

СКИНОРЕН ПРЕПАРАТЫН ЖАСӨСПІРІМДЕР БЕЗЕУІНІҢ КЕШЕНДІ ЕМІНДЕ ҚОЛДАНУ

Мақалада безеудің дамуының басты механизмдері және кеңінен жайылған дерматозбен ауыратын 45 науқастар арасында жүргізілген терапияның нәтижелері келтіріледі. Қызбаға қарсы, иммундік, 15% кератолиттік эффе́ктивті және 20% азелаин қышқылы ем мерзімін азайтады, басты патогендік звеноға әсер ететін рецидивтердің саны мен дерматоз ремиссиясының ағымын ұлғайтады. Азелаин қышқылын ұзақ пайдалану безеудің қайталап шығуын азайтты.

Түйінді сөздер: жасөспірімдер безеуі, емі, азелаин қышқылы.

Маңыздылығы: Жасөспірімдер безеуі (acne vulgaris) 12-25 жас аралығында (80% жуық) жиі кездесетін ауру/1,2/. Жасөспірімдер безеуімен ауыратын науқастарда шамамен 40% жағдайда әртүрлі деңгейдегі психоэмоционалды бұзылыстар байқалады /3,4,5,6,7/. Кейінгі жылдарда жүргізілген зерттеулер безеу патогенезінің күрделі мультифакториалды сипатын дәлелдейді: гендік бейімділік, май бездеріне андрогенді гормондардың әсері ж.т.б./8,9/.

Май бездерінің сөл бөлу түрінің тұқым қуалаушылықтың генетикалық бұзылысымен байланыстылығы безеу патогенезінде басты орын алады. Осы бұзылыс патологиялық үрдістің ағымын және клиникалық көрінісінің айқындығын анықтайды /6/.

Май бездерінің сөл бөлу деңгейінің жоғарылығы безеудің дамуында өте маңызды, жиі аурудың ауыртпалығымен тығыз байланысты. Сонымен қатар тері майының және эпидермалды липидтердің химиялық құрамы безеумен ауыратындарда линолен қышқылы, ацилцерамидтердің және бос стеролдардың төмендеуімен ерекшеленетіні белгілі. Нәтижесінде фолликулдың эпителиалды жасушаларының қабыршақтану үрдісі бұзылады, ол май фолликулалары ақроворонкаларында гиперкератоздың дамуына әкеледі. Осының нәтижесінде физиологиялық қабыршақтану үрдісінің бұзылу салдарынан, май бездерінің жоғары сөл бөлу фондында микроаэрофилды *Propionbacterium* әспеске қолайлы анаэробты жағдай туындайды /8/.

Бактериалды (*Propionbacterium* acnes) және дрожжи тәрізді (*Pityrosporum ovale*) флораның қосарлана кездесуі жиі байқалғандығына қарамай, безеудің патогенезінде басты рөлді негізгі инфекциялық агент, бактериалды флора алатындығы анықталған /7,9/.

Propionbacterium acnestiң тіршілік өнімдері (липаза, протеаза және басқа энзимдер) комедонның түзілуіне себепші болады және фолликула эпителин зақымдап дермада қабынудың пайда болуына әкеледі /2/.

Ахтямов С.Н. бірлескен авторлармен бірге безеудің патогенезінде айтарлықтай орынды жыныстық стероидты гормондар алатындығын мәлімдеген /2/. Адам терісі андроген сезімтал құрылымдар жиынтығы (май және тер бездері, шаш фолликуласы) болып табылады. Андрогендердің ықпалында терінің көптеген маңызды қызметтері: жасушалардың митотикалық белсенділігі, май бездерінің белсенділігі, шаштың өсуі, пигментацияның айқындығы болып табылады.

Acne vulgaristiң алғашқы клиникалық белгілері пубертатты кезеңде, жыныс бездерінің жоғарғы белсенділігі фондында басталады. Акне кейбір гиперандрогенді синдромы бар, әйелдердің әр түрлі эндокринді ауруларында, андрогендерді, анаболикалық гормондарды ұзақ қабылдағанда кездеседі /8/.

