

Акне і акнеподібні дерматози

Поліон Н. М.*, Дюдюк А. Д.*, Горбунцов В. В.*, Антипова Ж. А.**

*ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

**Медичний центр «Три-Ленд», Дніпро

Методично і послідовно представлені положення про акне і акнеподібні дерматози. Детально розглянуто етіологію та патогенез захворювань, клінічні прояви та основи диференціальної діагностики.

Ключові слова: акне, акнеподібний дерматоз, етіологія, клінічні прояви, патогенез.

Вступ	Зміст
1 Акне	2 Акнеподібні дерматози
1, 1 Конституціональні акне (ідіопатичні акне)	2.1 Медикаментозне акне (<i>acne medicamentosa</i>)
1.1.1 Себорейні акне у дитячому, підлітковому і юнацькому віці	2.2 Хлоракне
1.1.1.1 Акне новонароджених (<i>acne neonatorum</i>)	2.3 Допінгове (бодибілдингове) акне
1.1.1.2 Акне немовлят (<i>acne infantum</i>)	2.4 Майорка-акне (<i>Mallorca-acne, acne aestivalis</i>)
1.1.1.3 Юнацькі акне (<i>acne juvenilis</i>)	2.5 Стеатоцистома множинна (<i>steatocystoma multiplex, кіста жирова множинна, пілосебоцистоматоз</i>)
1.1.2 Пізні акне (<i>acne tarda</i> – ідіопатичні пізні акне)	2.6 Радіогенне акне
1.2 Провоковані акне.	2.7 Невоїдні акнеподібні дерматози
1.2.1 Акне артифіціальні (<i>acne artificialis</i>)	2.8 Міліарний розсіяний вовчак обличчя (<i>lupus miliaris disseminatus faciei – acne agminata</i>)
1.2.2 Масляне акне (син.: фолікуліти масляні)	3 Стерильні акнеподібні дерматози
1.2.3 Косметичне акне (<i>acne cosmetica</i>)	3.1 <i>Acne varioliformis</i>
1.2.4 Екскорійовані акне (<i>acne excoricee des jeunes filles, acne neurotica</i>)	3.2 <i>Acne necroticans</i>
1.3 Особливі форми акне.	3.3 ВІЛ-асоційований акнеформний дерматоз
1.3.1 Грам-негативні фолікуліти	3.4 Фолікуліт пітироспоріальний (Маласезія-фолікуліт, <i>Pityrosporum-folliculitis</i>)
1.3.2 «Піодермія обличчя» (<i>Pyoderma faciale</i>)	3.5 Міліум (ретенційні кісти)
1.3.3 Резистентне акне	Література

Акне – запальне захворювання волосяних фолікулів і сальних залоз шкіри. При акне, як правило, уражаються ділянки з підвищеним вмістом сальних залоз: обличчя, груди, спина.

Акне є досить поширеним захворюванням шкіри. Статистичні дані указують на те, що на акне страждає:

- до 80 % населення у віці від 12 до 25 років;
- приблизно 30-40 % осіб у віці понад 25 років.

Широка розповсюдженість, значний вплив на психоемоційну сферу хворого, соціальний статус і суспільну адаптацію хворих обумовлюють актуальність даної проблеми та необхідність розробки нових ефективних засобів лікування та профілактики захворювання. Найбільш часто акне зустрічається серед підлітків у віці від 15 до 18 років, і тому захворювання має ще й іншу назву – «підліткове акне». Більш ніж в одній третині випадків акне вимагає серйозного, часом – тривалого лікування у лікарів різного фаху.

Віденський лікар *F. Hebra* (1816-1877) дав чіт-

Вступ

кий опис процесу, який близький до сучасної концепції: «... вивчення походження і розвитку вузла акне дає переконливий доказ того, що захворювання виникає у волосяному фолікулі із залученням сальної залози з розвитком запалення, що вражає фолікул, викликається, по всій видимості, вмістом залоз, яке не може знайти вихід і, подібно іншим стороннім тілам, викликає запалення».

Патогенез акне складний. Серед ключових факторів розвитку цього захворювання слід вказати на:

- порушення рівня деяких гормонів;
- дисбаланс ліпідів та функції сальних залоз;
- фолікулярний гіперкератоз;
- зростання патогенності бактерій і розвиток запального процесу.

Волосяні фолікули, потові і сальні залози шкіри людини є андроген-чутливими структурами. Під впливом андрогенів сальна залоза функціонує більш інтенсивно з підвищеним виділенням кількості шкірного сала. Частин-

ною дослідників було відзначено, що перед появою вугрової хвороби пацієнти певний період страждали на себорею.

Себорея (від *лат. sebum* – жир, сало і *грец. rhoea* – витікання) – хворобливий стан шкіри, який пов'язано з підвищеною продукцією сальними залозами шкірного сала та зміною його хімічного складу. У більшості хворих на акне виявляється кореляція між ступенем підвищення салоутворення і важкістю клінічних проявів захворювання.

У хворих на акне порушуються процеси кератинізації у бік її підвищення (гіперкератозу) у гирлі волосяних фолікулів. Це призводить до закупорки корнеоцитами фолікулярного протоку і утворення мікрокомедонів. Закупорка гирла волосяного фолікула призводить до порушення дренажної функції, скупченню шкірного сала і корнеоцитів шкіри всередині фолікула, створюючи сприятливі умови для розмноження бактерій. Основним інфекційним агентом у патогенезі акне вважається *Propionibacterium acnes*. Важливо відзначити, що цей мікроорганізм є нормальним представником шкірної мікробіоти волосяних фолікулів і сальних залоз, який далеко не завжди викликає формування акне і розвиток запального процесу. Під час своєї життєдіяльності *P. acnes* розщеплюють шкірне сало і продукують біохімічні речовини, які мають сильні запальні властивості. Шкідливі біохімічні речовини, що продукуються *P. acnes*, пошкоджують епітелій і спричиняють розвиток патологічного запалення з формуванням пустул та мікроабсцесів.

У підлітковому та юнацькому віці причиною виникнення акне можуть стати природні вікові зміни гормонального балансу та спадкова неадекватна реакція сальних залоз на їх підвищення. Крім того, розвитку акне сприяють:

- ендокринні порушення (у тому числі – на тлі тривалого прийому глюкокортикоїдів, тестостерону, анаболічних стероїдів, прогестерону);
- дисбаланс вегетативної нервової системи, що призводить до тимчасового або постійного підвищення тону вагусної іннервації сальних залоз.

Тому всім хворим на акне необхідно проводити обстеження для виключення ендокринної патології та консультацію ендокринолога.

