

Акне у детей

Болезни кожи у детей
Дитрих Абек

Акне — наиболее распространенное кожное заболевание подросткового возраста. Варианты акне также встречаются у младенцев и детей раннего детского возраста. Акне новорожденных (acne neonatorum) регистрируется у 20 % детей. У таких пациентов заболевание присутствует при рождении или развивается в первые недели жизни. В большинстве случаев оно протекает в легкой форме и разрешается спонтанно.



[Акне младенческие](#)

Стойкое акне новорожденных и возникновение акне в детском возрасте — явления нетипичные. Акне младенческого возраста (acne infantum) встречается нечасто, но может протекать очень тяжело (acne conglobatum infantum), что может быть следствием эндокринных нарушений, а также прогностическим маркером более тяжелой формы заболевания в подростковом возрасте. Легкая форма вульгарного акне развивается практически у всех подростков. Существуют также экзогенные типы акне или акнеформных высыпаний, которые могут наблюдаться у детей, такие как косметическое акне (известное также как acne venenata) (от помад и мазей для лица), акне механическое (от шлемов для американского футбола и накладок на плечи), стероидное акне и хлорное акне.

Этиология и патогенез

Акне вызывается целым рядом причин. Определенную роль играет наследственность, поскольку дети родителей с выраженным акне чаще имеют клинические проблемы. Кроме того, важны различные эндогенные и экзогенные факторы. Отмечается увеличение производства кожного сала в сочетании с выраженной тенденцией к задержке чешуек и липидов в волосяном фолликуле. Это облегчает колонизацию фолликула и сальных желез *Propionibacterium acne*. Эти бактерии, активизируя каскад комплемента, вызывают воспаление.

У девочек отмечена связь акне с гормональными факторами, такими как повышение уровня андрогенов в период полового созревания. В отдельных случаях acne infantum также выявляются гормональные изменения в виде повышения содержания фолликулостимулирующего гормона и тестостерона. Кроме того акне может быть одним из проявлений аденогенитального синдрома.

И, наконец, существует целый ряд местных провоцирующих факторов, включая кортикостероиды, окклюзионные мази и механическую травму. В редких случаях у детей

может наблюдаться хлоракне вследствие контакта с мощными акнегенными диоксинами, как случилось во время аварии на химическом заводе в Совето, Италия.

Клиническая картина

Акне поражает только те зоны, где имеются сальные фолликулы. Именно по этой причине у детей оно обычно ограничивается областью лица. Косметическое акне младенческого возраста, которое вызывается окклюзионными мазями и пастами, является исключением, поскольку может возникать на других участках тела. Акне новорожденных обычно проявляется закрытыми комедонами (белые угри) и папуло-пустулами. Для вульгарного акне характерно наличие как закрытых, так и открытых (черные угри) комедонов. Они развиваются в воспалительные папулы и папуло-пустулы. Обычно у пациента очаги акне разных типов находятся близко друг к другу. При конглобатном акне, наиболее тяжелой форме заболевания, которая обычно наблюдается у юношей, присутствуют также узлы с геморрагическими корками и кисты. После заживления воспалительных очагов на коже могут оставаться углубления в форме оспинок и кратеров или келоиды.

Жалобы

Обычно акне протекает без субъективных симптомов. Крупные узлы и кистозные очаги могут быть болезненными или вызывать зуд.

Диагноз

Диагноз акне не вызывает сомнений и, как правило, уже известен пациенту. Специальные диагностические процедуры не нужны. При сборе анамнеза необходимо задать вопросы о возможных экзогенных факторах.

Тяжелое или резистентное к лечению акне в детстве может указывать на гормональные нарушения, такие как повышение уровня андрогенов вследствие их избыточного производства в яичниках или надпочечниках. В таких случаях следует определить уровни свободного тестостерона, дегидроэпиандростерона (ДГЭА) и дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭАС). Если один из показателей превышает норму, проводится тест с дексаметазоном, который помогает определить источник избытка андрогенов.

Дифференциальный диагноз

Характерным признаком акне является наличие комедонов, а также одновременное присутствие различных воспалительных очагов. У младенцев похожую на акне картину вызывает себорейный дерматит, но комедоны при этом заболевании отсутствуют. У детей старшего возраста следует учесть возможность периорального дерматита, это заболевание имеет несколько иную локализацию, комедоны также отсутствуют.

Лечение

Локализация акне и степень его тяжести определяют, достаточно ли одной местной терапии или же нужно также проводить системное лечение. Для лечения комедонов и папуло-пустул на лице обычно используют местные мероприятия. Узлы и кистозные очаги, особенно на туловище, требуют, как правило, дополнительных системных мер. В редких случаях младенческого конглобатного акне требуется системное лечение. Напротив, акне новорожденных обычно разрешается самостоятельно. Лечение при этом либо не требуется совсем, либо оно ограничивается простыми процедурами.

Никогда не следует недооценивать эмоциональное воздействие акне на юных пациентов. Часто они нуждаются в дружеском ободрении почти так же, как в назначении лекарственного средства. При этом наблюдаемая врачом объективная степень поражения может значительно отличаться от того, как сам пациент оценивает свое заболевание, его тяжесть и воздействие на свою жизнь.