Жасөспірімдер безеуінде инсоляцияның әсеріне де көңіл аудару қажет. Пациенттердің көпшілігінің көктемгі-жаз кезінде бөртпелердің толық жазылып кетеді деуін, күнге күйдің бүркеме әсері деп бағалау қажет. Күн сәулесі радиациясының корнеоциттердің апоптозын күшейтетін ерекшелігі бар екендігі белгілі және соның салдарынан ол май-шаш фолликуласының тармағында гиперкератозды өршітеді /9/. Безеудің ағымы әртүрлі экзо және эндогенді себептердің әсерінен нашарлайды: кәсіби зияндылық, косметикалық заттар, тропикалық климат ж.б.

Ауырудың асқын кезіндегі бөртпеден болатын келеңсіздіктерден басқа, науқастарда безеуден кейінгі терідегі өзгерістер мазасыздық тудырады (постакне).

Безеуден кейінгі терідегі өзгерістер дегеніміз ұзақ уақыт болған безеу бөртпесінің, сонымен қатар осы ауруды емдеуге жүргізілген манипуляциялардың нәтижесінде болатын терідегі тұрақты өзгерістердің жиынтығын жобалайтын түсінік. Постакнеге жатады: саңылаулардың кеңейуі, тері текстурасының кедір бұдырлығы, тамырлық сипаттағы өзгерістер (тоқыраулы дақ, тұрақты эритема, капиллярлардың кеңейуі), тыртқы дискромиялар (гипер-, депигментация).

Сондықтан безеуді емдеу табандылықты және шыдамдылықты қажет етеді, емді жүйелі және ұзақ уақыт қабылдау керек. Барлық талаптарды орындауда, безеудің емін қабылдауда науқастарға тиімді, қауіпсіз және қолжетімді дәрілік заттар болуы қажет.

Қазіргі кезде безеуді емдеуде көптеген әртүрлі дәрілік заттар ұсынылады, бірақ бір препаратты қолданғанда тиімділік, қауіпсіздік және ұзақ уақыт қолдану сирек кездеседі.

Bayer/Intendis компаниясы өңдеген скинорен дәрілік затының безеу емінде тиімділігі өте жоғары, май безінің жұмысын реттейді және безеу ауруының себебін жояды, сонымен қатар қауіпсіз.

Формуласының негізін азелаин қышқылы құрайды, препарат безеуді тудыратын негізгі себептерді жояды және үйірлікке әкелмейді. Скинореннің құрамында спирт, антибиотик жоқ. Скинореннің басты артықшылығы, оны күн сәулесінде қолдану мүмкіншілігі. Безеу емі жүйелі және мұқияттылық ықпалын талап етеді. Скиноренді безеу емінің алғашқы сатысынан бастап қолдануға болады.

Скинорен теріге жағатын гель және крем түрінде шығарылады. Шығарылымның екі түрі тері жағдайын ескере отыра, науқастарға ем тағайындауда препаратты қолданудың тиімді кестесін жасауға мүмкіндік береді. Гель түріндегі скинореннің құрамында азелаин қышқылы 15% құрайды, дәрілік заттың негізін полимерлі гель құрайды, оның 70% су, 3% май құрайды, препараттың РН - 4,8. Осыны ескере отыра азелаин қышқылының терімен толық сіңірілетіндігі туралы қорытынды жасауға болады. Скинорен гелі терісі майлы адамдарға тағайындалады немесе науқастың терісі азелаин қышқылының 15% үйренгеннен кейін, құрамында азелаин қышқылының 20% бар кремді қолдануларына болады. Скинорен кремнің құрамында азелаин қышқылы 20% құрайды және эмульсия болып табылады ("майлы су" түрінде), препараттың РН-3,3сәйкес. Крем түріндегі азелаин қышқылы тері, гелге қарағанда нашар сіңіреді, бірақ концентрациясының жоғарылығы және РН төмен деңгейі әсерінен дәрілік заттың теріні айқын ағартатын әсері бар. Скинорен кремі терісі құрғақ пациенттерге терісі скинорен гелге үйренгеннен кейін, сонымен қатар терінің кез келген типінде емнің соңғы кезеңінде, азелаин қышқылының жоғары концентрациясы қажет болғанда тағайындалады.

Азелаин қышқылы безеу ауруының негізгі себептерін жояды, бөртпелерді кетіреді, терінің түсін қалпына келтіріп, рельефін тегістейді.

