

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

**На правах рукописи
УДК: 616.5+616-008.9+616.39**

ИСАНБАЕВА РУФИЯ ИРИКОВНА

**РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ
УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ С УЧЁТОМ СОСТОЯНИЯ
ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ЭНДОКРИННОГО
СТАТУСА И МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА**

14.00.11 - Кожные и венерические болезни

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук**

ТАШКЕНТ – 2009

**Работа выполнена в Научно-исследовательском институте
Дерматологии и Венерологии МЗ РУз.**

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
АРИФОВ Саидкасим Саидазимович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Вайсов Адхам Шавкатович

доктор медицинских наук
Шереметьев Николай Николаевич

Ведущая организация: **Ташкентский Педиатрический
Медицинский Институт**

Защита состоится «_____» _____ 2009 г. в _____ часов на заседании
Специализированного Совета Д.087.01.03 при Ташкентской Медицинской
Академии по адресу: 100048, Ташкент, ул. Пахлавана Махмуда, 103.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентской
Медицинской Академии.

Автореферат разослан «_____» _____ 2009 г.

**Ученый секретарь
Специализированного Совета
доктор медицинских наук, профессор**

Г.А.Исмаилова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность работы. Разработка комплексного метода лечения угревой болезни является актуальной проблемой дерматологии в связи с постоянно возрастающим количеством пациентов, нередко малоуспешными результатами проводимого лечения, частыми и длительно протекающими рецидивами, что в свою очередь ведет к косметологическим дефектам на лице, шее, груди, спине и оказывает свое влияние на психоэмоциональное состояние больного, приводит к изолированности человека от общества.

В настоящее время многие ученые (Суворова К.Н., Котова Н.В., 1997; Аравийская Е.Р. и др., 1998; Адашкевич В.П., 2000; Данилова А.А., Щекланова М.И., 2001; Leyden J. J., 1995; White C. M. 1999; Plewig G. et all., 2000) ключевыми патогенетическими факторами развития угревой болезни считают: количественное и качественное изменение химического состава кожного сала; развитие фолликулярного гиперкератоза и нарушение процессов кератинизации; гормональный дисбаланс (особенно половых гормонов); усиление патогенности *Propionbacterium* аспе; наследственную предрасположенность.

Кроме того, в патогенезе многих кожных заболеваний большое значение имеет микрофлора желудочно-кишечного тракта (Петров В.Г. и др., 1991; Лем Ж.В., 1997; Тургунова Ю.А., 1997; Джусупгалиева М.Х. и др., 2000; Волкова Л.А. и др., 2001; Абдуллаев М.И. и др., 2002), а также состояние нервной системы, особенно ее вегетативного раздела (Епишева Л.В., 1992; Тихонова Н.Н., 1992; Арифов С.С., 1994).

Несмотря на большое количество научных исследований посвященных изучению патогенетических механизмов развития и лечения угревой болезни, до настоящего времени остаются невыясненными состояние микробиоценоза кишечника, значение вегетативной нервной системы, микрофлоры кожи и кишечника в клиническом течении угревой болезни. Комплексное изучение этих параклинических параметров позволило бы глубже понять некоторые аспекты патогенеза, разработать и совершенствовать методы лечения данного дерматоза.

Степень изученности проблемы. Исследованиями установлено, что у больных с повышенным тонусом вегетативной нервной системы отмечаются изменения химического состава и повышенная продукция кожного сала (Аравийская Е.Р. и соавторы, 1998).

В последние годы для лечения угревой болезни используются системные антибиотики – эритромицин (Шахтмейстер И.Я. и соавторы, 1999; Eady E. A., 1998), тетрациклинового ряда (Навашин С.М., Сазыкин Ю.О., 1998; Иванов Д.В., Буданов С.В., 2007; White G.M., 1999), ароматические ретиноиды (Кубанова А.А., Данилова А.А., 2003; Самгин М.А., Монахов С.А., 2003; Снарская Е.С. и др., 2004; Львов А.Н., 2007), гормональные препараты и др. Имеются сообщения об успешном местном лечении данного дерматоза кремом «Айрол» 1% и лосьоном «Айрол-рош» (Масюкова С. А. и др., 1996), гелем «Далацин-Т» (Шишкова М.В., 2000; Арифов С.С., Шодиев Д.Б., 2002),

«Дифферин» (адапален) (Самгин М.А., Монахов С.А., 2003; Молочков В.А. и др., 2004), «Скинорен» (Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б., 2007) и другими препаратами.

Поскольку, функционирование эндокринных желез, желудочно-кишечного тракта и его микрофлоры находятся под контролем вегетативной нервной системы (Вейн А. М., 2003) комплексный подход позволяет раскрыть не только некоторые не изученные и неясные стороны патогенеза и клинического течения угревой болезни, но и разработать комплексный, индивидуальный метод лечения данного дерматоза.

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР. Диссертационная работа входит в план НИР Научно-исследовательского института дерматологии и венерологии МЗ РУз (регистрационный №01.200009093).

Цель исследования: Разработка комплексного метода лечения угревой болезни с учетом состояния вегетативного тонуса нервной системы, эндокринной системы (в частности соотношения половых гормонов), микробиоценоза кожи и кишечника.

Задачи исследования:

1. Исследовать состояние вегетативного тонуса нервной системы больных угревой болезнью в зависимости от клинического течения заболевания.

2. Изучить состояние микрофлоры кожи и кишечника у больных угревой болезнью.

3. Исследовать эндокринный статус организма больных угревой болезнью (определить в крови дегидроэпиандростерон (ДЭА), который является метаболитом тестостерона, участвующего в развитии гиперсекреции сальных желез).

4. Разработать и внедрить в практику комплексный метод лечения больных угревой болезнью, а также изучить динамику микрофлоры кишечника, кожи в процессе проводимой терапии.

Объект и предмет исследования: кровь, кал, смыв кожи больных с угревой болезнью. 115 больных угревой болезнью.

Методы исследований: клинико-лабораторные, специальные микробиологические и биохимические.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. При угревой болезни в зависимости от степени тяжести течения заболевания наиболее часто встречается папуло-пустулезная форма (46,1%), затем конглобатная тяжелой (23,5%) и очень тяжелой (12,2%) степени и далее комедоновая форма (18,2%).

