



Концепция ONE ACNE в практике дерматолога – оптимизация терапии акне

В связи с высоким уровнем заболеваемости акне в популяции по-прежнему актуальным остается поиск новых, патогенетически обусловленных и персонализированных алгоритмов лечения этого распространенного хронического дерматоза. Современному подходу к терапии вульгарных акне различной степени тяжести и локализации, основанному на Глобальной концепции ONE ACNE, был посвящен совместный доклад заведующей кафедрой кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова с клиникой Первого Московского государственного медицинского университета (МГМУ) им. И.М. Сеченова, члена-корреспондента РАН, профессора, д.м.н. Ольги Юрьевны ОЛИСОВОЙ и профессора кафедры кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова с клиникой Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н. Елены Сергеевны СНАРСКОЙ. Выступление ведущих российских экспертов при поддержке компании Galderma состоялось в рамках V Юбилейной конференции «Интегративная дерматовенерология и косметология. Новые стандарты взаимодействия» (Москва, 19 декабря 2025 г.).

Акне считается первично-воспалительным дерматозом¹. Как отметила профессор О.Ю. Олисова, на самых ранних стадиях развития акне наблюдается повышенная активность провоспалительных медиаторов на фоне видимо неизменной кожи (субклиническое воспаление). Понимание патогенеза заболевания значительно расширилось с идентификацией микрокомедонов, которые формируются в области устья сально-волосяного фолликула. Накопленные данные свидетельствуют, что микрокомедон является предшественником всех видимых элементов акне (комедонов, папул, пустул)².

Диагноз акне устанавливается на основании жалоб, анамнеза и объективных клинических проявлений^{3, 4}. Пациенты предъявляют жалобы на появление комедонов, папул, пустул, узлов, болезненность высыпаний, зуд в области высыпаний (редко) и сальность кожи. Для стойких (персистирующих) акне характерно начало заболевания в подростковом периоде с постепенным переходом во взрослый возраст. Акне с поздним началом чаще манифестируют у женщин старше 25 лет.

Поскольку микрокомедоны считаются предвестниками высыпаний невоспалительного и воспалительного характера при акне,

то именно они становятся точкой приложения терапевтического воздействия. Основой наружной терапии вульгарных акне являются ретиноиды – уникальный класс соединений, обладающий антикомедогенным, комедолитическим и противовоспалительным действиями⁵. В исследовании А. Thielitz и соавт. (2001 г.) продемонстрирована эффективность топического ретиноида против комедонов и микрокомедонов⁶. Сразу после окончания наружной терапии ретиноидами наблюдалось формирование новых микрокомедонов. По мнению профессора Е.С. Снарской, существует ряд аспектов, связанных с выявлением и лечением акне, локализующихся на коже

¹ Jeremy A.H., Holland D.B., Roberts S.G., et al. Inflammatory events are involved in acne lesion initiation. J. Invest. Dermatol. 2003; 121: 20–27.

² Thiboutot D., Gollnick H., Bettoli V., et al. New insights into the management of acne: an update from the Global alliance to improve outcomes in acne group. J. Am. Acad. Dermatol. 2009; 60 (5 Suppl.): S1–50.

³ Клинические рекомендации «Акне вульгарные». Российское общество дерматовенерологов и косметологов, 2020. <https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>.

⁴ Аравийская Е.Р., Самцов А.В. Акне и розацеа. М.: ООО «Фармтек», 2021.

⁵ Thiboutot D.M., Dreno B., Abanmi A., et al. Practical management of acne for clinicians: an international consensus from the Global alliance to improve outcomes in acne. J. Am. Acad. Dermatol. 2018; 78 (2): S1–S23.

⁶ Thielitz A., Helmdach M., Ropke E.M., et al. Lipid analysis of follicular casts from cyanoacrylate strips as a new method for studying therapeutic effects of antiacne agents. Br. J. Dermatol. 2001; 45 (1): 19–27.



У Юбилейная конференция с международным участием «Интегративная дерматовенерология и косметология. Новые стандарты взаимодействия»

туловища. Так, по оценкам экспертов, у 45% пациентов с акне на коже лица присутствуют и акне на коже груди, а у 61% – на коже спины. Поэтому врачам следует тщательно собирать анамнез и проводить осмотр пациентов с акне на коже лица для выявления акне на коже туловища. К тому же около 75% пациентов с акне на коже лица охотно откликаются на предложение врача начать терапию высыпаний, локализованных на коже туловища⁷⁻⁹.

