Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

Психосоциальные эффекты у больных акне средней степени тяжести при лечении с использованием фиксированной комбинации «бензоила пероксид 5% + клиндамицин 1%» в сочетании с фотодинамической терапией

О.Ю. Олисова, д.м.н., проф., член-корр. РАН, А.В. Шишкова

Адрес для переписки: Анастасия Владимировна Шишкова, dr.shepelevaavl@gmail.com

Для цитирования: Олисова О.Ю., Шишкова А.В. Психосоциальные эффекты у больных акне средней степени тяжести при лечении с использованием фиксированной комбинации «бензоила пероксид 5% + клиндамицин 1%» в сочетании с фотодинамической терапией. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (32): 14–22.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-32-14-22

Акне – один из самых распространенных дерматозов, являющийся причиной развития психоэмоциональных расстройств (ПЭР) нозогенной природы.В отличие от других дерматозов степень выраженности ПЭР при акне зачастую не коррелирует с тяжестью кожного процесса, а женщины с акне ввиду конституциональных особенностей личности психологически более уязвимы. Для оценки степени выраженности ПЭР при акне, а также их динамики после лечения, помимо основного клинического психодиагностического метода исследования, используют различные опросники.

***Цель** – выявить степень психоэмоциональной (ПЭ) дезадаптации больных акне средней степени тяжести и оценить ее динамику по окончании терапии фиксированной комбинацией «бензоила пероксид (БП) 5% + клиндамицин 1%» в сочетании с фотодинамической терапией.*

***Материал и методы.** Оценку ПЭ-дезадаптации у 60 пациентов (34 мужчины и 26 женщин) с установленным диагнозом акне средней степени тяжести проводили до и по окончании (спустя три месяца) противоугревой терапии. Возраст мужчин – от 18 до 32 лет (в среднем 23,1 ± 2,6 года), возраст женщин – от 19 до 38 лет (в среднем 25,4 ± 3,8 года).*

У всех наблюдаемых пациентов до и по окончании терапии оценивали дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) и показатель «оценка психологического и социального эффектов акне» (Assessment of the Psychological and Social Effects of Acne, APSEA). Методом рандомизации были сформированы две терапевтические группы, равноценные по общему количеству участников и соотношению полов (по 17 мужчин и 13 женщин в каждой). Пациенты первой группы (гр. I) в качестве терапии акне средней степени тяжести получали курс фотодинамической терапии (ФДТ) и наружно гель бензоила пероксид 5% + клиндамицин 1% один раз в сутки в течение 12 недель. ФДТ проводили на аппарате Revixan Duo Light COMBI (Ревиксан, Россия) с периодичностью один раз в неделю в течение трех месяцев, то есть суммарно 12 процедур. С каждой последующей процедурой интенсивность синего света постепенно уменьшали – с 80 до 60 мВт/см^2, а красного увеличивали – с 60 до 100 мВт/см^2. Пациенты второй группы (гр. II) получали монотерапию гелем БП 5% + клиндамицин 1% один раз в сутки (вечером) тонким слоем на предварительно очищенное, сухое лицо в течение 12 недель.

***Результаты.** До начала противоугревой терапии среднее значение ДИКЖ не имело достоверных различий в сравниваемых группах как у мужчин (10,27 ± 1,56 в гр. I против 10,51 ± 1,62 в гр. II; p > 0,5), так и у женщин*

(14,62 ± 2,88 в гр. I против 14,51 ± 3,17 в гр. II; p > 0,5). Вместе с тем как в основной (10,27 ± 1,56 против 14,62 ± 2,88; p < 0,05), так и в группе сравнения (10,51 ± 1,62 против 14,51 ± 3,17; p < 0,05) отмечались достоверные различия значений индекса между мужчинами и женщинами, достигшие 1,42 и 1,38 раза соответственно. У мужчин значение ДИКЖ составило 34,2% (гр. I) и 35% (гр. II) от максимального значения; у женщин этот показатель в обеих группах был равным 48,7%.

До начала противоугревой терапии среднее значение индекса APSEA не имело достоверных различий в сравниваемых группах как у мужчин (59,12 ± 3,62 в гр. I против 57,93 ± 4,19 в гр. II; p > 0,5), так и у женщин (88,94 ± 4,32 в гр. I против 90,15 ± 3,54 в гр. II; p > 0,5). Вместе с тем как в I гр. (59,12 ± 3,62 против 88,94 ± 4,32; p < 0,05), так и в гр. II (57,93 ± 4,19 против 90,15 ± 3,54; p < 0,05) отмечались достоверные различия в значениях индекса APSEA между мужчинами и женщинами, достигшие 1,50 и 1,56 раза соответственно. Если у мужчин обеих групп уровень APSEA приблизился к промежуточному значению «низкий – средний» (41% в гр. I и 40,2% в гр. II от максимума), то у женщин каждой из групп его показатели находились в начальной зоне оценочного диапазона «высокий» (61,8% в гр. I и 62,6% в гр. II от максимального значения APSEA).

По окончании курса противоугревой терапии как у мужчин, так и у женщин в обеих группах показатель ДИКЖ у мужчин не имел статистически достоверных различий (p > 0,5) между группами и составил 2,28 ± 0,13 (гр. I) и 2,58 ± 0,09 (гр. II), то есть 7,6 и 8,6% от максимального значения ДИКЖ (p > 0,05). У женщин значения ДИКЖ также не имели достоверных (p > 0,5) отличий между сравниваемыми группами – 5,37 ± 0,14 (гр. I) и 5,05 ± 0,21 (гр. II), составив 17,9 и 16,8% от максимального значения ДИКЖ (p > 0,05).

По окончании курса терапии средний показатель APSEA у мужчин продемонстрировал статистически достоверные различия (p < 0,05) между сравниваемыми терапевтическими группами и составил 10,41 ± 0,38 (гр. I) и 15,06 ± 0,75 (гр. II), то есть 7,23 и 10,46% от максимального значения APSEA (p < 0,05). У женщин обеих терапевтических групп значения конечного показателя индекса также имели статистически достоверные различия (p < 0,05) – 19,16 ± 0,66 (гр. I) и 27,84 ± 1,04 (гр. II), составив 13,3 и 19,33% от максимального значения APSEA (p < 0,05).

