



# Лечебно-косметическая линия «Айсида» в терапии акне

Д.м.н., проф. Е.С. СНАРСКАЯ

*В статье освещаются современные представления о патогенезе акне, основные положения Всемирного альянса по улучшению методов лечения акне (2009) и роль топических препаратов в комплексной терапии заболевания. Для комплексного лечения и ежедневного ухода за проблемной кожей в период ремиссии может быть рекомендована новая лечебно-косметическая линия «Айсида».*

Акне (acne vulgaris) – это генетически обусловленный хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся длительным, рецидивирующим течением. Патогенез акне подробно изучен за последние годы, выявлены основные его аспекты. Прежде всего, сальные железы представляют собой нейроэндокринный орган, регулирующий продукцию кожного сала. Установлены также следующие факты: процессу гиперкератинизации предшествует воспаление; пероксисом-пролиферирующие активированные рецепторы могут регулировать продукцию кожного сала; *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) влияют на степень выраженности воспаления через активацию толл-подобных рецепторов на мембранах клеток; андрогены регулируют пролиферацию фолликулярных корнеоцитов; оксидированные липиды кожного сала могут стимулировать продукцию медиаторов воспаления;

матричные металлопротеиназы обнаружены в каждом сале, уровень их снижается после лечения [1]. Мы согласны с высказываемым в литературе мнением о приоритетной роли избыточной продукции кожного сала, фолликулярного гиперкератоза, колонизации *Propionibacterium acnes* и воспалительной реакции в патогенезе вульгарных акне. Патофизиологический процесс при акне локализуется в области волосяного фолликула и сальной железы. Начало заболевания, степень остроты и длительность процесса во многом определяются наследственно обусловленной гиперандрогенией и связанной с ней избыточной продукцией кожного сала, интенсивностью колонизации *P. acnes*, которые влияют на степень выраженности воспаления и адекватность иммунного ответа организма [1]. С учетом сложности патогенеза и роли конституциональных особенностей организма ле-

чение акне предполагает длительное и последовательное воздействие на кожу в течение нескольких циклов обновления эпителиального пласта. Знание основных патогенетических механизмов развития заболевания позволяет наиболее рационально и эффективно применять различные базовые противоугревые средства, назначать адекватные косметические процедуры и рекомендовать индивидуальный домашний уход. Терапевтическая стратегия определяется степенью тяжести заболевания и традиционно включает общую и наружную терапию. На 20-м Всемирном конгрессе по дерматологии в Париже в 2002 г. была предложена классификация степени тяжести дерматоза: легкая степень – комедоны, папулопустулы (до 10 элементов); средняя – папуло-пустулы (более 10 элементов), узлы (до 5 узлов); тяжелая – узловатая (конглобатная). В настоящее время клиницистами широко применяется классификация, учитывающая тип и тяжесть поражений, развившиеся осложнения и психосоциальные последствия [1]. По данным наблюдений последних лет (2000–2010 гг.), среди пациентов, страдающих акне, преобладали больные с легкой и средней степенью тяжести течения процесса – 63% [2]. Установление диагноза акне редко вызывает серьезные затрудне-



Таблица 1. Степень тяжести течения и клинические проявления акне\*

Клинические проявления акне	Тип поражения	Степень тяжести		
		Легкая	Средняя	Тяжелая
Невоспалительные	Закрытые или открытые комедоны	Мало/ локализованы	Много	Очень много/ обширное поражение
Воспалительные	Папулы (менее 5 мм)	Мало/нет	Много	Очень много
	Пустулы (менее 5 мм)	Локализованы	Мало	Обширно
	Узелки (более 5 мм)	Нет	Мало	Много
Осложнения	Рубцы	Нет	Нет	Есть
	Стойкая пигментация			Есть
	Келоиды			Есть
Психосоциальное воздействие		Есть	Выражено	Значительно выражено

\* Адаптировано по [1].

ния у специалистов, наибольшие проблемы возникают при выборе тактики лечения пациентов. Это связано как с наличием огромного числа современных лечебно-косметологических препаратов, так и с необходимостью учета индивидуальных особенностей конкретного пациента.

При выборе терапии следует также учитывать наличие резистентных к антибиотикам (АБ) штаммов *P. acnes*, распространенность которых уже к началу 2000-х гг. в различных европейских странах составляла 51–95% [2]. Передача устойчивых штаммов между пациентами, развитие перекрестной резистентности и устойчивости бактерий в процессе лечения заставляют искать новые подходы к терапии акне.