Основные алгоритмы ведения пациентов с акне в нашей стране отражены в клинических рекомендациях Российского общества дерматовенерологов и косметологов (РОДВК) 2020 г. Среди авторитетных международных документов следует отметить Европейское руководство по терапии акне 2016 г., рекомендации Глобального альянса по ведению пациентов с акне 2018 г. и руководство Американской академии дерматологии (American Academy of Dermatology, AAD) по ведению пациентов с вульгарными акне 2024 г. В них ретиноиды указаны в качестве основы наружной терапии вульгарных акне легкой и среднетяжелой степеней. В обновленном руководстве AAD 2024 г. с высоким уровнем доказательности отмечено, что для наружной терапии акне средней и тяжелой степеней прежде всего следует применять топические ретиноиды (третиноин, адапален, тазаротен и трифаротен)^{10, 11}. Важно, что в линейку рекомендо-

Наружная терапия акне – индивидуальный подход к каждому пациенту¹⁻⁶



БЕЗРЕЦЕПТУРНЫЕ		РЕЦЕПТУРНЫЕ	
Базирон® АС бензоила пероксид 2,5%, 5% (гель) ¹	Дифферин® адапален 0,1% (гель, крем) ²	Эффезел® ф.к.* БПО 2,5% + адапален 0,1% (гель) ³	Акклиф трифаротен 0,005% (крем) ⁴
Пациенты 12+ с единичными воспалительными (папулы и пустулы) элементами акне на лице ^{1,5}	Пациенты 12+ с единичным или умеренным числом невоспалительных (комедоны) элементов акне на лице ^{2,5}	Пациенты 9+ с умеренным числом воспалительных (<20) и невоспалительных (<20) элементов акне на лице ^{3,5,6}	Пациенты 12+ с многочисленными воспалительными (>20) и невоспалительными (>20) элементами акне на лице и/или туловище ^{4,7,8}
Лечение акне – 3 мес. ^{1,5}	Лечение акне – 3 мес. Поддерживающая терапия (нет ВЗ) ^{2,5}	Лечение акне – 12 нед. Поддерживающая терапия (есть ВЗ) ^{3,5,6}	Лечение акне – 3 мес. Длительное применение (до 52 недель) ^{4,7,8}

*Формулы комбинированной терапии
1. Базирон® АС (гель) – препарат пероксида бензоила (БПО) 5,3% в форме эмульсии в сочетании с 2,5% или 5% пероксида бензоила (БПО) в форме эмульсии. Рег. уд. № П N014057/01. Сайт: www.galderma.ru
2. Дифферин® (гель, крем) – препарат адапалена (АДАП) 0,1%. Рег. уд. № П N010937/01. Сайт: www.galderma.ru
3. Эффезел® (гель) – комбинированный препарат пероксида бензоила (БПО) 2,5% и адапалена (АДАП) 0,1%. Рег. уд. № П N000738/01. Сайт: www.galderma.ru
4. Акклиф® (крем) – препарат трифаротена (ТРИФ) 0,005%. Рег. уд. № П N001233/01. Сайт: www.galderma.ru
5. Базирон® АС (гель) – препарат пероксида бензоила (БПО) 5,3% в форме эмульсии в сочетании с 2,5% или 5% пероксида бензоила (БПО) в форме эмульсии. Рег. уд. № П N014057/01. Сайт: www.galderma.ru
6. Дифферин® (гель, крем) – препарат адапалена (АДАП) 0,1%. Рег. уд. № П N010937/01. Сайт: www.galderma.ru
7. Базирон® АС (гель) – препарат пероксида бензоила (БПО) 5,3% в форме эмульсии в сочетании с 2,5% или 5% пероксида бензоила (БПО) в форме эмульсии. Рег. уд. № П N014057/01. Сайт: www.galderma.ru
8. Акклиф® (крем) – препарат трифаротена (ТРИФ) 0,005%. Рег. уд. № П N001233/01. Сайт: www.galderma.ru

Рис. 1. Наружная терапия акне с помощью безрецептурных лекарственных средств и рецептурных препаратов (из презентации члена-корр. РАН, д.м.н., проф. О.Ю. Олисовой и д.м.н., проф. Е.С. Снарской)

ванных ретиноидов был включен топический ретиноид четвертого поколения трифаротен, предназначенный для лечения высыпаний как на коже лица, так и на коже туловища.

Эксперт акцентировала внимание коллег на Глобальной концепции ONE ACNE, предложенной компанией Galderma с целью оптимизировать наружную терапию акне и осуществлять индивидуальный подход к пациентам с помощью безрецептурных лекарственных средств (Базирон® АС, Дифферин®) и рецептурных препаратов (Эффезел®, Акклиф®) (рис. 1)^{3, 11-14}.

