyperandrogenia in women: pathogenesis, differential diagnosis (literature review and own observation). *Int J Endocr.* 2019;15(1):63-6.
16. Dréno B. Treatment of adult female acne: a new challenge. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29(Suppl. 5):14-9.

Статья поступила в редакцию / The article received: 22.07.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 11.10.2021



OMNIDOCTOR.RU