Азелаин қышқылды алдын ала тазартылған терідегі зақым ошағына күніне екі рет жұқалап жағады. Скинорен безеудің кез келген түрін емдеуге қолданылады. Сондықтанда оны бірен-саран бөртпе болғанда, сондай-ақ өршудің алдын алу, емдеу мақсатында және бөртпе көп болғанда да тағайындайды. Соныменен қатар скиноренмен емді жыныс бездерінің қызметін тексеруге дейінде (дәрігер тағайындаған жағдайда) тағайындауға болады.

Азелаин қышқылы терідегі алғаш пайда болған бөртпелерді жойып, терінің майлылығын басады, безеуден кейін болатын терідегі өзгерістердің алдын алады.

Азалеин қышқылы құрамындағы 20% азалеин қышқылының комедонға қарсы әсері бар, ол кератинфиламент агрегирлейтін протеин түзудегі кератинизация үрдісіне қатысады, емінің тиімділігі безеу ауруының негізгі патогенетикалық буынына әсерімен байланысты: шаш фолликуласы қабырғасының жоғары дәрежеде түлеуі, май бездерінде микроорганизмдердің жылдам көбеуі және онда қабыну үрдісінің дамуына, жасуша ақуызының биосинтезін тежеу (орташа цитостатикалық әсері бар). Сонымен қатар азалеин қышқылы шаш фолликуласы қабырғасындағы мүйіздену үрдісін қалыптастырады, тері бетіндегі және май бездеріндегі микробтарға қарсы әсері бар.

Азалеин қышқылыны қолданған кезде жанасу аллергиясын немесе фотодинамикалық әсері жоқ. Резистенттілік тудырмайды яғни қоздырғыштың фенотипін өзгертпейді (*Propionbacterium acnes Staphylococcus aureus*). Сондықтан ұзақ уақыт антимикробты ем ретінде қолданылады. Безеумен ауыратын науқастарда төрт аптадан кейін айтарлықтай айқын нәтиже байқалады. Препарат науқастарда безеуден кейінгі терідегі қабылдаудан кейін болатын гиперпигментті дақтарды емдеуде жақсы нәтиже береді, емнің аз дегенде ұзақтығы үш айға созылуы қажет. Ем қабылдаудың басында теріде жергілікті реакция күйдіру сезімі, терінің қызаруы және қабыршақтануы түрінде болуы мүмкін, емді тоқтатуға болмайды, кейіннен емделу барысында қолайсыздықтар өздігінен жоғалып кетеді.

Зерттеу мақсаты: Жасөспірімдер безеуі диагнозымен жиынтықты ем тағайындалған науқастардың жергілікті емінде «Скинорен» препаратының тиімділігін анықтау.

Құралдары және тәсілдері: Бақылауда жасөспірімдер безеуімен ауыратын 90 науқас болды, олардың 45 (I топ) бақылау тобын және 45 (II топ) негізгі топты құрады. Бақылау мерзімінің ұзақтығы 5-6 айға созылды. Іріктеу критеріі 18-25 жас аралығындағы психикалық бұзылысы жоқ науқастар. Зерттеу тобына вирусты гепатитпен ауырған, айқын көмірсутек бұзылысы бар, антибиотик қабылдаған, абсцеске айналған безеуі бар науқастар кірмеді. Барлық науқастарға клиника-лабораториялық, жалпы-клиникалық, биохимиялық және инструменталды зерттеу жүргізілді.

Нәтижесі: Скинорен препаратының нәтижесі науқастардың шағымының болмауы немесе азаюы, бөртпенің жазылуы және рецидивінің ұзақтығына байланысты жасалды. Науқастарда ауру ұзақтығы және рецидив жиілігі 1 кестеде берілген.

Кесте 1 - Безеу ауруы ағымының көрсеткіштері

Ауру ұзақтығы	I топ	II топ	Рецидив жиілігі	I топ	II топ
1 жылға дейін	6	9	Үздіксіз рецидив	18	19
1-5 жылға дейін	16	6	жылына 1 рет	7	8
5-7 жылға дейін	14	15	жылына 2-3 рет	20	18
7-10 жылға дейін	9	15			
Барлығы	45	45	Барлығы	45	45

Барлық науқастар көк тамырға 30%-10,0 тиосульфат натрий ерітіндісін, үлгі бойынша аутогемотерапия, В тобының витаминдері, тамақтың алдында 30-40 мин. 50 тамшы хилак форте ертіндісін, карсил 2 түйірден күніне 3 рет қабылдады. Бақылау тобының науқастары зақым ошағына жергілікті Видаль сүтін, 5% ихтиол майын қолданды. Ал негізгі топтың жиынтықты еміне скинорен гелі кірді. Скинорен гелі күніне 2 рет алдын ала тазартылған терідегі зақым ошағына жұқалап жағылады. Бөртпе бірен саран болған жағдайда гель тек бөртпенің үстіне жағылады. Препарат теріге толығымен жылдам сіңіріледі.