Профессор Е.С. Снарская кратко охарактеризовала показания к применению каждого из представленных препаратов. Гель для наружного применения Базирон® АС, содержащий бензоила пероксид (БПО) в двух дозировках – 2,5 и 5%, назначают в течение трех месяцев пациентам старше 12 лет с единичными воспалительными элементами (папулы, пустулы) на лице. Дифферин®, содержащий адапален 0,1% и выпускаемый в форме геля и крема, показан пациентам старше 12 лет с единичным или умеренным числом невоспалительных элементов (комедоны) на лице в течение трех

⁷ Bikowski J.J. A review of the safety and efficacy of benzoyl peroxide (5.3%) emollient foam in the management of truncal acne vulgaris. Clin. Aesthetic. Dermatol. 2010; 3 (11): 26–29.

⁸ Asai Y, Baibergenova A., Dutil M., et al. Management of acne: Canadian clinical practice guideline. CMAJ. 2016; 188 (2): 118–126.

⁹ Del Rosso J.Q., Bikowski J.B., Baum E., et al. A closer look at truncal acne vulgaris: prevalence, severity, and clinical significance. J. Drugs Dermatol. 2007; 6 (6): 597–600.

¹⁰ Rachel V., Yeung H., Cheng C.E., et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. J. Am. Acad. Dermatol. 2024; 90 (5): 1006.e1–1006.e30.

¹¹ Одобрённая инструкция по применению лекарственного препарата Базирон® АС, гель для наружного применения, 2,5%, 5%. Рег. уд. № П N014057/01.

¹² Одобрённые ОХЛП/ЛВ препарата Дифферин®, крем для наружного применения, (адапален) 0,1%. Рег. уд. № ЛП-(010937)-(ПГ-RU); гель для наружного применения, 0,1%. Рег. уд. № (010910)-(ПГ-RU). https://lk.redmed.ru/Register/EAEU_SmPC.

¹³ Одобрённая инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Эффезел®, гель для наружного применения. Рег. уд. № ЛП-000738 01.

¹⁴ Одобрённые ОХЛП/ЛВ препарата Акклиф, крем для наружного применения, (трифаротен) 50 мкг/г. Рег. уд. № ЛП-(001233)-(ПГ-RU). https://lk.redmed.ru/Register/EAEU_SmPC.



месяцев. Дифферин® также может применяться длительно в качестве поддерживающей терапии.

Гель для наружного применения Эффезел®, содержащий фиксированную комбинацию (ф.к.) БПО 2,5% + адапален 0,1%, назначают пациентам старше девяти лет с умеренным числом воспалительных (< 20) и невоспалительных элементов (< 20) для лечения акне в течение 12 недель и в качестве поддерживающей терапии. Крем Аклиф, действующим веществом которого является трифаротен 0,005%, назначают пациентам старше 12 лет с многочисленными воспалительными (> 20) и невоспалительными (> 20) элементами акне на лице и туловище в течение трех месяцев. Крем Аклиф может применяться длительно – до 52 недель.

В продолжение темы профессор О.Ю. Олисова отметила, что оригинальный наружный ретиноид Дифферин® для лечения акне был зарегистрирован в России 6 февраля 2001 г. За более чем 20 лет применения крем Дифферин® рекомендовал себя как один из базовых препаратов для лечения легкой и легко-средней степеней акне с высоким уровнем доказательности. Его эффект обусловлен противовоспалительным, комедонолитическим и антикомедогенным механизмами действия. Препарат наносят один раз в сутки в вечернее время, при необходимости его можно применять через день или реже.

По словам профессора Е.С. Снарской, хорошо зарекомендовал себя в дерматологической практике и другой безрецептурный наружный ретиноид – Базирон® АС. Гель Базирон® АС содержит БПО в дозах 2,5 и 5%, что дает возможность для определенного ин-

дивидуального выбора. Действующее вещество БПО подавляет продукцию кожного сала, рост *Cutibacterium acnes* (*C. acnes*), оказывает кератолитическое действие. Технология АС (Acrylates Copolymers, кополимер/сополимер метакриловой кислоты) обеспечивает всасывание избытка кожного сала, а глицерин – смягчение и увлажнение кожи^{5,11}.

Комбинированный препарат – гель для наружного применения Эффезел® (БПО 2,5% + адапален 0,1%) обеспечивает значительное снижение числа воспалительных и невоспалительных элементов акне уже на первой неделе терапии. При этом Эффезел® характеризуется благоприятным профилем безопасности в течение длительного времени (12 месяцев). Форма выпуска препарата в виде флакона с дозирующим устройством способствует повышению приверженности пациентов с акне к наружной терапии^{2, 13, 15}.

Среди дерматологов нет сомнений в том, что акне является хроническим заболеванием¹⁶. В 2004 г. O'Halloran и соавт. определили следующие критерии хронического заболевания: продолжительность более шести месяцев, наличие рецидивов и осложнений, негативное влияние на качество жизни больного. Таким образом, практическим врачам необходимо ориентировать пациентов с акне на длительное лечение и контролировать весь процесс.