2. При исследовании состояния вегетативного тонуса нервной системы было установлено преобладание ваготоников (33,6%) по сравнению со здоровыми лицами, которое не зависело от степени тяжести заболевания. При нарастании клинических симптомов и увеличении степени тяжести угревой болезни отмечалось превалирование асимпатической реактивности.

3. Среди больных угревой болезнью были установлены эндокринные нарушения, т.е. увеличение тестостерона и снижение дегидроэпиандростерона

при увеличении тяжести заболевания. Уровень дегидроэпиандростерона максимально увеличивался и превышал норму у ваготоников с комедоновой формой угревой болезни.

4. У всех больных угревой болезнью установлена связь микробиоценоза кишечника, микрофлоры кожи и вегетативной нервной системы, которая выражалась снижением анаэробных бактерий, лактозоположительных эшерихий и увеличением условно-патогенных микроорганизмов в кишечнике, особенно у ваготоников с асимпатической реактивностью при конглобатной форме угревой болезни. На пораженных участках кожи у больных угревой болезнью отмечалась повышенная высеваемость золотистого и эпидермального стафилококка, пиогенного стрептококка, пропионбактерий, энтеробактерий и при увеличении тяжести заболевания, особенно у ваготоников с преобладанием асимпатических реакций.

5. На основании полученных данных был предложен патогенетический метод лечения угревой болезни, при котором традиционное лечение проводилось в комплексе с Бификолом, использование которого сокращало сроки рассасывания папул и пустул на 2-3 дня и способствовало улучшению клинического исхода относительно традиционной терапии, особенно у симпатотоников и эйтоников. Использование холинолитика Бекарбон вместе с традиционным лечением у ваготоников с папулопустулезной формой заболевания приводило к укорочению периода исчезновения кожных элементов на 2,5 дня с благоприятным клиническим исходом.

Научная новизна. Впервые исследовано распределение больных угревой болезнью по вегетативному тону нервной системы и выявлено, что независимо от степени тяжести заболевания отмечается некоторое смещение вегетативного тонуса в сторону ваготонии, а вегетативной реактивности в сторону преобладания асимпатических реакций.

Впервые при изучении эндокринного статуса установлено, что у больных угревой болезнью уровень дегидроэпиандростерона (ДЭА) в крови больных имеет более выраженную склонность к снижению у симпатотоников, чем у ваготоников, на фоне противоположной направленности изменений уровня свободного тестостерона.

Впервые изучено состояние микроценоза кожных покровов больных угревой болезнью и выявлено, что наиболее выраженное нарушение выявляется на пораженных участках, характеризующееся повышенной высеваемостью эпидермального стафилококка, энтеро- и пропион-бактерий в прямой зависимости от степени тяжести заболевания.

Впервые установлено, что в развитии угревой болезни важную роль играют нарушения состояния микробиоценоза кишечника, проявляющиеся дефицитом анаэробных бактерий и лактозоположительных эшерихий на фоне прироста условно-патогенной флоры, с увеличением выраженности при возрастании тяжести заболевания.

На основании выявленных нарушений микроценоза кожи и кишечника с учетом вегетативного тонуса нервной системы разработан метод лечения

больных угревой болезнью заключающийся в применении эубиотика «Бификол» и холинолитика «Бекарбон» на фоне традиционной терапии.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Разработан и внедрен в практику здравоохранения патогенетически обоснованный метод комплексного лечения угревой болезни с применением эубиотика «Бификол» и холинолитика «Бекарбон», позволяющий у всех больных получить положительный терапевтический эффект по сравнению с традиционным лечением.

Определены прогностические критерии течения угревой болезни в зависимости от тонуса вегетативного нервной системы.

Реализация результатов. Разработанный метод лечения больных угревой болезнью используется в отделе дерматологии клиники НИИДиВ МЗ РУз и в педагогической деятельности кафедры кожных и венерических болезней Ташкентского института усовершенствования врачей.

Апробация работы. Основные материалы диссертации доложены и обсуждены на научно-практическом обществе дерматовенерологов г.Ташкента и Ташкентской области (2005), 15th Congress of the European of Dermatology and Venerology (Rhodes,Greece, 2006), на международной научно-практической конференции «Возрастные аспекты дерматокосметологии и дерматовенерологии» (Астана, 2007), на V съезде дерматовенерологов Узбекистана (Ташкент, 2008).

Работа апробирована на объединенной научной конференции отделов и лабораторий НИИДиВ МЗ РУз (2008), на межкафедральной апробации с участием кафедры «Кожных и венерических болезней» и кафедры «Микробиологии, вирусологии и иммунологии» ТМА (2008), научном семинаре в ТашПМИ (2008).

Опубликованность результатов. По материалам диссертационной работы опубликовано 7 печатных работ, из них журнальных статей - 2, тезисов докладов – 4, информационное письмо – 1.

Структура и объем работы. Диссертация изложена на 157 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, главы материалов и методов исследования, 5 глав, содержащих результаты собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и литературного указателя, включающего 203 источников, из которых 48 иностранные. Работа включает 33 таблицы и иллюстрирована 15 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 115 больных угревой болезнью. Стационарное лечение получало – 80 больных, амбулаторное лечение – 35 пациентов. Больные были в возрасте от 13 до 31 лет. Мужчин было – 88 (76,5%) и женщин – 27 (23,5%). Основную часть составляли пациенты в возрасте от 13 до 19 лет. Чаще всего угревая болезнь отмечалась у лиц мужского пола (76,5%), чем у лиц женского пола (23,5%).

Давность заболевания угревой болезнью составила от 1 месяца до 5 лет. У 45(39,2%) больных давность заболевания колеблется до 1 года, у 42(36%) больных от 1 до 3 лет и 28(24,3%) больных отмечали заболевание более 3 лет.

Анализ анамнестических данных показал, что 88 (76,5%) пациентов не могли точно указать причины своего заболевания, 10 (8,7%) - связывали начало заболевания с погрешностями в диете, 7 (6%) - считали причинным фактором начало полового созревания, 7 (6%) отмечали, что появлению дерматоза способствовали простудные заболевания и переохлаждения, 3 (2,6%) пациентки женского пола указывали, что начало заболевания связано с нарушениями менструального цикла.

