



## Измените свое отношение к акне и розацеа! Вектор «кожа – желудочно-кишечный тракт»

12 мая 2023 г. в рамках Юбилейной научно-практической конференции с международным участием «Рахмановским чтениям 40 лет» состоялась междисциплинарный симпозиум «Измените свое отношение к акне и розацеа! Вектор «кожа – желудочно-кишечный тракт»», посвященный актуальным вопросам диагностики и лечения широко распространенных и социально значимых дерматозов – акне и розацеа. Ведущие российские эксперты в области дерматологии и гастроэнтерологии с разных точек зрения рассмотрели ключевые вопросы патогенеза, диагностики, дифференциальной диагностики и клинической картины этих заболеваний, обменялись научно-практическим опытом, современными концепциями и клиническими рекомендациями в лечении пациентов с акне и розацеа.



Член-корр. РАН,  
профессор, д.м.н.  
О.Ю. Олисова

Открывая симпозиум, председатель и модератор, заведующая кафедрой кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Сеченовского университета), член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор Ольга Юрьевна ОЛИСОВА отметила значимость междисциплинарного подхода к ведению

пациентов с акне и розацеа, которые являются хроническими заболеваниями по течению, многогранными по клинической картине и требующими от врача-дерматолога максимального внимания при их лечении. Ольга Юрьевна поблагодарила слушателей за участие в данном междисциплинарном симпозиуме, а также пожелала им успешной и плодотворной работы в ходе конференции.

В ходе междисциплинарной дискуссии врач-дерматолог, д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, консультирующий профессор Института красоты «Галактика», член Международного экспертного комитета по лечению акне Елена Александровна АРАВИЙСКАЯ и врач-гастроэнтеролог, д.м.н., профессор кафедры клинической микологии, иммунологии и аллергологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова Михаил Александрович ШЕВЯКОВ обсудили современные методы диагностики и лечения акне.

Как отметила профессор Е.А. Аравийская, несмотря на большой опыт по лечению акне, в клинической практике при ведении конкретных пациентов нередко

### Акне. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам



Профессор, д.м.н. Е.А. Аравийская

возникают сложные вопросы и возможные заблуждения, касающиеся диагностики дерматоза, выбора терапии, роли дерматокосметики.



Профессор, д.м.н. М.А. Шевяков

Акне – хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся открытыми и закрытыми комедонами и воспалительными поражениями кожи в виде папул,



## Сателлитный симпозиум компании ООО «ГАЛДЕРМА»

пустул, узлов. Диагноз акне устанавливается на основании жалоб, анамнеза и объективных клинических проявлений. Основным критерием постановки диагноза акне является наличие открытых и закрытых комедонов (рис. 1)<sup>1,2</sup>.

Клиническая картина акне у взрослых и подростков различается по расположению очагов поражения на лице. У взрослых поражена U-зона (щеки, область кожи вокруг рта и нижняя часть подбородка), а у подростков – T-зона (лоб, нос, верхняя часть подбородка). Однако в последние годы в ряде работ были пересмотрены классические представления о локализации акне у взрослых. По данным исследований, локализация акне у взрослых может быть аналогичной наблюдаемой при подростковых акне. Оценка частоты распределения акне на лице у взрослых женщин, обращающихся в дерматологическое отделение, показала, что только у 11,2% акне локализовались в нижней трети лица. У 18,4% женщин акне вообще отсутствовали в нижней трети лица<sup>3</sup>.

Кроме того, в исследованиях последних лет получены новые данные о патогенезе акне. Установлено, что продукция кожного сала индуцируется в результате активации ряда известных и новых рецепторов к дигидротестостерону, гистамину, лептину, инсулиноподобному фактору роста (ИПФР). Обнаружено, что усиление секреции кожного сала происходит при активации нейромодуляторных стресс-рецепторов – субстанции P, кортикотропин-релизинг-гормона. По мнению ряда авторов, кожа – это нейроэндокринный орган, обладающий определенными функциями<sup>4</sup>.

### Диагностика акне<sup>1,2</sup>

**Акне** – хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся открытыми и закрытыми комедонами и воспалительными поражениями кожи в виде папул, пустул, узлов

Диагноз акне устанавливается на основании жалоб, анамнеза и объективных клинических проявлений

**Критерий постановки диагноза – наличие комедонов**




1. Strauss J.S., Krowchuk D.P., Leyden J.J., et al. Guidelines of care for acne vulgaris management. J. Am. Acad. Dermatol. 2007; 56 (4): 651–663.  
2. Самцов А.В., Аравийская Е.Р. Акне и розацеа. М.: ООО «ФАРМТЕК», 2021. – 403 с.

Рис. 1. Презентация «Акне. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор Е.А. Аравийская

Докладчик подчеркнула, что современные представления о патогенетических факторах развития акне обуславливают участие в ведении пациентов специалистов смежных дисциплин, в том числе гастроэнтерологов.

Профессор М.А. Шевяков с точки зрения гастроэнтеролога рассмотрел различные факторы риска, способствующие развитию акне. Он отметил, что особенности питания, функциональные расстройства и некоторые заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) играют важную роль в развитии кожных заболеваний. Так, доказано, что «западная» диета способствует заболеванию акне. В качестве продуктов «западной» диеты рассматривают сочетание углеводов с жирами животного происхождения: белая мука, сахар, белый рис, картофель, кукуруза и красное мясо, мясная продукция, молоко, сливочное масло. Подобный рацион питания приводит к формированию билиарно-панкреатической недостаточности и, как следствие, дефициту жирорастворимых витаминов и липидов, необходи-

мых для гидролипидной мантии здоровой кожи. Функциональное билиарное расстройство (ФБР) и заболевания печени, протекающие с нарушением энтерогепатической циркуляции и холестазом, усиливают зуд и воспаление любой этиологии.

В работе турецких исследователей было изучено влияние персональных, семейных факторов и факторов окружающей среды на развитие акне в средиземноморских и восточных районах Турции. В многоцентровом исследовании приняли участие 3826 пациентов с акне и 759 пациентов контрольной группы. Показано, что тяжесть течения акне была более выраженной у пациентов с семейным анамнезом акне. Наиболее частым пусковым фактором заболевания был психологический стресс (рис. 2). Кроме того, исследователи обнаружили положительную корреляцию *acne vulgaris* с потреблением шоколада, хлеба, зеленого чая, молока, белого сахара, спелых бананов, мороженого, яблок, апельсинов и красного мяса. Статистически значимая взаимосвязь выявлена

<sup>1</sup> Straus J.S., Krowchuk D.P., Leyden J.J., et al. Guidelines of care for acne vulgaris management. J. Am. Acad. Dermatol. 2007; 56 (4): 651–663.

<sup>2</sup> Самцов А.В., Аравийская Е.Р. Акне и розацеа. М.: Фармтек, 2021.

<sup>3</sup> Dréno B., Thiboutot D., Layton A.M., et al. Large-scale international study enhances understanding of an emerging acne population: adult females. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2015; 29 (6): 1096–1106.

<sup>4</sup> Zouboulis C.C. Sebaceous gland receptors. Dermatoendocrinol. 2009; 1 (2): 77–80.

**Влияние персональных, семейных и факторов окружающей среды на *Acne vulgaris* в средиземноморских и восточных районах Турции**

- Проспективное многоцентровое исследование типа «случай-контроль»
- Всего приняли участие 3826 пациентов с *Acne vulgaris* и 759 пациентов контрольной группы
- Тяжесть акне была серьезнее у пациентов с семейным анамнезом акне
- Наиболее частым пусковым фактором был психологический стресс

Karadağ AS et al., The effect of personal, familial, and environmental characteristic on acne vulgaris: prospective, multicenter, case controlled study. G Ital Dermatol Venereol., 2019, 154(2):177-185

Рис. 2. Презентация «Акне. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор М.А. Шевяков

**Некоторые аспекты дифференциальной диагностики**



**Розацеа:**

- Не характерно повышение продукции кожного сала
- Критерий диагностики: центрофациальный эритема
- Отсутствие комедонов
- Папулопустулезные элементы менее болезненны при пальпации



**Гранулематозная розацеа:**

- Стойкая папулезная розацеа
- Реактивность к проводимой терапии
- Отсутствие гиперпродукции кожного сала
- Отсутствие комедонов
- Элементы одинаковы по размеру
- Красновато-коричневый или слегка желтоватый оттенок папул, возможно формирование рубчиков
- \* эрите «блочного железа» при витропрессии



**Периоральный дерматит:**

- Жжение
- Топическая стероиды?
- «Непереносимость» косметических средств
- Возможны перифокально расположенные высыпания
- Не характерно повышение продукции кожного сала
- Отсутствие комедонов
- Красная кайма губ: зона 1-2 мм, свободная от высыпаний
- Мелкие папулы, папуловезикулы на фоне эритемы
- Папулопустулезные элементы не болезненны при пальпации

Рис. 3. Презентация «Акне. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор Е.А. Аравийская

при сравнении степени тяжести акне и таких диетических факторов, как шоколад, молоко и семена подсолнечника<sup>5</sup>.

