



¹Городская
клиническая больница
им. В.Г. Короленко
№ 14, Москва

²Центр
теоретических
проблем физико-
химической
фармакологии РАН

Комплексная терапия акне у женщин

Н.Н. Коротаева¹, Е.В. Дворянкова², И.М. Корсунская²

Адрес для переписки: Ирина Марковна Корсунская, marykor@bk.ru

Представлены данные опыта клинического применения низкодозированного орального контрацептива с антиандрогенным эффектом Джес Плюс в составе комбинированной терапии у женщин репродуктивного возраста, страдающих акне средней степени тяжести. Показано, что комбинированная терапия препаратом Джес Плюс в сочетании с гелем Скинорен является эффективным и безопасным методом. Спустя 6 месяцев от начала терапии у всех больных наблюдался полный регресс высыпаний. При этом не только улучшилось состояние кожи, но и нормализовался гормональный фон.

Ключевые слова: акне, гиперандрогения, комбинированные оральные контрацептивы, Джес Плюс, Скинорен

Несмотря на разнообразие методов терапии акне, поиск новых препаратов и схем лечения данного заболевания по-прежнему актуален. В основе заболевания лежит патологический фолликулярный кератоз устьев выводных протоков сальных желез, избыточное образование секрета сальных желез, размножение *Propionibacterium acnes* и воспаление.

Результаты ряда клинических исследований подтверждают влияние генетических факторов на патогенез и тяжесть течения акне. Отмечено, что у большинства больных акне имеется отягощенный семейный анамнез по данному заболеванию [1].

Как правило, дебют акне приходится на период полового созревания. При этом заболевание обычно протекает доброкачественно и постепенно разрешается к 17–20 годам. Акне у взрослых может стать продолжением заболевания, возникшего в подростковом возрасте, после периода ремиссии, отделяющего акне взрослых от акне пациентов пубертатного возраста. В ряде случаев дебют заболевания приходится на постювенильный период.

В последнее время возросла частота встречаемости акне взрослых (*acne adultorum*). Причем у женщин заболевание выявляется чаще, чем у мужчин. Так,

у 50% женщин и только у 25% мужчин старше 22–25 лет акне возникали уже после окончания пубертатного периода [2, 3].

Причиной позднего дебюта акне у женщин обычно являются различные патологические состояния половой сферы, например синдром гиперандрогении у 15–30% женщин репродуктивного возраста. Кроме того, у данной категории пациенток акне нередко сопутствуют и другие андрогензависимые дерматозы – себорейный дерматит, гирсутизм, алопеция.

Гиперандрогения у женщин может быть как абсолютной при увеличении концентрации андрогенов в периферической крови, так и относительной – при изменении соотношения женских и мужских половых гормонов в сторону увеличения последних либо при повышенной чувствительности органов-мишеней к относительно нормальному количеству андрогенов [4, 5].

Клетки сальных желез также обладают некоторой гормональной активностью, и при участии фермента 5-альфа-редуктазы происходит превращение тестостерона в более активный метаболит дигидротестостерон, который в свою очередь активизирует процесс роста и созревания себоцитов [6].



Под воздействием половых гормонов стимулируется выработка секрета сальных желез, при этом его качественный состав значительно меняется. Так, в кожном сала снижается уровень альфа-линоленовой кислоты, участвующей в регуляции дифференцировки фолликулярных кератиноцитов, что приводит к повышению кератинизации выводных протоков сальных желез и, как следствие, к формированию комедонов и затруднению оттока кожного сала. Так создается благоприятная среда для активного размножения резидентной анаэробной липофильной микрофлоры [7]. Количество анаэробных *P. acnes* в коже больных акне во много раз превышает количество аэробных бактерий. *P. acnes* способствует повышению липолитической активности микрофлоры кожи, а также возникновению воспаления. Помимо этого воспалительный процесс инициируют провоспалительные цитокины, выделяемые эпителиальными и иммунными клетками, разрыв стенки протока сальной железы с выходом содержимого в дерму, вторичное инфицирование аэробной микрофлорой, в частности стрепто- и стафилококками [8, 9]. Таким образом, тесная взаимосвязь указанных выше факторов способствует образованию замкнутого патологического круга. Клиническая картина акне достаточно вариабельна. Высыпания, как правило, локализуются на лице, реже – в области верхней трети груди и спины. При легкой форме заболевания наблюдаются открытые и закрытые комедоны, единичные папулы или пустулы. Для акне средней тяжести характерно увеличение количества папул и пустул. При тяжелой форме акне имеют место многочисленные воспалительные высыпания, узлы и кисты, заполненные гноем, выраженная инфильтрация и поражение глубоких слоев дермы [10, 11]. Клиническая картина заболевания у молодых женщин характеризуется преобладанием воспалительных элементов при меньшем числе