Из перенесенных заболеваний 58 человек (50,4%) указывали на острые респираторные заболевания, 5 (4,3%) – на кишечные инфекции, 10 (8,6%) – на хронический гастрит и колит, 28 (24,3%) – перенесли гепатит, 4 (3,4%) – хронический холецистит, 4 (3,4%) – сотрясение головного мозга, 3 (2,6%) – аппендэктомия, 2 (1,7%) – аднексит и 1 (0,86%) – пиелонефрит.

Все наблюдаемые нами больные были консультированы смежными специалистами. При обследовании у 58 (50,4%) человек сопутствующие заболевания выявлены не были. У 57 (49,6%) пациентов были установлены следующие сопутствующие заболевания: анемия – у 13 (11,3%), хронический холецистит – у 12 (10,4%), лямблиоз кишечника – у 10 (8,6%), заболевания щитовидной железы у 8 (6,9%), хронический гастрит – у 3 (2,6%), хронический отит – у 2 (1,7%), нейроциркуляторная дистония – у 1 (0,8%) больных. Кожные заболевания зафиксированы у 8 (6,9%) пациентов, среди которых у 4 (3,4%) наблюдался разноцветный лишай, и по одному случаю (0,8%) - очаговой алопеции, псориаза, аллергического контактного дерматита и витилиго.

У подавляющего большинства больных 70 пациентов, что составляет 60,8%, кожный процесс носил распространенный характер, в том числе у 22 (19,1%) – локализовался на лице, шее, груди и спине, у 34 (29,5%) – на лице, груди, спине, у 14 (12,1%) – на лице и спине. У остальных 45 (39,1%) пациентов кожно-патологический процесс носил ограниченный характер, в том числе у 9 (7,8%) пациентов локализовался на лице и груди, у 36 (31,3%) – только на лице.

При распределении больных угревой болезнью по клиническим формам заболевания мы пользовались классификацией, предложенной G. Plewig и Kligman A.M.(1994).

В связи с тем, что данная классификация не учитывает тяжесть течения дерматоза, нами использовалась рабочая классификация, где больные юношескими угрями были распределены на 4 степени тяжести: легкую, среднюю, тяжелую и очень тяжелую.

Для оценки степени тяжести кожного процесса учитывалось количество элементов: комедонов, папул, пустул, наличие узлов, кист и рубцов.

Под нашим наблюдением находились больные с клиническими проявлениями, характерными для комедоновых, папулопустулёзных и конглобатных угрей.

По тяжести проявления легкая степень соответствовала комедоновым угрям, средняя степень соответствовала папулопустулезным угрям, а конглобатные угри по тяжести течения протекали как тяжелая и очень тяжелая степени.

Среди наблюдаемых нами больных у 21 (18,2%) диагностировались комедоновые угри легкой степени тяжести. Из них было 7 (6,1%) – женщин, 14 (12,1%) – мужчин. У 53 (46,1%) пациентов были выявлены папулопустулезные угри средней степени тяжести. 13 (11,3%) – женщин, 40 (34,8%) – мужчин. Конглобатные угри тяжелой степени тяжести были диагностированы у 27 (23,5%), из них 5 (4,3%) – женщин, 22 (19,2%) – мужчин. Конглобатные угри очень тяжелой степени были диагностированы у 2 (1,8%) женщин и у 12 (10,4%) мужчин, что в целом составляло 14 (12,2%) больных.

Полученные данные свидетельствуют, что у больных наиболее часто встречаются папулопустулезные угри средней степени тяжести (46,1%) и наиболее часто страдают юношескими угрями лица мужского пола (76,5%).

Для изучения микрофлоры кожи применялся метод смывов по Williamson и Kligman (Знаменский В.А., Дегтяр Н.В., 1989), основанный на использовании стерильных ватных тампонов, смоченных в питательном бульоне. Изучение микробиоценоза кишечника проводилось по методическим рекомендациям Грачевой Н.М. и Гончаровой Г.И. (1986). Метод «запаянных» полиэтиленовых мешочков (Сомова Л.А. и др., 1977), заполненных магистральным природным газом (Аманов Н.А., Адылов Ш.К., 1986) использовался для выделения аспарогенных анаэробов и лактобацилл. Изучение вегетативного тонуса нервной системы проводилось методом кардиоинтервалографии (Баевский Р.М. и др., 1984). Исследование состояния эндокринного статуса проводилось автоматизированным иммуноферментным методом.

Результаты исследования и их обсуждение

Учитывая факт, что в формировании многих заболеваний немаловажную роль может играть состояние вегетативной нервной системы, обеспечивающей тесную взаимосвязь и регуляцию всех органов и тканей организма (Бурма О.Б., 1996; Денисова Е.М., 1999; Вейн А.М., 2003; Goldberg R. J. et all., 1996), мы провели исследование исходного вегетативного тонуса и состояние вегетативной реактивности у больных угревой болезнью.

Исследования вегетативного тонуса у здоровых людей показало, что большую их часть можно отнести к эйтоникам (53,8%), 25,7% - к симпатотоникам, а 20,5% - к ваготоникам. При угревой болезни это соотношение несколько смещается с достоверным возрастанием числа ваготоников (до 33,6%), за счет некоторого уменьшения числа симпатотоников (21,3%) и эйтоников (45,1%).

С возрастанием тяжести заболевания доля ваготоников не подвергалась каким-либо изменениям, составляя приблизительно одну треть от общего количества больных, а доля симпатотоников несколько уменьшалась, достигая 15% при очень тяжелой угревой болезни.

Изменения вегетативной реактивности больных, в отличие от тонуса, имели тесную связь со степенью тяжести заболевания. Так, если среди здоровых людей соотношение симпатической, гиперсимпатической и асимпатической реактивности составляло соответственно 53,8%, 39,8% и 6,4%, то при легкой форме угревой болезни последние увеличивались почти в 1,2- и 2 раза, за счет снижения лиц с симпатической реактивностью.

С увеличением тяжести заболевания происходило прогрессивное снижение числа больных с преобладанием симпатической реактивности (с 41,2% при легкой форме до 23% при очень тяжелом течении заболевания) с параллельным увеличением доли лиц с асимпатической и гиперсимпатической реактивностью и достижением своего максимума для первых - при тяжелой степени угревой болезни (23%), и для вторых – при тяжелой степени (55,5%). При этом, доля лиц с преобладанием асимпатической реактивности возрастала в значительно большей степени, чем гиперсимпатической.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о значительных отклонениях в вегетативном статусе больных угревой болезнью. Принимая во внимание факт усиления продукции кожного сала при ваготонии (Аравийская Е.Р. и др., 1998; Кабаева Т.И., Осипов Г.А., 2004), а также срыва адаптационных процессов при асимпатико-тонической реактивности (Окунев С.А., 1993; Лукьянова Е.М. и др., 1995), выявленные изменения можно рассматривать как один из факторов патогенеза данного заболевания, поэтому в дальнейшем мы проанализировали выраженность клинических признаков угревой болезни в зависимости от вегетативного статуса.