Профессор О.Ю. Олисова подчеркнула важность поддерживающей терапии, которая является необходимым условием лечения хронического заболевания, в том числе вульгарных акне. Поддерживающая терапия при акне представляет собой использование определенных препаратов

в интермиттирующем режиме, позволяющем контролировать появление невоспалительных и воспалительных элементов. Согласно рекомендациям РОДВК 2020 г., поддерживающая терапия акне сроком до 12 месяцев показана после основного курса лечения и достижения клинического эффекта. Препаратом выбора для поддерживающей терапии является адапален, если требуется антимикробная терапия, оптимально использовать комбинацию адапалена и бензоила пероксида³. Таким образом, в соответствии с Глобальной концепцией ONE ACNE для поддерживающей терапии акне специалисты могут использовать препараты Дифферин® (адапален 0,1%) и Эффезел® (ф.к. БПО 2,5% + адапален 0,1%). Кроме того, для длительного лечения вульгарных акне, согласно данным международных клинических исследований, рекомендуется применять крем Аклиф (трифаротен 0,005%)¹⁷.

По данным профессора Е.С. Снарской, первый ретиноид четвертого поколения трифаротен в форме крема для наружного применения под торговым названием Аклиф был зарегистрирован FDA (Food and Drug Administration) – Управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами в США в 2019 г., а в России – в 2022 г. Крем Аклиф показан к применению пациентам в возрасте старше 12 лет и взрослым пациентам для наружной терапии вульгарных акне средней и тяжелой степеней при наличии многочисленных комедонов, папул и пустул на лице и/или туловище¹⁴. Препарат производится на заводе Galderma во Франции и поставляется во флаконах (объемом 30 и 75 г) с дозирующим устройством.

¹⁵ Pariser D.M., Westmoreland P., Morris A., et al. Long-term safety and efficacy of a unique fixed-dose combination gel of adapalene 0.1% and benzoyl peroxide 2.5% for the treatment of acne vulgaris. *J. Drugs Dermatol.* 2007; 6 (9): 899–905.

¹⁶ Gollnick H., Finlay A.Y., Shear N., et al. Can we define acne as a chronic disease? If so, how and when? *Am. J. Clin. Dermatol.* 2008; 9 (5): 279–284.

¹⁷ Blume-Peytavi U., Fowler J., Kemény L., et al. Long-term safety and efficacy of trifarotene 50 µg/g cream, a first-in-class RAR-γ selective topical retinoid, in patients with moderate facial and truncal acne. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol.* 2020; 34 (1): 166–173.



У Юбилейная конференция с международным участием «Интегративная дерматовенерология и косметология. Новые стандарты взаимодействия»

Первое представление препарата Аклиф российским дерматологам и косметологам состоялось в мае 2024 г. на сателлитном симпозиуме при поддержке компании Galderma «Новые возможности наружной терапии: ретиноид четвертого поколения трифаротен», организованном в рамках научно-практической конференции «Рахмановские чтения», и вызвало большой интерес у отечественных специалистов.

Профессора О.Ю. Олисова и Е.С. Снарская поделились опытом применения крема Аклиф (трифаротен 50 мкг/г или 0,005%) у пациентов в клинике кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова и представили первый клинический случай пациентки с вульгарными акне на коже спины, который был опубликован в статье¹⁸.

Клинический случай 1. Пациентка К., 19 лет. Диагноз: «вульгарные акне среднетяжелой степени с локализацией на коже спины; PGA (Physician's Global Assessment) = 3 балла». До лечения наблюдались множественные папуло-пустулезные высыпания на коже спины, при этом на коже лица элементы отсутствовали. Пациентке была назначена терапия кремом Аклиф (трифаротен 50 мкг/г) наружно ежедневно один раз в день в вечернее время. Уже через три недели лечения отмечен регресс высыпаний на 60% – 2 балла по шкале PGA. Через восемь недель наружной терапии кремом Аклиф кожа пациентки стала свободна от высыпаний, соответствуя показателю PGA = 0 («чистая кожа») (рис. 2).

Профессор Е.С. Снарская напомнила, что ретиноиды взаимодействуют с рецепторами



Рис. 2. Клинический пример пациентки с диагнозом «вульгарные акне среднетяжелой степени с локализацией на коже спины, PGA = 3 балла» (из презентации члена-корр. РАН, д.м.н., проф. О.Ю. Олисовой и д.м.н., проф. Е.С. Снарской)

ретиновой кислоты (Retinoid Acid Receptors, RAR), нарушая ключевые патофизиологические механизмы развития акне. В исследованиях последних лет установлено, что RAR-γ является преобладающим типом рецепторов ретиновой кислоты в коже человека (≈ 90%), находясь в ядрах кератиноцитов. Трифаротен – первый в своем классе ретиноид четвертого поколения для лечения акне, обладающий 20-кратной селективностью в отношении RAR-γ, тогда как третиноин, тазаротен и адапален менее специфичны. Высокая активность и стабильность трифаротена в кератиноцитах (более 24 часов) сочетаются с быстрыми метаболизмом в микросомах печени человека ($t_{1/2}$ трифаротена = 5 минут) и выведением из организма. Как следствие – благоприятный профиль безопас-