***Заключение.** С помощью индекса APSEA (в отличие от неспецифического ДИКЖ), позволяющего установить психологические и социальные эффекты заболевания, удалось выявить гендерные различия и зарегистрировать статистически более существенную динамику ПЭР в основной группе больных, получавших комбинированную терапию фиксированной комбинацией «БП 5% + клиндамицин 1%» в сочетании с ФДТ.*

***Ключевые слова:** акне средней степени тяжести, психоэмоциональные расстройства, ДИКЖ, APSEA, фотодинамическая терапия*

Введение

Акне – одно из наиболее частых заболеваний кожи, поражающее до 85% людей в возрасте от 12 до 24 лет; а в возрастных группах от 25 до 34 и от 35 до 44 лет заболеваемость составляет 8 и 3% соответственно. Встречаемость тяжелых форм, по данным разных авторов, варьирует в пределах 5–14% от общей заболеваемости [1–4].

Несмотря на то что патогенез заболевания хорошо изучен, психоэмоциональным (ПЭ) аспектам клиники и терапии пациентов с акне не уделяется достаточного внимания. Пик заболеваемости приходится на возрастной отрезок жизни, когда подросток претерпевает значительные изменения в социальной и психической сфере. Учитывая локализацию высыпаний на лице почти у всех пациентов с акне, а также то, что лицо является одним из основных средств межличностной коммуникации, не вызывает сомнений факт существенного влияния акне на ПЭ-статус [5].

Психоэмоциональные расстройства (ПЭР) при акне в большинстве случаев оказываются весьма существенными и сравнимы с таковыми при бронхиальной астме, эпилепсии, сахарном диабете и ревматоидном артрите [6]. В противоположность многим дерматозам степень выраженности ПЭР при акне зачастую не коррелирует с тяжестью кожного процесса [7–11]. M. Kilkenny и соавт. сообщают, что студенты с умеренной степенью тяжести акне более часто демонстрируют проявления депрессии и страхов, нежели студенты с более тяжелыми формами [12]. Также отмечено, что женщины с акне психологически более уязвимы [13].

Акне в подростковом возрасте негативно влияет на самовосприятие и социализацию, что повышает риск развития невротических расстройств. Психологическое напряжение способствует ухудшению течения заболевания, создавая предпосылки для дальнейшего усугубления психопатологических проявлений. В подавляющем большинстве случаев устранение акне как тяжелого косметического дефекта приводит к значительному регрессу депрессивных расстройств. Пациенты с персистирующими акне, у которых заболевание достигло своего пика в пу-

бертатный период, зачастую демонстрируют трудно корректируемые ПЭ-проблемы [9]. Таким образом, депрессия является наиболее частым и существенным психопатологическим симптомом, спровоцированным акне. Вместе с тем, по мнению D.R. Rubinov, депрессия регрессирует быстрее и полнее всех остальных ПЭ-реакций, особенно у пациентов с преимущественными высыпаниями акне [14].

Таким образом, зачастую на первый план в картине заболевания выходят психоэмоциональные проблемы, нежели тяжесть поражения кожи. Более того, пациенты, предъявляющие врачу жалобы по поводу особой тяжести своего кожного процесса, как правило, таковой не имеют [15].

Для оценки степени выраженности ПЭР при акне, а также их динамики после лечения, помимо основного клинического психодиагностического метода исследования, используют различные опросники, которые содержат определенное количество вопросов, касающихся самых разнообразных сторон жизни пациента, и в частности его ПЭ реакции на свой кожный процесс [16–20].

Цель – выявить степень психоэмоциональной дезадаптации больных акне средней степени тяжести и оценить ее динамику по окончании терапии фиксированной комбинацией «бензоила пероксид 5% + клиндамицин 1%» в сочетании с фотодинамической терапией.

Материал и методы

Открытое рандомизированное сравнительное исследование оценки влияния на психоэмоциональный статус больного акне средней степени тяжести комбинированной терапии фиксированной комбинации «бензоила пероксид 5% + клиндамицин 1%» (гель «Зеркалин Интенсив», ЯДРАН ГАЛЕНСКИ ЛАБОРАТОРИЙ а.о., Хорватия) в сочетании с фотодинамической терапией (гр. I) в сравнении с монотерапией гелем «Зеркалин Интенсив» (гр. II).

Критерии включения: пациенты мужского и женского пола в возрасте старше 18 лет с акне средней степени тяжести и локализаций высыпаний на лице.

Критерии невключения: повышенная чувствительность к клиндамицину, линкомицину, бензоила пероксиду и/или к любому из компонентов препарата; болезнь Крона, язвенный колит, псевдомембранозный колит, в т.ч. в анамнезе; наличие повышенной чувствительности на любой из компонентов препарата; возраст участников менее 18 лет; период беременности и кормления грудью; наличие иных дерматозов с локализацией на лице; участие в других клинических исследованиях.

Критерии исключения: отказ от проводимой терапии и/или участия в исследовании; нарушение схемы применения препарата или появление тяжелых нежелательных побочных реакций, требующих отмены препарата.

Исследование проводили на базе кафедры Клиники кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова и Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского Сеченовского Университета. Продолжительность периода наблюдения пациентов – 12 недель.

Оценку психоэмоциональной дезадаптации у 60 пациентов (34 мужчины и 26 женщин) с установленным диагнозом акне средней степени тяжести проводили до и по окончании (три месяца) противоугревой терапии. Возраст мужчин варьировал от 18 до 32 лет (в среднем 23,1 ± 2,6 года), возраст женщин – от 19 до 38 лет (в среднем 25,4 ± 3,8 года).

У всех наблюдаемых пациентов до и по окончании терапии оценивали дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ), позволяющий количественно определить степень деструктивного воздействия патологии на психосоциальное благополучие больных, включая межличностные коммуникации, профессиональную деятельность, физическую активность и социальную адаптацию. Данный метод анамнестического анкетирования, разработанный F.Y. Finlay (Уэльский университет, Великобритания), используется дерматологами для оценки степени негативного влияния дерматоза на различные аспекты жизни больного. ДИКЖ может быть использован как критерий оценки тяжести состояния больного, а также в динамике – в качестве критерия эффективности проводимой терапии.

Русифицированная версия индекса A.Y. Finlay подготовлена и апробирована на валидность Н.Г. Кочергиным на кафедре кожных и венерических болезней лечебного факультета Сеченовского Университета и предлагается для применения в практических и научных целях. Вопросы специальной анкеты адресованы самому больному.

