



Акне: как правильно начать лечение пациентов и ввести их в стойкую ремиссию

Акне занимает ведущее место среди дерматологических заболеваний. Хроническое течение, недостаточная эффективность лечения существенно снижают качество жизни пациентов, приводят к социальной дезадаптации.

В рамках 15-го Международного форума дерматологов и косметологов «Синтез науки и практики» 15 марта 2022 г. состоялся симпозиум, посвященный аспектам терапии акне и розацеа. Ведущие российские эксперты обсудили ключевые тенденции в диагностике и лечении акне и розацеа, обменялись опытом применения современных методов терапии. Профессор кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института Российского университета дружбы народов, врач высшей квалификационной категории, д.м.н. Ольга Борисовна ТАМРАЗОВА рассказала, как правильно начать лечение акне и ввести пациентов в стойкую ремиссию, особый акцент был сделан на использовании препаратов компании «Гленмарк».

На сегодняшний день существуют различные классификации акне. Так, зарубежные авторы подразделяют акне на комедональные, папулезные, папуло-пустулезные, нодулярные, а также конглобатные и фульминантные. Кроме того, выделяют неонатальные акне, акне младенцев, юношеские акне, акне взрослых, акне контактные, эксфолиированные, акне вследствие воздействия физических факторов. В зависимости от степени тяжести акне классифицируют на легкое, среднее и тяжелое. Патогенез акне хорошо изучен. К основным его звеньям относят гипертрофию сальных желез, фолликулярный гиперкератоз, воспаление и микробную колони-

зацию (*Cutibacterium*, или *Propionibacterium acnes*).

На развитие акне влияют генетические и экспозом-факторы^{1,2}.

Как отметила О.Б. Тамразова, уже на ранних стадиях акне требуется своевременное и эффективное лечение.

Тактика терапии включает три основных аспекта:

- ликвидация или значительное уменьшение видимых воспалительных и невоспалительных проявлений заболевания;
- предотвращение рецидивов;
- воздействие на проявления постакне.

Для обеспечения приверженности лечению на всех его этапах необходимо учитывать предпочтения пациентов.

Терапия должна хорошо переноситься и быть удобной (нанесение без специальных приспособлений, формы наружных лекарственных средств на гелевой основе, минимальная кратность применения в сутки)³.

Согласно современным клиническим рекомендациям, в лечении акне применяют различные системные и наружные препараты – ретиноиды, антибактериальные препараты, азелаиновую кислоту. Ретиноиды и антибиотики как препараты выбора давно включены в клинические рекомендации по терапии акне любых форм⁴.

Ретиноиды – вещества, являющиеся производными природного витамина А, и их синтетические аналоги, сходные по фармакологическому действию⁵.

¹ Lynn D.D., Umari T., Dunnick C.A., Dellavalle R.P. The epidemiology of acne vulgaris in late adolescence. *Adolesc. Health Med. Ther.* 2016; 7: 13–25.

² Kurokawa I., Danby F.W., Ju Q., et al. New developments in our understanding of acne pathogenesis and treatment. *Exp. Dermatol.* 2009; 18 (10): 821–832.

³ Dréno B., Thiboutot D., Gollnick H., et al. Large-scale worldwide observational study of adherence with acne therapy. *Int. J. Dermatol.* 2010; 49 (4): 448–456.

⁴ Федеральные клинические рекомендации по ведению больных акне / под ред. А.В. Самцова, Е.П. Аравийской. М., 2015.

⁵ Oon H.H., Wong S.-N., Aw D.C.W., et al. Acne Management Guidelines by the Dermatological Society of Singapore. *J. Clin. Aesthet. Dermatol.* 2019; 12 (7): 34–50.



15-й Международный форум дерматологов и косметологов «Синтез науки и практики»

Адапален (Клензит) – химически стабильное ретиноидоподобное соединение, относящееся к четвертому поколению ретиноидов. Механизм действия адапалена до конца не известен. Адапален связывается со специфическими ядерными рецепторами ретиноевой кислоты. Полагают, что при местном применении он нормализует дифференцировку фолликулярных эпителиальных клеток и кератинизацию, предотвращая образование микрокомедонов (предшественников комедонов и воспалительных элементов). Под действием адапалена снижается клеточно-опосредованный воспалительный компонент акне⁶.