Найбільш часті помилки при виявленні причин виникнення акне пов'язані з переоцінкою факторів:

- харчування;
- гігієни;
- сексуального життя;
- віку;

- впливу сонячних променів.

У даний час ці помилки є розвінчаними міфами; зокрема:

- численними науковими дослідженнями було доведено, що харчування не впливає на виникнення акне; однак, частина пацієнтів, які страждають на акне, стверджують, що певні харчові продукти загострюють перебіг захворювання; у таких випадках слід уникати прийому цих продуктів;

- встановлено, що виникнення та перебіг акне не пов'язано з недостатками особистої гігієни; так, занадто часте миття обличчя з метою дотримання гігієни може призводити до сухості шкіри і загострення патологічного процесу у хворих на акне;

- відомо, що відсутність сексуальних контактів або велика їх частота не впливає на появу захворювання або зникнення акне.

Багато пацієнтів, які страждають на акне, відзначають поліпшення стану захворювання у літній час. Це обумовлено тим, що за рахунок засмаги морфологічні елементи акне стають менш помітними, проте їх кількість не зменшується. Більш того, у літературі є дані, що ультрафіолет сприяє появі комедонів, а високі бактерицидні дози ультрафіолету різко знижують місцевий імунний захист, що дуже часто призводить до погіршення вугрової хвороби.

Відомо, що багато чинників впливають на перебіг захворювання. Варто відзначити, що менструальний цикл у жінок впливає на перебіг акне. Близько 70 % жінок стверджують, що їх захворювання загострюється приблизно за тиждень до початку місячного циклу. На розвиток акне впливають також психологічні стреси і депресії.

Висока вологість і деякі косметичні засоби теж можуть стати провокуючими факторами.

Морфологічні елементи при акне поділяють на незапальні та запальні:

- незапальні елементи при акне представлені закритими і відкритими комедонами;
- запальні елементи – вузликами, гнійниками, вузлами і кістами.

За ступенем тяжкості захворювання ділиться на легку форму, середньої тяжкості і важку.

За даними психологічного опитування, 80 % підлітків вважають, що найбільш непривабливе в людині – це вугри. У тих, хто в юності страждав від акне, можуть на все життя залишатися шрами, які псують зовнішність та впливають на якість життя. Наявність вугрової висипки на видимих ділянках шкіри значно знижує самооцінку, викликає тривогу, депресію, дисморфофобію. Хворі на акне вкрай складно адаптуються

у соціальному середовищі, серед них великий відсоток безробітних і самотніх людей.

На цей час існує декілька класифікацій вугрової хвороби.

Статистична класифікація МКБ 10.

Вугри (L70):

L70.0 – Вугри звичайні [*acne vulgaris*];

L70.1 – Вугри кулясті;

L70.2 – Вугри віспоподібні;

L70.3 – Вугри тропічні;

L70.4 – Дитячі вугри;

L70.5 – *Acne excarisee des jeunes filles*;

L70.8 – Інші вугри;

L70.9 – Вугри неуточнені.

Класифікація Американської академії дерматології.

Американська академія дерматології запропонувала сучасну і зручну класифікацію для практичного застосування. Відповідно до цієї класифікації, існують різні ступені тяжкості акне:

- ступінь 1 – відкриті та закриті комедони;

- ступінь 2 – від 10-15 папул і незначна кількість пустул;

- ступінь 3 – виражені запальні елементи, представлені великою кількістю папуло-пустул та одиничними вузлами;

- ступінь 4 – виражена запальна реакція у глибинних шарах дерми, з великими вузлами, кистами.

У залежності від віку хворих, тригерних факторів та особливостей виникнення та перебігу захворювання, акне сформовано у три клінічні групи:

- конституціональні акне (ідіопатичні акне);

- провоковані акне;

- особливі форми акне.

У свою чергу, кожна з цих груп має подаль-

ший поділ.

А. Конституціональні акне (ідіопатичні акне) поділяються на:

- себорейні акне у дитячому, підлітковому і юнацькому віці:

1) акне новонароджених (*acne neonatorum*);

2) акне немовлят (*acne infantum*);

3) юнацькі акне (*acne juvenilis*);

- пізні акне:

1) передменструальні акне;

2) постменопаузні акне;

3) пізні гіперандрогенні акне (синдром Штейна–Левенталя та інші гіперандрогенії у жінок);

4) конглобатні-кістозні акне у чоловіків з хромосомним синдромом полісомії ігрек (ХУУ) і синдромом Клайнфельтера.

Б. Провоковані акне поділяються на:

- артифіціальні:

1) механічні;

2) травматичні;

- масляні (у тому числі професійні, смоляні і дігтярні);

- косметичні:

1) *acne toxica*;

2) *acne venenata*;

3) *acne de la bril-liantine*;

- екскорійовані акне:

1) *acne excoriee des jeunes filles*;

2) *acne neurotica*.

В. Особливі форми акне:

- грам-негативні фолікуліти;

- «піодермія обличчя»;

- резистентне акне;

- себорейні акне у дитячому, підлітковому і юнацькому віці.

Розглянемо ці клінічні групи докладніше.

1 Акне

1.1 Конституціональні акне (ідіопатичні акне)

1.1.1 Себорейні акне у дитячому, підлітковому і юнацькому віці

1.1.1.1 Акне новонароджених (*acne neonatorum*) з'являються у новонароджених під впливом гормонів матері (естрогенні вугри новонароджених), внаслідок надмірної функції сальних залоз і мають вигляд крапкових папул перламутрово-білого кольору з жовтуватим відтінком. Висипання локалізуються:

- на шкірі в області лоба, щік;

- на кінчику і крилах носа;

- у носогубних складках;

- іноді – на статевому органі.

Акне новонароджених можуть бути у вигляді:

- закритих комедонів;

- папуло-пустул;

- рідше – вузлів.

Елементи розташовуються згруповано і проходять спонтанно на протязі кількох днів або через два тижні без призначення специфічної терапії.

1.1.1.2 Акне немовлят (*acne infantum*) є своєрідним ураженням шкіри обличчя у дітей 1-2 років життя і пов'язані з підвищенням рівня тестостерону у плазмі (імовірно, за рахунок порушення метаболічного контролю рівня тестос-

терону з тимчасовою гонадальною активацією). Дитячі акне виникають зазвичай у хлопчиків після трьох місяців життя і можуть зберігатися до 3-4 років. Вони проявляються згрупованими папулами і запальними акне, які нерідко можуть завершатися рубцевою червоподібною атрофією шкіри щік.