Исследования показали, что независимо от формы угревой болезни количество открытых комедонов, как правило, было выше у ваготоников, особенно в сравнении с симпатотониками.

При любой тяжести заболевания у ваготоников наблюдалась тенденция к превалированию числа папул. В отношении же пустул аналогичная картина становилась статистически значимой при средней и более тяжелых формах угревой болезни. Закономерности, выявленные при анализе клинического состояния в зависимости от вегетативного тонуса оказались довольно близкими и в отношении вегетативной реактивности и у больных с асимпатической реактивностью независимо от тяжести заболевания выявлялось значительно большее количество открытых комедонов и пустул.

Известно, что инициативным звеном, способствующим повышению секреции и изменению состава кожного сала является эндокринный андрогенный дисбаланс, а именно: высокая чувствительность сальных желез к метаболитам андрогенов, образуемых 5 α -редуктазой (Аджамал Мохаммед Хан, 1996; Калинина Н.А. и др., 2004). Поскольку содержание одного из таких метаболитов - (ДЭА) в сальных железах больных угревой болезнью может повышаться в 2-30 раз относительно здоровых людей, мы предприняли исследование его уровня в крови и наших больных в зависимости от степени тяжести заболевания и вегетативного тонуса.

Было выявлено, что при средней тяжести заболевания уровень ДЭА снижается в 1,66 раза, а при тяжелой – более чем в 2 раза. В то же время уровень свободного тестостерона в крови изменяется противоположным образом. Для удобства анализа у больных женского пола (уровень тестостерона не превышает 0,5 нг/мл) было подсчитано соотношение ДЭА/Тес, которое оказалось наиболее высоким при легкой форме – 12,5 и снижалось при средней (6,2) и тяжелой (4,3) формах заболевания.

При анализе этих гормональных показателей в зависимости от вегетативного тонуса установлено, что уровень ДЭА был наиболее высоким в крови больных- ваготоников независимо от тяжести заболевания. При этом у ваготоников с легкой формой угревой болезни уровень ДЭА даже превышал контрольные значения. Аналогичная картина наблюдалась и в отношении соотношения ДЭА/Тес.

Принимая во внимание данные Аравийской Е. Р. и соавторов (1998) о том, что у больных с повышенным тонусом вегетативной нервной системы отмечаются изменения химического состава и повышенная продукция кожного сала, в определенной степени можно объяснить значительное увеличение доли ваготоников при угревой болезни, более тяжелую клиническую картину, а также более высокий уровень ДЭА и соотношения ДЭА/Тес в крови таких больных. Вместе с тем, на основании полученных данных об уровне ДЭА при различной степени угревой болезни можно сделать вывод, что изменения продукции кожного сала может играть существенную роль в патогенезе заболевания лишь в начальный его период.

В дальнейшем же большее значение в этом аспекте, по-видимому, станет приобретать микробный фактор, в связи с чем, был проведен анализ результатов бактериологических исследований микрофлоры пораженных и здоровых участков кожи.

На здоровых участках кожи уже при легкой степени угревой болезни наблюдалось повышение общего числа микробов и грибов, золотистого и сапрофитного стафилококков, а также появление энтеробактерий относительно контрольного уровня на фоне некоторого снижения количества микрококков, дифтероидной палочки и пропионбактерий. Такая картина имела определенную тенденцию к нарастанию с утяжелением заболевания.

На поверхности пораженной кожи у больных с легкой и средней тяжестью заболевания общее число колоний микрофлоры оказалось в 1,5 раза больше, чем с аналогичного участка здоровой кожи. Основную часть микробов составляли стафилококки, более половины из которых, относились к золотистым (4-кратное увеличение относительно здоровой кожи), а несколько меньше – к эпидермальным. Причем на пораженной коже в пределах 2-3 колоний стали выявляться пиогенный стрептококк и пропионбактерии, отсутствующие на поверхности здоровой кожи.

Однако, с увеличением степени тяжести заболевания на пораженных участках кожи наблюдается определенная тенденция к возрастанию числа колоний стафилококка золотистого (от 2 до 4 раз), энтеро- и пропион-бактерии, причем для последних различия становятся довольно

значительными. Наряду с этим, число колоний эпидермального стафилококка на пораженном участке кожи имеет тенденцию к снижению, как с увеличением тяжести заболевания, так и относительно показателей здоровых участков кожи.

Характер изменений микроценоза кожных покровов при нарастании степени тяжести угревой болезни имеет определенные различия в зависимости от проявления вегетативного тонуса и реактивности.

При преобладании симпатического тонуса ВНС у больных с легкой степенью угревой болезни на поверхности пораженной кожи выявляется соответственно в 3,5; 3 и 2 раза выше, чем у ваготоников, количество энтеробактерий, пиогенного и эпидермального стафилококков. А в отношении пропионбактерий аналогичное соотношение увеличивается до более чем в 5 раз. Наряду с этим, на поверхности пораженной кожи ваготоников число колоний золотистого стафилококка становится значительно больше, чем у симпатотоников, проявляя противоположную картину наблюдаемой на здоровой коже. Причем превышение числа колоний этого микроба на поверхности пораженной кожи, относительно здоровой, у ваготоников составляет в 7 раз, а у симпатотоников – только в 2 раза.

С увеличением тяжести заболевания (при средней тяжести относительно легкой) на поверхности здоровых участков кожи у ваготоников и эйтоников происходит некоторое увеличение общего количества микробов и грибов, тогда как у симпатотоников – наоборот, их снижение.

На поверхности пораженной кожи выявляется аналогичная картина в отношении общего количества микробов, обусловленная разнонаправленным изменением эпидермального стафилококка и пропионбактерий (у ваготоников соответственно в 1,5 и 1,25 раза выше по сравнению с симпатотониками). Почти двукратное возрастание высеваемости грибов и микрококков у ваготоников, наоборот, привело к появлению значительных различий между представителями противоположных проявлений вегетативного тонуса. Вместе с тем, уменьшение числа колоний энтеробактерий и пиогенного стафилококка относительно таковых при легкой степени заболевания у симпатотоников привело к исчезновению статистически значимых различий в зависимости от вегетативного тонуса.

