

Показники динаміки дерматологічного індексу якості життя в результаті лікування акне у жінок раннього репродуктивного віку

М. А. Косюта^{1,2}

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

²Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: вивчити дерматологічний індекс якості життя акне у жінок раннього репродуктивного віку у процесі лікування.

Матеріали та методи. Проведено комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 80 жінок раннього репродуктивного віку з акне, які були розподілені на 4 групи залежно від методів лікування.

Комплексне обстеження хворих проводили з метою виявлення захворювань, що викликають вживання гормональних контрацептивів і включають обстеження терапевта, невропатолога, хірурга, офтальмолога, отоларинголога, стоматолога, клінічні аналізи крові і сечі, біохімічне дослідження венозної крові, ЕКГ, УЗД органів черевної порожнини.

Розподіл на групи проводили залежно від терапії і гормональних відхилень. Вісімдесят пацієток, які взяли участь у дослідженні, були розподілені на три основні групи, в яких були представлені в рівних пропорціях різні ступені тяжкості кожного процесу. До групи порівняння увійшли 20 пацієток з акне і лабораторно доведеними ознаками гіперандрогенії, без визначення її форми.

Результати. Дерматологічна якість життя пацієток на фоні гормональної терапії значно покращувалась вже через 3 міс від початку лікування незалежно від використовуваних терапевтичних засобів. Найкращі результати були отримані в групі, де використовували гормональну корекцію – зниження з $17,4 \pm 3,0$ до 1,8 бала, що зі свого боку не було пов'язано з покращенням шкірного процесу, позаяк позитивна динаміка клінічних симптомів акне в перших двох групах була ідентичною. Отже, при лікуванні жінок, хворих на акне, з використанням гормональних препаратів, спостерігається виражений терапевтичний ефект, що приводить до покращення дерматологічної якості життя пацієток на ранніх етапах лікування.

Заклучення. Результати проведених досліджень свідчать, що удосконалений нами алгоритм діагностичних та лікувально-профілактичних заходів є достатньо ефективним, що дає нам право рекомендувати його для практичної охорони здоров'я.

Ключові слова: акне, лікування, дерматологічний індекс якості життя, ранній репродуктивний вік.

Вульгарні вугрі (аспе) – поліморфне мультифакторіальне захворювання з генетичною схильністю. Серед різних дерматозів це найбільш розповсюджена патологія шкіри. До 85% людей віком від 12 до 25 років страждають на акне [1–4]. У переважної більшості пацієнток до 18–20 років відбувається зворотній розвиток захворювання, однак у 20% інволюція йде більш повільно, а у 5% хворих ця проблема не вирішується навіть у зрілому віці. У результаті запально-деструктивних процесів в епідермісі і дермі формуються стійкі дисхромії, глибокі деформуючі рубці, толерантні до більшості методів лікування [5–7].

Психологічний дискомфорт, що виникає у хворих з акне, є головною причиною їх візиту до лікаря. Такі пацієнтки скаржаться на відчуття неповноцінності, депресію, дратівливість. У студенток з тяжкими формами акне відзначають слабку академічну успішність [8–10].

Незважаючи на значну кількість публікацій у цьому напрямку, аспекти лікування акне у жінок раннього репродуктивного віку вивчені недостатньо, а поодинокі публікації носять фрагментарний характер.

Мета дослідження: вивчення дерматологічного індексу якості життя у жінок раннього репродуктивного віку з акне у процесі лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 80 жінок раннього репродуктивного віку з акне.

Під час огляду пацієнток виконували підрахунок елементів вугрового висипу (табл. 1). Елементи акне підраховували в ділянці обличчя під час першого і при кожному плановому відвідуванні через три і шість місяців від початку дослідження.

При підрахунку ідентифікували відкриті та закриті комедони, папули і пустули. Підрахунок елементів висипу виконували по всьому обличчю, позаяк висипання не-

Таблиця 1

Послідовність обстеження хворих

Показник	До лікування	Через 3 міс	Через 6 міс
Дерматологічний огляд (ДІА)	X	X	X
Гінекологічний огляд	X		
Себометрія	X		X
Дослідження гормонального фону	X		
Стероїдний профіль сечі	X		X
Тестування хворих (ДІЯЖ)	X	X	X

Примітки: ДІА – дерматологічний індекс акне, ДІЯЖ – дерматологічний індекс якості життя.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

симетричні. Обличчя визначали як ділянку, обмежену вушними раковинами, межею росту волосся і нижньою межею нижньої щелепи. Ділянка носа, його крил, повіки, брови, зона навколо рота, суборбітальна і субмандибулярна ділянки не підлягали оцінюванню.