1.1.1.3 Юнацькі акне (*acne juvenilis*) – захворювання з типовими осередками акне; вони відрізняються від вугрів, що виникають у дорослих внаслідок гормональних, нервових та інших порушень. Висипання в юнацькому віці – це головним чином папули і пустули, і дуже рідко, якщо захворювання триває довго, формуються комедони. Статистика свідчить про те, що у 85 % людей дана патологія зустрічається у віковій категорії від 13 до 25 років і лише у 15 % – у більш старшому віці. У більшості молодих людей захворювання протікає в легкій формі, що не вимагає звернення до лікаря.

1.1.2 Пізні акне (*acne tarda* – ідіопатичні пізні акне) вважають залежними від віку і зберігаються після періоду статевого дозрівання або з'являються у дорослих. Вони можуть бути проявом ряду серйозних захворювань, що супроводжуються гіперандрогенією, таких як:

- синдром Штейна–Левенталя;
- пізній тип синдрому вродженої гіперплазії кори надниркових залоз у жінок;
- синдром ХҮҮ у чоловіків.

Синдром Клайнфельтера (полисомія по X хромосомі у чоловіків) супроводжується конглобатними акне.

При синдромі Кушинга, пухлинах надниркових залоз акнеподібні висипи можуть з'явитися у будь-якому віці.

До пізніх видів акне відносяться передменструальні і постменопаузні акне. Акне передменструальне, спостерігаються у дівчат і жінок у вигляді акнеподібних висипань на підборідді і щоках, що з'являються в перед менструальний період.

Класичний симптомокомплекс полікістозних яєчників, описаний Штейном і Левенталем, є найбільш частою ендокринною патологією у жінок дітородного віку і включає:

- олігоменорею з менархе;
 - ожиріння;
 - гірсутизм;
 - збільшення яєчників;
- акне також є частим симптомом.

При дослідженні гормонального статусу відзначається:

- підвищення вмісту ЛГ у крові при нормаль-

ному або зниженому рівні ФСГ;

- підвищення рівня тестостерону та андростендіону;
- зниження рівня естрогенів крові.

Збільшення розмірів яєчників і наявність множинних фолікулярних кіст є патогномічними ознаками синдрому Штейна–Левенталя.

При адреногенітальному синдромі спостерігається рецесивне успадкований ензимний дефект біосинтезу кортизолу в корі надниркових залоз. Занадто низьке виробництво кортизолу в корі надниркових залоз викликає підвищення продукції АКТГ у гіпофізі і, тим самим, підвищений синтез 17- α -гідроксипрогестерону. Ензимний дефект не забезпечує перетворення 17- α -гідроксипрогестерону у кортизол. Класичні форми адреногенітального синдрому проявляються вже у дитинстві і не грають ніякої ролі у сенсі акне і гормонів. Часткові дефекти ензимів або функціональні порушення можуть, однак, реалізуватися у перехідному або дорослому періодах і, в деяких випадках, пов'язані з пізніми проявами акне у жінок.

Пізня форма адреногенітального синдрому – гіперандрогенія надниркового генезу виявляється у постнатальному періоді; для неї характерна рання поява вірильних симптомів. Гірсутизм проявляється до або відразу після менархе. Перша менструація може запізнюватися, надалі місячні рідкісні або відсутні. Майже у всіх хворих виникають *acne vulgaris* на спині, грудях і обличчі. У деяких хворих може бути смаглява шкіра або великі гіперпігментовані плями. Спостерігається гіпоплазія молочних залоз. Виділення андрогенів з сечею перевищує норму у 1,5-2 рази.

Серед інших ендокринопатій з андрогензалежною симптоматикою слід указати на:

- гіперпролактинемію;
- гіперандрогенію з інсуліновою резистентністю;
- акантозис нігріканс, – які також можуть супроводжуватися акнеподібними висипами; однак дерматологи з цією патологією зустрічаються рідко.

Синдром полісомії Y-хромосоми у чоловіків (ХҮҮ-синдром) проявляється:

- важкими вузловато-кістозними акне;
- високим зростом;
- крипторхізмом;
- маленьким половим органом.

Для цієї категорії хворих характерно:

- зниження інтелекту;
- агресивна антисоціальна поведінка;

- схильність до сексуальних збочень;
- бродяжництво.

Полісомія по Х-хромосомі у чоловіків (синдром Клайнфельтера, ХХУ-синдром) характеризується:

- важкими кістозними акне;
- варикозними венами;
- виразками гомілки.

Синдром Клайнфельтера обумовлений аномалією статевих хромосом і порушенням сперматогенезу. У хворих найчастіше є одна зайва Х-хромосома, рідше – кілька хромосом (каріотип 47 ХХУ; 48 ХХХУ; 49 ХХХХУ). Захворювання розвивається у пубертатний період. При класичній формі синдрому Клайнфельтера хворі високого росту, мають євнухоїдні пропорції тіла:

- непропорційно подовжені у порівнянні з тулубом кінцівки;
- відкладення жиру за жіночим типом;
- широкий таз;
- вузькі плечі;
- характерна справжня гінекомастія.

Хворі страждають на:

- імпотенцію;
- безпліддя;
- гіпогонадізм;
- гіпоплазію яєчок і пеніса.

Встановлено, що розумова відсталість наростає зі збільшенням числа Х-хромосомів. Пацієнти схильні до гомосексуалізму, алкоголізму, антисоціальної поведінки.

При хворобі Іценко–Кушинга основна роль у патогенезі належить змінам гіпоталамо-гіпофізарної області з вторинною гіперфункцією кори надниркових залоз. Для цієї хвороби характерно:

- ожиріння;
- метеоризм;
- затримка росту і статевого дозрівання при передчасному статевому оволосінні;
- *acne vulgaris*;
- гіпертонія;
- порушення обміну речовин.

При синдромі Іценко–Кушинга клінічні прояви залежать від виду пухлини, що стала причиною синдрому:

- при глюкостеромі поряд з явищами гіперкортицизму спостерігається відставання у фізичному і статевому розвитку;
- при глюкоандростеромі розвиваються явища вірилізації.

При синдромі Іценко–Кушинга відзначаються:

- стійка гіпертонія;
- гіперхолестеринемія;

- надлишкова маса тіла;
- виражений остеопороз.
- нейротрофічні зміни шкіри;
- *acne vulgaris*;
- патологічне зростання волосся (яке зустрічається не завжди).

Якщо при глюкостеромі гірсутизм не характерний, то при глюкоандростеромі найбільш ранні симптоми захворювання:

- оволосіння шкіри лобка, тулуба, кінцівок;
- вірилізація клітора;
- порушення менструальної функції по типу аменореї.