В другом исследовании, выполненном в Малайзии, была определена связь акне с употреблением сладостей, картофеля, чипсов, орехов, йогурта, мороженого, газированных напитков. Авторами был сделан вывод, что употребление молока и шоколада может играть определенную роль в развитии акне<sup>6</sup>.

По словам профессора Е.А. Аравийской, важное значение при ведении пациента с акне имеет правильный диагностический алгоритм. Согласно современным клиническим рекомендациям Российского общества дерматовенерологов и косметологов (2020 г.), диагноз акне устанавливается на основании клинической картины. В большинстве случаев для постановки диагноза акне проведение дополнительных лабораторных исследований (микроскопия, посев содержимого пустул) не требуется<sup>7</sup>.

В клинической практике необходимо учитывать аспекты дифференциальной диагностики акне. Дифференциальная диагностика акне чаще всего проводится с розацеа, гранулематозной розацеа и периоральным дерматитом. Критерием постановки диагноза *розацеа* является стойкая центрофациальная эритема, в отличие от комедонов при акне. Для розацеа характерны отсутствие гиперпродукции кожного сала, наличие менее болезненных папуло-пустулезных элементов по сравнению с акне. *Гранулематозная розацеа* отличается резистентностью к проводимому лечению и характеризуется наличием одинаковых по размеру элементов красновато-коричневого или слегка желтоватого оттенка. При *периоральном дерматите* выявляются мелкие папулы, папуловезикулы, не болезненные при пальпации. Пациенты предъявляют жалобы на зуд и жжение в пораженной области. К развитию периорального дерматита могут приводить непереносимость увлажняющих косметических средств, длительное применение топических глюкокортикостероидов (ГКС) (рис. 3).

Далее профессор Е.А. Аравийская на примере клинических случаев прокомментировала подходы к дифференциальной диагностике акне. У пациентки с выраженной микрогенией после многоэтапной пластики нижней челюсти в послеоперационном периоде наблюдались такие симптомы, как покраснение кожи лица, папулопустулезные элементы и гипопигментированные участки. Несмотря на схожесть симптомов с розацеа, у пациентки диагностированы акне в легкой форме, вызванные систематическим использованием средств для умывания, содержащих кислоты, применением скра-

<sup>5</sup> Karadağ A.S., Balta İ., Sarıcaoğlu H., et al. The effect of personal, familial, and environmental characteristics on acne vulgaris: a prospective, multicenter, case controlled study. G. Ital. Dermatol. Venereol. 2019; 154 (2): 177–185.

<sup>6</sup> Suppiah T.S.S., Sundram T.K.M., Tan E.S.S., et al. Acne vulgaris and its association with dietary intake: a Malaysian perspective. Asia Pac. J. Clin. Nutr. 2018; 27 (5): 1141–1145.

<sup>7</sup> Клинические рекомендации. Акне вульгарные. Российское общество дерматовенерологов и косметологов, 2020 г. <https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>



## Сателлитный симпозиум компании ООО «ГАЛДЕРМА»

бов. На коже лица были выявлены открытые и закрытые комедоны, что указывает на наличие акне.

У другого пациента, врача, работающего в «красной зоне» больницы в период пандемии COVID-19, после длительного ношения маски на коже лица в области подбородка в зоне роста бороды наблюдались папулезные элементы, некоторые с гнойным отделяемым. Пациенту назначили лечение пиодермии с использованием топического антибиотика. Однако на фоне лечения было отмечено ухудшение состояния кожи, образование новых высыпаний. Было высказано предположение о наличии у пациента инфильтративно-нагноительной формы дерматомикоза, вызываемой грибами рода *Trichophyton rubrum*. С учетом поражения волосяных фолликулов пациенту была назначена топическая и системная антимикотическая терапия, которая привела к излечению.

В продолжение темы диагностики акне профессор М.А. Шевяков отметил, что при наблюдении пациентов с акне необходимо обращать внимание на целый ряд лабораторных и клинических данных. Одним из информативных биохимических показателей крови является уровень адипонектина. Адипонектин – гормон, который синтезируется и секретируется белой жировой тканью, преимущественно адипоцитами висцеральной зоны. Концентрация адипонектина в плазме крови имеет четкую отрицательную корреляцию с индексом атерогенности, уровнем триглицеридов, аполипопротеина В (Апо-В), а также положительную корреляцию с липопротеидами высокой плотности. Этот белок регулирует энергетический гомеостаз и оказывает противовоспалительный и антиатерогенный эффекты. Уровень адипонектина снижается при ожирении, при этом повышаются уровни лептина, резистина и про-

### Гликемические факторы, инсулино-резистентность и адипонектин

- ❖ 50 пациентов с *Acne vulgaris* и 36 здоровых субъектов
- ❖ Гликемический индекс и уровни гликемической нагрузки были значительно выше ( $P = 0,022$  и  $P = 0,001$ , соответственно), а уровни адипонектина в сыворотке были значительно ниже ( $P = 0,015$ ) у пациентов с *Acne vulgaris*, чем у контрольных субъектов
- ❖ Была обнаружена обратная корреляция между концентрацией адипонектина в сыворотке и гликемическим индексом ( $P = 0,049$ ,  $r = -0,212$ )
- ❖ **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Диета с высоким гликемическим индексом положительно ассоциировалась с вульгарными угрями
- ❖ Дефицит адипонектина может быть патогенетическим кофактором, способствующим заболеванию акне

Cerman AA et al. Dietary glycemic factors, insulin resistance and adiponectin levels in acne vulgaris. J Am Acad Dermatol. 2016; 75 (1): 155-62 (ISSN: 1097-6787)

Рис. 4. Презентация «Акне. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор М.А. Шевяков

### Акне и гликемический индекс

- ❖ **Продукты с высоким гликемическим индексом**, такие как сахар, изделия из белой муки и белый рис, быстро всасываются, что приводит к повышению уровня глюкозы в сыворотке крови и повышает уровень инсулина и ИПФР-1 (инсулино-подобного фактора роста 1)
- ❖ Инсулин и ИПФР1 увеличивают производство кожного сала, стимулируют синтез андрогенов корой надпочечников, а также увеличивают биодоступность андрогенов, и это играет определенную роль в патогенезе акне

Smith RN, Mann NJ, Braue A, et al., 2007

Рис. 5. Презентация «Акне. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор М.А. Шевяков

воспалительного цитокина – фактора некроза опухоли альфа<sup>8</sup>. Турецкие исследователи изучили возможные ассоциации между гликемическим индексом, гликемической нагрузкой, потреблением молока, резистентностью к инсулину и уровнями адипонектина в патогенезе акне. Установлено, что гликемический индекс и уровни гликемической нагрузки были существенно выше, а уровни адипонектина в сыворотке крови были значительно ниже у пациентов с *acne vulgaris*, чем у здоровых пациентов контрольной группы. Была обнаружена обратная корреляция между концентрацией адипонектина в сыворотке и гликемическим индексом. Таким образом, диета

с высоким гликемическим индексом положительно ассоциировалась с акне. Дефицит адипонектина может быть патогенетическим кофактором, способствующим заболеванию акне (рис. 4)<sup>8</sup>. Продукты с высоким гликемическим индексом, такие как сахар, изделия из белой муки, белый рис, быстро всасываются, что приводит к быстрому повышению уровня глюкозы в сыворотке крови и повышает уровень инсулина и ИПФР. Инсулин и ИПФР увеличивают производство кожного сала, стимулируют синтез андрогенов корой надпочечников, а также увеличивают биодоступность андрогенов. Эти процессы играют определенную роль в патогенезе акне (рис. 5)<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Cerman A.A., Aktas E., Altunay İ.K. et al. Dietary glycemic factors, insulin resistance and adiponectin levels in acne vulgaris. J. Am. Acad. Dermatol. 2016; 75 (1): 155-162.

<sup>9</sup> Smith R.N., Mann N.J., Braue A., et al. The effect of a high-protein, low glycemic-load diet versus a conventional, high glycemic-load diet on biochemical parameters associated with acne vulgaris: a randomized, investigator-masked, controlled trial. J. Am. Acad. Dermatol. 2007; 57 (2): 247-256.

### Клинические признаки ФБР

- I. Жалобы на горечь во рту, «горькую изжогу», неприятный запах изо рта, непереносимость жирного и жареного, вздутия живота, «светлый» разнооформленный стул
- II. Желчные кислоты, без нейтрализации пищей, всасываясь, вызывают зуд
- III. «Свободная» желчь, раздражая кишечник, провоцирует не только кишечные симптомы, но и дисбиоз
- IV. В копрограмме – «нейтральный жир» и «жирные кислоты» ++ и +++<sup>11</sup>. Вторичная ферментопатия лишает кожу пациента эссенциальных фосфолипидов и жирорастворимых витаминов – появляется т.н. «проблемная кожа»

EASL Clinical Practice Guidelines. Journal of Hepatology 2009; 51(2):237–267.