ности и отсутствие накопления препарата с течением времени. Быстрая деградация в гепатоцитах даже при нанесении в максимально возможной дозе позволяет использовать препарат для нанесения на большие участки поверхности туловища^{19, 20}. Как отметила профессор О.В. Олисова, трифаротен имеет обширную доказательную базу, включающую пять международных исследований III и IV фаз с участием 3300 пациентов (PERFECT 1 и 2, SATISFY, DUAL, START, LEAP). В двух международных многоцентровых рандомизированных, 12-недельных, с одинаковым дизайном исследованиях III фазы PERFECT 1 и 2 по оценке применения крема трифаротен 50 мкг/г для лечения акне средней степени тяжести с локализацией высыпаний на коже лица и туловища при-

¹⁸ Снарская Е.С., Олисова О.Ю., Братковская А.В. и др. Трифаротен – новая глава в лечении акне. Обзор данных по эффективности и профилю безопасности ретиноида четвертого поколения. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2024; 27 (2): 219–230.

¹⁹ Aubert J., Pivnicka D., Bertino B., et al. Nonclinical and human pharmacology of the potent and selective topical retinoic acid receptor-γ agonist trifarotene. Br. J. Dermatol. 2018; 179(2): 442–456.

²⁰ Wagner N., Benkali K., Alió Sáenz A., et al. Clinical Pharmacology and Safety of Trifarotene, a First-in-Class RARγ-Selective Topical Retinoid. J. Clin. Pharmacol. 2020; 60 (5): 660–668.



няли участие 2400 пациентов²¹. В многоцентровом исследовании III фазы SATISFY с участием 453 пациентов оценивали долгосрочные безопасность и эффективность крема трифаротен 50 мкг/г при длительном лечении (52 недели) акне средней степени тяжести с локализацией высыпаний на коже лица и туловища¹⁷. Согласно результатам исследований PERFECT 1 и 2 и SATISFY, трифаротен имеет доказанную клиническую эффективность и благоприятный профиль безопасности в лечении пациентов с акне средней степени тяжести как в течение 12 недель, так и длительно – в течение 52 недель (1 год). Трифаротен также исследовался в комбинированной терапии акне^{17, 21}. По данным 12-недельного исследования DUAL, комбинация трифаротена и доксициклина продемонстрировала клиническую эффективность и хороший профиль безопасности для лечения пациентов с тяжелой степенью папуло-пустулезных акне (до четырех узлов на коже лица)²². В исследованиях LEAP и START были показаны депигментирующие свойства трифаротена при поствоспалительной гиперпигментации и его воздействие на формирование рубцов постакне соответственно^{23, 24}.

Эксперт констатировала, что в международных клинических исследованиях PERFECT 1 и 2 успешность лечения акне на коже лица оценивали по шкале IGA (Investigator's Global Assessment – Общей оценки исследователем), а на коже туловища – по шкале PGA (Physician's Global Assessment – Общей оценки

врачом) по пятибалльной системе (от 0 баллов – «чистая кожа» до 4 баллов – «тяжелая степень»). Она также уточнила, что балл по PGA являлся комбинированным показателем оценки числа элементов акне на груди и спине на предварительно определенной области с использованием специальной футболки с вырезами²¹.