1.2 Провоквані акне.

1.2.1 Акне артифіціальні (*acne artificialis*) – механічні вугри, які виникають у осіб зі схильністю до захворювання, але їх поява зумовлена тиском і тертям, що викликають механічну обструкцію волосяних фолікулів. Як приклад механічних вугрів може бути тривале здавлювання тісного головного убору, спортивного шолома, гіпсової пов'язки. Механічні вугри можуть бути спровоковані на різних ділянках шкірного покриву механічними факторами. Різний тривалий тиск і тертя можуть призводити до посилення клінічних проявів акне. Вплив різних травм на хворих з акне показує, як різні типи механічних сил можуть посилити перебіг акне. До таких сил відносяться натискання, тертя, розтягнення, розтирання, пощипування і весь інший спектр механічного впливу. Імовірність виникнення нових вогнищ при механічному впливі пропорційна тяжкості акне. Однак механічний вплив не викликає появу комедонів. Найбільш важко механічне акне протікає при *a. fulminans* у юнаків, яким доводиться носити ортопедичні корсети.

Ключовим діагностичним фактором при механічному акне є незвичайна локалізація висипань. Запальні висипання на лобі припускають носіння будь-якої пов'язки, капелюха, перуки. Локалізація вогнищ акне на певних ділянках тіла дозволяє припустити носіння корсета або ортопедичних корсетів і пов'язок внаслідок травм або операцій.

Єдиною і головною пропозицією у комплексному лікуванні хворих цієї категорії є припинення дії механічних факторів. Певні труднощі виникають у професіоналів, коли механічне акне викликано професійною діяльністю (шкіра спини водія). Механічне акне дуже часто є ускладненням істинного акне. Додаткові фізичні фактори підсилюють клінічні прояви захворювання в місцях, де вони діють. Пацієнти

з акне найбільш схильні до виникнення вогнищ внаслідок механічних або фізичних факторів.

1.2.2 Масляне акне (син.: фолікуліти масляні) – ураження фолікулярного апарату, що виникає при тривалому контакті з мастилами або промасленим спецодягом. Важкі масла при контакті зі шкірою можуть спровокувати масляне акне у автомеханіків, що може формуватися і поза типових зон акне. Масляне акне виникає переважно у чоловіків, частіше – у брюнетів з густим волоссяним покривом. У патогенезі масляного акне велике значення мають два фактори:

- перший – механічна закупорка маслами вивідних проток сальних залоз;
- другий – хімічний, який формується подразнюючою дією масел у поєднанні зі зміною властивостей шкірного сала.

Висипання розташовуються на шкірі розги-нальних поверхонь передпліч, животі, стегнах, гомілках. Клінічна картина характеризується численними фолікулярними комедонами і запальними акне, що розвиваються у разі приєднання вторинної інфекції. Дерматоз відрізняється млявим перебігом і відсутністю суб'єктивних відчуттів. Припинення контакту з професійними шкідливими чинниками і дотримання гігієнічних заходів приводить до досить швидкого регресу висипань.

Різні екзогенні фактори можуть викликати у людини розвиток акне, до них відносяться і косметичні засоби.

1.2.3 Косметичне акне (*acne cosmetica*) – це один із варіантів контактного акне. Спочатку зміни на шкірі від косметичних засобів виражені незначно. Більшість пацієнток не усвідомлюють зв'язку між вживанням косметики і вогнищами запалення на шкірі обличчя. Для маскування висипань на шкірі наноситься косметика, яка містить комедоногенні речовини, і таким чином формується порочне коло: косметика використовують для приховування дефектів шкіри, викликаних акне, що у свою чергу обтяжує їх перебіг. Пацієнти часто консультуються з різними лікарями і просять поради в аптеках і косметичних магазинах. Частина інгредієнтів, що входять до складу косметичних засобів, мають комедоногенний ефект. Слід згадати також про сонцезахисні засоби (креми, лосьйони від засмаги), бо в сучасних умовах збільшилось їх використання для захисту від несприятливої дії сонячного випромінювання.

Ультрафіолетова радіація підсилює комедо-

генний ефект; цим можна частково пояснити загострення акне у деяких пацієнтів у літню пору року. Косметичне акне зустрічаються майже виключно у жінок, переважно 20-30-річного віку, які зловживають косметичними засобами. Надмірне використання косметики може викликати такі несприятливі реакції, як поява комедонів і фолікулітів, що дає підставу вважати про можливість активних косметичних засобів викликати розвиток акне, обтяжувати або пролонгувати їх перебіг. Локалізація уражень на шкірі відповідає області застосування косметики: підборіддя, щоки і лоб. Клінічна симптоматика косметичного акне супроводжується переважно закритими комедонами, папулами, рідше – папулопустулами, що нагадують псевдофолікуліт. У хворих на косметичне акне відкриті комедони зустрічаються дуже рідко.

1.2.4 Екскорійовані акне (*acne excorіeе des jeunes filles, acne neurotica*) – особлива форма захворювання, яка відноситься до пізнього типу акне. Якщо раніше це захворювання вражало виключно жінок, то сьогодні його можна виявити і серед молодих чоловіків, які прагнуть великих досягнень у кар'єрі. У більшості випадків це акне спочатку має незначну враженість, але кожне нове висипання негайно атакується перед дзеркалом, видавлюється, роздряпується або механічно обробляється будь-яким інструментом. При екскорійованому акне уражається, як правило, шкіра обличчя. Екскоріації можуть формуватися на фоні вже існуючих акне і без них. *Acne excorіeе* плавно переходить у захворювання з відхиленнями від норми поведінки. Часто мають місце реактивні депресії, тому хворим показана консультація психотерапевта або психоневролога.

1.3 Особливі форми акне.

1.3.1 Грам-негативні фолікуліти – особлива форма акне, яка виникає, як правило, ятрогенно і є рідкісним ускладненням тривалої пероральної антибіотикотерапії. Діагноз виставляється на основі ретельного збору анамнезу захворювання. Хворі указують на те, що спочатку прийом антибіотиків, головним чином, тетрацикліну забезпечує адекватну позитивну динаміку захворювання. Однак пізніше ліки стають не тільки неефективними, а й погіршують стан хворого. При місцевій і рідше – при системній антибіотикотерапії, внаслідок формування резистентності, відбувається переважання в нор-

мальній мікробіоті акне грам-негативних мікроорганізмів, переважно видів:

- *Enterobacteriaceae*;
- *Proteus*;
- *Pseudomonas*.