комедонов по сравнению с акне в подростковом периоде, а также преимущественной локализацией высыпаний на нижней трети лица, подбородке, шее [12]. Особенности патогенетических механизмов развития акне, а также вариабельность клинических форм заболевания обуславливают многообразие методов лечения. Очевидно, что для успешной терапии акне требуется индивидуальный подход к подбору как системных (при более тяжелых или осложненных формах), так и топических препаратов, которые должны назначаться с учетом особенностей развития и течения болезни [13]. Исходя из основ этиологии и патогенеза акне, в комплексной терапии этого заболевания у женщин должны применяться лекарственные препараты, оказывающие антиандрогенное воздействие, – комбинированные оральные контрацептивы (КОК). Одним из современных КОК, обладающих антиандрогенным эффектом, является Джес Плюс. В состав одной активной комбинированной таблетки входят этинилэстрадиол 0,02 мг, дроспиренон 3 мг и кальция левомефолат 0,451 мг. Применение Джес Плюс позволяет достичь контрацептивного и противоиугревого эффекта и избежать развития побочных явлений, наблюдаемых при использовании препаратов на основе спиронолактона. Противоиугревая активность КОК обусловлена прямым (блокада дроспиреноном андроген-рецепторов) и непрямым (антигонадотропная активность, стимуляция выработки глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ), печенью, отсутствие вытеснения тестостерона из связи ГСПГ) антиандрогенным действием, а также подавляющим действием на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему – блокада дроспиреноном альдостероновых рецепторов. Последнее свойство препарата улучшает его переносимость и предупреждает развитие нежелательных побоч-

ных эффектов, таких как увеличение массы тела, нагрубание молочных желез. Помимо этого сочетание этинилэстрадиола и дроспиренона благоприятно влияет на липидный профиль. Среди топических средств для патогенетической терапии акне следует выделить препараты на основе азелаиновой кислоты. Азелаиновая кислота представляет собой 1,7-гептандикарбоновую кислоту, которая в незначительных количествах вырабатывается в организме человека, являясь промежуточным продуктом обмена липидов. Фармакологические свойства этого вещества, такие как выраженное противовоспалительное и антибактериальное, антипролиферативное, антиоксидантное и способность блокировать фермент тирозиназу – ключевой фермент пигментобразования, позволяют использовать его для лечения акне. Азелаиновая кислота – активный действующий компонент препарата Скинорен, который выпускается в виде 20%-ного крема и 15%-ного геля и используется в качестве топического лекарственного средства с патогенетически направленным действием для лечения акне. Препарат характеризуется хорошей переносимостью, не вызывает нежелательных побочных эффектов, не взаимодействует с другими лекарственными препаратами, средствами для ухода за кожей и декоративной косметикой, обладает дополнительными положительными свойствами – легким отбеливающим эффектом, способностью матировать кожу и суживать расширенные поры. Эти свойства позволяют широко использовать Скинорен в качестве как монотерапии, так и комбинации с другими лекарственными средствами для лечения акне. Под нашим наблюдением в консультационной поликлинике ГКБ № 14 находилась 21 женщина в возрасте от 19 до 26 лет с диагнозом «акне средней тяжести». Средняя продолжительность



заболевания – от 4 до 15 лет. Ранее проводимая терапия различными препаратами для наружной терапии акне не давала стойкой ремиссии и не удовлетворяла пациенток. При углубленном гинекологическом обследовании у 9 женщин был выявлен синдром гиперандрогении на фоне поликистоза яичников. У остальных 12 больных каких-либо изменений в гинекологическом статусе обнаружено не было. Всем пациенткам был назначен КОК Джес Плюс в течение 6 месяцев, наружно гель Скинорен 2 раза в день и средства лечебной косметики для очищения и увлажнения кожи.