На каждый вопрос пациент должен дать один ответ из четырех предложенных, отражающих степень ущемления (очень сильно, сильно, не сильно, нет воздействия). Каждый ответ имеет свой числовой показатель (соответственно 3, 2, 1, 0), а сумма из 10 баллов и составляет ДИКЖ конкретного больного на данный отрезок времени, находящийся в пределах от 0 до 30. Чем выше показатель, тем более негативно заболевание сказывается на качестве жизни пациента.

Дебют акне в пубертатном периоде совпадает с периодом значительных изменений как во внешнем облике подростка, так и в процессе его социальной интеграции. Данными девиациями частично и объясняется воздействие акне на психику пациента, особенно на его эмоциональное здоровье и самоидентификацию, приводя в ряде случаев к формированию психоэмоциональных расстройств нозогенной природы. В повседневной практике влияние акне на психологические аспекты и качество жизни в основном определяется врачом, скорее, по клиническому впечатлению, чем на основе формализованного опроса. Однако оценка специалиста относительно психоэмоционального статуса у пациентов с акне не всегда бывает точной и адекватной. Имеющиеся опросники для оценки общего состояния здоровья (в частности, весьма популярный ДИКЖ) полезны, когда влияние акне сравнивается с влиянием других заболеваний,

но таким анкетам не достает чувствительности для оценки психосоциальных воздействий акне на пациента. Для устранения этих недостатков нами был задействован специфический для акне психометрический инструмент с различным количеством параметров или пунктов – опросник Оценка психологического и социального эффектов акне (Assessment of the Psychological and Social Effects of Acne, APSEA). Опросник APSEA включает 15 вопросов. Первые шесть, в зависимости от отмеченной клетки с ответом, оцениваются баллами 9, 6, 3, 0. Для ответов на последние девять вопросов (с 7-й по 15-й) применяется визуальная аналоговая шкала с делениями от 0 до 10. Наибольшее количество баллов (144) указывает на максимальную степень психологического и социального воздействия акне на пациента. Финальным является определение уровня APSEA в одном из пяти балльных интервалов: 1–28 – незначительный, 29–57 – низкий, 58–86 – средний, 87–115 – высокий, 116–144 – очень высокий.

Методом рандомизации в равноценные по общему количеству и соотношению полов пациенты были распределены в две терапевтические группы (по 17 мужчин и 13 женщин соответственно). Первая группа (гр. I) на протяжении трех месяцев получала комбинированную терапию в виде наружного нанесения на кожу фиксированной комбинации «БП 5% + клиндамицин 1%» в сочетании с фотодинамической терапией. Вторая группа (гр. II) получала монотерапию в виде наружного нанесения на кожу фиксированной комбинации «бензоила пероксид 5% + клиндамицин 1%».

Клиндамицин – антибиотик (группа линкозамиды), обладающий бактериостатическим действием в отношении грамположительных аэробных микроорганизмов и широкого спектра анаэробных бактерий. Клиндамицин связывается с 50S субъединицей рибосом восприимчивых бактерий и, препятствуя транспорту пептидила, предотвращает удлинение пептидных цепей. Действие клиндамицина является в основном бактериостатическим, тем не менее высокие концентрации могут оказывать медленное бактерицидное воздействие в отношении аффинных к нему штаммов. БП является высоколипофильным окислителем с бактерицидным и слабым кератолитическим действием. БП обладает неспецифическим бактерицидным механизмом действия, образуя активные формы кислорода, которые препятствуют появлению резистентных к клиндамицину микроорганизмов. Противоугревая эффективность БП обусловлена также противовоспалительным и комедонолитическим действиями.

Пациенты обеих терапевтических групп наносили гель Зеркалин Интенсив один раз в сутки (вечером) тонким слоем на предварительно очищенное, сухое лицо в течение 12 недель.

Фотодинамическая терапия (ФДТ) – метод лечения отдельных дерматозов, основанный на применении светочувствительных веществ (фотосенсибилизаторов) и света определенной длины волны. Сенсибилизатор вводится в организм чаще всего внутривенно, но может применяться аппликационно или *per os*. Вещества для ФДТ обладают свойством избирательного накопления в тканях. Затем пораженные патологическим процессом участки тела облучают светом с длиной волны, соответствующей или близкой к максимуму поглощения красителя. Поглощение молекулами фотосенсибилизатора квантов света в присутствии кислорода приводит к фотохимическим реакциям, в результате которых молекулярный триплетный кислород превращается в синглетный либо образуется большое количество высокоактивных кислородсодержащих радикалов, индуцирующих гибель клеток по механизму некроза и апоптоза. Был задействован аппарат Revixan Duo Light COMBI (Ревиксан, Россия). Медицинский прибор представляет собой пятипанельный излучатель-трансформер, состоящий из 900 светодиодов (300 синего света: λ = 400 ± 2 нм, до 200 мВт/см^2; красный, λ = 660 ± 2 нм, до 200 мВт/см^2), присоединенный при помощи складываемого кронштейна к стойке на шасси. В качестве наружно наносимого фотосенсибилизатора использовался гель Revixan Derma Acne.

Пациенты I группы в качестве базисной терапии акне получали курс ФДТ с периодичностью один раз в неделю в течение 12 недель, то есть суммарно 12 процедур. С каждой последующей процедурой интенсивность синего света постепенно уменьшалась – с 80 до 60 мВт/см^2, а красного увеличивалась – с 60 до 100 мВт/см^2.

Проведение данного исследования было одобрено локальным этическим комитетом Сеченовского Университета (выписка из протокола № 04-26 очередного заседания локального этического комитета от 20.02.2026 г.).

Статистический анализ полученных данных проводили с использованием программ Microsoft Excel 11 и SPSS Statistics 17.0. Для количественных данных рассчитывали средние значения (M), стандартные отклонения (M ± σ), медиану и квартили (Me (Q25; Q75)). Для оценки различий между двумя зависимыми выборками использовали непараметрический статистический критерий Вилкоксона. Уровень значимости (p) принимался равным < 0,05.

Результаты

Анализ исходных показателей индекса ДИКЖ до начала лечения выявил значительное влияние акне на качество жизни пациентов. Большинство респондентов отмечали социальную дезадаптацию: трудности в коммуникации с близкими и коллегами, а также зависимость выбора гардероба от состояния кожи. Значительная часть времени пациентов уходила на уход за кожей, поиск информации и маскировку высыпаний. Гендерные различия проявились в том, что женщины чаще испытывали сложности в общении с противоположным полом. При этом представители обоих полов сообщали о психологическом дискомфорте в ситуациях, требующих обнажения (бассейн, спортзал), из-за страха негативной оценки окружающими. Кроме того, акне становилось при-

чиной пропусков работы или учебы: с подобной проблемой сталкивались половина опрошенных женщин и четверть мужчин.