Полученные на сегодняшний день данные свидетельствуют, что использование нескольких топических средств, воздействующих на разные звенья патогенеза, является наиболее эффективным способом лечения акне.

Комбинация ретиноида с противомикробными препаратами оказывает не только противовоспалительный, но и противомикробный эффект в отношении *S. acnes*, *Staphylococcus epidermidis*. Кроме того, она способна воздействовать на патологическую фолликулярную кератинизацию.

Как известно, *S. acnes* – один из видов грамположительных анаэробных бактерий, являющихся возбудителями различных воспалительных форм акне. Данный вид бактерий участвует в активации воспалительной реакции через толл-подобные и протеазные рецепторы клеток врожденного иммунитета, что приводит к выработке провоспалительных цитокинов и формированию биопленки.

Клиндамицин – бактериостатический антибиотик из группы линкозамидов, обладающий широким спектром действия.

Доказана чувствительность всех исследованных штаммов *S. acnes* к клиндамицину.

Клиндамицин уменьшает хемотаксис и липазы *S. acnes*.

Клензит-С – комбинированный препарат патогенетического действия, в состав которого входят ретиноид адапален 0,1% и антибиотик клиндамицина фосфат 1%.

В комплексном исследовании новых схем лечения современными комбинированными топическими препаратами антибиотиков и ретиноидов у пациентов с акне легкой и средней степени тяжести показана высокая эффективность и безопасность комбинированной терапии акне с применением препарата Клензит-С. Кроме того, подтверждена возможность и целесообразность его использования в течение четырех – восьми недель с последующим переключением на Клензит в постоянном или поддерживающем режиме. На фоне данной схемы терапии отмечено повышение комплаентности и качества жизни больных⁷.

Новая форма препарата Клензит-С – Клензит-С микросферы – разработана с использованием инновационных технологий. Адапален заключен в микросферы, представляющие собой округлые микроскопические частицы, изготовленные из синтетических полимеров. Применение микросферной технологии повышает стабильность, биодоступность и эффективность действующего вещества. Микросферы также обеспечивают его контролируемое во времени высвобождение после нанесения на кожу. Данная форма препарата позволяет снизить раздражение, улучшить фотостабильность и увеличить пенетрацию активного вещества в кожу.

При нанесении на кожу препарата Клензит-С микросферы активное

вещество начинает высвобождаться в режиме реального времени в ответ на такие стимулы, как трение, изменение температуры и pH. Особенностью дерматологических микрогубок является способность депонировать активные вещества, увеличивающие их массу втроекратно.

При акне легкой степени, в том числе при наличии комедонов, папул и пустул, можно использовать адапален 0,1% (Клензит) в виде геля один раз в день. При акне средней степени тяжести, преимущественно папуло-пустулезном, целесообразно назначение Клензита-С в течение четырех – восьми недель. После снижения выраженности воспалительного процесса и достижения регресса пустулезных высыпаний больным рекомендована поддерживающая терапия препаратом Клензит в течение длительного времени. У пациентов с тяжелыми формами акне следует последовательно совмещать системные ретиноиды (изотретиноин) и топическую терапию. Изотретиноин показан для применения в течение шести – восьми месяцев. По окончании курса системной терапии для сохранения длительной ремиссии и поддержания нормального состояния кожи лица целесообразно назначение препарата Клензит.

Таким образом, современные средства для наружной терапии показаны при любой степени тяжести акне.

«Персонализированный подход, ранняя диагностика и своевременное назначение оптимальных схем терапии с использованием препаратов с патогенетическим действием и доказанными противовоспалительными свойствами позволяют достичь выздоровления и повысить качество жизни пациентов с акне», – отметила профессор О.Б. Тамразова. ●

⁶ Самцов А.В. Акне и акнеформные дерматозы. М.: Книжный мир, 2014.

⁷ Бурцева Г.Н., Сергеев В.Ю., Свечникова Е.В., Сергеев А.Ю. Клиническая и видеодерматоскопическая оценка эффективности терапии угревой сыпи. Клиническая дерматология и венерология. 2012; 2: 92–103.