В основных положениях Всемирного альянса по улучшению методов лечения акне (2009) [3] изложена стратегия терапии, направленная на снижение антибиотикорезистентности акне. Основные постулаты заключаются в недопустимости приема АБ пациентом без назначения врача; ограничении длительности применения топических форм АБ до 6–12 недель; использовании пероральных форм АБ только при средней и тяжелой степени акне; также следует избе-

гать применения АБ в качестве монотерапии и поддерживающей терапии акне; рекомендуется применение бензоилпероксида в течение 5–7 дней между курсами АБ с целью уменьшения резистентности микроорганизмов на коже [3].

Комбинированная базисная терапия акне предпочтительна для большинства больных с акне, при этом основой является местная терапия, которая включена во все стандарты лечения пациентов с акне различной степени тяжести. Современные топические препараты разнообразны и способны оказывать значительное влияние на целый ряд патогенетических механизмов развития акне; лечение должно быть длительным, а при достижении клинического эффекта назначается поддерживающая терапия с уменьшением кратности нанесения препарата. Для всех пациентов с акне целесообразно регулярное применение специальных лечебно-косметических средств, разработанных для проблемной кожи, в качестве ежедневного лечебно-косметического ухода (гели, лосьоны, мыла и др.).

Лечебные косметические средства позволяют осуществлять базовый уход за проблемной кожей в период ремиссии, а также могут допол-

нять медикаментозную терапию в период реконвалесценции [4, 5]. Высокая частота заболеваемости акне, риск развития осложнений требуют разработки инновационных методов терапии и индивидуальных схем ухода за кожей. Врач должен обучить пациента методам контроля над заболеванием и ухода за проблемной кожей.

Появление новых топических препаратов, предназначенных для ухода за проблемной кожей, в линии инновационной липосомальной косметики «Айсид» (компания «Витакеа») открывает новые возможности в лечении акне. Лечебно-косметическая линия «Айсид» создана на базе антисептика-стимулятора Дорогова (АСД), компоненты которого заключены в липосомальную фор-

Современные топические препараты разнообразны и способны оказывать значительное влияние на целый ряд патогенетических механизмов развития акне; лечение должно быть длительным, а при достижении клинического эффекта назначается поддерживающая терапия.



Компоненты «Айсиды» предупреждают инфицирование кожи, повышая местный иммунитет и активируя обменные процессы, при этом эффективно корректируют продукцию кожного сала.

му, и представлена несколькими формами: молочко очищающее, крем-гель для жирной и комбинированной кожи лица и тела, бальзам для проблемной кожи лица и тела, бальзам для жирной кожи головы, крем-гель для век.

АСД – уникальный комплекс биологически активных веществ, воздействующих практически на все структуры кожи. Это продукт животного происхождения, полученный путем пиролиза. Оригинальная методика сухой возгонки позволяет расщеплять органические вещества (белки, жиры, углеводы) до низкомолекулярных компонентов, которые по своей структуре являются строительным материалом клеток живого организма. АСД – мощный адаптоген, повышает устойчивость организма к вредным факторам окружающей среды. Содержащиеся в АСД предшественники белков заключены в липосомальную форму, благодаря которой осуществляется их целенаправленный транспорт через клеточные мембраны в глубокие слои кожи, что обеспечивает стимуляцию синтеза собственного коллагена, эластина и репарации клеток кожи [6].

Липосомы – «микрочтейнеры» размером 20–30 нм, состоящие из фосфолипидов. Липосомальная форма обеспечивает одновременную транспортировку гидрофильных и липофильных соединений, быстрый транспорт в глубокие слои кожи, благодаря высокой степени сродства с живыми клетками, и отсутствия необходимости применения поверхностно-активных веществ, которые являются сильными раздражителями.

Все низкомолекулярные компоненты косметической линии «Айсида» обладают универсальным и многокаскадным механизмом воздействия на кожу, обеспечивая, прежде всего, следующие эффекты:

- подавление синтеза провоспалительных цитокинов (интерлейкин-1, -6, -8; ФНО-альфа (фактор некроза опухоли альфа));
- снижение чувствительности рецепторов клеток к иммуноглобулину E;
- стимуляция интерферогенеза, подавление чрезмерной выработки иммуноглобулина E;
- активация гистаминазы;
- подавление синтеза ЦОГ-2 (циклооксигеназы второго типа) и простагландинов;
- повреждение клеточных стенок микроорганизмов и нарушение их белкового синтеза;
- подавление образования свободных радикалов и перекисного окисления липидов;
- блокада инициации каскада перекисного окисления липидов в мембранах и ядрах клеток;
- блокировка образования пероксидных радикалов и защита ДНК клеток кожи от повреждения.