В основі грам-негативного фолікуліту лежать порушення бактеріальної екології в фолікулі сальної залози. Внаслідок зміни вологого середовища або ж тривалого прийому антибіотиків, посилюється колонізація фолікула грам-негативними бактеріями, а грам-позитивні бактерії витісняються зі своїх екологічних ніш. Вважається, що більше значення для бактеріальної колонізації мають генетичні фактори хворого, ніж власні властивості колонізуючих бактерій. Звертає на себе увагу відносно невелика кількість пацієнтів з акне і розацеа, які отримують антибіотико терапію і хворіють на грам-негативний фолікуліт, що вказує на значення додаткових супутніх чинників у виникненні захворювання. Відповідальними за розвиток інфекції можуть бути імунологічні порушення.

З метою діагностики, слід довести наявність бактеріологічних збудників, для чого необхідно взяття матеріалу з пустул. Лабораторна діагностика нерідко є проблематичною, оскільки необхідно дослідження безлічі пустул. Оскільки грам-негативні бактерії пов'язані з вологістю, терапевтично необхідна зміна середовища.

Виділяють два типи грам-негативних фолікулітів:

- для першого типу – папуло-пустульозного характерні рясні папульозні і пустульозні висипання в себорейних областях, проте можлива й інша локалізація; групи лактозоферментативних грам-негативних організмів можуть бути висіяні з пустул, з поверхні шкіри пахвової області і носа;

- для другого типу характерні глибоко розташовані вузли та вузлики, з яких висіваються зазвичай організми виду *Proteus*; однак часто виникають проблеми із встановленням правильного мікробіологічного діагнозу.

1.3.2 «Піодермія обличчя» (*Pyoderma faciale*) – рідкісна форма акне, яка вражає тільки молодих жінок у віці 20-35 років. Етіологія захворювання вивчена ще недостатньо. Деякі дослідники вважають, що *pyoderma faciale* є однією з важких форм розацеа. Прояви захворювання обмежені тільки шкірою обличчя – центральна частина обличчя, лоб, скроні, підборіддя.

Захворювання розпочинається раптовим і швидким утворенням глибоких вузлів, поверхневих та глибоких кіст, які з'єднуються одне з одним і утворюють великі свищеві ходи. Комедони, як правило, не утворюються. Шкіра обличчя набуває фіолетово-червоного кольору і стає набряклого, частково болючою при пальпації. На шкірі грудей і спини висипань немає.

Патоморфологічно виявляють гострий або підгострий запальний інфільтрат у дермі, який складається з поліморфних нейтрофілів, гістіоцитів, лімфоцитів. У початковій стадії захворювання виявляють некроз сполучної тканини навколо волосяних фолікулів, який захоплює сальні залози і фолікули волосся, що викликає їх дегенерацію.

Захворювання супроводжується схильністю до депресії і виказуванням суїцидальних думок. При відсутності лікування хвороба переходить у хронічну стадію.

1.3.3 Резистентне акне – це акне зі стійким перебігом, які не піддаються загально прийнятій терапії. Незважаючи на те, що хворі на акне зазвичай є пацієнтами, які найбільш успішно піддаються лікуванню, однак завжди є невдачі при терапії цієї категорії хворих, які викликаються, головним чином, такими причинами: лікар недостатньо роз'яснює пацієнту картину захворювання, прогноз і план проведення лікування. З самого початку лікування між лікарем і пацієнтом повинні бути сформовані відносини взаємної згоди і довіри; мова йде про пацієнтів:

- які з різних причин надзвичайно частіше, ніж зазвичай, страждають від побічних дій місцевого або системного лікування;

- що страждають на важке запальне акне (конглобатні акне, акне-тетрада, піодермія обличчя);

- з численними кістами, які повільно реагують на лікування.

Часта помилка, якої треба обов'язково уникати при лікуванні хворих на акне, – це недостатнє роз'яснення пацієнтові причин його захворювання і різних факторів, які можуть йому сприяти. Також несприятливі недостатні відомості про застосування препаратів і терміну, протягом якого можна очікувати позитивної динаміки у лікуванні хворих.

Крім акне дуже часто зустрічаються акнеподібні дерматози, які мають інші патогенетичні основи виникнення та розвитку захворювання.

2 Акнеподібні дерматози

Акнеподібні дерматози дають морфологічні типові висипання, але не потрапляють під патогенетичну концепцію акне. За статтю та віком хворі на акнеподібні дерматози не відповідають перебігу типового акне. Тут мова йде про дерматози, що імітують типові осередки ураження при акне.

Термін «акнеподібні дерматози» занадто нечіткий. Він позначає стан, який нагадує акне; ступінь схожості залежить від знання і досвіду лікаря. Акнеподібні висипання мають інший патогенез, ніж вульгарне акне. Висипання при акнеподібних дерматозах, як і при акне, мають фолікулярний характер, але перший осередок запалення – типовий, у вигляді папул і пустул. Комедони з'являються пізніше, як результат інкапсуляції і розвитку первинного процесу. Гістологічно: найбільш частим проявом є спонгіоз, а потім настає розрив фолікулярного епітелію, і вміст каналу потрапляє у дерму, провокуючи неспецифічну нейтрофільну інфільтрацію.

Акнеподібні дерматози дуже часто викликаються застосуванням лікарських препаратів.

Акнеподібні висипання можна розрізнити за клінічними ознаками, з яких найбільш важливими є такі:

- раптовий початок захворювання, протягом декількох днів;
- часто поширений характер висипань;
- нетипова локалізація: передпліччя, сідниці;
- незвичайний для захворювання вік хворого;
- мономорфні висипання: папули або папулопустули, які знаходяться на однаковому рівні розвитку;
- загальні прояви лікарської інтоксикації у вигляді лихоманки;
- зникнення запальних висипань після припинення прийому ліків.

Акнеподібні дерматози зазвичай ятрогенні і виникають у результаті побічного ефекту терапії:

- кортикостероїди мають виразну акнегенну дію;
- препарати йоду і бромиду, що приймаються всередину протягом кількох місяців, також здатні викликати акнеподібні висипання;
- місцеве застосування розчину Люголя може спровокувати появу папул і пустул;
- великі дози препаратів йоду (наприклад, 15 крапель розчину Люголя), які використовуються при лікуванні захворювань щитовидної залози, протягом одного тижня можуть викликати висипання у акнечутливих індивідуумів.

Приховані джерела вмісту йоду:

- вітаміни;

- мінеральні речовини;
- ліки проти астми і простудних захворювань;
- снодійні, седативні препарати.