Папули, пустули і вузли визначались як запальні елементи акне, відкриті і закриті комедони – як незапальні. Для визначення тяжкості перебігу акне використовували дерматологічний індекс акне (ДІА). При підрахунку ДІА реєстрували кількість комедонів, папул, пустул і вузлів за наступними параметрами:

- поодинокі < 5,
- помірна кількість 6–15,
- велика кількість > 15.

Інтерпретація результатів підрахунку ДІА проводилась за наступними критеріями:

- ДІА <5 – легкий ступінь тяжкості,
- ДІА 6–10 – середній ступінь тяжкості,
- ДІА 10–15 – тяжкий ступінь [3, 6].

Через 3 і 6 міс від початку дослідження проводили оцінку індексу терапевтичного ефекту (ІТЕ), користуючись категоріями наведеної нижче 6-бальної шкали (табл. 2) [4, 7].

ІТЕ на кожну пацієнтку виражали у відсотках і оцінювали в балах. Лікувальним ефектом вважали повне виникнення або зменшення ДІА на 50% і більше.

Комплексне обстеження хворих проводили з метою виявлення захворювань, що виключають вживання гормональних контрацептивів і включають:

- обстеження терапевта, невропатолога, хірурга, офтальмолога, отоларинголога, стоматолога,
- клінічні аналізи крові і сечі,
- біохімічне дослідження венозної крові,
- ЕКГ,
- УЗД органів черевної порожнини.

Розподіл на групи виконували залежно від терапії, що проводиться, і гормональних відхилень. Вісімдесят пацієнок, що підійшли під суворі критерії відбору,

Таблиця 2

Глобальна оцінка терапевтичного ефекту

Бал	Опис
1	Повне виникнення ознак і симптомів захворювання порівняно з початковим рівнем
2	Відміне покращення (зменшення на 75% і більше ознак і симптомів захворювання порівняно з початковим рівнем)
3	Добре покращення (зменшення на 50–75% ознак і симптомів захворювання порівняно з початковим рівнем)
4	Помірне покращення (зменшення на 50% ознак і симптомів захворювання порівняно з початковим рівнем)
5	Без покращення (відсутність зменшення ознак і симптомів захворювання порівняно з початковим рівнем)
6	Погіршення (погіршення ознак і симптомів захворювання порівняно з початковим рівнем)

Таблиця 3

Розподіл хворих на групи

Група	Кількість	Форма ГА	Терапія
I	20	Яєчникова	ЦПА-ОК
II	20	Змішана	ЦПА-ОК+ГКС
III	20	Відсутність достовірних ознак ГА	ДЗГ-ОК
IV (порівняння)	20	Без визначення форми ГА	ЦПА-ОК

Примітки: ЦПА-ОК – ципротерон-ацетат, що містить комбінований оральний контрацептив; ДЗГ-ОК – дезогестрелумісний комбінований оральний контрацептив.

були розподілені на три основні групи, в яких були представлені в рівних пропорціях різні ступені тяжкості кожного процесу.

До групи порівняння увійшли 20 пацієнток з акне і лабораторно доведеними ознаками гіперандрогенії (ГА), без визначення її форми (табл. 3).

Способи лікування

У I групу увійшли жінки з яєчниковою формою ГА з різними проявами акне. Як терапевтичний засіб для лікування акне застосовували КОК, що містить естроген, – етінілестрадіол (ЕЕ) і антиандроген ЦПА-ОК та володіє гестагенними властивостями. Вживання препарату починали з першого дня менструації у послідовності, що зазначена на упаковці: по одній таблетці на добу впродовж 21 дня, сім днів перерви, під час якої спостерігалась менструальноподібна кровотеча, надалі вживання відновлювали. Тривалість терапії становила 6 міс.

У II групу були включені пацієнтки, у яких виявили ГА змішаного генезу (яєчникова + надниркова). В якості лікувальних заходів використовували комбіновану терапію із застосуванням ЦПА-ОК за вищевказаною методикою і кортикостероїдний препарат метилпреднізолон по 2 мг на добу впродовж 6 міс.