Местная терапия

Местная терапия акне направлена против окклюзии фолликулов, микробных агентов и избытка кожного сала.

- **Очищающие средства.** Местные мероприятия не могут повлиять на выработку кожного сала. Для удаления липидов с кожи ее часто очищают синтетическими детергентами (синдетами) или мылами, а также протирают спиртовыми растворами. Синдеты обычно меньше раздражают кожу и широко используются в Европе. Некоторые пациенты предпочитают пользоваться после мытья антисептическими спиртовыми растворами (например, 1 % хлоргексидина глюконат в 40 % изопропиловом спирте). Пациентам следует воздерживаться от слишком частых и агрессивных процедур умывания, особенно с применением абразивного мыла или подобных продуктов. Раздражение кожи затруднит последующее лечение заболевания.

- **Антибиотики.** Местное применение антибиотиков уменьшает содержание *Propionibacterium acne*, а также оказывает противовоспалительное действие. Чтобы уменьшить риск развития устойчивых видов *Propionibacterium acne* и других представителей кожной флоры, таких как коагулазонегативные стафилококки, местные антибиотики не следует применять в качестве монотерапии. Кроме того, комбинированное местное применение антибиотиков и антисептиков клинически более эффективно, чем их использование по отдельности.

Наиболее широко местно применяются такие антибиотики, как эритромицин, клиндамицин и тетрациклин.

Тетрациклин при местном применении часто меняет окраску кожи и вызывает флуоресценцию в ультрафиолетовом освещении, что может обнаруживаться на дискотеках. В отличие от него местное применение клиндамицина и эритромицина практически не вызывает побочных действий и оба средства сравнимы по эффективности. Оба препарата выпускаются в различных лекарственных формах, включая спиртовые растворы и гели. Эритромицин доступен также в комбинации либо с бензоила пероксидом, либо с цинком. В Европе эритромицин часто прописывают в составе комплексных рецептов. Возможный состав прописей:

Rp:

Эритромицин 2,0 г

Безводная лимонная кислота 0,155 г

Этиловый спирт 96 % 45,0 мл

Гидроксипропилцеллюлоза 400 5,0 г

Дистиллированная вода 100,0 мл

Rp:

Эритромицин 2,0 г

Безводная лимонная кислота 0,155 г

Этиловый спирт 96 % 45,0 мл
Дистиллированная вода 100,0 мл

• **Антисептики.** Два основных антисептика, бензоила пероксид и азелаиновая кислота, обладают и противомикробным и комедолитическим действием.

Бензоила пероксид выпускается в концентрациях 2,5, 5,0 и 10,0 % в форме геля на спиртовой и водной основах, крема, лосьона и жидкого мыла. Для детей мы рекомендуем 2,5 % концентрацию, поскольку 5 % и 10 % концентрации вызывают большее раздражение и лишь незначительно эффективнее. Для подростков с жирной кожей лучше всего подходят более высокие концентрации на подсушивающей основе, такой как спиртовой гель. Если возникает сильное раздражение, возможно, пациент пользуется данным продуктом слишком часто или в слишком больших количествах. Аллергический контактный дерматит на бензоила пероксид маловероятен.

Азелаиновая кислота имеет широкий спектр действия, поскольку действует не только как антисептик, но и блокирует трансформацию тестостерона в 5 α - дигидротестостерон. Хотя в литературе сообщается о том, что азелаиновая кислота сравнима по эффективности с бензоила пероксидом, наш опыт говорит о том, что она несколько менее эффективна. Мы применяем ее у детей с легкой формой акне и склонной к раздражению кожей.

• **Кератолитики.** Основным направлением комедолитической или кератолитической терапии является местное применение ретиноидов (кислые производные витамина А). Они нормализуют процесс фолликулярной кератинизации и разрушают микрокомедоны, прежде чем они разовьются в клинические очаги. Именно поэтому местные ретиноиды эффективны при всех формах акне. Классическим ретиноидом для местного применения является третиноин, который выпускается в концентрациях 0,025, 0,025 и 0,1 % в форме кремов, гелей и растворов. Все продукты обладают раздражающим действием и вызывают сухость, эритему и шелушение. Нужно соблюдать осторожность при выборе концентрации и формы, поскольку 0,05 % гель обычно оказывает более сильное раздражающее действие, чем 0,1 % крем. Кроме того, два препарата разных изготовителей с одинаковой концентрацией третиноина могут сильно отличаться по раздражающему действию. Самое сильное раздражающее действие оказывают растворы, поэтому они редко применяются у детей.

Пациенту и его родителям нужно сообщить не только о возможности раздражения кожи, их следует также предупредить, что в первые 4-6 недель лечения состояние акне может ухудшаться по мере того, как лекарство будет воздействовать на комедоны. Из-за риска фотосенсибилизации местные ретиноиды необходимо применять на ночь, и только 1 раз в сутки. Достаточное количество препарата остается на коже даже после умывания на следующий день, поэтому пациенту следует избегать солнечных лучей (или пользоваться солнезащитным экраном). Некоторые пациенты переносят препарат только при применении через день.