Бром міститься у седативних, знеболювальних та протизастудних препаратах.

2.1 Медикаментозне акне (*acne medicamentosa*) – це фолікулярні запальні реакції на ліки у вигляді пустул або папул. Медикаментозне акне мають гострий або підгострий характер захворювання. Найбільш поширені ліки, які можуть викликати акне:

- кортикостероїди;
- андрогени;
- оральні контрацептиви;
- ізоніотинова кислота;
- етіонамід;
- рифампіцин;
- галогени (йодиди, броміди);
- літій;
- азатиоприн;
- циклоспорин А;
- 8-метоксипсорален;
- фенобарбітурати;
- тетрациклін;
- стрептоміцини;
- дисульфідам;
- тиреостатичні ліки;
- вітаміни B_1 , B_6 , B_{12} ;
- протисудомні препарати (триметадон, дифенілгидантін).

Медикаментозне акне характеризується:

- раптовим початком;
- поширеністю висипань;
- мономорфним висипом;
- незвичайною для акне локалізацією (дистальні відділи кінцівок);
- незвичайним для акне віком (початок захворювання після віку статевого дозрівання).

Слід пам'ятати, що навіть ліки, які використовуються для лікування акне, можуть іноді викликати акнеподібні висипання; наприклад, тетрациклін, седативні засоби можуть спровокувати пустульозний висип.

Розрізняють такі різновиди медикаментозного акне:

- галогенові акне (бромакне, йодакне, хлоракне);
- кортикостероїдне акне при застосуванні андрогенів і препаратів для лікування щитовидної залози;
- допінгове (бодибілдінгове) акне (при застосуванні анаболічних засобів та вітамінів групи В);

- акне, пов'язані з іншими медикаментозними інтоксикаціями:

- 1) цитостатики;
- 2) імуноотропні препарати (азатиоприн, циклоспорин, солі золота);

- протисудомні препарати:

- 1) барбітурати;
- 2) фенітоїн;

- препарати вальпроєвої кислоти;

- протитуберкульозні засоби:

- 1) ізоніазид;
- 2) рифампіцин;
- 3) етамбутол;

- інші (хлоралгідрат, літій, вітамін D).

Діагноз «медикаментозне акне» ґрунтується, головним чином, на даних анамнезу про прийом медикаментів, що викликають акне. Продукти розпаду багатьох медикаментів можуть бути виявлені в крові або сечі. Висипання на шкірі регресують після відміни медикаментів, що викликали їх.

При стероїдному акне, яке індукується переважно системним застосуванням фторованих і нефторованих кортикостероїдів, має місце синхронний висип папуло-пустульозних елементів у вогнищі ураження, епідерміс стоншується. Вогнища ураження розташовуються на шкірі спини та обличчі. Комедони утворюються як результат вторинного процесу. Захворювання проходить спонтанно через кілька тижнів після відміни стероїдних медикаментів. У пацієнтів, схильних до акне, регрес висипань може тривати досить довгий час. У таких випадках необхідні терапевтичні заходи.

2.2 Хлоракне є важкою формою екзогенно провокованого акне, яке виникає при впливі галогенізованих ароматичних сполук. При цій формі акне у місці контакту зі сполуками хлору первинно утворюються комедони. Найчастіше вражаються шкіра вух, ніг, лоба і потилиці, рідше – зона геніталій та сідниці. Крім комедонів, пізніше утворюються кісти і рубці, а також порушення пігментації шкіри.

2.3 Допінгове (бодибілдингове) акне проявляється після прийому анаболічних стероїдів, похідних тестостерону для збільшення м'язової маси, сили або ваги. Бодибілдингове акне є особливим варіантом андроген-індукованого акне. Анаболічні стероїди застосовуються для гіпертрофії мускулатури як основи створення сили. Бодибілдинг користується популярністю у чоловіків і жінок. Застосування анаболічних стероїдів

також відбувається серед спортсменів таких видів спорту, як легка атлетика, боротьба та інші силові види. Зловживання анаболічними стероїдами відбувається не тільки в цілях досягнення найвищих спортивних результатів. Спортсмени-любители застосовують анаболічні стероїди для збільшення м'язової маси. Прийом даних препаратів також може спровокувати хвороби печінки. Прийом анаболіків призводить до збільшення секреції сальних залоз. Доведено, що сальні залози у чоловіків у період статевого дозрівання не досягають свого максимального розміру і при відповідній андрогенній стимуляції можуть збільшуватися. Виробництво секрету швидко збільшується і призводить до розвитку себореї з враженням шкіри голови, грудей і спини.

Клініка бодибілдингового акне – можливі прояви від *acne vulgaris* до *acne conglobata* та *acne fulminans*. Дія анаболічних стероїдів при їх хронічному вживанні приводить не тільки до анаболічного ефекту, але й до тривалої гормональної дисфункції:

- у жінок це призводить до розвитку вираженого симптому вірилізації:

- 1) гірсутизму;
- 2) зниженню висоти голосу;
- 3) аменореї;

- у чоловіків виникають ефекти фемінізації:

- 1) гінекомастія;
- 2) олігоспермія;
- 3) азоспермія.

Ці зміни лише частково оборотні. Після відміни анаболічних стероїдів проводять терапію відповідно до ступеню тяжкості акне.

2.4 Майорка-акне (*Mallorca-acne, acne aestivalis*) відноситься до акнеформних дерматозів, що характеризуються однорідними плоскими фолікулярними папулами, які виникають раптово влітку і регресують спонтанно взимку. Ця форма вперше була описана у молодих людей зі Скандинавії, які відпочивали на острові Майорка. Захворювання виникає внаслідок надмірного вживання жирних основ у засобах захисту від сонця (мазі, масла), а також від впливу сонячних променів та іноді після соляріїв. Захворювання відповідає поліморфному фотодерматозу. Внаслідок комедогенного роздратування, особливо при використанні засобів захисту від сонця, виникають папули і пустули. Одночасно можуть бути папуло-везикули, які не належать до класичних морфологічних елементів акне. Комедони при Майорка-акне від-

сутні. У процес може залучатися шкіра обличчя, шиї і верхніх кінцівок. Висипання, ідентичні майорка-акне, спостерігаються часто у пацієнтів, які отримують курси фотосенсибілізації з приводу хронічних дерматозів.