С увеличением степени тяжести заболевания в спектре микрофлоры на поверхности здоровых участков кожи в зависимости от вегетативного тонуса существенных изменений не происходит, за исключением появления у больных с очень тяжелой угревой болезнью пиогенного стафилококка (более выраженного у симпатотоников), а также полного исчезновения микрококков. Аналогичное было характерным и для пораженных участков кожи, причем у ваготоников увеличение общего числа микрофлоры при тяжелом течении заболевания оказалось более выраженным.

В зависимости от вегетативной реактивности организма на поверхности здоровых участков кожи больных наблюдались несколько другие тенденции распределения микроорганизмов. При легкой степени угревой болезни, за исключением преобладания количества золотистого стафилококка у больных

с гиперсимпатической реактивностью, распределение микроорганизмов на поверхности здоровых участков кожи не зависело от вегетативной реактивности. Однако на пораженной поверхности кожи при наличии гиперсимпатической реактивности превалировали: золотистый и эпидермальный стафилококки, микрококки, дифтериоидная палочка, энтеробактерии и пропионбактерии. У больных с асимпатической реактивностью более часто выявлялись пиогенный стрептококк и сапрофитный стафилококк.

У больных средней тяжестью угревой болезни происходит исчезновение различий по вегетативной реактивности в отношении высеваемости с пораженной кожи микрококков и энтеробактерий. Пропионбактерии же и сапрофитный стафилококк, наоборот, стали преимущественно обнаруживаться у больных с асимпатической реактивностью.

При тяжелых формах угревой болезни на поверхности как здоровых, так и пораженных участков кожи больных с асимпатической реактивностью наблюдалось превалирование выявляемости пропионбактерий, сапрофитного и эпидермального стафилококков. Вместе с тем, высеваемость микрококков и энтеробактерий, а также дифтериоидной палочки и золотистого стафилококка на поверхности пораженной кожи у этой группы больных было несколько меньше по сравнению с гиперсимпатической реактивностью.

Известно, что многие кожные заболевания довольно часто сопровождаются дисбактериозом кишечника (Волкова Л.А. и др., 2001; Абдуллаев М.И. и др., 2002; Багмет А.Н., Шаповалова О.В., 2003) и микрофлора желудочно-кишечного тракта может играть существенную роль в их патогенезе, мы провели исследование и при угревой болезни.

В целом выявлено, что дисбиотические изменения, происходящие в кишечнике у больных угревой болезнью, характеризуются уменьшением анаэробной группы микробов. Причем снижение общего количества анаэробов, бифидобактерий и лактобактерий прогрессировало с утяжелением заболевания и становилось особенно выраженным при средней и более тяжелых формах. Наиболее существенное снижение из анаэробной группы наблюдалось для бифидобактерий, количество которых при легкой форме уменьшалось на 3 порядка, при средней и тяжелой – соответственно на 5 и 5,5 порядков, а при очень тяжелой – даже на 6,7 порядка.

Наряду с этим, в факультативной группе микробов отмечалось увеличение высеваемости лактозонегативных и гемолитических эшерихий, стрептококков группы А, протей, а также снижение лактозопозитивных эшерихий и стафилококка сапрофитного, которое также зависело от степени тяжести заболевания с возрастанием изменений при средней и более тяжелых формах.

Отсутствие зависимости от тяжести заболевания было характерным для увеличения высеваемости стафилококка золотистого и эшерихий, а для снижения – энтерококков и грибов.

Вышеописанные изменения были наиболее выраженными при легкой степени угревой болезни в отношении бифидобактерий, лактозопозитивных и

негативных эшерихий, стрептококков группы А при симпатотонии и гиперсимпатической реактивности. Однако при более тяжелой степени заболевания изменения оказывались противоположными - т.е. преобладали у ваготоников и при асимпатической реактивности.

С целью обобщения обнаруженных изменений в микрофлоре кишечника мы сочли целесообразным оценить степень дисбактериоза у больных угревой болезнью.

Результаты показали, что только у 17,6% больных легкой формой угревой болезни выявляется III степень дисбактериоза, а у остальных в равном соотношении – I и II степени. При средней форме наблюдается резкое возрастание числа больных с III степенью дисбактериоза до 48,4% и появление случаев дисбактериоза IV степени (6,4%), за счет снижения доли больных с I степенью дисбиотических нарушений. Тяжелая форма угревой болезни сопровождается угревой болезнью увеличением числа больных с IV степенью дисбактериоза (13,6%) на фоне снижения доли лиц со II степенью (36,4%) и полного исчезновения с I степенью дисбактериоза. Нарастание этой тенденции было характерным для очень тяжелой формы заболевания.

Таким образом, с увеличением тяжести угревой болезни происходит возрастание и дисбиотических нарушений в кишечнике.

Для оценки эффективности терапии угревой болезни больные были разделены на две группы:

Первая группа – 40 больных, получавшие традиционное лечение, включающее общую терапию антибиотиками (доксциллин и др.) и витаминами, а также наружные препараты, содержащие антибиотики (гентамицин, тетрациклин, левомицетин).

Вторая группа – 43 больных, получавшие наряду с традиционным лечением и коррекцию эубиотиком «Бификол» по 5 доз два раза в день в течение 20 дней.

Под влиянием традиционного лечения период до начала регресса папул и пустул у больных с легкой степенью угревой болезни составляет в среднем 6 дней. С увеличением тяжести заболевания этот период постепенно возрастает с 7 дней при средней тяжести до 8 дней – при тяжелой и до 9-10 дней – при очень тяжелой угревой болезни.

В результате проведения традиционной терапии клинический исход для большинства больных выражался в значительном улучшении состояния: и при легкой форме угревой болезни с выздоровлением некоторых из них (в среднем 4,2 балла), а при тяжелых формах заболевания - в улучшении состояния почти половины из числа этих больных.

Бификол же способствовал уменьшению данного периода на 1,5-2 дня при легкой форме угревой болезни и в среднем на 1-2 дня в остальных случаях с улучшением клинического исхода при любой степени тяжести в среднем на 0,6 баллов.