По мнению профессора Е.С. Снарской, разработка селективного ретиноида нового поколения трифаротена для топического применения расширяет возможности наружной терапии акне с локализацией на коже лица и туловища. По сравнению с ретиноидами предыдущих поколений трифаротен (Акклиф) проявляет свою эффективность в более короткие сроки, что повышает приверженность лечению. Согласно данным широкомасштабных исследований, заметное снижение числа воспалительных и невоспалительных элементов наблюдается уже через одну неделю применения трифаротена на коже лица и через две недели на коже туловища. Трифаротен продемонстрировал приемлемый и контролируемый профиль безопасности и местной переносимости при нанесении на кожу лица и туловища при применении как в течение 12 недель, так и длительно – в течение 52 недель (1 год)^{17, 21}. Профессор О.Ю. Олисова в свою очередь уточнила, что при назначении терапии ретиноидами следует учитывать возможность ретинизации – периода адаптации кожи к ретиноидам. На этом этапе у пациентов могут возникнуть временные побочные эффекты в виде покраснения, сухости, шелушения и раздражения кожи (ретиноидный дерматит), поскольку кожа вырабатывает толерантность к активному ингредиенту лекарственного препарата. Ретинизация, как правило, начинается через несколько дней после начала применения препарата и может длиться около месяца (2–6 недель)^{25, 26}. Для того чтобы снизить риск таких реакций, рекомендуется с самого начала лечения топическими ретиноидами применять увлажняющие средства, а при необходимости уменьшать частоту применения крема Акклиф¹⁴. Профессор Е.С. Снарская представила схему применения крема Акклиф для достижения оптимальных результатов, которая предусматривает соблюдение следующих правил: бережное очищение кожи лица и/или туловища с помощью деликатно очищающего средства; нанесение крема Акклиф тонким слоем на кожу лица и/или туловища один раз в сутки вечером; увлажнение кожи лица и/или туловища по мере необходимости для минимизации сухости и раздражения кожи; ежедневное использование солнцезащитных средств с SPF 30 или выше, ношение одежды, закрывающей пораженные участки туловища¹⁴. Врачам рекомендуется информировать пациентов о том, что проявление ретиноидного дерматита характерно при применении всех препаратов, содержащих ретиноиды, и это в т.ч. свидетельствует об их успешном действии. К тому же данные проявления – временные, они будут уменьшаться по мере адаптации кожи к препарату (ретиноиду) и при правиль-

²¹ Tan J., Thiboutot D., Popp G., et al. Randomized phase 3 evaluation of trifarotene 50 µg/g cream treatment of moderate facial and truncal acne. J. Am. Acad. Dermatol. 2019; 80 (6): 1691–1699.

²² Del Rosso J.Q., Johnson S.M., Schlesinger T., et al. A Randomized, Controlled Trial of Trifarotene Plus Doxycycline for Severe Acne Vulgaris. J. Clin. Aesthet. Dermatol. 2022; 15 (7): E53–E59.

²³ Alexis A.F., Moore A., Rafal E., et al. Efficacy and safety of trifarotene cream 50µg/g for the treatment of acne-induced post-inflammatory hyperpigmentation in subjects with Fitzpatrick Skin Types I-VI: Results from a phase IV trial (LEAP). E-poster presented at EADV 2023.

²⁴ Schleicher S., Moore A., Rafal E., et al. Trifarotene Reduces Risk for Atrophic Acne Scars: Results from A Phase 4 Controlled Study. Dermatol. Ther. (Heidelb.). 2023; 13 (12): 3085–3096.

²⁵ Laquieze S., Czernielewski J., Rueda M.J. Beneficial effect of a moisturizing cream as adjunctive treatment to oral isotretinoin or topical tretinoin in the management of acne. J. Drugs Dermatol. 2006; 5 (10): 985–990.

²⁶ Draelos Z.D., Ertel K.D., Berge C.A. Facilitating facial retinization through barrier improvement. Cutis. 2006; 78 (4): 275–281.



У Юбилейная конференция с международным участием «Интегративная дерматовенерология и косметология. Новые стандарты взаимодействия»

ном регулярном применении дерматокосметических средств^{4, 12-14}.

Профессора О.Ю. Олисова и Е.С. Снарская на клинических примерах продемонстрировали персонафицированный подход к терапии пациентов с вульгарными акне разной степени тяжести, основанный на Глобальной концепции ONE ACNE.

В клинических случаях 2 и 3 у 17-летней пациентки К. и 19-летнего пациента С. были диагностированы комедональные акне на коже лица; IGA = 2 балла. Пациентке К. была назначена терапия гелем Дифферин® (адапален 0,1%) один раз в сутки в вечернее время в течение трех месяцев, пациенту С. – кремом Дифферин® (адапален 0,1%) один раз в сутки в вечернее время в течение трех месяцев, обоим лечение рекомендовано в сочетании с использованием дерматокосметики до состояния «чистая кожа». После трехмесячного курса терапии Дифферином® в сочетании с дерматокосметикой у пациентки К. и пациента С. кожа стала свободна от высыпаний (IGA = 0) (рис. 3).

Клинический случай 4. Пациентка М., 17 лет. Диагноз: «папуло-пустулезные акне на коже лица, обострение, легко-среднее течение (небольшое число элементов); IGA = 2 балла». Пациентке назначен трехмесячный курс терапии гелем Базирон® АС (БПО 5%) два раза в сутки (утром и вечером), затем один раз в сутки в сочетании с дерматокосметикой до состояния «чистая кожа». Уже через месяц от начала терапии состояние кожи лица значительно улучшилось; IGA = 1. По окончании трехмесячного курса кожа стала свободной от высыпаний; IGA = 0 (рис. 4).