2.5 Стеатоцистома множинна (*steatocystoma multiplex*, кіста жирова множинна, пілосебоцистоматоз) – аутосомно-домінантно успадкований акнеформний дерматоз, який вражає переважно чоловіків. Кісти можуть бути вже при народженні або розвиваються незабаром за ним. Клініка захворювання характеризується м'якими або щільними кістозними вузлами діаметром від декількох міліметрів до 1,5 см. Висипання локалізовані переважно на шкірі у стернальній області, іноді – на мошонці, спині, рідше – на верхніх кінцівках. Захворювання протікає без суб'єктивних симптомів, які іноді піддається вторинному інфікуванню. При гістологічному дослідженні виявляється лише картина епідермальної кісти з примиканням до її стінки апарату сальних залоз. Диференціальний діагноз необхідно проводити з:

- конглобатними акне;
- епідермальними і дермоїдними кістами.

2.6 Радіогенне акне – рідкісне, по патогенезу і клінічній картині – безсумнівне захворювання, яка може бути віднесене до акнеформних дерматозів. Дерматоз розвивається у людей, які біли піддані впливу опромінюванню, зокрема при глибокому проникненні опромінювання і при його високих дозах. Радіогенне акне клінічно представляє собою акнеподібний дерматоз з комедонами, папуло-пустулами і кістами у зоні

3 Стерильні акнеподібні дерматози

3.1 *Acne varioliformis* настає між 30 і 60 роками життя у осіб обох статей і виражається папульозними висипаннями, які пов'язані з фолікулярним апаратом. Це головним чином маленькі папули, розміром 2-5 мм з пупкоподібним западанням у центрі, які мають варіоліформний вигляд. Захворювання може супроводжуватися свербежем та екскоріаціями; потім висипання покриваються скоринкою. Процес може набувати некротичного характеру з формуванням поверхневих рубців. Етіологія захворювання невідома. Необхідно проводити диференціальний діагноз з:

- *Prurigo simplex*;
- *Prurigo nodularis*.

3.2 *Acne necroticans* – один з варіантів *acne varioliformis* тулуба, що локалізується на во-

дії опромінення.

2.7 Невоїдні акнеподібні дерматози – це група захворювань, які з'являються з моменту народження або розвиваються в юнацькому віці. До цієї групи захворювань відноситься *adenoma sebaceum*, сьогодні більше відома як хвороба Прінгля–Бурневілья або туберозний склероз. Клінічні прояви *adenoma sebaceum* супроводжується наявністю ангіофібром або трихоепітеліом жовтувато-червоного кольору, невеликого розміру, що, як правило, локалізуються у носо-губній області. Такий патологічний стан можна сплутати з гіперплазією сальних залоз, юнацькими бородавками і папульозним акне. Одночасно у хворих на хворобу Прінгля–Бурневілья існують:

- невуси сполучної тканини;
- періунгвальні фіброми,

а також, у залежності від розвитку захворювання, епілепсія та затримка розумового розвитку.

Гіперплазія сальних залоз може виникати індивідуально, переважно на відкритих ділянках тіла.

2.8 Міліарний розсіяний вовчак обличчя (*lupus miliaris disseminatus faciei* – *acne agminata*) – це рідкісне захворювання, яке раніше називали шкірним туберкулоїдом. Захворювання характеризується невеликими коричневочервоними грубими папулами, які схожі на папули при акне. Висипання типово виникають в області інфраорбітальної зони і на повіках, що нехарактерно для ендогенного акне. При натисканні скляним шпателем може з'явитися жовтий відтінок як прояв гранулематозного запалення з сироподібною масою у центрі. Інфекція *M. tuberculosis* не виявляється.

лосистій частині голови і межі росту волосся. Це рідкісне хронічне захворювання неясної етіології, що рецидивує. Позначення акне для цього дерматозу неточне, проте зберігається в історичному плані. Зустрічається переважно у жінок. Крім ураження шкіри між лобом і волоссям голови, чола, задньої і бічних ділянок шиї, може вражати і волосисту частину голови. Захворювання розпочинається з появи безлічі згрупованих червоно-коричневих фолікулярних куполоподібних папуло-везикул розміром 1-3 мм. Зі збільшенням розмірів висипань і внаслідок свербежу папуло-везикули екскоріюються та покриваються геморагічною кіркою. У кінці розвитку патологічного процесу відбувається утворення рубчиків, які набувають варіолі-

формного характеру. Патологічне становище гістологічно представлено інтрафолікулярним, гранулоцитарним процесом з некротичним ураженням фолікулярного епітелію. При подальшому перебігу некроз може поширитися на перифолікулярну сполучну тканину, де виникає щільний лімфоцитарний інфільтрат. У волосяному фолікулі некроз доходить до перешийка і ніколи не опускається нижче, тому дане захворювання не призводить до алопеції. На підставі гістологічних даних, більш точним буде діагноз «Некротизуючий лімфоцитарний фолікуліт».

Диференційний діагноз слід проводити з пустульозними захворюваннями волосистої частини голови:

- інфекційний фолікуліт;
- імпетиго-фолікуліт;
- грам-негативний фолікуліт;
- ерозивний пустульозний дерматит волосистої частини голови;
- еозинофільний пустульозний фолікуліт;
- герпетичний фолікуліт;
- пустульозний сифілід.

3.3 ВІЛ-асоційований акнеформний дерматоз характеризується ураженням шкіри обличчя і тулуба маленькими папулами, частково папуло-пустулами з запаленням по периферії та сильним свербінням. Гістологічно часто реєструється виражена еозинофілія. Призначення класичної терапії хворих на акне – не ефективне. На передній план виступають клінічні прояви основного захворювання. Слід також виключити медикаментозно індуковані акнеформні висипання і паразитози.

3.4 Фолікуліт пітироспоріальний (Малаsezія-фолікуліт, *Pityrosporum-folliculitis*) – інфекція волосяних фолікулів, що викликана дріжджеподібними грибами роду *Pityrosporum* (застаріла назва роду *Malassezia*) і виражається різними типами висипань. Безсимптомні або злегка сверблячі куполоподібні папули і пустули діаметром 2-4 мм розташовані у гирлах во-

лосяних фолікулів. Окремо розташовані, іноді сверблячі папуло-сквамозні висипання локалізуються головним чином на верхній частині шкіри тулуба, грудей і плечей. Захворювання може проявлятися локальними висипаннями на шкірі лоба і імітувати стійке акне. Уточнити діагноз допомагають:

- помірне лущення;
- відсутність пустульозних висипань і комедонів;
- обмежене запалення, яке виникає разом зі сверблячкою.

3.5 Міліум (ретенційні кісти) іноді плутають з висипаннями при акне. Міліум – це ретенційна кіста, яка виникає внаслідок закупорки сально-волосяного фолікулу. Міліуми локалізуються переважно на обличчі і представлені утвореннями у вигляді зернятка білого кольору розміром з шпилькову головку. Скупчення міліумів спостерігаються часто на шкірі періорбітальній області, де їх можна сплутати з закритими комедонами. Іноді міліуми зустрічаються разом з акне.