У III групу увійшли пацієнтки без лабораторних ознак ГА, у яких реєстрували акне різного ступеня тяжкості. В якості контрацептивного лікувального засобу був призначений сучасний низькодозований оральний контрацептив (ОК). Вживання препарату починали з першого дня менструації в послідовності, зазначеній на упаковці: по одній таблетці в день 21 день, сім днів перерви, під час якої спостерігали менструальноподібну кровотечу, надалі вживання відновлювали. Тривалість терапії становила 6 міс.

У IV групу увійшли пацієнтки з проявами ГА та акне. Однак в цій групі не проводили дослідження стероїдного профілю сечі, тобто є форма ГА перед початком дослідження не визначалась, але всім хворим було призначено ЦПА-ОК, що використовували в перших двох групах. Отже, IV група пацієнток була групою порівняння.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для аналізу себостатичного ефекту різних видів гормональної терапії у всіх пацієнток проводили оцінювання показників себометрії до і після лікування.

Як видно з табл. 4, вимір секреції шкірного сала хворим I групи через 6 міс після проведення лікування продемонстрував зниження себореї на шкірі лоба справа – у середньому з $199,23 \pm 9,4$ мкг/см² до $159,4 \pm 4,9$ мкг/см², на шкірі лоба зліва – з

Таблиця 4

Середні показники результатів себометрії у хворих I групи до і після лікування

Точки виміру	Інтервал нормальних значень (мкг/см ²)	До лікування	Після лікування	P
I	110–220	199,23 ± 9,4	159,4 ± 4,9	p > 0,05
II	110–220	183,8 ± 5,7	146,6 ± 4,1	p > 0,05
III	70–180	178,9 ± 7,8	150,2 ± 5,4	p > 0,05
IV	70–180	188,3 ± 8,6	154,3 ± 4,6	p > 0,05
V	110–220	262,2 ± 3,3	140,1 ± 2,2	p > 0,05

183,8 ± 5,7 мкг/см² до 146,6 ± 4,1 мкг/см², у ділянці правої щоки – з 178,9 ± 7,8 мкг/см² до 150,2 ± 5,4 мкг/см², у ділянці лівої щоки – з 188,3 ± 8,6 мкг/см² до 154,3 ± 4,6 мкг/см², на шкірі підборіддя – з 262,2 ± 3,3 мкг/см² до 140,1 ± 2,2 мкг/см² (p < 0,05).

Під час аналізу отриманих даних зареєстровано зниження продукції шкірного сала у цієї групи хворих у середньому на 25% від початкового рівня через 6 міс терапії ЦПА-ОК, що сприяло нормалізації підвищених показників себометрії. Аналізуючи отримані дані, було відзначено, що в I групі хворих у результаті лікування зафіксовано не тільки зниження змінених показників до нормальних, але і початково нормальних показників в інших точках вимірювання на 30% від початкового рівня.

Результати себометрії у хворих II групи в динаміці наведені в табл. 5.

Під час аналізу показників себометрії у хворих жінок з акне II групи можна констатувати, що через 6 міс комбінованої терапії з використанням ЦПА-ОК і системного ГКС (метилпреднізолону) спостерігалось зниження продукції шкірного сала на шкірі лоба справа – у середньому з 217,9 ± 9,4 мкг/см² до 169,3 ± 2,2 мкг/см², на шкірі лоба зліва – з 225,5 ± 9,3 мкг/см² до 181,8 ± 2,7 мкг/см², у ділянці правої щоки – з 185,9 ± 3,4 мкг/см² до 163,2 ± 1,4 мкг/см², у ділянці лівої щоки – з 190,3 ± 2,6 мкг/см² до 137,5 ± 2,3 мкг/см², на шкірі підборіддя – з 221,6 ± 4,3 мкг/см² до 156,6 ± 2,6 мкг/см² (p > 0,05), що свідчить про зменшення продукції шкірного сала на 37% від початково підвищеного рівня в даній групі.

Отже, в цій групі хворих спостерігали більш виражений себостатичний ефект від комбінованої терапії, яку застосовували, ніж у I групі, що, передусім, виражалось у нормалізації продукції шкірного сала на всіх ділянках шкіри обличчя.