До начала противоугревой терапии среднее значение ДИКЖ не имело достоверных различий в сравниваемых группах как у мужчин (10,27 ± 1,56 гр. I против 10,51 ± 1,62 гр. II; p > 0,5), так и у женщин (14,62 ± 2,88 гр. I против 14,51 ± 3,17 гр. II; p > 0,5). Вместе с тем как в гр. I (10,27 ± 1,56 против 14,62 ± 2,88; p < 0,05), так и в гр. II (10,51 ± 1,62 против 14,51 ± 3,17; p < 0,05) отмечались достоверные различия значений ДИКЖ между мужчинами и женщинами, достигшие 1,42 и 1,38 раза соответственно. У мужчин значение ДИКЖ составило 34,2% (гр. I) и 35% (гр. II) от максимального значения; у женщин этот показатель в обеих группах был равным 48,7%.

Анализ среднего значения балла по каждому из десяти пунктов ДИКЖ у мужчин и женщин в обеих терапевтических группах показал, что наиболее высокие значения баллов у мужчин обеих групп выявлены при ответе на вопросы: «Насколько застенчивы, подавлены или замкнуты вы были из-за вашего кожного заболевания? Как часто из-за состояния кожи у вас возникали проблемы общения с партнерами или с кем-либо из близких друзей или родственников? Насколько большими были проблемы, связанные с лечением кожи (беспорядок в доме из-за этого или нехватка времени на другие дела и т.п.)?» – 1,51 ± 0,23; 1,39 ± 0,32; 1,42 ± 0,13 – гр. I и 1,55 ± 0,14; 1,44 ± 0,17; 1,38 ± 0,11 – гр. II. У женщин в обеих группах наиболее высокие баллы отмечены при ответе на вопросы 2, 4 и 9 – 2,04 ± 0,31; 1,75 ± 0,16; 1,74 ± 0,16 – гр. I и 1,79 ± 0,29; 1,89 ± 0,18; 1,64 ± 0,2 – гр. II.

На втором месте по степени негативного влияния состояния кожи лица на качество жизни у мужчин оказались ответы на вопросы: «Насколько сильно состояние кожи в последнее время затрудняло ваши занятия какими-либо видами спорта? Вынуждены ли вы были на прошлой неделе не ходить на работу или учебу из-за состояния кожи? Если «нет», насколько сильно ваша кожа создавала вам проблемы на работе или учебе? Насколько сильно состояние вашей кожи в последнее время создавало вам сексуальные трудности?» – 1,27 ± 0,22; 0,86 ± 0,11; 1,06 ± 0,26 – гр. I и 1,15 ± 0,17; 0,92 ± 0,09; 1,13 ± 0,25 – гр. II; у женщин – на вопросы 3, 7 и 8 – 1,58 ± 0,22; 1,54 ± 0,22; 1,55 ± 0,12 – гр. I и 1,42 ± 0,29; 1,39 ± 0,27; 1,52 ± 0,26 – гр. II.

Наименьшие значения у мужчин показали ответы на вопросы 1, 3 и 4 – 0,69 ± 0,15; 0,61 ± 0,09; 0,38 ± 0,08 – гр. I и 0,65 ± 0,11; 0,68 ± 0,18; 0,42 ± 0,12 – гр. II; у женщин ответы на вопросы 1 и 6 – 1,1 ± 0,21; 0,98 ± 0,06 – гр. I и 0,94 ± 0,22; 1,19 ± 0,14 – гр. II.

С целью оценки более специфического влияния акне на психоэмоциональный статус пациентов после тестирования ДИКЖ, у всех пациентов после рандомизации и перед назначением соответствующей терапии было проведено мониторирование с помощью специфического для данного дерматоза индекса APSEA, позволяющего выявить психологические и социальные эффекты, оказываемые акне.

До начала противоугревой терапии среднее значение индекса APSEA не имело достоверных различий в сравниваемых группах как у мужчин (59,12 ± 3,62 гр. I против 57,93 ± 4,19 гр. II; p > 0,5), так и у женщин (88,94 ± 4,32 гр. I против 90,15 ± 3,54 гр. II; p > 0,5). Вместе с тем как в гр. I (59,12 ± 3,62 против 88,94 ± 4,32; p <0,05), так и в гр. II (57,93 ± 4,19 против 90,15 ± 3,54; p < 0,05) отмечались достоверные различия в значениях индекса APSEA между мужчинами и женщинами – 1,50 и 1,56 раза соответственно. Если у мужчин обеих групп уровень APSEA от максимального значения приблизился к промежуточному значению «низкий – средний» (41% – гр. I и 40,2% – гр. II), то у женщин каждой из групп его показатели находились в начальной зоне оценочного диапазона «высокий» (61,8% – гр. I и 62,6% – гр. II).

У мужчин наибольшие значения APSEA регистрировались при ответе на вопросы о «желании выглядеть в данный момент лучше» (6,82 ± 0,11 и 6,31 ± 0,08 в гр. I и II соответственно), отрицании утверждений об «удовлетворении собой в целом в данный момент» (6,75 ± 0,06 и 6,39 ± 0,19) и «продолжении наслаждаться тем же, чем и раньше» (5,29 ± 0,15 – гр. II).

У женщин наибольшие значения регистрировались при ответе на вопросы о «желании выглядеть в данный момент лучше» (7,81 ± 0,04 и 7,22 ± 0,13 в гр. I и II соответственно) и «внешность уменьшает шансы на получение работы» (6,49 ± 0,06 и 6,85 ± 0,11); об отрицании утверждений «нравится, как в данный момент я выгляжу на фотографии» (8,1 ± 0,05 и 7,24 ± 0,08), «удовлетворении собой в целом в данный момент» (7,66 ± 0,09 и 6,71 ± 0,2), «продолжении наслаждаться тем же, чем и раньше» (6,43 ± 0,2 и 6,51 ± 0,12).