*Рис. 6. Презентация «Акне. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор М.А. Шевяков*

«Западный» рацион питания характеризуется высоким содержанием не только продуктов с высоким гликемическим индексом, но и молока и молочных продуктов. При этом молоко, произведенное в западных странах, возможно, содержит гормоны роста, анаболические стероиды и значительное количество легких углеводов. Однако давно известно, что заболеваемость акне практически отсутствует в некоторых группах населения, например, в Папуа – Новой Гвинее и Парагвае. В этих странах традиционно отсутствует молоко в рационе<sup>10</sup>.

По мнению гастроэнтеролога, одним из негативных факторов, влияющих на состояние кожи, является нарушение эмульгации жиров на фоне измененного тока желчи. Как известно, желчь играет важную роль в пищеварении. Соответственно, нарушение всасывания эссенциальных фосфолипидов, жирорастворимых витаминов, необходимых для формирования качественной гидролипидной мантии кожи, приводит к развитию различных заболеваний кожи, в частности акне. Функциональные билиарные рас-

стройства – нарушения функции желчевыводящей системы, сопровождающиеся такими клиническими признаками, как систематическая горечь во рту, «горькая» изжога, неприятный запах изо рта, непереносимость жирного и жареного, вздутие живота, светлый разнооформленный стул. В анализе кала на копрограмму у пациентов с ФБР обнаруживаются нейтральный жир и жирные кислоты, что характерно для нарушенного желчеотделения (рис. 6)<sup>11</sup>.

Кроме того, накопленные данные исследований свидетельствуют о том, что у пациентов с акне снижен уровень витамина D. По данным систематического обзора, уровни витамина D в сыворотке крови у пациентов с акне были более низкими по сравнению с контролем. Полученные результаты указывают на то, что дефицит витамина D почти в полтора раза чаще встречается у пациентов с акне, чем у здоровых лиц<sup>12</sup>. Таким образом, у пациентов с ФБР акне может протекать тяжелее.

Профессор М.А. Шевяков поделился с дерматологами практическими советами, которые могут помочь в диагностическом поиске

при ведении пациентов с акне. Простым способом определения наличия ФБР у больных с жалобами на проблемы с кожей является визуальный осмотр языка и склер глаз пациента. Как правило, язык пациентов с ФБР обложен тотальным специфическим «желчным» налетом желто-зеленого цвета. При осмотре слизистой оболочки глаз у пациентов с ФБР отмечается ангулярная субиктеричность склер – периферия слизистой глаза окрашена в желтый цвет. Также признаком нарушений желчеотделения может являться обесцвечивание кала, поэтому при осмотре необходимо уточнить у пациента, бывает ли у него светлый стул.

Поскольку причинами билиарной дисфункции у пациентов с акне могут быть не только «западная» диета, но и стресс, аномалии желчного пузыря, паразитарные инвазии, для подтверждения диагноза могут потребоваться дополнительные инструментальные и лабораторные исследования. Следует помнить, что успешное лечение кожного заболевания зависит от своевременного выявления и терапии паразитарной инвазии кишечника.

По словам докладчика, диагностика заболеваний пищеварительного тракта, сопровождающихся холестазом, тоже является задачей гастроэнтеролога, который консультирует пациента по направлению коллеги-дерматолога. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП, или неалкогольный стеатогепатит) – хроническое заболевание печени метаболического генеза, характеризующееся изменением ткани паренхимы печени вследствие заполнения гепатоцитов жиром. Прогрессирование НАЖБП приводит к развитию стеатоза, неалкогольного стеатогеп-

<sup>10</sup> Bronsnick T, Murzaku E.C., Rao B.K. Diet in dermatology: Part I. Atopic dermatitis, acne, and nonmelanoma skin cancer. J. Am. Acad. Dermatol. 2014; 71 (6): 1039.e1–1039.e12.

<sup>11</sup> EASL Clinical Practice Guidelines: management of cholestatic liver diseases. J. Hepatol. 2009; 51 (2): 237–267.

<sup>12</sup> Wang M., Zhou Y., Yan Y. Vitamin D status and efficacy of vitamin D supplementation in acne patients: a systematic review and meta-analysis. J. Cosmet. Dermatol. 2021; 20 (12): 3802–3807.



## Сателлитный симпозиум компании ООО «ГАЛДЕРМА»

патита и цирроза печени. На фоне различных заболеваний ЖКТ, в том числе патологий печени, желчного пузыря и его протоков, верхних отделов тонкого кишечника, у больных развивается холестаза. Клинические симптомы холестаза включают следующие: кожный зуд, желтушность, иктеричность склер, слабость, темный цвет мочи и обесцвечивание кала. Диагностика холестаза заключается в определении уровня щелочной фосфатазы, прямого билирубина, гамма-глутамилтранспептидазы. К поздним последствиям холестаза относят стеаторею, коагулопатию, «печеночную остеодистрофию», ухудшение состояния кожного покрова, сопровождающееся первичными и вторичными высыпаниями (проблемную кожу)<sup>11</sup>.

Практикующим врачам необходимо иметь в виду, что индекс массы тела – важный элемент скрининга на метаболический синдром и стеатогепатит.

Далее профессор Е.А. Аравийская остановилась на наиболее распространенных в клинической практике вопросах выбора терапии у пациентов с акне. Она подчеркнула, что врачам следует руководствоваться международными и российскими клиническими рекомендациями (рис. 7), в соответствии с которыми достойное место в лечении акне отведено ретиноидам, в частности топическим. В ряде научных публикаций было доказано, что топические ретиноиды действуют на микрокомедоны, обладают дозозависимым действием, оказывают влияние на врожденный иммунитет и поддерживают ремиссию заболевания. На сегодняшний день комбинация топического ретиноида адалапена и бензоила пероксида (БПО), согласно рекомендациям

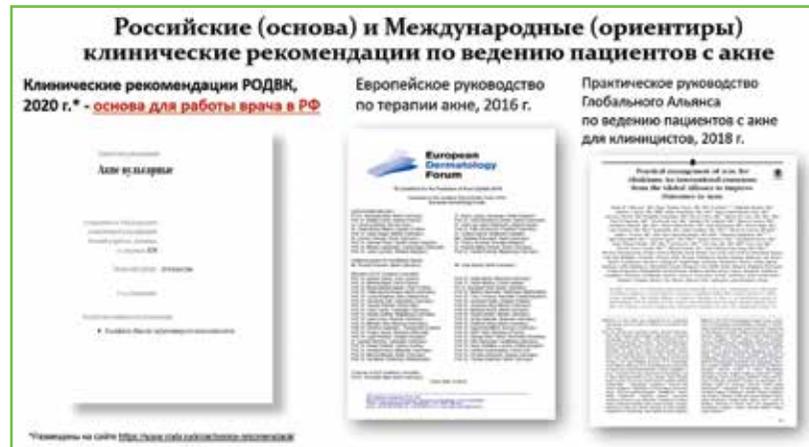


Рис. 7. Презентация «Акне. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор Е.А. Аравийская

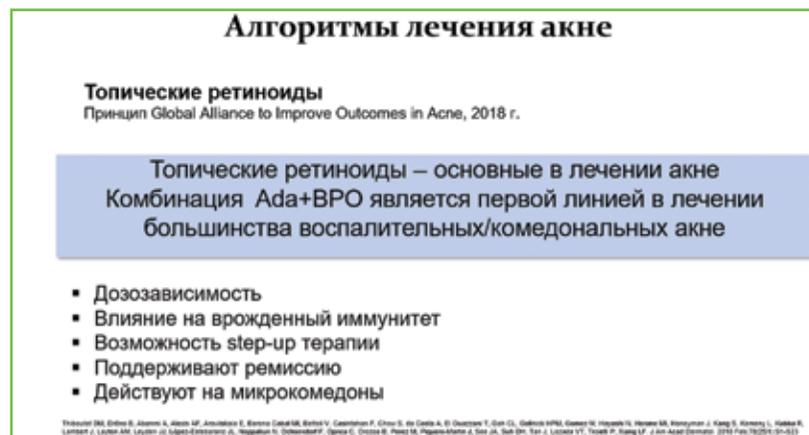


Рис. 8. Презентация «Акне. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор Е.А. Аравийская

Глобального альянса по ведению пациентов с акне (2018), считается первой линией в лечении большинства воспалительных/комедональных акне (рис. 8)<sup>13</sup>. Кроме того, накоплены данные об эффективности ретиноидов в отношении активации генов, изменяющих процессы кератинизации фолликулов, пролиферацию клеток и воспаление. Все вышеперечисленные эффекты ретиноидов вывели их на основное место в терапии акне<sup>13, 14</sup>.