Вегетативная нервная система оказывает существенное влияние на эффективность проводимой терапии угревой болезни.

Установлено, что при легкой и средней тяжести заболевания под влиянием традиционной терапии у ваготоников период до начала регресса папул и корок был на 1,5-3 дня короче, чем у симпатотоников. В отношении пустул и клинического исхода значимых различий в зависимости от вегетативного тонуса не обнаружено.

Под действием бификола у симпатотоников и эйтоников папулы и корки начинают исчезать на 2-4 дня раньше, чем у больных получавших только традиционное лечение, тогда как у ваготоников в этом отношении никаких различий не наблюдалось. Аналогичная ситуация проявлялась и по показателю клинического исхода, когда добавление бификола вызывало резкое увеличение процента выздоровления симпатотоников и эйтоников, но не влияло на ваготоников.

Обратная картина выявлялась при тяжелых формах угревой болезни. У ваготоников под влиянием традиционного лечения несколько более длительный период, чем у симпатотоников до начала исчезновения папул при тяжелой степени, а также пустул и узлов при очень тяжелой степени заболевания. В клиническом исходе различия между ваго- и симпатотониками начинают проявляться только при очень тяжелой степени угревой болезни.

Эффективность бификола была одинакова у ваготоников и симпатотоников в отношении начала регресса всех кожных элементов, кроме узлов, а также в целом по клиническому исходу. Однако, при очень тяжелой степени угревой болезни такой эффект бификола проявлялся, преимущественно у ваготоников, что отразилось в появлении статистически значимых различий между ваго- и симпатотониками.

При проведении традиционной терапии продолжительность периода до начала регресса кожных элементов и клинический исход не зависят от вегетативной реактивности больных угревой болезнью.

Однако гиперсимпатическая реактивность обуславливала существенную эффективность бификола в отношении укорочения сроков до начала исчезновения папул и пустул при легкой и средней тяжести угревой болезни. При тяжелой степени заболевания аналогичное проявлялось только в отношении регресса пустул и инфильтратов, а также клинического исхода.

При исследовании эффективности проводимой терапии на кожный микробиоценоз в зависимости от тяжести заболевания и вегетативного статуса выявлено, что у больных с легкой степенью угревой болезни традиционное лечение оказывает незначительный эффект на микробный пейзаж поверхности кожи. Как на пораженных, так и на здоровых участках кожи статистически значимое снижение количества выявлено лишь для золотистого стафилококка и энтеробактерий. При более тяжелых формах заболевания к этому добавляется и уменьшение количества эпидермального стафилококка, а также снижение высеваемости грибов и пропионбактерии на поверхности пораженной кожи.

В целом можно сказать, что традиционная терапия угревой болезни хотя и оказывала некоторое позитивное воздействие на микрофлору кожи, однако это не привело к полному восстановлению показателей микробного пейзажа.

Проведение корригирующей терапии (добавление бификола) привело к более выраженным результатам. Уже при легком течении угревой болезни она способствовала почти полному исчезновению с поверхности как пораженных, так и здоровых участков кожи золотистого стафилококка, значительному снижению, относительно традиционной терапии, количества эпидермального и сапрофитного стафилококков, энтеробактерий, пиогенного стрептококка и грибов, а также некоторому увеличению высеваемости дифтероидной палочки.

Аналогичная картина наблюдалась у больных со средней степенью тяжести заболевания. А при более тяжелых формах заболевания с помощью корригирующей терапии уже не удастся ликвидировать размножение золотистого стафилококка, а лишь снизить его количество: почти в 2 раза на пораженных участках кожи и в 4 раза – на здоровых.

При оценке влияния проводимого лечения на микрофлору кишечника выявлено, что антибиотики в составе традиционной терапии привели к полной ликвидации таких бактерий, как: эшерихии гемолитические, стрептококки группы А и золотистые стафилококки, что способствовало некоторому восстановлению числа сапрофитных стафилококков, не оказывали существенного влияния на количество других бактерий. В то же время бификол проявил позитивное воздействие на всю аутофлору кишечника как анаэробную, так и факультативную - он полностью нормализовал количество бифидо- и лактобактерий, приблизил к норме число эшерихий как ЛП, так и ЛН и снизил даже ниже нормы численность протей и эпидермальных стафилококков.

Традиционная терапия в определенной степени способствовала уменьшению и выявленных дисбиотических нарушений в кишечнике. При этом, у больных с легкой формой угревой болезни дисбактериоз 2 степени в большинстве случаев переходит в 1 степень, составляя в конечном итоге $\frac{3}{4}$ пролеченных больных. При средней форме заболевания соотношение больных со 2 и 3 степенью дисбактериоза после традиционной терапии становится соответственно 61,5% и 38,5%. С увеличением тяжести угревой болезни традиционное лечение уже не в состоянии повлиять на степень дисбиотических нарушений в кишечнике.

Иная картина наблюдается при добавлении бификола в комплекс лечения. При легкой форме угревой болезни лишь у 22,2% больных еще остается дисбактериоз I степени, а у остальных происходит нормализация состава микрофлоры кишечника. При средней форме после лечения бификолом, наряду с таким же количеством случаев дисбактериоза I степени, остается еще и 11,1% больных с дисбактериозом II степени. Аналогичное явление наблюдается и при тяжелой форме заболевания и лишь при очень тяжелой форме дисбиотические нарушения I степени выявляются в половине случаев.

Следовательно, если традиционная терапия способна уменьшать степень дисбактериоза лишь при легкой и средней формах угревой болезни, то добавление бификола приводит к нормализации состава микрофлоры

кишечника от 78% при легкой форме заболевания до 50% при очень тяжелой со снижением в остальных случаях степени дисбактериоза до I.

Учитывая это, а также факт отсутствия существенной эффективности бификола у ваготоников, особенно при средней тяжести заболевания, в отдельной серии исследований у 30 больных преимущественной со средней степенью угревой болезни к традиционной терапии был добавлен бекарбон (в течение 3 недель по 0,1х3 раза в день). Затем, с учетом предварительно определенного состояния ВНС, была изучена его клиническая эффективность. Полученные результаты показали, что под действием бекарбона достигается более существенный эффект в нивелировании симптомов угревой болезни только у ваготоников. Это выразилось в достоверном ускорении (на 2-3 дня раньше) исчезновения папул, пустул и корок с благоприятным клиническим исходом (полное выздоровление в 2/3 случаев).