На втором месте в контексте негативности у мужчин были ответы на вопросы: «внешность уменьшает шансы на получение работы» (4,81 ± 0,22 – гр. I), «заболевание затрудняет пользование общественными кабинами для переодевания, бассейном» (4,43 ± 0,32 – гр. II) и об отрицании утверждения «нравится, как в данный момент я выгляжу на фотографии» (4,92 ± 0,08 и 5,79 ± 0,26 в гр. I и II соответственно). У женщин на втором месте по показателям негативности влияния акне на психоэмоциональный статус оказались ответы на вопросы о «тревожных мыслях на прошлой неделе» (5,84 ± 0,14 и 6,38 ± 0,23 в гр. I и II соответственно), «невозможности успокоиться и расслабиться на прошлой неделе» (6,11 ± 0,26 и 5,97 ± 0,2), «большей раздражительности, чем обычно» (5,87 ± 0,17 и 5,29 ± 0,23), «затруднении совершения очных покупок в магазине» (6,16 ± 0,12 – гр. II), «трудностях в общении с друзьями» (5,52 ± 0,15 – гр. I) и «затруднении общения в ресторане, в гостях» (5,83 ± 0,05 – гр. I).

Наименее показательными у мужчин оказались ответы на вопросы о «тревожных мыслях на прошлой неделе» (2,55 ± 0,32 и 2,11 ± 0,03 в гр. I и II соответственно), «невозможности успокоиться и расслабиться на прошлой неделе» (2,14 ± 0,25 и 2,11 ± 0,03), «чувстве

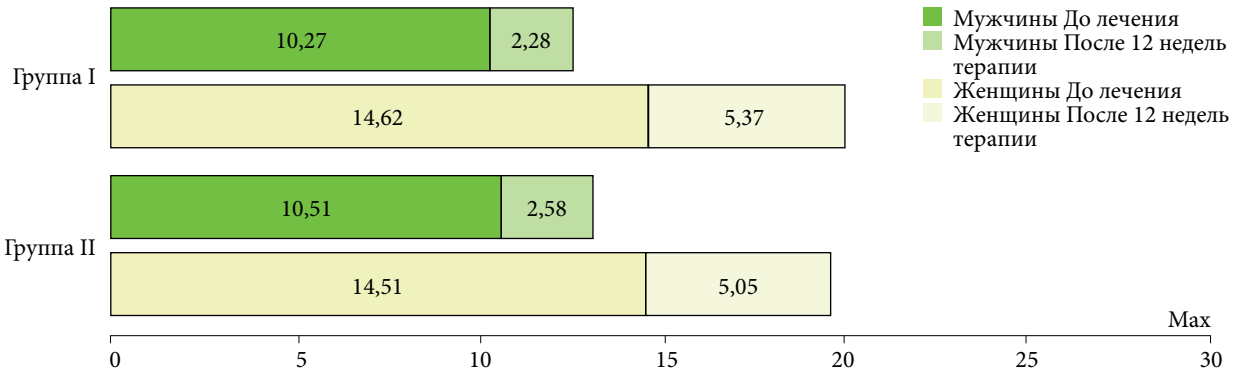


Рис. 1. ДИКЖ до и после лечения

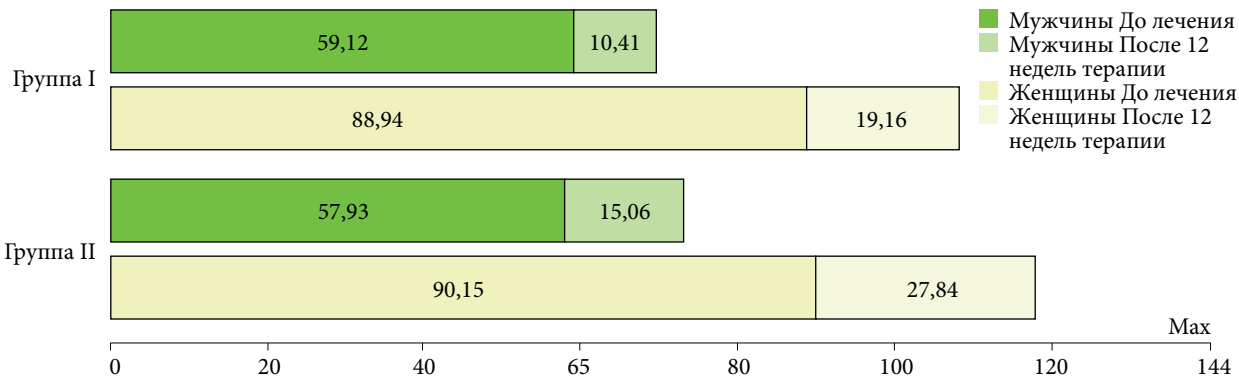


Рис. 2. Индекс APSEA до и после лечения

беспомощности и ненужности» (2,87 ± 0,19 и 2,61 ± 0,04) и «затруднении совершения очных покупок в магазине» (2,53 ± 0,11 и 2,78 ± 0,11). У женщин наименьшая значимость оказалась у вопросов о «чувстве беспокойства на прошлой неделе» (2,83 ± 0,12 и 2,76 ± 0,1 в гр. I и II соответственно), «трудностях в общении с друзьями» (4,68 ± 0,11 – гр. II) и о «затруднении поездок на выходные» (3,57 ± 0,22 – гр. I).

По окончании курса противоугревой терапии как у мужчин, так и у женщин в обеих группах отмечалось существенное уменьшение значения ДИКЖ. Средний показатель ДИКЖ у мужчин не имел статистически достоверных различий ($p > 0,5$) между группами и составил 2,28 ± 0,13 (гр. I) и 2,58 ± 0,09 (гр. II), составив 7,6 и 8,6% от макс. ДИКЖ ($p > 0,05$). У женщин значения ДИКЖ также не имели достоверных отличий ($p > 0,5$) между сравниваемыми группами – 5,37 ± 0,14 (гр. I) и 5,05 ± 0,21 (гр. II), составив 17,9 и 16,8% от макс. ДИКЖ ($p > 0,05$), но продемонстрировав достоверные отличия ($p < 0,05$) с таковыми показателями динамики у мужчин (рис. 1).

У мужчин обеих групп наблюдалось полное отсутствие жалоб на вопросы о «влиянии состояния кожи на затруднения с походами в магазин или уборку по дому» и «зависимость выбора одежды от состояния кожи». При этом наиболее значимыми для них и с наибольшим количеством баллов оказались вопросы о «сексуальных трудностях, связанных с состоянием кожи» и «трудностях противоугревой терапии, связанных с делами по дому». Женщин (хотя и в значительно меньшей степени, чем до начала терапии) продолжали волновать вопросы, связанные с «походами в магазин, уборкой в доме, саду», «выбором одежды», «пропусками места работы, учебы», «проблемами в общении с близкими родственниками, друзьями» и «сексуальной активностью».