Елена Александровна напомнила слушателям, что микрокомедоны – наиболее ранние формирования, которые являются предшественниками воспалительных элементов акне<sup>15</sup>. Сегодня среди препаратов, доказанно воздействующих на микрокомедоны, можно отметить топические и системные ретиноиды, ципротерона ацетат и др. В связи с этим экспертом был дан практический совет: топические ретиноиды необходимо наносить на все зоны поражения,

<sup>13</sup> Thiboutot D.M., Dréno 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 Suppl 1): S1–S23.

<sup>14</sup> Khalil S., Bardawil T., Stephan C., et al. Retinoids: a journey from the molecular structures and mechanisms of action to clinical uses in dermatology and adverse effects. J. Dermatolog. Treat. 2017; 28 (8): 684–696.

<sup>15</sup> Zouboulis C.C. Is acne vulgaris a genuine inflammatory disease? Dermatology. 2001; 203 (4): 277–279.

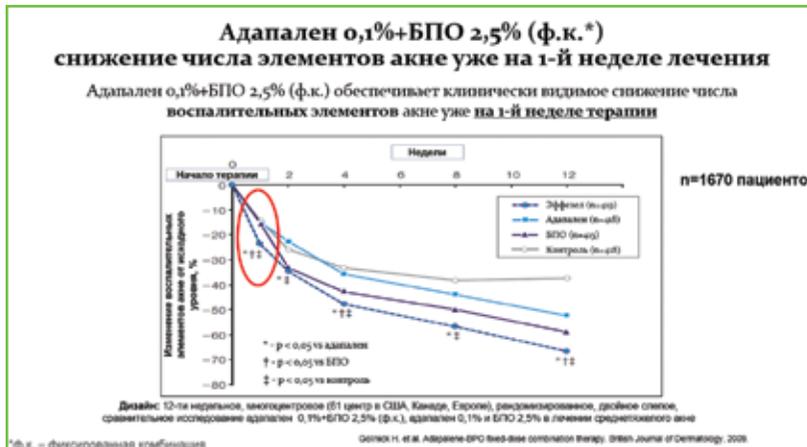


Рис. 9. Презентация «Акне. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор Е.А. Аравийская

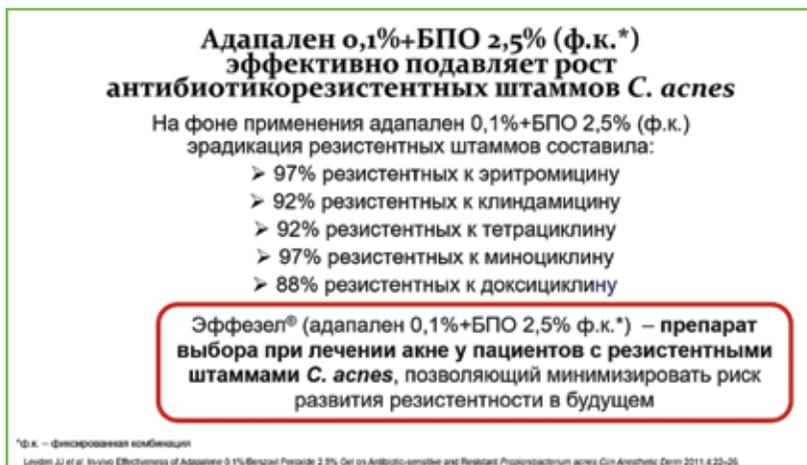


Рис. 10. Презентация «Акне. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор Е.А. Аравийская

а не только точно на видимые воспалительные элементы. Причиной неэффективности лечения в большинстве случаев является отсутствие должного воздействия на микрокомедоны. Кроме того, при назначении лечения необходимо учитывать роль андрогенов в патогенезе акне<sup>16,17</sup>.

Углубленные международные исследования последних лет неопровержимо доказывают, что акне – первично-воспалительный дерматоз. Установлено, что воспаление может предшествовать образованию комедонов<sup>18</sup>. При этом, согласно данным иммуногистохимических

исследований, воспалительные элементы акне возникают в 54% случаев из комедонов, в 12% – на фоне эритематозных пятен и в 6% случаев – в области рубцов, в особенности у тех пациентов, которые не получали адекватной терапии<sup>18</sup>.

По данным других исследований, пальмитиновая кислота является ключевым индуктором воспаления при акне. Показано, что пальмитиновая кислота в культуре себоцитов обладает выраженным провоспалительным эффектом. У человека уровень пальмитиновой кислоты в плазме увеличивается при употреблении в пищу большого количества жиров<sup>19</sup>.

Для лечения акне в настоящее время используются комбинации топических препаратов, воздействующих на разные звенья патогенеза. Фиксированная комбинация адапалена 0,1% и БПО 2,5% (Эффезел®) характеризуется синергетическим эффектом и действует на все патогенетические факторы развития акне<sup>20</sup>. По данным широкомасштабных международных клинических исследований с участием 1670 пациентов с акне, препарат Эффезел® обеспечивает видимое снижение числа воспалительных и невоспалительных элементов акне уже на первой неделе терапии. Комбинированный препарат, согласно данным тех же исследований, за счет синергизма действующих веществ обеспечивает более раннее начало действия при благоприятном профиле безопасности при лечении акне по сравнению с монотерапией адапаленом и БПО (рис. 9)<sup>21</sup>.

<sup>16</sup> 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–S50.

<sup>17</sup> Gollnick H.P., Bettoli V., Lambert J., et al. Consensus-based practical and dailyguide for the treatment of acne patients. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2016; 30 (9):1480–1490.

<sup>18</sup> Weiss J.S. Messages from molecules: deciphering the code. J. Drugs Dermatol. 2013; 12 (6): s70–s72.

<sup>19</sup> Jung Y.-R., Shin J.-M., Kim C.-H., et al. Activation of NLRP3 inflammasome by palmitic acid in human sebocytes. Ann. Dermatol. 2021; 33 (6): 541–548.

<sup>20</sup> Инструкция по медицинскому применению препарата Эффезел®, пер. уд. № ЛП-000738.

<sup>21</sup> Gollnick H.P., Draelos Z., Glenn M.J., et al. Adapalene-benzoyl peroxide, a unique fixed-dose combination topical gel for the treatment of acne vulgaris: a transatlantic, randomized, double-blind, controlled study in 1670 patients. Br. J. Dermatol. 2009; 161 (5): 1180–1189.



## Сателлитный симпозиум компании ООО «ГАЛДЕРМА»

Как известно, *Cutibacterium acnes* рассматривается как один из патогенетических факторов возникновения акне. Результаты многочисленных исследований подтвердили, что комбинация адапалена 0,1% и БПО 2,5% эффективно (в 88–97% случаев) подавляет рост антибиотикорезистентных штаммов *S. acnes*. Комбинированный препарат Эффезел® – препарат выбора при лечении акне у пациентов с резистентными штаммами *S. acnes*, позволяющий также минимизировать риск развития резистентности в будущем (рис. 10)<sup>22</sup>.

Профессор Е.А. Аравийская подчеркнула, что начинать лечение пациентов с акне легкого и среднетяжелого течения рекомендуется с наружной терапии, поскольку топические препараты обладают более благоприятным профилем безопасности по сравнению с системной терапией. В 2018 г. был опубликован обзор, доступный в международной медицинской базе Кокрановская библиотека (Cochrane Database), в котором проанализировали результаты 31 рандомизированного клинического исследования (РКИ) с участием 3836 пациентов с акне от легких до очень тяжелых, чтобы ответить на вопрос, есть ли преимущество системного изотретиноина перед традиционными методами наружной терапии при легком и среднетяжелом течении акне. Вывод прозвучал так: «Недостаточно данных из РКИ, поэтому ответа на вопрос в настоящее время нет»<sup>23</sup>.

Метаанализ трех международных многоцентровых клинических исследований с участием

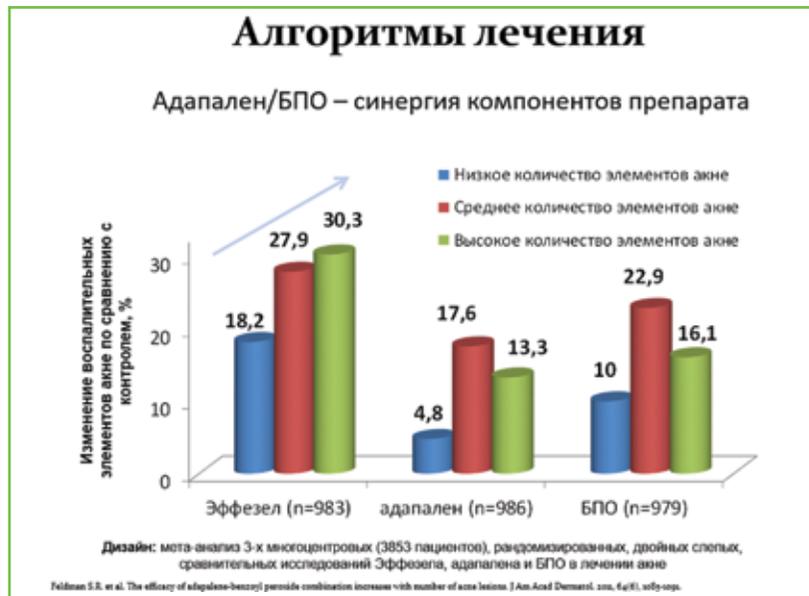


Рис. 11. Презентация «Акне. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор Е.А. Аравийская

3853 пациентов показал, что применение комбинированного топического препарата Эффезел® у пациентов со среднетяжелым течением акне и высоким исходным количеством воспалительных элементов сопровождалось наибольшим эффектом от лечения. Таким образом, можно сделать вывод, что эффективность препарата Эффезел® усиливается с увеличением количества воспалительных элементов акне на исходном уровне (рис. 11)<sup>24</sup>.