В настоящее время появились два новых ретиноида — адапален и изотретиноин. По свойствам они схожи, не вызывают такого сильного раздражения как третиноин и не обладают фототоксичностью. Однако, по нашему мнению, они также и менее эффективны. Оба препарата применяются у детей с легкой формой комедонового акне и непереносимостью третиноина.

Системная терапия

- **Антибиотики.** Системное применение антибиотиков не превосходит местное по эффективности, и поэтому вначале всегда рекомендуется местное лечение. Применение системных антибиотиков уменьшает количество *Propionibacterium acnes* и оказывает также противовоспалительный эффект, блокируя хемотаксис нейтрофилов. Максимальный эффект достигается через 6~8 недель лечения. Системное лечение антибиотиками всегда комбинируют с местными мероприятиями.

Антибиотиком выбора для лечения акне является миноциклин. Рекомендуется суточная доза в 100 мг на период три месяца (максимально шесть месяцев). Лекарство является очень липофильным, поэтому почти полностью всасывается в кишечнике. Поскольку сообщалось о связи приема миноциклина с гепатитом, сывороточной болезнью и красной волчанкой, до начала терапии выполняют развернутый анализ крови и функциональные печеночные тесты, которые повторяют с интервалами в 1-2 месяца.

Миноциклин и другие тетрациклины не применяются у детей младше 9 лет, поскольку они могут вызвать необратимую пигментацию зубов, повреждение зубной эмали и обратимое замедление роста костей. Альтернативными антибиотиками для системного применения являются эритромицин и клиндамицин. Поскольку эритромицин часто приводит к развитию устойчивости *Propionibacterium acnes*, препарат всегда комбинируют с местным использованием антисептика или кератолитика. Обычная суточная доза составляет 30-50 мг/кг на 2-4 приема.

Клиндамицин мы применяем в редких случаях из-за небольшого, но определенного риска развития псевдомембранного колита.

- **Изотретиноин.** Изотретиноин или 13-*cis*-ретиновая кислота, является аналогом витамина А и обладает потрясающим эффектом при акне. Он обладает комедолитическими свойствами, уменьшает содержание кожного сала (вторично уменьшая при этом количество *Propionibacterium acnes* на коже) и оказывает противовоспалительное действие.

Изотретиноин имеет один существенный побочный эффект, который ограничивает его применение и вызывает целый ряд проблем. Он является мощным тератогеном, поэтому у девушек и женщин может применяться только при соблюдении строгой контрацепции. Часто этой цели трудно добиться у подростков, поскольку они не всегда сообщают правдивые сведения о своей сексуальной практике, особенно если при обсуждении проблемы присутствуют их родители.

Другие побочные эффекты, имеющие значение для детей, это сухость кожи и слизистых (глаз, носа), замедление роста и синдром ДИГС (диссеминированный идиопатический гиперостоз скелета).

У взрослых важными клиническими факторами являются повышение уровня триглицеридов и изменения функции печени. Мы применяли изотретиноин только в случаях тяжелого акне у подростков, а также в редких случаях конглобатного акне у детей младше 7 лет. Обычная суточная доза составляет 0,3-0,7 мг/кг в течение 4-6 месяцев, причем следует стремиться к суммарной дозе 120 мг/кг, поскольку при этом менее вероятны рецидивы.

Литература

1. Berson D. S., Shalita A. R.: The treatment of acne: the role of combination therapies. *Journal of the American Academy of Dermatology* 32: S31-S41 (1995)
2. Goulden V., Layton A. M., Cuncliffe W.J.: Long-term safety of isotretinoin as a treatment for acne vulgaris. *British Journal of Dermatology* 131 : 360-363 (1994)
3. Jansen T., Burgdorf W. H., Plewig G.: Pathogenesis and treatment of acne in childhood. *Pediatric Dermatology* 14: 17-21 (1997)
4. Lehmann H. P., Robinson K. A., Andrews J. S., Hollo-way V., Goodman S.: Acne therapy: a method-ologic review. *J Am Acad Dermatol* 47 : 231-240 (2002)
5. Lehucher-Ceyrac D., Weber-Buisset M. J.: Isotretinoin and acne in practice: a prospective analysis of 188 cases over 9 years. *Dermatology* 186 : 123-128 (1993)
6. Lucky A. W.: Acne therapy in infancy and childhood. *Dermatologic Therapy* 6 : 74-81 (1998)
7. Plewig G., Albrecht G., Henz B. M., Meigel W., Schopf E., Stadler R.: Systemische Behandlung der Akne mit Isotretinoin: Aktueller Stand. *Hautarzt* 48 : 881-885 (1997)
8. Rothmann K. F.: Acne update. *Dermatologic Therapy* 2:98-110(1997)
9. Somech R., Arav-Boger R., Assia A., Spierer Z., Jurgenson U.: Complications of minocycline therapy for acne vulgaris: case reports and review of the literature. *Ped Dermatol* 16 : 469-472 (1999)