Поскольку бекарбон проявляет способность к смещению вегетативного тонуса от преобладания ваготонии к симпатотонии, а бификол и традиционная терапия в целом не влияют на вегетативные показатели, полученные результаты можно объяснить тем, что события происходящие в кишечнике могут влиять на кожные элементы при угревой болезни через вегетативную нервную систему.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выводы:

1. Клиническими наблюдениями 115 больных угревой болезнью выявлено, что наиболее часто встречается папуло-пустулезная форма (46,1%), затем конглобатная (35,7%) и комедоновая (18,2%) формы. Развитие и клиническое течение угревой болезни зависит от состояния вегетативной нервной системы и характеризуется смещением вегетативного тонуса в сторону ваготонии (33,6%) относительно здоровых лиц независимо от степени тяжести патологического процесса и преобладания асимпатических реакций, нарастающих с увеличением тяжести заболевания.

2. У больных угревой болезнью отмечаются эндокринные нарушения, зависящие от тяжести патологического процесса и выражающиеся в увеличении уровня тестостерона и снижении дегидроэпиандростерона по мере нарастания тяжести заболевания. В начальной стадии заболевания при комедоновой форме у ваготоников наблюдается максимальное достоверное увеличение уровня дегидроэпиандростерона.

3. У больных угревой болезнью отмечаются дисбиотические изменения в микрофлоре кишечника, которые проявляются дефицитом анаэробных бактерий и лактозоположительных эшерихий и увеличением условно-патогенной флоры, которые наиболее выражены у ваготоников с асимпатической реактивностью и с конглобатной формой заболевания.

4. У больных угревой болезнью установлены изменения микрофлоры кожи, при которых выявляется высокая высеваемость пропионобактерий, энтеробактерий, золотистого и эпидермального стафилококка, пиогенного

стрептококка наиболее выраженная у ваготоников и с асимпатической реактивностью с конглобатными угрями.

5. Разработан комплексный метод лечения угревой болезни, заключающийся в проведении традиционной терапии с добавлением бификола, который способствует сокращению сроков рассасывания высыпаний на 2-3 дня и улучшению клинического исхода, по сравнению с традиционной терапией. У ваготоников с папулопустулезной формой угревой болезни применение холинолитика бекарбон приводило к укорочению периода исчезновения высыпаний на 2,5 дня с благоприятным клиническим исходом.

Практические рекомендации:

1. В схему традиционной терапии угревой болезни, состоящей из витаминотерапии, антибиотикотерапии и наружных антибактериальных средств, рекомендуется включение комплексного эубиотика Бификола по 5 доз 2 раза в день перорального приема (за 30 минут до приема пищи) в течение 20 дней.

2. Рекомендуется проводить исследование исходного вегетативного тонуса больных угревой болезнью методом кардиоинтервалографии и при выявлении ваготонии, дополнительно к комплексному лечению назначать холинолитический препарат – Бекарбон по 1 таблетке (0,1) 3 раза в день в течение 3 недель.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Арифов С.С., Мухамедов И.М., Исанбаева Р.И. Состояние микрофлоры кишечника у больных угревой болезнью //Новости Дерматовенерологии и репродуктивного здоровья.- Ташкент.-2003.- №3.- С.13-16.
2. Исанбаева Р.И. Состояние микробиоценоза кишечника и кожи при угревой болезни //Новости Дерматовенерологии и репродуктивного здоровья.- Ташкент.-2006.- №1-2.-С.13-19.
3. Арифов С.С., Исанбаева Р.И. Значение индивидуальных особенностей организма в развитии и клиническом течении некоторых заболеваний //Сборник научных трудов НИИДиВ МЗРУз.- Ташкент,- 2003.- С.84-87.
4. Isanbayeva R.I. Assessment of studying intestinal microbiocenosis status and skin in patients with acne //15th Congress EADV. Rhodes-Greece, 2006 October 4-8, - 2006.-P.1.
5. Исанбаева Р.И. Состояние вегетативного статуса больных угревой болезнью //Тезисы научных работ международной научно-практической конференции «Возрастные аспекты дерматокосметологии и дерматовенерологии».- Астана,- 2007.-С.58.

6. Исанбаева Р.И. Состояние вегетативного и эндокринного статуса у больных угревой болезнью //Сборник научных трудов V-съезда дерматовенерологов Республики Узбекистан.- Ташкент,- 2008.-С. 60.
7. Исанбаева Р.И. Усовершенствованный метод лечения угревой болезни.- Информационное письмо,- Ташкент.- 2007.- 4с.

РЕЗЮМЕ

диссертации Исанбаевой Р.И. на тему: «Разработка комплексного метода лечения угревой болезни с учетом состояния вегетативной нервной системы, эндокринного статуса и микробиоценоза кишечника» на

соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.11 – кожные и венерические болезни.

Ключевые слова: Угревая болезнь, вегетативный тонус, микробиология, биохимия, Бификол, Бекарбон.

Объект исследования: кровь, кал, смкв кожи больных с угревой болезнью. Всего 115 наблюдений.

Цель работы: Разработка комплексного метода лечения угревой болезни с учетом состояния вегетативного тонуса нервной системы, эндокринной системы (в частности соотношения половых гормонов), микробиоценоза кожи и кишечника.

Методы исследования: Клинико-лабораторные, специальные микробиологические и биохимические.

Полученные результаты и их новизна: В зависимости от тяжести течения наиболее часто встречаются папуло-пустулезная форма (46,1%), затем конглобатная тяжелой и очень тяжелой степени тяжести (35,7%) и комедоновая форма (18,2%). Клинические формы и тяжесть течения угревой болезни зависят от состояния вегетативного тонуса и реактивности. Установлена связь микробиоценоза кожи и вегетативного тонуса. Выявленные изменения имеют прямую зависимость от степени тяжести заболевания, вегетативного тонуса и реактивности нервной системы. У всех больных угревой болезнью отмечаются дисбиотические изменения в микрофлоре кишечника, проявляющиеся дефицитом анаэробных бактерий на фоне прироста условно-патогенной флоры, степень выраженности которых зависит от тяжести заболевания и вегетативного тонуса. Установлено нарушение эндокринного андрогенного дисбаланса у больных угревой болезнью, выражающееся в снижении уровня ДЭА и увеличения тестостерона в крови по мере усугубления тяжести заболевания. Выявлено, что уровень ДЭА был высоким у ваготоников и низким у симпатотоников. Разработан патогенетический метод лечения угревой болезни, заключающийся в проведении традиционной терапии с добавлением бификола и бекарбона.