Как отметила докладчик, результаты клинических исследований подтверждаются наблюдениями в реальной практике. Использование фиксированной комбинации адапалена 0,1% и БПО 2,5% у пациентов со среднетяжелым течением акне, сопровождающихся большим объемом

воспалительных элементов, характеризовалось значительным сокращением воспалительных элементов, хорошей переносимостью и профилем безопасности. В метаанализе данных трех многоцентровых рандомизированных клинических исследований показано, что комбинированный препарат Эффезел® показал одинаковые результаты по эффективности, безопасности и переносимости при лечении акне как у взрослых женщин, так и у девушек-подростков<sup>25</sup>.

Профессор Е.А. Аравийская отметила, что, согласно данным ряда международных публикаций, не только тяжелое, но и среднетяжелое и даже легкое течение акне может заканчиваться рубцовыми изменениями (рис. 12)<sup>26,27</sup>. К факторам риска

<sup>22</sup> Leyden J.J., Preston N., Osborn C., Gottschalk R.W. In-vivo effectiveness of adapalene 0.1%/benzoyl peroxide 2.5% gel on antibiotic-sensitive and resistant *Propionibacterium acnes*. J. Clin. Aesthet. Dermatol. 2011; 4 (5): 22–26.

<sup>23</sup> Costa C.S., Bagatin E., Martimbiano A.L.C., et al. Oral isotretinoin for acne. Cochrane Database Syst. Rev. 2018; 11: CD009435.

<sup>24</sup> Feldman S.R., Tan J., Poulin Y., et al. The efficacy of adapalene-benzoyl peroxide combination increases with number of acne lesions. J. Am. Acad. Dermatol. 2011; 64 (6): 1085–1091.

<sup>25</sup> Gold L.S., Baldwin H., Rueda M.J., et al. Adapalene-benzoyl peroxide gel is efficacious and safe in adult female acne, with a profile comparable to that seen in teen-aged females. J. Clin. Aesthet. Dermatol. 2016; 9 (7): 23–29.

<sup>26</sup> Tan J., Tang J., Gupta A.K., et al. Development and validation of a Scale for Acne Scar Severity (SCAR-S) of the face and trunk. J. Cutan. Med. Surg. 2010; 14: 156–160.

<sup>27</sup> Layton A.M., Henderson C.A., Cunliffe W.J., et al. A clinical evaluation of acne scarring and its incidence. Clin. Exper. Dermatol. 1994; 19: 303–308.

### Частота образования рубцов при акне

- **87%** - у пациентов с легкими/среднетяжелыми акне (n=843/973)
- ✓ **63%** - легкие (незначительные) рубцовые изменения
- ✓ **20%** - среднетяжелые рубцы
- ✓ **5%** - тяжелые рубцы

- Психологические последствия акне возможны у лиц с различной тяжестью течения акне

Tan J, et al. J Cutan Med Surg. 2010;14:156-160; Layton AM, et al. Clin Exper Dermatol. 1994;19:303-308.

Рис. 12. Презентация «Акне. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор Е.А. Аравийская

### Жегу Тан (Канада) об атрофических пост-акне рубцах – ключевые факты

- Существуют различные методики коррекции пост-акне рубцов, такие как введение филлеров и скинбустеров, дермабразия, лазерные и др. аппаратные и косметологические процедуры, но они могут быть не доступны или не показаны пациенту

**Ранняя, клинически и патогенетически обусловленная лекарственная терапия акне минимизирует риск образования пост-акне рубцов**

J. Tan et al. Development of atrophic acne scar risk assessment tool. JEADV, 2017

Рис. 13. Презентация «Акне. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор Е.А. Аравийская

образования рубцов относятся наследственность, длительность заболевания до начала лекарственной терапии, манипуляции с очаговыми поражениями, в том числе самоэксориация, небрежная экстракция элементов акне косметологом и др.<sup>28</sup>

Накопленные данные подтверждают необходимость раннего начала патогенетически и клинически обусловленной терапии акне для профилактики формирования рубцов (рис. 13)<sup>28</sup>. По данным международных клинических исследований,

длительное (6 месяцев) применение фиксированной комбинации адапалена 0,1% с БПО 2,5% после окончания основного курса лечения акне приводит к снижению риска развития новых атрофических рубцов и выраженности уже имеющихся рубцовых изменений у пациентов с акне<sup>29</sup>.

В клинических рекомендациях РОДВК для профилактики формирования пост-акне рубцов пациентам показано применение комбинированного препарата адапален 0,1% + БПО 2,5% в форме геля один раз в сутки в течение шести месяцев (рис. 14)<sup>7</sup>.

Елена Александровна порекомендовала слушателям при обострении акне на фоне инвазивных косметологических процедур в качестве препарата «скорой помощи» применять БПО в форме геля 2,5% и 5% (препарат Базирон® АС). Как известно, БПО оказывает выраженное противомикробное действие на *S. acnes*, обладает кератолитическим эффектом и подавляет продукцию кожного сала. Гель с БПО 2,5% и 5% можно применять при ранних проявлениях папуло-пустулезных акне (легко-средняя степень тяжести, небольшое количество воспалительных элементов) у подростков с 12 лет и взрослых. Препарат Базирон® АС создан на инновационной гидрогелевой основе – кополимера метакриловой кислоты (acrylates copolymer – АС). Технология АС обеспечивает всасывание избытка кожного сала с поверхности кожи, а глицерин, также входящий в состав препарата, – смягчение и увлажнение кожи (рис. 15)<sup>7, 13, 30, 31</sup>.

<sup>28</sup> Tan J, Thiboutot D., Gollnick H., et al. Development of an atrophic acne scar risk assessment tool. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2017; 31 (9): 1547–1554.

<sup>29</sup> Dreno B., Tan J., Rivier M., et al. Adapalene 0.1%/benzoyl peroxide 2.5% gel reduces the risk of atrophic scar formation in moderate inflammatory acne: a split-face randomized controlled trial. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2017; 31 (4): 737–742.

<sup>30</sup> Инструкция по применению лекарственного препарата Базирон® АС, гель для наружного применения, 2,5 %, 5 %, рег. уд. № П N014057/01.

<sup>31</sup> Самгин М.А., Монахов С.А. Базирон® АС 5% гель в терапии акне. Вестник дерматологии и венерологии. 2003; 4.

# GALDERMA

EST. 1981

## Эффезел® 0,1% / 2,5% гель адапален / БПО ф.к.\*

Оригинальный<sup>1</sup> комбинированный  
лекарственный препарат  
для наружной терапии акне с 9 лет и старше<sup>2</sup>

Эффезел® – воздействует на все  
патогенетические факторы развития акне<sup>2-5</sup>

Эффезел® – единственный комбинированный  
препарат, рекомендуемый для терапии акне,  
поддерживающей терапии акне  
и профилактики рубцов пост-акне<sup>6</sup>

Эффезел® удобен в применении –  
формирует приверженность  
к лечению со стороны пациента<sup>7</sup>



\*фиксированная комбинация



1. Сведения о первой регистрации препаратов доступны на сайте Европейского Медицинского Агентства по адресу <https://www.ema.europa.eu/>
2. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Эффезел®, рег. уд. № ЛП-000738
3. Gollnick H. et al. Adapalene-benzoyl peroxide, a unique fixed-dose combination topical gel for the treatment of acne vulgaris: a transatlantic, randomized, double-blind, controlled study in 1670 patients. *British Journal of Dermatology*, 2009
4. 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:S1-50;
5. Tan J. et al. Synergistic efficacy of adapalene 0.1%-benzoyl peroxide 2.5% in the treatment of 3855 acne vulgaris patients. *J Dermatol. Treat.* 2011, 22(4):197-205.
6. Клинические рекомендации. Акне вульгарные. Российское общество дерматовенерологов и косметологов, 2020 г. <https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>
7. Maria J. Rueda. Acne subject preference for pump over tube for dispensing fixed-dose combination adapalene 0,1%/benzoyl peroxide 2,5% gel. *Dermatol Therapy*, 2014

ООО «ГАЛДЕРМА», Россия 123112, Москва, 1-й Красногвардейский проезд, д. 15, этаж 34, офис 34.01,  
тел.: +7 (495) 540-50-17, e-mail: [PV.Russia@galderma.com](mailto:PV.Russia@galderma.com)

**ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА**  
**МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

RU-EDG-2300004/0723



Юбилейная научно-практическая конференция с международным участием «Рахмановским чтениям 40 лет»

**Клинические рекомендации Акне, РОДВК, 2020 г.  
Профилактика формирования рубцов пост-акне**

- Для профилактики формирования рубцов пост-акне пациентам рекомендуется\*:
  - Комбинированный препарат **адапален (0,1%) + бензоила пероксид (2,5%)**, гель 1 раз в сутки в течение 6 месяцев снижает риск образования новых атрофических рубцов, а также улучшает общую выраженность рубцов при акне
  - Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)

\*Другие рекомендованных лекарственных препаратов для профилактики формирования рубцов пост-акне в данном Разделе нет

Клинические рекомендации. Акне vulgaris. Российское общество дерматовенерологов и косметологов, 2020 г.  
https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/

Рис. 14. Презентация «Акне. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор Е.А. Аравийская

**Базирон® АС (гель бензоила пероксида 2,5% и 5%)  
для пациентов с небольшим числом элементов угревой сыпи  
в виде папул и пустул на лице<sup>1-3</sup>**

**БЕНЗОИЛА ПЕРОКСИД – ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ВЕЩЕСТВО<sup>1</sup>**

- Подавляет продукцию кожного сала
- Противомикробное действие: подавляет рост *S. acnes*
- Кератолитическое действие

**АС – ACRYLATES COPOLYMERS (кополимер/сополимер метакриловой кислоты) в составе Базирон® АС (вспомогательное вещество)<sup>1</sup>**

**Технология АС метакриловой кислоты сополимера обеспечивает всасывание избытка кожного сала, а глицерин – смягчение и увлажнение кожи<sup>3</sup>**

**Кожное сало и ко(со)полимер метакриловой кислоты**

1. Инструкция по применению лекарственного препарата Базирон® АС, сайт производителя, компания, ООО «Н.В.», сайт: <https://www.rodv.ru>  
2. Клинические рекомендации. Акне. Российское общество дерматовенерологов и косметологов, РОДВК, 2020 г. <https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>  
3. Влияние технологии АС метакриловой кислоты сополимера на удаление избытка кожного сала и увлажнение кожи. Доклад на симпозиуме «Акне и его лечение», 2019 г. Москва, Россия. © Сторкс В.А., Россия, С.Д., Базирон® АС 2,5% Гель и Базирон® АС 5% Гель. Докладчик: доктор медицинских наук, профессор, д.м.н., профессор Е.А. Аравийская

Рис. 15. Презентация «Акне. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор Е.А. Аравийская

По итогам выступлений эксперты представили практические рекомендации по лечению акне с точки зрения дерматолога и гастроэнтеролога.

Так, профессор М.А. Шевяков подчеркнул, что пациентам с акне следует придерживаться рекомендаций по ограничению в рационе питания молока, шоколада и других продуктов с высоким гликемическим индексом. Осмотр слизистой языка, склер глаз, корректный сбор анамнеза, результаты ультразвукового исследования ЖКТ и биохимического исследования крови могут облегчить раннюю диагностику заболеваний желчевыводящих путей и печени, объясняя тяжесть течения акне.

В заключение своего выступления профессор Е.А. Аравийская еще раз подчеркнула, что акне – хронический воспалительный дерматоз. К препаратам выбора для лечения акне прежде всего относят топические ретиноиды и БПО. Комбинация адапалена и БПО является первой линией в лечении большинства воспалительных/комедональных акне. В схему комплексного лечения акне необходимо включать применение дерматокосметических средств, направленных на специализированное очищение, защиту и увлажнение кожи.



Профессор, д.м.н.  
Е.С. Снарская

**Розацеа. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам**

**В** продолжение темы междисциплинарного подхода к лечению дерматозов врач-дерматолог, д.м.н., профессор кафедры кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Сеченовского университета) Елена Сергеевна СНАРСКАЯ и врач-гастроэнте-

ролог, профессор М.А. Шевяков рассмотрели особенности классификации, клинического течения, диагностики и лечения розацеа. Как отметила профессор Е.С. Снарская в начале своего выступления, розацеа – хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица в виде эритемы и папуло-пустулезных элементов, фим и поражения глаз<sup>32</sup>. Роза-

<sup>32</sup> Клинические рекомендации. Розацеа. Российское общество дерматовенерологов и косметологов, 2020 г. <https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>



## Сателлитный симпозиум компании ООО «ГАЛДЕРМА»

цеа встречается у лиц обоего пола в возрасте 30–50 лет (чаще у женщин), имеющих определенную генетическую предрасположенность к транзиторному покраснению кожи лица вследствие расширения сосудов, реже – шеи и зоны декольте. Данному дерматозу больше подвержены лица первого и второго (североевропейского) фототипа (так называемые «приливы кельтов»), однако заболевание может встречаться при любом фототипе кожи. В странах Европы заболеваемость розацеа в среднем составляет 1,5–10%, в России, по данным исследования RISE, – 5%<sup>33,34</sup>.

На сегодняшний день, согласно руководству по критериям диагностики розацеа, разработанному международной группой экспертов в 2002 г., а также клиническим рекомендациям по диагностике и лечению розацеа РОДВК 2020 г., выделяют четыре основных подтипа (субтипа) розацеа, соответствующих эритематозной, папуло-пустулезной, гипертрофической стадиям и офтальморозацеа в прежних классификациях, и один вариант – гранулематозную розацеа. Подтипы розацеа: подтип I – эритемато-телеангиэктатический; подтип II – папуло-пустулезный; подтип III – фиматозный; подтип IV – глазной<sup>32,33</sup>.

Елена Сергеевна отметила, что в клинической практике часто встречаются случаи сочетания различных симптомов, что означает наличие более чем одного подтипа розацеа у одного пациента (рис. 16)<sup>35</sup>. Согласно руководству по критериям диагностики розацеа, разработанному международной группой экспертов, к основным клиническим критериям розацеа относят транзиторную эритему, стойкую эритему, телеангиэктазии, папулы

### Классификация розацеа – “перекрывание” симптомов различных подтипов

- В 2002 г. международная группа экспертов (под руководством Jonathan Wilkin, США\*) опубликовала руководство по критериям диагностики розацеа, которое описывает **четыре подтипа данного заболевания**<sup>1</sup>
- Тем не менее, у пациентов часто **присутствует “наложение” различных симптомов**, что означает наличие более чем одного подтипа заболевания<sup>2</sup>

\*Jonathan Wilkin, MD, USA, Chairman of the National Rosacea Society Expert Committee – Председатель Экспертного комитета Национального общества по розацеа, США

Подтип	Эритемато-телеангиэктатический (ЭТР)	Папуло-пустулезный (ПППР)	Фиматозный (ФИМ)	Офтальморозацеа (ОФТ)
Распространенность <sup>2</sup>	64%	36%	24%	36%

1. Wilkin J, et al. Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46(4): 584–587.  
2. Del Rosso JQ. Advances in Understanding and Managing Rosacea: Part 2 The Central Role, Evaluation, and Medical Management of Diffuse and Persistent Facial Erythema of Rosacea. *J Clin Aesthet Dermatol* 2012; 5(3): 26–36.  
\*Wilkin J, et al. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46(4): 584–587

Рис. 16. Презентация «Розацеа. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор Е.С. Снарская

и пустулы. Наличие одного и более основных критериев свидетельствует о розацеа. Диагноз розацеа подтверждают один или несколько дополнительных критериев, таких как симптомы жжения, покалывания, отек лица, сухость кожи, воспалительные бляшки, «глазные» симптомы, фиматозные изменения. Для диагностики заболевания необходимо наличие как минимум двух критериев<sup>33</sup>.

Профессор Е.С. Снарская акцентировала внимание аудитории, что при диагностике розацеа, как правило, нет необходимости в проведении дополнительных лабораторных исследований. Согласно современным рекомендациям РОДВК, не рекомендуется применять микроскопию с целью обнаружения *Demodex* и проводить посев содержимого пустул. В ряде случаев рекомендуется консультация врача-офтальмолога с целью уточнения диагноза при офтальморозацеа. Также пациентам может понадобиться консультация врача-гастроэнтеролога для

уточнения объема и характера дополнительного обследования. Инструментальные диагностические исследования при розацеа не применяются<sup>32</sup>.

Профессор М.А. Шевяков рассмотрел подходы к диагностике розацеа с точки зрения гастроэнтеролога. Он отметил, что у пациентов с розацеа часто встречаются сопутствующие патологии ЖКТ, особенно хронические воспалительные заболевания кишечника. По данным крупномасштабного исследования с участием 49 475 пациентов, розацеа ассоциируется с определенными заболеваниями ЖКТ, в частности болезнью Крона, язвенным колитом, целиакией и инфекцией *Helicobacter pylori*<sup>36</sup>.