ладает антиоксидантной активностью, стимулирует обновление клеток кожи, выработку коллагена, предотвращает разрушение гиалуроновой кислоты, составляющей основу внеклеточного матрикса дермы, способствует возвращению упругости, молодости и красоты кожи.

Компоненты «Айсиды» оказывают комплексное действие: предупреждают инфицирование кожи, повышая местный иммунитет и активируя обменные процессы, при этом эффективно корректируют продукцию кожного сала и не обладают комедогенным эффектом. Препараты для наружной терапии периорбитальной зоны должны отвечать особым требованиям: не вызывать пастозности и не раздражать слизистую глаз при достаточном содержании активных компонентов, так как для этой зоны характерен высокий темп клеточной пролиферации. Все манипуляции в периорбитальной области должны осуществляться по линиям наименьшего растяжения кожи век – от внутреннего угла глаза к наружному по верхнему веку и в обратном направлении по нижнему веку не ближе 5 мм от края века [5].

Липосомальная форма обеспечивает одновременную транспортировку гидрофильных и липофильных соединений, быстрый транспорт в глубокие слои кожи, благодаря высокой степени сродства с живыми клетками.

Благодаря уникальному сочетанию компонентов, заключенных в липосомы, препараты линии «Айсида» быстро устраняют воспаление, зуд, раздражение, предотвращают присоединение вторичной инфекции, восстанавливают и длительно увлажняют кожу [6]. Кроме АСД-комплекса компонентами линии, предназначенной для ухода за жирной и комбинированной кожей, являются коэнзим Q10, экстракт листьев и почек березы, эфирное масло лимонника китайского. Коэнзим Q10 об-

Специальные формы лечебно-косметической линии «Айсида», предназначенные для кожи век, лица, волосистой части головы, разработаны с учетом всех анатомических и физиологических особенностей этих зон и позволяют осуществлять полноценный ежедневный лечебно-косметический уход за проблемной кожей в период ремиссии и могут быть рекомендованы в комплексной терапии вульгарных угрей и себорейного дерматита. ☺



# Литература

## Е.С. СНАРСКАЯ

### Дерматокосметология: реальность и перспективы

1. *Atiyeh B.C., Ibrahim A.E., Dido S.A.* Cosmetic mesotherapy aesthetic // *Plast. Surg.* 2008. Vol. 25. P. 165–167.
2. Канцерогенез / Под ред. чл.-корр. РАМН Д.Г. Заридзе. М.: Научный мир, 2000. С. 15–18.
3. *Панова О.С.* Российская косметическая реальность: на пути к стандартизации // *Косметика & Медицина.* 2009. № 1. С. 78–80.
4. *Шарова А.* Кожа как эндокринный орган // *Косметика & Медицина.* 2009. № 1. С. 18–27.
5. *Смирнова И.О.* Перспективы лабораторной диагностики в экспериментальной и клинической дерматокосметологии // *Косметика & Медицина.* 2009. № 1 (Приложение). С. 6–10.

## Е.С. СНАРСКАЯ

### Лечебно-косметическая линия «Айсид» в терапии акне

1. *Самцов А.В.* Акне и акнеформные дерматозы. Монография. М.: Ютком, 2009. С. 72–73.
2. *Юцковская Я.А., Маркелова Е.В., Таран М.Г. и др.* Современный подход к лечению акне легкой и средней тяжести на фоне растущей антибиотикорезистентности // *Росс. журн. кожн. и вен. болезней.* 2011. № 6. С. 44–50.
3. *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. Vol. 60. Suppl. 5. P. S1–50.
4. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней / Под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти. М.: МЕДпресс-информ, 2008. С. 19–24.
5. Руководство по дерматокосметологии / Под ред. Е.Р. Аравийской, Е.В. Соколовского. СПб.: Фолиант, 2008. С. 353–376.
6. *Снарская Е.С., Кряжева С.С., Романенко Г.Ф.* Инновационная липосомальная линия «Айсид» и ее место в дерматокосметологической практике // Сборник статей научно-практической конференции дерматовенерологов ЦФ РФ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. 2011. С. 33–37.