Положительная динамика наблюдалась у 15 пациенток примерно через 2 месяца от начала терапии. У остальных значительное улучшение отмечалось через 3 месяца и не требовало местной терапии. Спустя 6 месяцев от начала терапии у всех больных наблюдался полный регресс высыпаний. Нежелательных побочных эффектов не было выявлено ни у одной больной. При этом пациентки отмечали хорошую переносимость лечения, а также субъективное улучшение состояния кожи. Больные продолжали прием Джес Плюс до 6 месяцев и более, а также уход за кожей лечебной

косметикой. Рецидивов заболевания не отмечалось.

Таким образом, применение комбинированной терапии с использованием комбинированного низкодозированного орального контрацептива с антиандрогенным эффектом Джес Плюс и геля Скинорен у женщин репродуктивного возраста, страдающих акне средней степени тяжести, является эффективным и безопасным методом. Подобная терапия приводит не только к улучшению состояния кожи, но и к нормализации гормонального фона, а также к улучшению репродуктивного здоровья. ●

Литература

1. Адаскевич В.П. Акне вульгарные и розовые // Н. Новгород: НГМА. 2003. 160 с.
2. Goulden V., Stables G.I., Cunliffe W.J. Prevalence of facial acne in adults // J. Am. Acad. Dermatol. 1999. Vol. 41. № 4. P. 577–580.
3. Knaggs H.E., Wood E.J., Rizer R.L., Mills O.H. Post-adolescent acne // Int. J. Cosmet. Sci. 2004. Vol. 26. № 3. P. 129–138.
4. Гунина Н.В., Масюкова С.А., Пищулин А.А. Роль половых стероидных гормонов в патогенезе акне // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2005. № 5. P. 55–62.
5. Роговская С.И., Телунц А.В., Савельева И.С. Акне как проявление синдрома гиперандрогении: методы коррекции // Provisorum. 2002. № 8. С. 28–30.
6. Vexiau P., Baspeyras M., Chaspoux C. et al. Acne in adult women: data from a national study on the relationship between type of acne and markers of clinical hyperandrogenism // Ann. Dermatol. Venereol. 2002. Vol. 129. № 2. P. 174–178.
7. Thiboutot D.M. Overview of acne and its treatment // Cutis. 2008. Vol. 81. Suppl. 1. P. 3–7.
8. Haider A., Shaw J.C. Treatment of acne vulgaris // JAMA. 2004. Vol. 292. № 6. P. 726–735.
9. Clarke S.B., Nelson A.M., George R.E., Thiboutot D.M. Pharmacologic modulation of sebaceous gland activity: mechanisms and clinical applications // Dermatol. Clin. 2007. Vol. 25. № 2. P. 137–146.
10. Williams C., Layton A.M. Persistent acne in women: implications for the patient and for therapy // Am. J. Clin. Dermatol. 2006. Vol. 7. № 5. P. 281–290.
11. Rivera R., Guerra A. Management of acne in women over 25 years of age // Actas Dermosifiliogr. 2009. Vol. 100. № 1. P. 33–37.
12. Goulden V., Clark S.M., Cunliffe W.J. Post-adolescent acne: a review of clinical features // Br. J. Dermatol. 1997. Vol. 136. № 1. P. 66–70.
13. Монахов С.А. Комплексная терапия акне // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2008. № 2. С. 29–34.

Complex therapy of acne in women

N.N. Korotayeva¹, Ye.V. Dvoryankova², I.M. Korsunskaya²

¹ Korolenko City Clinical Hospital No.14, Moscow

² Center for Theoretical Problems of Physical and Chemical Pharmacology of the Russian Academy of Sciences

Contact person: Irina Markovna Korsunskaya, marykor@bk.ru

The authors present data of clinical experience of usage of low-dose oral contraceptive with anti-androgenic effect – Yaz Plus – as part of complex therapy in women of reproductive age with moderate acne. It is shown that complex therapy with Yaz Plus in combination with Skinoren gel is an effective and safe method. After 6 months of therapy all patients had complete regression of the lesions. The use of combined therapy led to improvement of the skin condition, as well as the normalization of hormonal levels.

Key words: acne, hyperandrogenism, combined oral contraceptives, YAZ Plus, Skinoren