Скинорен гелін жергілікті қолданған науқастарда бақылау тобына қарағанда қызару 4-5 күнде, бөртпелердің кері дамуы 7-8 күнде, инфильтрация 16-18 күнде, орта есеппен 3-4 күн бұрын байқалды. Бірақ 2 науқаста бөртпелердің кері даму жылдамдығы бақылау тобындағылардыкімен бірдей болды (2 кесте).

Кесте 1 - Клиникалық көрінісінің динамикасы

Көрсеткіштері	I топ	II топ
Қызару	4-5 күн	6-7 күн
Бөртпелердің кері дамуы	7-8 күн	10-11 күн
Инфильтрация	16-18 күн	22-23 күн

Емдеу нәтижесі скинорен препаратының тиімділігін көрсетті: фотосезімталдық қаупінің болмауы, теріні айқын ағартатын әсері, терең бөртпелердің орнында нәзік тыртықтардың қалуы оны жасөспірімдер безеуінде емдік және алдын алу мақсатында ұсынуға болады.

Тұжырым: Қорыта келгенде скинорен безеу ауруының барлық негізгі патогенетикалық буындарына әсер ететін, безеу бөртпесін ұзақ уақыт бақылауға мүмкіндік беретін, замануы, эмбебап препарат болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Монахов С.А. Львов А.Н. Актуальные проблемы дерматовенерологии. Самара, 2002.- С. 75-77.
- 2 Ахтямов С.Н., Бутов Ю.С. Практическая дерматокосметология. 2003.
- 3 Plevig G., Kligman A.M., Jansen J.J., Acneandrosacea. 3rd edition Berein, Heidelberg, NevYorg: Springer-Verlag, 2000.
- 4 Эрнандес Е.И., Марголина А.А., Петрухина А.О. Липидный барьер кожи и косметические средства/ М.: Косметика и медицина, 2005.
- 5 Эрнандес Е.И., Марголина А.Н. Новая косметология/ М.: Косметика и медицина, 2005.
- 6 Иванов О., Монахов С., Современный подход к терапии акне у женщин/ М.: Косметика и медицина, 2006.
- 7 Юцивская Я., Ковальчук Е., Наумчик Г. Постакне: комбинированные методы лечения/ М.: Косметика и медицина, 2009.
- 8 Соколовский Е.В., Аравийская Е.А., Красносельских Т.В. Угревая болезнь. Русский медицинский журнал, 2003г.
- 9 Полонская Н.А. Постакне. Косметика и медицина.- 2000. - С. 5-6.
- 10 Poli F., Dreno B., Verschoore M. An epidemiological study of acne in female adults: results of survey conducted in France. J EurDermatolVenerol 2001; 15 541-545.

У.Т. БЕЙСЕБАЕВА, Л.К. САГИДОЛЛИНА
СКИНОРЕН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АКНЕ

Резюме: В статье представлены ведущие механизмы развития акне и результаты терапии наиболее распространенного дерматоза у 45 пациентов. Противовоспалительный, иммунный, кератолитический эффект 15% и 20% азелаиновой кислоты, влияющей на основные патогенетические звенья, позволил сократить сроки лечения, количество рецидивов и увеличить продолжительность ремиссии дерматоза. Длительное применение азелаиновой кислоты позволило уменьшить явления постакне.

Ключевые слова: акне, лечение, азелаиновая кислота.

U.T. BEISENBAYEVA, L.K. SAGIDOLLINA
SKINOREN IN THE TREATMENT OF ACNE

Resume: The article presents the mechanisms leading to the development of acne and the results of treatment of the most common dermatosis in 45 patients. Anti-inflammatory, immune, keratolytic effect of 15% and 20% azelaic acid, affecting the major pathogenetic links, reduced the treatment time, the number of relapses and prolong remission dermatosis. Long-term use of azelaic acid reduced the phenomenon of post-acne.

Keywords: acne treatment, azelaic acid.