По окончании курса терапии как у мужчин, так и у женщин в обеих группах отмечалось существенное уменьшение значения индекса APSEA (рис. 2). Средний показатель этого индекса у мужчин продемонстрировал статистически достоверные различия ($p < 0,05$) между сравниваемыми терапевтическими группами и составил 10,41 ± 0,38 (гр. I) и 15,06 ± 0,75 (гр. II), то есть 7,23 и 10,46% от максимального значения APSEA ($p < 0,05$). У женщин обеих терапевтических групп значения конечного показателя APSEA также носили статистически достоверные различия ($p < 0,05$) – 19,16 ± 0,66 (гр. I) и 27,84 ± 1,04 (гр. II), составив 13,3 и 19,33% от максимального значения APSEA ($p < 0,05$).

Различия в конечных значениях APSEA между мужчинами и женщинами составили 1,84 (гр. I) и 1,85 (гр. II) раза ($p > 0,5$). Уровень APSEA в обеих терапевтических группах укладывался в интервал «незначительный» – 1–28 баллов.

При оценке финальных баллов ответов на вопросы оценочных шкал индекса APSEA к сроку окончания терапии все мужчины основной группы отмечали, что на прошлой неделе их больше не беспокоили тревожные мысли и они полностью контролировали

свое эмоциональное состояние (ответы на вопросы 1 и 2). Также у всех обследуемых исчезли чувство беспомощности и затруднения при совершении очных покупок в магазине (ответ на вопросы 9 и 10).

Наименьший психоэмоциональный дискомфорт продемонстрировали ответы на вопросы о «чувстве беспокойства на прошлой неделе», «повышенной, чем обычно, раздражительности» (гр. I, ответы на вопросы 3 и 8); «невозможности расслабиться на прошлой неделе» и «ощущении собственной беспомощности» (гр. II, ответы на вопросы 2 и 9). Также минимальные баллы в обеих группах мужчин фиксировали при ответах на вопросы о «затруднениях, оказываемых акне, при пользовании общественными кабинами для переодевания, бассейном» и «влиянии состояния кожи на шансы найти работу» (вопросы 14 и 15).

Наибольшие баллы в обеих группах мужчин зафиксированы при ответах на вопросы о «положительной оценке своего внешнего вида в данный момент», «желании выглядеть лучше», «удовлетворенность собой в целом» и «получении удовольствия от жизни, как и раньше» (ответы на вопросы 4, 5, 6 и 7).

Женщины наименьший психоэмоциональный дискомфорт подтвердили, отвечая на вопросы о «чувстве беспокойства на прошлой неделе», «затруднениях при поездке за город, на экскурсии» и «затруднениях при обеде вне дома» (гр. I, ответы на вопросы 3, 12 и 13). Также минимальные баллы в обеих группах женщин фиксировали при ответах на вопросы об «ощущении собственной беспомощности» и «затруднениях при пользовании общественными кабинами для переодевания, бассейном» (вопросы 9 и 14).

Наибольшие баллы в обеих группах женщин зафиксированы при ответах на вопросы об «удовлетворенности собственной фотографией», «желании выглядеть лучше», «удовлетворенность собой в целом» и «получении удовольствия от жизни, как раньше» (ответы на вопросы 4, 5, 6 и 7). Вместе с тем в группе сравнения продолжали оказывать негативное влияние на психоэмоциональный статус аспекты жизни, ассоциируемые с вопросами о «тревожных мыслях на прошлой неделе», «невозможности успокоиться на прошлой неделе», «затруднениях при поездке на выходные за город, экскурсию» и «затруднениях, оказываемых акне, при пользовании общественными кабинами для переодевания, бассейном» (вопросы 1, 2, 12 и 14).

Обсуждение

У всех обследованных пациентов до начала противоугревой терапии удалось выявить наличие психоэмоциональной дезадаптации нозогенной природы, сформировавшейся за время болезни как адекватная реакция психики на психосоциальное воздействие, оказываемое акне. Выявленные расстройства, как по частоте встречаемости, так и по выраженности, преобладали у женщин ввиду гендерных особенностей психоэмоциональной конституции.

Наиболее частой жалобой выступали: сниженный фон настроения, повышенная утомляемость, сужение сферы интересов и круга общения, негативация самооценки, чувство неуверенности в себе, замкнутость. Многие пациенты (в основном женщины) отмечали потерю интереса к ним со стороны противоположного пола, охлаждение отношений с родителями. Причем симптомы психоэмоционального дискомфорта были особенно выражены в предменструальный период и характеризовались трудностью концентрации внимания, повышенной утомляемостью, изменением сна (гипер- или инсомнии), лабильностью настроения, дивиациями в пищевом поведении.

С целью объективизации выявленных при опросе пациентов жалоб на психоэмоциональный дискомфорт было проведено тестирование при помощи опросника ДИКЖ из 10 пунктов.

У мужчин значение ДИКЖ составило 34,2% (гр. I) и 35% (гр. II) от максимального значения; у женщин этот показатель в обеих группах составил 48,7%. Полученные значения ДИКЖ, составляющие треть (мужчины) и половину (женщины) от максимального его значения, согласуются с концепцией обратной зависимости выраженности ПЭР от тяжести и давности кожного поражения, что объясняется ПЭ-адаптацией к персистенции акне, сформировавшейся за время болезни. В отличие от легких и недлительное время существующих (меньше года) акне, при которых, по данным отечественных и зарубежных исследователей, регистрируются максимальные значения ДИКЖ.

Поскольку ДИКЖ является неспецифическим опросником для больных акне и может применяться как неспецифический психологический тест при любом дерматозе, для корректировки его результатов в работе был задействован специфический для акне опросник APSEA, позволяющий выявить психологические и социальные эффекты, оказываемые заболеванием. Если у мужчин обеих групп уровень APSEA приблизился к промежуточному значению «низкий – средний» (41% – гр. I и 40,2% – гр. II – от максимального значения в 144 балла), то у женщин каждой из групп его показатели находились в начальной зоне оценочного диапазона «высокий» (61,8% – гр. I и 62,6% – гр. II – от максимального значения).

После курса противоугревой терапии у всех пациентов отмечался регресс психопатологической симптоматики. Причем более выраженная негативация ПЭР отмечалась в гр. I, в которой зарегистрирована более выраженная динамика воспалительных и невоспалительных акне, а также снижение салообразования (по данным аппаратной 3D-визуализации).