В ряде эпидемиологических исследований и экспериментальных работ показана прямая связь розацеа с инфекцией *H. pylori*. В систематическом обзоре 27 исследований установлена четкая ассоциация инфекции *H. pylori* с розацеа. Результаты исследований свидетель-

<sup>33</sup> Wilkin J, Dahl M., Detmar M., et al. Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2002; 46 (4): 584–587.

<sup>34</sup> Tan J., Schöfer H., Araviiskaia E., et al. Prevalence of rosacea in the general population of Germany and Russia – the RISE study. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2016; 30 (3): 428–434.

<sup>35</sup> Del Rosso J.Q. Advances in Understanding and Managing Rosacea: Part 2 The Central Role, Evaluation, and Medical Management of Diffuse and Persistent Facial Erythema of Rosacea. *J. Clin. Aesthet. Dermatol.* 2012; 5 (3): 26–36.

<sup>36</sup> Egeberg A., Weinstock L.B., Thyssen E.P., et al. Rosacea and gastrointestinal disorders: a population-based cohort study. *Br. J. Dermatol.* 2017; 176 (1): 100–106.

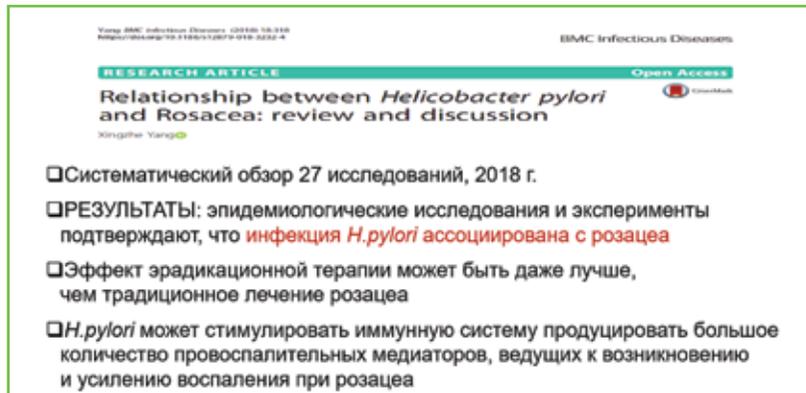


Рис. 17. Презентация «Розацеа. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор М.А. Шевяков

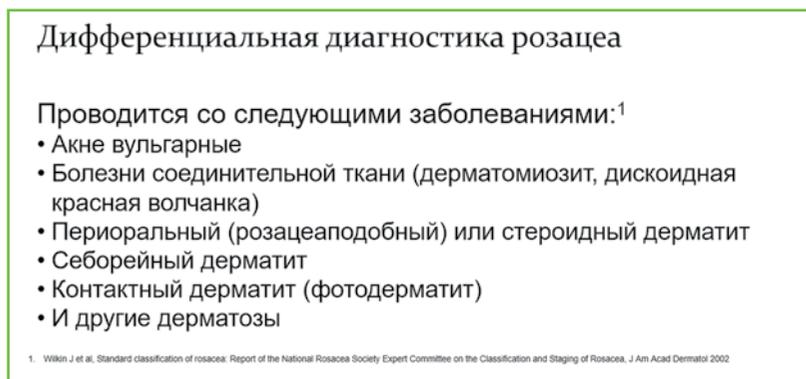


Рис. 18. Презентация «Розацеа. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор Е.С. Снарская

ствуют о том, что *H. pylori* может стимулировать иммунную систему продуцировать большое количество провоспалительных медиаторов, ведущих к возникновению и усилению воспаления при розацеа. Поэтому эффект от эрадикации *H. pylori* в ряде случаев может быть даже лучше, чем традиционное лечение розацеа (рис. 17)<sup>37</sup>.

Инфекция *H. pylori* является одной из наиболее распространенных в мире. При исследовании распространенности *H. pylori* с использованием <sup>13</sup>C-уреазного дыхательного теста было показано, что в Санкт-

Петербурге среди пациентов, пришедших на прием, 42% были инфицированы. Среди врачей частота инфицированности *H. pylori* была значительно выше – 58%<sup>38</sup>.

По мнению профессора М.А. Шевякова, с учетом многофакторного характера патогенеза розацеа при необходимости дерматологи могут рекомендовать пациентам с розацеа обследование на *H. pylori*, при положительном результате больным показана антихеликобактерная терапия.

Профессор Е.С. Снарская продолжила дискуссию, акцентировав

внимание на проблеме дифференциальной диагностики розацеа, сопровождая свой доклад слайдами с фотографиями пациентов, имеющих тот или иной дерматоз. Дифференциальная диагностика розацеа прежде всего проводится с акне, болезнями соединительной ткани (дерматомиозит, дискоидная красная волчанка (ДКВ)), периоральным или стероидным дерматитом, себорейным дерматитом, контактным дерматитом (фотодерматит) и другими дерматозами (рис. 18)<sup>33</sup>.

В клинической практике встречаются определенные сложности в дифференциальной диагностике розацеа от акне. Следует учитывать, что в отличие от акне розацеа характеризуется центрофациальной локализацией высыпаний, сухостью и чувствительностью кожи, наличием телеангиэктазий, эритемы, папул и пустул. При этом манифестирует розацеа, как правило, у пациентов в возрасте 30–40 лет и старше, а вульгарные акне – это чаще всего заболевание подросткового и юношеского возраста<sup>39</sup>.

Себорейный дерматит наблюдается чаще у лиц мужского пола, локализуется на волосистой части головы, коже лица (в области надпереносья, бровей, нозолабиальных складок, щек), ушей, верхней части туловища (в области грудины и между лопатками). В отличие от розацеа эритема при себорейном дерматите имеет красный цвет с желтоватым оттенком. Кроме того, себорейный дерматит отличается выраженным сезонным течением: улучшение состояния наблюдается в летний период. У пациентов с себорейным дерматитом часто выявляется сопутствующая патология, в том числе заболевания ЖКТ, неврозы, депрессии, ВИЧ-инфекция<sup>40</sup>.

<sup>37</sup> Yang X. Relationship between Helicobacter pylori and rosacea: review and discussion. BMC Infect. Dis. 2018; 18 (1): 318.

<sup>38</sup> Бакулина Н.В., Симаненков В.И., Бакулин И.Г., Ильчишина Т.А. Распространенность хеликобактерной инфекции среди врачей. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2017; 148 (12): 20–24.

<sup>39</sup> Круглова Л.С., Стенько А.Г., Грязева Н.В. и др. Акне и розацеа. Клинические проявления, диагностика и лечение. Под ред. Л.С. Кругловой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 208 с.

<sup>40</sup> Warshaw E.M., Wohlhuter R.J., Liu A., et al. Results of a randomized, double-blind, vehicle-controlled efficacy trial of pimecrolimus cream 1% for the treatment of moderate to severe facial seborrheic dermatitis. J. Am. Acad. Dermatol. 2007; 57: 257–264.



## Сателлитный симпозиум компании ООО «ГАЛДЕРМА»

Розацеа следует дифференцировать от периорального (розацеа-подобного), или стероидного, дерматита. Прежде всего его отличает периоральная (иногда периорбитальная) локализация. Данный вид дерматоза характеризуется полусферическими мелкими папулами, папуло-везикулами, редко папуло-пустулами на диффузно-воспалительном эритематозном фоне. Наибольшее значение при проведении дифференциальной диагностики имеет анамнез пациента с симптомами дерматоза. В частности, необходимо уточнить у пациента, использует ли он топические ГКС и косметические средства. В большинстве случаев развитие розацеаподобного дерматита связано с длительным применением топических ГКС.

Общими симптомами розацеа и розацеаподобного стероидного дерматита являются стойкая эритема и телеангиэктазии, чувство жжения и покалывания в очагах, повышенная чувствительность к ультрафиолетовому излучению. Основными отличиями розацеаподобного стероидного дерматита от розацеа считаются четкая связь с применением топических ГКС, которую пациенты не осознают, и ребаунд-эффект (от англ. rebound – рикошет), при котором при отмене топических ГКС ухудшается состояние кожного покрова.

В свою очередь полиморфный фотодерматоз имеет четкую связь между воздействием солнечного облучения и появлением эфлоресценций на коже. После пребывания на солнце у пациентов с полиморфным фотодерматозом возникают зуд, жжение, покалывание и появляются эритематозно-папуло-везикулезные высыпания и эксфолиации. При этом отсутствуют фолликулярный гиперкератоз и рубцовая атрофия.

В некоторых случаях розацеа дифференцируют от дерматомиозита.