Практическая значимость: Назначение бификола (по 5 доз 2 раза в день в течение 20 дней) и бекарбона (по 0,1 3 раза в день в течение 3 недель) повышает эффективность лечения, нормализует выявленные нарушения в микрофлоре кишечника и показателей микробного пейзажа кожи.

Степень внедрения и экономическая эффективность: по результатам исследования выпущено 1 информационное письмо, которое используется в кожно-венерологических диспансерах и в учебном процессе кафедры дерматовенерологии ТашИУВ.

Область применения: дерматология.

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор Исанбаева Руфия Приковнининг 14.00.11 – тери ватаносил касаллини ихтисослиги бўйича “Вегетатив асаб тизими, эндокрин тизими ва ичак микробиоценози

ҳолатини ҳисобга олган ҳолда ҳуснбузар касаллигини комплекс даволаш усулини ишлаб чиқиш” мавзусидаги диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч сўзлар: Хуснбузар касаллиги, вегетатив тонус, микробиология, биохимия, Бификол, Бекарбон.

Тадқиқот объектлар: қон, нажас, хуснбузар касаллиги билан хасталанган беморлар териси ювиндиси. Умумий назоратлар сони 115 киши.

Ишнинг мақсади: Хуснбузар касаллигини вегетатив асаб тизими тонуси ҳолати, эндокрин тизими (жинсий гормонлар мутаносиблиги), тери ва ичак микробиоцинози ҳолатини ҳисобга олган ҳолда комплекс усулда даволаш усулини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот усули: Клиник-лаборатор, махсус микробиологик ва биокимёвий.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: Касалликни кечиши оғирлигига қараб кўпроқ папуло-пустулёз (46,1%), сўнгра оғир ва ўта оғир конглобат (35,7%) ва комедон (18,2%) тури учрайди. Хуснбузар касаллигининг клиник турлари ва кечиши оғирлиги вегетатив тонус ва реактивлигига боғлиқдир. Терининг микробиоцинози ва вегетатив тонус орасида боғлиқлик борлиги аниқланди. Аниқланган ўзгаришлар касалликнинг оғирлик даражасига, асаб тизимининг вегетатив тонуси ва реактивлигига тўғридан тўғри боғлиқдир. Хуснбузар касаллиги билан хасталанган барча беморлар ичак микрофлорасида шартли патоген флоранинг кўпайиши натижасида анаэроб бактерияларнинг камайиши каби дисбиотик ўзгаришлар кузатилди ва бу касалликнинг оғирлик даражасига ва вегетатив тонусга узвий боғлиқдир. Хуснбузар касаллиги билан хасталанган беморлар қонида касаллик оғирлик даражаси кўтарилиши таъсирида эндокрин андроген ҳолатини бузилиши аниқланди ва бу ДЭА миқдорини пасайиши ва тестостеронни кўпайиши ҳолида кузатилди. ДЭА миқдори ваготоникларда юқори бўлиши ва симпатотоникларда паст бўлиши аниқланди. Хуснбузар касаллигига чалинган беморларни анъанавий даволаш комплексига бификол ва бекарбонни қўшиш орқали патогенетик миқёсда асосланган даволаш усули ишлаб чиқилди.

Амалий ахамияти: бификолни (қунига 5 дозадан 2 маҳал 20 кун давомида) ва бекарбонни (қунига 0,1 дан 3 маҳал 3 ҳафта давомида) қўллаш даволаш самарасини ошириб, ичак микрофлорасидаги ва теридаги микроблар кўрсаткичи ўзгаришларини тикланишига олиб келади.

Татбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: изланиш натижаларига асосланган ҳолда 1 ахборот хати чиқарилди ва улар шаҳар тери-таносил диспансерларида ҳамда ТошВМО институтининг ўқув жараёнида қўллаб келинмоқда.

Қўллаш соҳаси: дерматология.

RESUME

Dissertation Isanbayeva R.I. on a theme “Development of a complex method of treatment acne illnesses in view of a condition of vegetative nervous system,

endocrinology the status and microbiocenosis intestines” on competition of a scientific degree of philosophy doctor on a speciality 14.00.11 – skin and venereal diseases.

Keywords: Acne, a vegetative tone, microbiology, Bificol, Bekarbon.

Object of research: Blood, excrements, a swabs of the skin from the patients with acne, 115 patients.

Purpose of work: Development of a complex method of treatment acne illnesses in view of a condition of vegetative nervous system, endocrinology the status and microbiocenosis intestines.

Methods of research: Clinical-laboratory, special microbiological and biochemical.

The received results and their novelty: Depending on weight of current most often meet papulo-pustulesis the form (46,1%), then conglabatis heavy and very heavy degree of weight (35,7%) and comedonis the form (18,2%). Clinical forms and weight of current acne depend on a condition on a condition of a vegetative tone and reactance. Connection microbiocenosis skin and a vegetative tone is installed. The revealed changes have direct dependence on a degree of weight diseases , a vegetative tone and reactance of nervous system. At all sick acne celebrates disbiotis changes in microflora of the intestines, shown by deficiency anaerobs bacteria on a background of a gain of a conditional – pathogenic flora which degree of expressiveness depends on weight of disease and a vegetative tone. Infringement endocrinology androgen disbalanses at patients with acne, expressed in decrease in level DEA and increases testosterone in blood in process of aggravation of weight of disease is installed. It is revealed, that level DEA was high at vagotonicus and low at simpatotonicus. The pathogenetic method of treatment acne, consisting in carrying out of traditional therapy with additional Bificol and Bekarbon is developed.

The practical value: Assignment Bificol (5 dozen a day within 20 days) and Bekarbon (on 0,1x3 once a day within 3 weeks) raise 2 times efficiency of treatment, normalizes the revealed infringements in microflora of intestines and parameters of a microbic landscape of a skin.

Degree of embed and economic efficiency: by results of research circular which is used in dermato-venerological clinics and in educational process of faculty dermatovenerology the Tashkent institute of improvement of doctors is released.

Sphere of usage: dermatology.