По окончании курса противоугревой терапии как у мужчин, так и у женщин в обеих группах отмечалось существенное снижение баллов ДИКЖ: средний показатель у мужчин продемонстрировал снижение на 77,8 и 75,4% от исходного ($p > 0,05$); у женщин значения снизились на 63,3 и 65,2% ($p > 0,05$) и имели достоверные отличия ($p < 0,05$) с таковыми показателями динамики у мужчин.

Если ДИКЖ по окончании терапии не имел статистически значимых межгрупповых различий (как у мужчин, так и у женщин), то средний показатель APSEA продемонстрировал статистически достоверные различия ($p < 0,05$) между сравниваемыми терапевтическими группами у мужчин, снизившись соответственно на 82,39 и 74% от исходных значений ($p < 0,05$). У женщин обеих терапевтических групп значения конечного показателя APSEA также имели статистически достоверные различия ($p < 0,05$), снизившись соответственно на 78,45 и 69,12% от исходных значений ($p < 0,05$).

Заключение

Таким образом, применение фиксированной комбинация «бензоила пероксид 5% + клиндамицин 1%» в виде геля как в сочетании с фотодинамической терапией, так и без ФДТ при акне средней степени тяжести оказывает выраженное положительное влияние на динамику психоэмоциональных расстройств, улучшая качество жизни пациентов. Использование индекса APSEA вместо неспецифического ДИКЖ выявило гендерные различия и статистически более значимую динамику психоэмоциональных расстройств у пациентов гр. I, получавших комбинированную терапию, соотносимую с более выраженной динамикой симптомов акне.

Конфликт интересов. *Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

Финансирование. *Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.*

Вклад авторов. *Авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).*

Литература

1. Адаскевич В.П. Акне и розацеа. СПб: Ольга, 2000.
2. Забненкова О.В. Этиопатогенетическое лечение acne vulgaris. Обзор литературы. Вестник эстетической медицины. 2002; 2 (1): 105–115.
3. Cargnello A.J. Acne: what's new? MJA. 1996; 165: 153–158.
4. Webster G.F. Acne vulgaris. Br. J. Dermatol. 2002; 325: 475–479.
5. Layton A.M. Psychosocial aspects of acne vulgaris. J. Cutan. Med. Surg. 1998; 2 (3): 19–23.
6. Mallon E.M., Newton J.N., Klassen A., et al. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using general questionnaires. Br. J. Dermatol. 1999; 140 (4): 672–676.
7. Иванов О.Л., Самгин М.А., Львов А.Н. и др. Психоэмоциональные расстройства у больных акне различной степени выраженности. Сб. трудов юбил. науч.-практич. конфер. «Современные вопросы дерматологии и венерологии». М., 2002: 39–41.
8. Монахов С.А., Самгин М.А., Львов А.Н., Остришко В.В. Особенности личности и психоэмоциональные расстройства у больных акне. Актуальные вопросы дерматовенерологии (материалы тезисов научно-практической конференции, посвященной 110-летию СГМУ). Томск, 2002: 75–77.
9. Gupta M.A., Gupta A.K. The psychological comorbidity in acne. Clin. Dermatol. 2001; 19: 360–363.
10. Ivanov O.L., Samgin M.A., Monakhov S.A., et al. Psychophysiologic disorder in acne patients. JEADV (J. Eur. Acad. Derm. Venereol.). 2002; 16 (1): 123.
11. Van der Meeren H.L.M., van der Schaar W.W., van den Hurk C.M.A.M. The psychological impact of severe acne. Cutis. 1985; 36 (1): 84–86.
12. Kilkenny M., Stathakis V., Hibbert M.E., et al. Acne in Victorian adolescents: association with age, gender, puberty and psychiatric symptoms. J. Paediatr. Child Health. 1997; 33: 430–433.
13. Kellett S.C., Gawkrodger D.J. The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. Br. J. Dermatol. 1999; 140 (2): 273–282.
14. Rubinov D.R. Reduced anxiety and depression in cystic acne patient after successful treatment with oral isotretinoin. J. Am. Acad. Dermatol. 1987; 17: 25–32.
15. Salkovskis P.M. Cognitive factors on obsessive-compulsive disorders. In: Obsessive-Compulsive Disorders (S.A. Montgomery, ed.). Gosport: Ashford Colour Press, 1990.
16. Монахов С.А., Иванов О.Л., Самгин М.А., Львов А.Н. Психоэмоциональные расстройства у пациентов, страдающих акне. Российский журнал кожных и венерологических болезней. 2003; 4: 45–52.
17. Lasek R.J., Chren M.M. Acne vulgaris and the quality of life of adult dermatology patients. Arch. Dermatol. 1998; 134: 454–458.
18. Salek M.S., Knan G.K., Finlay A.Y. Questionnaire techniques in assessing acne handicap: reliability and validity study. Qual. Life Res. 1996; 5: 131–138.
19. Кочергин Н.Г., Самгин М.А., Монахов С.А., Игнатьев Д.В. Дерматологический индекс акне в практике дерматолога: сб. «Актуальные проблемы урогенитальных инфекций, передаваемых половым путем. Новые лекарственные препараты в дерматовенерологической практике». М., 2003: 58–59.
20. Кочергин Н., Самгин М., Монахов С., Игнатьев Д. Дерматологический индекс акне. Эстетическая медицина. 2004; 1 (III): 62–65.

Psychosocial Effects in Patients with Moderate Acne Treated with a Fixed Combination of 'Benzoyl Peroxide 5% + Clindamycin 1%' in Combination with Photodynamic Therapy

O.Yu. Olisova, PhD, Prof., Corresponding member of the RAS, A.V. Shishkova

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Anastasia V. Shishkova, dr.shepelevaavl@gmail.com

Acne is one of the most common dermatoses and a cause of psychoemotional disorders (PEDs) of nosogenic nature. Unlike other dermatoses, the severity of PEDs in acne often does not correlate with the severity of the skin process, and women with acne, due to constitutional personality characteristics, are psychologically more vulnerable. To assess the severity of PEDs in acne, as well as their dynamics after treatment, in addition to the main clinical psychodiagnostic research method, various questionnaires are used.