Таблиця 5

Середні показники результатів себометрії у хворих II групи до і після лікування

Точки виміру	Інтервал нормальних значень (мкг/см ²)	До лікування	Після лікування	P
I	110–220	217,9 ± 6,4	169,3 ± 2,2	p > 0,05
II	110–220	225,5 ± 9,3	181,8 ± 2,7	p > 0,05
III	70–180	185,9 ± 3,4	163,2 ± 1,4	p > 0,05
IV	70–180	190,3 ± 2,6	137,5 ± 2,3	p > 0,05
V	110–220	221,6 ± 4,3	156,6 ± 2,6	p > 0,05

Таблиця 6

Середні показники результатів себометрії у хворих III групи до і після лікування

Точки виміру	Інтервал нормальних значень (мкг/см ²)	До лікування	Після лікування	P
I	110–220	224,5 ± 7,1	167,3 ± 3,4	p > 0,05
II	110–220	205,4 ± 19,7	183,85 ± 9,7	p > 0,05
III	70–180	179,8 ± 2,4	138,92 ± 0,4	p > 0,05
IV	70–180	182,7 ± 29,1	127,53 ± 14,6	p > 0,05
V	110–220	223,2 ± 6,6	154,6 ± 2,3	p > 0,05

Результати себометрії у хворих III групи представлені в табл. 6.

Під час аналізу показників себометрії у хворих жінок з акне III групи можна констатувати, що через 6 міс терапії з використанням ДЗГ-ОК спостерігалось зниження продукції шкірного сала на шкірі лоба справа – у середньому з 205,4 ± 19,7 мкг/см² до 167,3 ± 3,4 мкг/см², на шкірі лоба зліва – з 225,5 ± 9,3 мкг/см² до 183,85 ± 9,7 мкг/см², у ділянці правої щоки – з 179,8 ± 2,4 мкг/см² до 138,92 ± 0,4 мкг/см², у ділянці лівої щоки – з 182,7 ± 29,1 мкг/см² до 127,53 ± 14,6 мкг/см², на шкірі підборіддя – з 223,2 ± 6,6 мкг/см² до 154,6 ± 2,3 мкг/см² (p > 0,05), що свідчить про зменшення продукції шкірного сала на 25% від початково підвищеного рівня в даній групі.

Отже, в цій групі хворих також спостерігались виражені себостатичні ефекти від терапії, як і в перших двох групах.

У групі порівняння хворих результати себометрії відрізнялись від показників перших трьох груп (табл. 7).

Як видно з табл. 7, вимір секреції шкірного сала хворим групи порівняння через 6 міс проведеного лікування продемонструвало зниження продукції шкірного сала на шкірі лоба справа у середньому з 245,5 ± 19,7 мкг/см² до 173,22 ± 15,9 мкг/см², на шкірі лоба зліва – з 226,8 ± 21,5 мкг/см² до 215,5 ± 19,7 мкг/см², у ділянці правої щоки – з 192 ± 6,2 мкг/см² до 168,9 ± 5,9 мкг/см², у ділянці лівої щоки – з 186,4 ± 32,9 мкг/см² до 167,53 ± 26,5 мкг/см², на шкірі підборіддя – з 226,2 ± 9,1 мкг/см² до 220,81 ± 7,8 мкг/см².

Під час аналізу динаміки показників себометрії до і після лікування не було зареєстровано достовірного зниження продукції шкірного сала, що відображає недовільність призначення препаратів ЦПА-ОК без визначення форми ГА.

Таблиця 7

Середні показники результатів себометрії у хворих групи порівняння до і після лікування

Точки виміру	Інтервал нормальних значень (мкг/см ²)	До лікування	Після лікування	p
I	110–220	245,5 ± 19,7	173,22 ± 15,9	p > 0,05
II	110–220	226,8 ± 21,5	215,5 ± 19,7	p > 0,05
III	70–180	192 ± 6,2	168,9 ± 5,9	p > 0,05
IV	70–180	186,4 ± 32,9	167,53 ± 26,5	p > 0,05
V	110–220	226,2 ± 9,1	220,81 ± 7,8	p > 0,05

Таблиця 8

Динаміка середніх значень ДІЯЖ у жінок, хворих на акне (бали)

Група	До лікування	Через 3 міс	Через 6 міс
I, n = 20	17,8 ± 3,6	9,5 ± 2,4	4,1 ± 0,9*
II, n = 20	16,9 ± 3,2	8,2 ± 2,1	3,7 ± 1,4*
III, n = 20	17,4 ± 3,0	8,8 ± 1,9	1,8 ± 0,1**
IV (порівняння), n = 20	18,3 ± 6,8	12,8 ± 5,67	8,7 ± 5,5*

Примітки: достовірність * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$ відносно показника до лікування.

Дерматологічне оцінювання якості життя (ЯЖ) хворих проводили до і після лікування (6 міс) за спеціально розробленим опитувальником (ДІЯЖ).