Клинический случай 5. Пациентка К., 18 лет. Диагноз: «акне тяжелой степени тяжести; IGA = 4 балла». Из анамнеза: больная с 15 лет лечилась системными антибиотиками, использовала наружную терапию азелаиновой

Диагноз: комедональные акне; Лечение:

Пациентка К.: гель Дифферин® (адапален 0,1%) 1 раз в сутки (вечером) – курс 3 месяца до «чистой кожи»

Пациент С.: крем Дифферин (адапален 0,1%) 1 раз в сутки (вечером) - курс 3 месяца до «чистой кожи»

Очищение и увлажнение кожи: средства дерматокосметики



Рис. 3. Клинические примеры пациентов с диагнозом «комедональные акне на коже лица, IGA = 2 балла» (из презентации члена-корр. РАН, д.м.н., проф. О.Ю. Олисовой и д.м.н., проф. Е.С. Снарской)

Диагноз: папуло-пустулезные акне, обострение, легко-среднее течение (небольшое число элементов)

Лечение: гель Базирон® АС (БПО 5%) 2 раза в сутки (утром и вечером), затем 1 раз в сутки – курс 3 месяца до «чистой кожи»

Очищение и увлажнение кожи: средства дерматокосметики



Рис. 4. Клинический пример пациентки с диагнозом «папуло-пустулезные акне на коже лица, обострение, легко-среднее течение (небольшое число элементов); IGA = 2 балла» (из презентации члена-корр. РАН, д.м.н., проф. О.Ю. Олисовой и д.м.н., проф. Е.С. Снарской)

кислотой, ретиноидами, антибиотиками. Назначено лечение: курс изотретиноина (0,5 мг на кг с постепенным снижением суточной дозы в течение 10 месяцев), далее – гель Эффезел® (ф.к. БПО 2,5% + адапален 0,1%) в интермиттирующем режиме (три раза в неделю в течение девяти месяцев)

в сочетании с дерматокосметикой. После проведенного лечения кожа стала свободной от высыпаний; IGA = 0 (рис. 5).

Далее профессора О.Ю. Олисова и Е.С. Снарская представили клинические случаи применения крема Акликф (трифаротен) в монотерапии папуло-пустулезных



V Юбилейная конференция с международным участием «Интегративная дерматовенерология и косметология. Новые стандарты взаимодействия»

Из анамнеза: больная с 15 лет, применяла наружные средства с антибиотиками, бензоила пероксидом, азелаиновой кислотой

Объективно: папуло-пустулезные акне средней степени тяжести (умеренное число элементов) на коже лица

Лечение: гель Эффезел® (адапален 0,1%+БПО 2,5% ф.к.) 1 раз в сутки (вечером) ежедневно 3 месяца до "чистой кожи"

Очищение и увлажнение кожи: средства дерматокосметики

Через 3 мес. лечения IGA=0-1



До лечения IGA=3

Фото их архива член-корр. РАН, проф. Олисовой О.Ю.

Рис. 5. Клинический пример пациентки с диагнозом «акне тяжелой степени тяжести; IGA = 4 балла» (из презентации члена-корр. РАН, д.м.н., проф. О.Ю. Олисовой и д.м.н., проф. Е.С. Снарской)

Папуло-пустулезные акне на коже лица, средней степени тяжести; Акклиф 1 раз/день вечером + дерматокосметика

До лечения: IGA = 3 ВЭ = 44 НВЭ = 27	Через 3 недели: IGA = 2 ВЭ = 24 НВЭ = 19
---	---

ИВА (International Body Assessment) – шкала общей оценки воспалительных для оценки и мониторинга акне с локализацией на коже лица от 0 – «чистая кожа» до 4 баллов – тяжелая степень.
ВЭ – воспалительные элементы; НВЭ – невоспалительные элементы

Фото из архива профессора Снарской Е.С.

Рис. 6. Клинический пример пациентки с диагнозом «папуло-пустулезные акне с локализацией на коже лица средней степени тяжести (множественные элементы), IGA = 3 балла, 44 воспалительных элемента (ВЭ) и 27 невоспалительных элементов (НВЭ)» (из презентации члена-корр. РАН, д.м.н., проф. О.Ю. Олисовой и д.м.н., проф. Е.С. Снарской)

акне средней степени тяжести с локализацией на коже лица и туловища.