***Objective** – to identify the degree of psychoemotional (PE) maladaptation in patients with moderate acne and to evaluate its dynamics after therapy with a fixed combination of "benzoyl peroxide (BP) 5% + clindamycin 1%" in combination with photodynamic therapy.*

***Material and methods.** The assessment of PE maladaptation in 60 patients (34 men and 26 women) with an established diagnosis of moderate acne was performed before and after the completion (three months later) of anti-acne therapy. The age of men ranged from 18 to 32 years (mean 23.1 ± 2.6 years), and the age of women ranged from 19 to 38 years (mean 25.4 ± 3.8 years).*

In all observed patients, before and after the completion of therapy, the Dermatology Life Quality Index (DLQI) and the "Assessment of the Psychological and Social Effects of Acne" (APSEA) score were evaluated. Using randomization, two therapeutic groups were formed, equivalent in total number of participants and sex ratio (17 men and 13 women in each). Patients of the first group (gr. I) received, as therapy for moderate acne, a course of photodynamic therapy (PDT) and topically a gel of benzoyl peroxide (BP) 5% + clindamycin 1% once daily for 12 weeks. PDT was performed using the Revixan Duo Light COMBI device (Revixan, Russia) once a week for three months, i.e., a total of 12 procedures. With each subsequent procedure, the intensity of blue light was reduced from 80 to 60 mW/cm², while that of red light was increased from 60 to 100 mW/cm². Patients of the second group (gr. II) received monotherapy with BP 5% + clindamycin 1% gel once daily (in the evening) in a thin layer on previously cleansed, dry facial skin for 12 weeks.

***Results.** Before the start of anti-acne therapy, the mean DLQI value had no significant differences in the compared groups both in men (10.27 ± 1.56 in gr. I vs. 10.51 ± 1.62 in gr. II; $p > 0.5$) and in women (14.62 ± 2.88 in gr. I vs. 14.51 ± 3.17 in gr. II; $p > 0.5$). At the same time, both in the main group (10.27 ± 1.56 vs. 14.62 ± 2.88; $p < 0.05$) and in the comparison group (10.51 ± 1.62 vs. 14.51 ± 3.17; $p < 0.05$), significant differences in index values were noted between men and women, reaching 1.42 and 1.38 times, respectively. In men, the DLQI value was 34.2% (gr. I) and 35% (gr. II) of the maximum value; in women, this indicator in both groups was equal to 48.7%.*

Before the start of anti-acne therapy, the mean APSEA index value had no significant differences in the compared groups both in men (59.12 ± 3.62 in gr. I vs. 57.93 ± 4.19 in gr. II; $p > 0.5$) and in women (88.94 ± 4.32 in gr. I vs. 90.15 ± 3.54 in gr. II; $p > 0.5$). At the same time, both in gr. I (59.12 ± 3.62 vs. 88.94 ± 4.32; $p < 0.05$) and in gr. II (57.93 ± 4.19 vs. 90.15 ± 3.54; $p < 0.05$), significant differences in APSEA index values were noted between men and women, reaching 1.50 and 1.56 times, respectively. While in men of both groups the APSEA level approached the intermediate value "low – medium" (41% in gr. I and 40.2% in gr. II of the maximum), in women of each group its values were in the initial zone of the evaluation range "high" (61.8% in gr. I and 62.6% in gr. II of the maximum APSEA value).

After the completion of the anti-acne therapy course, both in men and women in both groups, the DLQI indicator in men had no statistically significant differences ($p > 0.5$) between the groups and amounted to 2.28 ± 0.13 (gr. I) and 2.58 ± 0.09 (gr. II), i.e., 7.6% and 8.6% of the maximum DLQI value ($p > 0.05$). In women, the DLQI values also had no significant ($p > 0.5$) differences between the compared groups — 5.37 ± 0.14 (gr. I) and 5.05 ± 0.21 (gr. II), amounting to 17.9% and 16.8% of the maximum DLQI value ($p > 0.05$).

After the completion of the therapy course, the mean APSEA indicator in men demonstrated statistically significant differences ($p < 0.05$) between the compared therapeutic groups and amounted to 10.41 ± 0.38 (gr. I) and 15.06 ± 0.75 (gr. II), i.e., 7.23% and 10.46% of the maximum APSEA value ($p < 0.05$). In women of both therapeutic groups, the values of the final index indicator also had statistically significant differences ($p < 0.05$) — 19.16 ± 0.66 (gr. I) and 27.84 ± 1.04 (gr. II), amounting to 13.3% and 19.33% of the maximum APSEA value ($p < 0.05$).

***Conclusion.** Using the APSEA index (unlike the nonspecific DLQI), which allows establishing the psychological and social effects of the disease, it was possible to identify gender differences and register statistically more substantial dynamics of PEDs in the main group of patients receiving combined therapy with the fixed combination "BP 5% + clindamycin 1%" in combination with PDT.*

***Keywords:** moderate acne, psychoemotional disorders, DLQI, APSEA, photodynamic therapy*

ЗЕРКАЛИН®
ИНТЕНСИВ



СТАРТОВАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ

для снижения местного воспаления в начале лечения[1-5]

ИССЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗАЛИ:

Видимые результаты отмечались через 1 неделю[1]

Полное разрешение высыпаний у 10% пациентов через 2 недели[2] и 80% - через 3 месяца терапии[3]

Уменьшение вероятности обострения акне в начале терапии изотретиноином[4]



Реклама

Комбинация *КЛИНДАМИЦИН 1% + БЕНЗОИЛА ПЕРОКСИД 5%* входит в клинические рекомендации РОДВК по лечению акне[6,7]

1. Круглова Л.С. И соавт. Медицинский алфавит, 2023: (5): 31-36 . DOI: 10.33667/2078-5631-2023-5-31-36. 2. Олисова О.Ю. и соавт. Российский журнал кожных и венерических болезней 2023; 26(6): 605–621. DOI: https://doi.org/10.17816/dv611037. 3. Рахматулина М.Р. и соавт. Вестник Дерматологии и Венерологии, 2024; 100(2): 42-51.doi: 10.25208/vdv16759. 4. Данные находятся в досье компании. 5. ЛВ/ОХЛП препарата Зеркалин® Интенсив. 6. Клинические рекомендации РОДВК по лечению акне, 2015. 7. Проект Клинических рекомендаций РОДВК по лечению акне, 2026 (07.09.2026)

ООО «ЯДРАН», 125196, г. Москва, ул. Лесная, д. 9, здание «Б»
Телефон: +7 (495) 970-18-82, www.Jadran.ru

ЯДРАН – специализированный дерматологический портфель для терапии акне

jgl

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