## Е.В. ЧЕРНЫШ, Н.Е. МАНТУРОВА

### Сочетанное применение фракционной глубокой дермальной абляции с биологически активными препаратами SYSTEM nanogreen PROF1® при коррекции постакне

1. *Degitz K., Placzek M., Borelli C. et al.* Pathophysiology of acne // *J. Dtsch Dermatol. Ges.* 2007. Vol. 5. № 4. P. 316–323.
2. *Karsai S., Czarnicka A., Jünger M. et al.* Ablative fractional lasers (CO(2) and Er:YAG): a randomized controlled double-blind split-face trial of the treatment of peri-orbital rhytides // *Lasers Surg. Med.* 2010. Vol. 42. № 2. P. 160–167.
3. *Вихриева Н.С.* Лечение косметических дефектов кожи методом фракционного фототермолиза // *Эксперимент. и клин. дерматокосметология.* 2007. № 6. С. 11–19.

4. *Олисова О.Ю.* Новые возможности в лечении гиперпигментаций // *Эксперимент. и клин. дерматокосметология.* 2011. № 1. С. 46–49.
5. *Попова О.П., Ляшенко А.А., Вихриева Н.С., Лешков С.Ю.* О результатах сочетанного применения метода лазерного фракционного фототермолиза и отбеливающей косметической формулы Opti-white™ из профессиональной косметической линейки NG System Profi™. Данные предоставлены компанией «Экомир Экспортс».
6. *Попова О.П., Ляшенко А.А.* Отчет о результатах сочетанного применения метода лазерного фракционного фототермолиза и косметической формулы Regenerative (крем восстанавливающий) из профессиональной косметической линейки System nanogreen Profi. Данные предоставлены компанией «Экомир Экспортс».
7. *Stumpp O. et al.* Fractional deep dermal ablation (FDDA™) treatment: Combining the efficacy of a deeply ablative CO<sub>2</sub> laser device with the safety of a fractional treatment modality. 2007. Apr. Reliant Technologies, Inc. Mountain view, CA, University of California, Irvine, Dept. of Dermatology, CA.
8. *Краюшкин П.В., Фролова А.В.* Фракционная глубокая дермальная абляция. Особенности проведения процедуры с помощью лазера Fraxel re:pair // *Пластическая хирургия и косметология.* 2010. № 4. С. 675–680.
9. *Панова О.С.* Современная косметология – проблемы, поиски, решения // *Эксперимент. и клин. дерматокосметология.* 2003. № 1. С. 2–5.

## А.Б. ЯКОВЛЕВ

### Опыт лечения неосложненной микроспории гладкой кожи препаратом Ламизил 1% спрей

1. *Черкасский Б.Л.* Инфекционные и паразитарные болезни человека. Справочник эпидемиолога. М.: Медицинская газета, 1994. С. 388–390, 507–509.
2. *Климко Н.Н.* Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей. М.: Премьер МТ, 2007. 332 с.
3. *Маянский А.Н., Заславская М.И., Салина Е.В.* Введение в медицинскую микологию. Н. Новгород, 2003. 54 с.
4. *Мюллер Э., Лёффлер В.* Микология. М.: Мир, 1995. 344 с.
5. *Кулага В.В., Романенко И.М., Афонин С.Л., Кулага С.М.* Грибковые болезни и их осложнения. Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2010. 688 с.
6. *Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В.* Грибковые инфекции. Руководство для врачей. М.: Бином-пресс, 2003. 440 с.
7. *Шеклаков Н.Д., Степанова Ж.В., Лещенко В.М.* Методические рекомендации по эпидемиологии, клинике, диагностике и лечению больных микроспорией. М., 1983. 11 с.
8. *Marks R., Dawber R.P.* Skin surface biopsy: an improved technique for the examination of the horny layer // *Br. J. Dermatol.* 1971. Vol. 84. № 2. P. 117–123.
9. *Kibbler C.C., Mackenzie D.W.R., Odds F.C.* Principles and practice of clinical mycology. New York-Toronto-Singapore: J. Wiley & Sons, 1996. 276 p.
10. *Аравийская Р.А., Климко Н.Н., Васильева Н.В.* Диагностика микозов. СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2004. 186 с.
11. *Рукавишников В.М.* Микозы стоп. М., 2003. 330 с.
12. *Richardson M.D., Warnock D.W.* Fungal infection: diagnosis and