Дані табл. 8 свідчать, що ЯЖ пацієнток на фоні гормональної терапії значно покращувалась вже через 3 міс від початку лікування незалежно від застосованих терапевтичних засобів. Найкращі результати були отримані в групі, де використовували ДЗГ-ОК – зниження з 17,4 ± 3,0 до 1,8 бала, що зі свого боку не було пов'язано з покращенням шкірного процесу, позаяк позитивна динаміка клінічних симптомів акне в перших двох групах була ідентичною.

Отже, при лікуванні жінок, хворих на акне, з використанням гормональних препаратів спостерігається виражений терапевтичний ефект, що сприяє покращанню ЯЖ пацієнток на ранніх етапах лікування.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що удосконалений нами алгоритм діагностичних та лікувально-профілактичних заходів є достатньо ефективним, що дає нам право рекомендувати його для практичної охорони здоров'я.

Indicators of dynamics of dermatological index of quality of life as a result of treatment acne for the women of early reproductive age**M. A. Kosyuta**

The objective: to learn the dermatological index of quality of life acne for the women of early reproductive age in the process of treatment.

Materials and methods. The complex is conducted clinical-and-laboratory and instrumental inspection 80 women of early reproductive age from acne, what were up-diffused on 4 groups depending on the methods of treatment.

The complex inspection of patients was conducted with a purpose by the exposures of diseases which eliminate the reception of hormonal contraceptives and include: inspection of internist, neurologist, surgeon, ophthalmologist, otolaryngologist, stomatology, clinical blood and urine tests, biochemical analysis of venous blood, electrocardiogram, ultrasound examination of organs of abdominal region.

Distributing on groups was conducted depending on ongoing therapy and hormonal rejections. 80 patients which fall under the harsh criteria of selection were up-diffused on three basic groups in which were presented in even proportions different degrees of severity of every process. To the group comparisons entered 20 patients from acne the laboratory-produced signs of hyperandrogenism, without determination of its form.

Results. Dermatological quality of life of patients on a background a hormonotherapy considerably got better already in 3 months from the beginning of treatment regardless of in-use therapeutic

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

facilities. The best results it was got in a group, where used hormonal correction – decline from $17,4 \pm 3,0$ to a 1,8 points, that in same queue it was not related to the improvement of a skin process, so as a positive dynamics of clinical symptoms acne in the first two groups was identical. So, at treatment of women, patients on acne, with the use of hormonal preparations, there is the expressed therapeutic effect which results in the improvement of dermatological quality of life of patients on the early stages of treatment.

Conclusions. The results of the conducted researches testify that the algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures is improved by us is effective enough, that gives a right to recommend him for a practical health protection to us.

Keywords: *acne, treatment, dermatological index of quality of life, early reproductive age.*

Відомості про автора

Косюта Мирослава Андріївна – Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

ORCID: 0009-0000-1459-5437; e-mail: mir2321447@gmail.com

Information about the author

Kosyuta Myroslava A. – Danylo Halytsky Lviv National Medical University

ORCID: 0009-0000-1459-5437; e-mail: mir2321447@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Alan R., 2020. Acne vulgaris // J.Amer.Acad. of Derm.:162(p.1):410-3.
2. Burkhart C.N., 2021. Assessment of etiologic agents in acne pathogenesis // Skinmed.:2(4):222-8.
3. Cordain L., 2020. Acne vulgaris – a disease of western civilization // Arch. Dermatol.:138(2):1584-90.
4. Czernielewski J., 2021. Adapalen biochemistry and the evolution of a new topical retinoid for treatment of acne // J.Eur. Acad.Dermatol.Venerol.:15(3):5-12.
5. Dreno B., 2019. Epidemiology of acne // 30th World Congress Dermatology: 75(5):889-92.
6. Gollmick H., 2021. Current perspectives on the treatment of acne vulgaris bmplications for future directions // J.Eur.Acad. Dermatol.Venereol.:3:1-4.
7. Ingham E., 2019. The immunology of Propionibacterium aches and acne // Curr.Opin.Infect.Dis.:12:191-7.
8. Jansen J.J., 2020. Pathophysiology of acne // Dermatol.Ther.:6:7-17.
9. Kim J., 2022. Activation of toll-like receptor in acne triggers inflammatory cytokine responses // J. Immunol.:2:75-83.
10. Leyden J.J., 2021. Current issues in antimicrobial therapy for the treatment of acne // J.Eur.Acad.Dermatol. Venereol.:15:3:51-5.