Акне і акнеподібні висипання можуть бути проявами таких захворювань та синдромів:

- *Apert Syndrome*;
- *Congenital Adrenal Hyperplasia*;
- *Crohn Morbus*;
- *Cushing Syndrome*;
- *Favre-Racouchot Syndrome*;
- *Grover Morbus*;
- *Haber Syndrome*;
- *Winer Pore*;
- *SAPHO-Syndrome*, –

що потрібно враховувати під час обстеження хворих.

Підводячи підсумки викладеного вище, хотілося б ще раз відзначити, що необхідно відрізняти акне як хворобу, симптом і синдром. Успішне проведення диференційної діагностики дає можливість лікарю адекватно планувати проведення комплексного лікування і отримання хороших терапевтичних результатів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Горбунцов В. В., Дюдюн А. Д. Диагностика кожных болезней. Клиническая лекция. Часть первая. Синдромный подход при диагностике заболеваний кожи. **Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология.** 2014. № 1-4. С. 139 – 148.
2. Дюдюн А. Д., Резніченко Н. Ю. Застосування системних пробіотиків – шлях до покращення лікування вугрової хвороби. **Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология.** 2007. № 1-4 (10). С. 98 – 102.
3. Дюдюн А. Д., Полюн Н. Н., Захаров В. К., Погребняк Л. А. **Эффективность применения препарата «Изотретинон» гелем в лечении больных угревой болезнью.** **Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология.** 2009. № 1-2 (12). С. 229 – 232.
4. Дюдюн А. Д., Свирид С. Г., Полюн Н. Н. **Применение Денебола, Мератина и Лактови-**

- та форте в комплексной терапии больных с акне. **Новости медицины и фармации в Украине**. 2005. № 16 (176). С. 10 – 11.
5. Дюдюн А. Д., Захаров С. В., Горбунцов В. В. Методи дослідження в дерматовенерології. Дніпропетровськ, 2009. 135 с.
 6. Дюдюн А. Д., Резніченко Н. Ю. Особливості гормонального статусу у чоловіків різних вікових груп і можливості їх корекції. *Урологія*. 2014. Т. 18, № 3'14 (70). С. 12 – 16.
 7. Дюдюн А. Д., Полион Н. Н., Горбунцов В. В., Захаров С. В. Эффективность применения секнидазола в комплексном лечении больных с акнеподобными поражениями кожи лица. **Український журнал дерматології, венерології**. 2014. № 2. С. 96 – 101.
 8. Дюдюн А. Д., Резніченко Н. Ю. Лікування хворих на вугрову хворобу із застосуванням ноотропного препарату, пробіотика та препарату бурштинової кислоти. *Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія*. 2008. № 1-2 (11). С. 21 – 25.
 9. Дюдюн А. Д., Горбунцов В. В., Полион Н. М. Використання препарату Асвіт у комплексному лікуванні хворих на вугрову хворобу. *Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія*. 2017. № 1-4. С. 195 – 200.
 10. Кауке Ю. І., Резніченко Н. Ю., Дюдюн А. Д., Веретельник А. В., Полион Н. М. Топічне лікування хворих на вульгарні акне. *Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія*. 2017. № 1-4. С. 230 – 234.
 11. Кондратьева М. С. Акне: этиопатогенез, клиника и современные методы лечения. *Барнаул*, 2008. 68 с.
 12. Резніченко Н. Ю., Дюдюн А. Д. Сучасні аспекти етіопатогенезу вугрової хвороби. *Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія*. 2007. № 1-4. С. 169 – 174.
 13. Резніченко Н. Ю., Дюдюн А. Д., Резніченко Ю. Г. **Результати дослідження функціонування симпато-адреналової та ваго-інсулярної систем у чоловіків у залежності від їх віку**. *Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія*. 2017. № 1-4. С. 220 – 225.
 14. Резніченко Н. Ю., Дюдюн А. Д. **Особенности клинического течения и лечения мужчин, страдающих хроническими дерматозами, с учетом возрастных расстройств гомеостаза и инволютивных изменений кожи**. *Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія*. 2015. № 3-4. С. 6 – 22.
 15. Резніченко Н. Ю., Дюдюн А. Д. **Вугрова хвороба**. К. : Наук. Думка; Запоріжжя : «Просвіта», 2008. 116 с.
 16. Скрипкин Ю. К., Бутов Ю. С., Иванов О. Л. *Дерматовенерологія. Национальное руководство*. М. ГЭОТАР-Медиа. 2011. 1024 с.
 17. Федотов В. П., Дюдюн А. Д., Горбунцов В. В. Современный подход к диагностике и комплексной терапии угревой болезни. *Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія*. 2010. № 3-4. С. 162 – 166.
 18. Федотов В. П., Дюдюн А. Д., Степаненко В. І. *Дерматовенерологія*. Дніпропетровськ-Київ, 2008. 559 с.
 19. Цераидис Г. С., Федотов В. П., Дюдюн А. Д., Туманский В. А. *Гистопатологія и клиническая характеристика дерматозов*. Днепропетровск: ЧП Свидлер, 2004. 536 с.

Акне и акнеформные дерматозы

Полион Н. Н., Дюдюн А. Д., Горбунцов В. В., Антипова Ж. А.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Медицинский центр «Три-Ленд», Днепр

Методически и последовательно представлены положения об акне и акнеподобных дерматозах. Подробно рассмотрены этиология и патогенез заболеваний, клинические проявления и основы дифференциальной диагностики.

Ключевые слова: акне, акнеформный дерматоз, клинические проявления, патогенез, этиология.

Acne and acneform dermatoses

Polion N. M., Dyudyun A. D., Gorbuntsov V. V., Antipova J. A.

“Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine” SI

Medical Center «Three-Land», Dnipro

The regulations on acne and acne-like dermatitis are presented systematically and consistently. The etiology and pathogenesis of the disease, its clinical manifestations and the basis of the differential diagnosis are considered in detail.

Keywords: acne, acneform dermatosis, clinical manifestations, etiology, pathogenesis.

Полион Наталья Николаевна – кандидат медицинских наук, доцент, кафедра кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Дюдюн Анатолий Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

andd@ua.fm

Горбунцов Вячеслав Вячеславович – доктор медицинских наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Антипова Жанна Арнольдовна – врач-дерматолог, медицинский центр «Три-Ленд», Днепр.