Клинический случай 6. Пациентка Ж., 18 лет, работает уборщицей в клинике. Фототип кожи по Фитцпатрику – III. Анамнез: больна в течение шести лет

с обострениями два-три раза в год, заболевание началось с поражения кожи лица. Семейный анамнез: вульгарные акне у матери и двух сестер. Предыдущее лечение обострений заключалось в наружном применении БПО, адапалена, системной терапии

миноциклином 100 мг в сутки (два курса) с краткосрочным эффектом. Наличие сопутствующих заболеваний пациентка отрицает. Последнее обострение длится в течение двух недель. Диагноз: «папуло-пустулезные акне с локализацией на коже лица средней степени тяжести (множественные элементы); IGA = 3 балла; 44 воспалительных элемента (ВЭ) и 27 невоспалительных элементов (НВЭ)». Назначено лечение: крем Акклиф (трифаротен) наружно ежедневно один раз в день в вечернее время. Пациентка проинформирована о правильном применении препарата. Дополнительно ей рекомендовано использование увлажняющего крема, деликатного очищающего средства и фотозащиты. Результат лечения: через три недели от начала терапии наблюдался значимый регресс высыпаний на коже лица. IGA = 2, ВЭ = 24, НВЭ = 19. Пациентке рекомендовано продолжение лечения трифаротеном до достижения состояния «чистая кожа», затем – длительная терапия трифаротеном в интермиттирующем режиме для поддержания клинической ремиссии и дерматокосметический уход за кожей лица (рис. 6).

Клинический случай 7. Пациентка Б., 22 года, студентка. Фототип кожи по Фитцпатрику – III. Анамнез: больна с 16 лет, заболевание началось с поражения кожи лица. Семейный анамнез: акне на коже лица у матери в юности. Предыдущее лечение: при обострениях применяла наружно азелаиновую кислоту, ретиноиды, системную терапию антибиотиками. Наличие сопутствующих заболеваний отрицает. Последнее обострение длится в течение трех недель. Диагноз: «папуло-пустулезные акне с локализацией на коже лица среднетяжелой степени; IGA = 3–4 балла, ВЭ = 45, НВЭ = 29». Назначено лечение: крем Акклиф (трифаротен) наружно ежедневно один раз в день



V Юбилейная конференция с международным участием «Интегративная дерматовенерология и косметология. Новые стандарты взаимодействия»

в вечернее время в течение пяти месяцев, в сочетании с доксициклином 200 мг/сут в течение шести недель, а также использование увлажняющего крема, деликатного очищающего средства и фотозащиты. Результат лечения: через пять месяцев от начала терапии кожа стала свободной от высыпаний; IGA = 0, ВЭ = 0, НВЭ = 0. Пациентке рекомендована длительная терапия трифаротеном в интермиттирующем режиме для поддержания клинической ремиссии, а также дерматологический уход за кожей лица (рис. 7).

Клинический случай 8. Пациент Д., 23 года, служащий. Фототип кожи по Фитцпатрику – III. Анамнез: болен с 16 лет, заболевание началось с поражения кожи лица (комедоны и сальность), затем – кожи спины. Семейный анамнез не отягощен. Предыдущее лечение: при обострениях применял наружно азелаиновую кислоту, салициловый спирт, процедуры экстракции с умеренным краткосрочным эффектом. Наличие сопутствующих заболеваний отрицает. Последние шесть месяцев отмечает ухудшение состояния. Диагноз: «папуло-пустулезные акне, распространенные, с локализацией на коже спины средне-тяжелой степени (множественные элементы), эксфолиации; PGA = 3 балла, ВЭ = 39, НВЭ = 11». Назначено лечение: крем Акликф (трифаротен) наружно один раз в день в вечернее время в течение 4,5 месяцев, в сочетании с доксициклином 200 мг/сут в течение шести недель, использование дерматокосметики. Результат лечения: через 4,5 месяца от начала терапии удалось добиться существенного улучшения состояния кожи до показателя IGA = 0, ВЭ = 1, НВЭ = 0. Пациенту рекомендована длительная терапия трифаротеном в интермиттирующем режиме для поддержания клинической ремиссии и дерматокосметический уход за кожей спины (рис. 8).



Рис. 7. Клинический пример пациентки с диагнозом «папуло-пустулезные акне с локализацией на коже лица средне-тяжелой степени, IGA = 3–4 балла, ВЭ = 45, НВЭ = 29» (из презентации члена-корр. РАН, д.м.н., проф. О.Ю. Олисовой и д.м.н., проф. Е.С. Снарской)



Рис. 8. Клинический пример пациента с диагнозом «папуло-пустулезные акне, распространенные, с локализацией на коже спины средне-тяжелой степени (множественные элементы), эксфолиации, PGA = 3 балла, ВЭ = 39, НВЭ = 11» (из презентации члена-корр. РАН, д.м.н., проф. О.Ю. Олисовой и д.м.н., проф. Е.С. Снарской)

В завершение совместного выступления член-корр. РАН, профессор, д.м.н. О.Ю. Олисова и профессор, д.м.н. Е.С. Снарская высказали единогласное мнение о том, что при лечении акне как хронического воспалительного заболевания необходим индивидуальный подход к каждо-

му пациенту, строгое соблюдение назначенной терапии и контроль на протяжении всего периода лечения. Всем пациентам, особенно со средне-тяжелой и тяжелой степенями акне, для стабилизации клинической ремиссии требуется поддерживающая терапия. ●