Это заболевание сопровождается симптомом Готтрона, при котором появляются красные, розовые, иногда шелушащиеся узелки и бляшки на коже в области разгибательной поверхности суставов, чаще всего межфаланговых, пястно-фаланговых, локтевых и коленных. При дерматомиозите наблюдается гелиотропная сыпь – лиловые или красные высыпания на верхних веках и пространстве между верхним веком и бровью, часто в сочетании с отеком вокруг глаз. Сыпь может располагаться как на коже лица, так и груди, шеи, верхней части спины, живота, ягодиц, на бедрах и голенях. Часто у пациентов с дерматомиозитом на коже развиваются изменения по типу ветки дерева (древовидное ливедо) бордово-синюшного цвета в области плечевого пояса и проксимальных отделов конечностей. Пациентам с подозрением на дерматомиозит проводят дополнительные исследования, в том числе тесты на мышечные ферменты, электромиографию, биопсию мышц и др.

При постановке диагноза розацеа следует исключить признаки дискоидной красной волчанки. Кардинальными признаками ДКВ считаются эритема, телеангиэктазии, участки гипер- и депигментации, фолликулярный гиперкератоз, рубцовая атрофия. Эритема представляет собой

розово-красные шелушащиеся бляшки на лице (в форме бабочки), груди, спине, по краям очагов. Фолликулярный гиперкератоз характеризуется наличием на бляшках мелких асбестовых чешуек, при снятии которых обнаруживаются остроконечные шипики (симптом «дамского каблучка»). В очагах ДКВ образуются три зоны рубцовой атрофии: в центре – рубцовая атрофия, инфильтративно-гиперкератотическая и эритематозная – по периферии.

Далее о заболеваниях ЖКТ, ассоциированных с течением розацеа, подробно рассказал профессор М.А. Шевяков. Он напомнил слушателям, что у пациентов с болезнью Крона, неспецифическим язвенным колитом, целиакией, синдромом раздраженного кишечника риск формирования розацеа достоверно выше по сравнению с лицами без заболеваний ЖКТ. Накопленные данные демонстрируют устойчивую ассоциацию развития дерматозов, протекающих на фоне патологии ЖКТ, с повышенной кишечной проницаемостью. В ряде исследований рассматривается роль повышенной кишечной проницаемости тонкой кишки в патогенезе розацеа (рис. 19)<sup>41</sup>.

По данным литературного обзора, целиакия достоверно повышает вероятность развития кожных

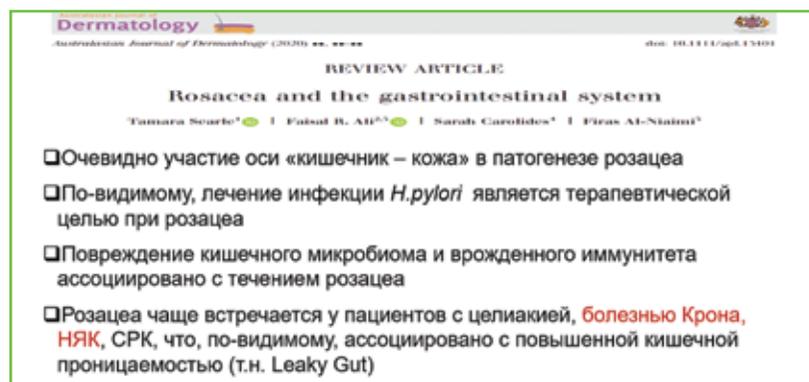


Рис. 19. Презентация «Розацеа. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор М.А. Шевяков

<sup>41</sup> Searle T, Ali FR, Carolides S, Al-Niaini F. Rosacea and the gastrointestinal system. Aust. J. Dermatol. 2020; 61 (4): 307–311.

Юбилейная научно-практическая конференция с международным участием «Рахмановским чтениям 40 лет»



Рис. 20. Презентация «Розацеа. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор М.А. Шевяков

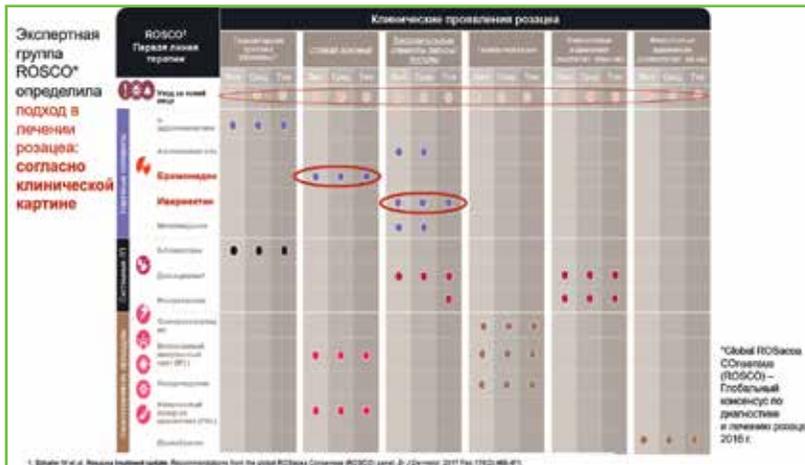


Рис. 21. Презентация «Розацеа. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор Е.С. Снарская

заболеваний, таких как розацеа, крапивница, атопический дерматит, псориаз<sup>42</sup>. Целиакия – аутоиммунное заболевание, которое возникает у генетически предрасположенных людей с генотипом HLA DQ2 и DQ8 и характеризуется атрофией ворсинок и инфильтрацией эпителия тонкой кишки лимфоцитами. Глютен, присутствующий в рационе, вызывает аутоиммунный ответ, направленный против тканевой трансглутамина-

зы. Поэтому выявление антител к трансглутаминазе указывает на наличие целиакии. При соблюдении безглютеновой диеты у пациентов с целиакией наблюдаются улучшение самочувствия, нормализация серологических тестов (рис. 20)<sup>42, 43</sup>. Лактазная недостаточность (интолерантность лактозы) – часто встречающаяся патология тонкой кишки, для которой характерны гастроинтестинальные симптомы (тошнота, метеоризм, диарея,

абдоминальный дискомфорт), появляющиеся после употребления молочных продуктов. Это результат недостатка фермента лактазы, синтезируемого тонкой кишкой и расщепляющей молочный сахар до простых сахаров – глюкозы и галактозы. На фоне лактазной недостаточности развивается низкоинтенсивное воспаление тонкой кишки, приводящее к кожным заболеваниям.

Синдром раздраженного кишечника является наиболее частой причиной обращения пациентов к гастроэнтерологу. Это распространенное хроническое функциональное расстройство ЖКТ, при котором пациент испытывает боль в животе с обязательной ассоциацией с кишечной дисфункцией, проявляющейся диареей, запором или их чередованием<sup>44</sup>.

По словам докладчика, выявление у пациентов с розацеа признаков вышеперечисленных патологий ЖКТ является показанием для направления их на консультацию к гастроэнтерологу для дальнейшего наблюдения и лечения.

Далее профессор Е.С. Снарская рассказала аудитории, на какие российские и международные клинические рекомендации следует ориентироваться врачам при выборе методов лечения розацеа. Высокий уровень доказательности имеют рекомендации, разработанные Глобальным консенсусом по диагностике и лечению розацеа (Global Rosacea Consensus – ROSCO) в 2016 г. По мнению экспертов ROSCO, лекарственные препараты для лечения розацеа следует подбирать пациенту индивидуально с учетом клинической картины. При сочетании нескольких клинических проявлений заболевания терапия должна включать

<sup>42</sup> Rodrigo L., Beteta-Gorriti V., Alvarez N., et al. Cutaneous and mucosal manifestations associated with celiac disease. *Nutrients*. 2018; 10 (7): 800.

<sup>43</sup> Lindfors K., Lin J., Lee H.S. et. al. Metagenomics of the faecal virome indicate a cumulative effect of enterovirus and gluten amount on the risk of coeliac disease autoimmunity in genetically at risk children: the TEDDY study. *Gut*. 2020; 69 (8): 1416–1422.

<sup>44</sup> Ford A.C., Vandvik P.O. Irritable bowel syndrome. *BMJ Clin. Evid*. 2010; 0410.



## Сателлитный симпозиум компании ООО «ГАЛДЕРМА»

более одного препарата, а также ежедневный уход за кожей лица, физиотерапевтические процедуры<sup>45, 46</sup>.

Важными условиями комплексного подхода для всех пациентов с розацеа являются исключение или уменьшение влияния триггерных факторов, ежедневный уход за кожей с использованием солнцезащитных средств с SPF 30+, очищающих и увлажняющих дерматокосметических средств, специально разработанных для чувствительной кожи пациентов с розацеа<sup>45, 46</sup>.

В рекомендациях ROSCO отмечено, что выбор терапевтического подхода к лечению пациентов с розацеа зависит от клинической картины и подтипа заболевания. Препаратом выбора в лечении стойкой эритемы при розацеа назван бримонидин, при выявлении воспалительных папул и пустул – ивермектин (рис. 21)<sup>46</sup>.

Основным документом в РФ, на который необходимо ориентироваться врачам в клинической практике при ведении пациентов с розацеа, являются российские клинические рекомендации, разработанные экспертами РОДВК (2020). В данных рекомендациях отмечено, что наружное лечение является предпочтительным для всех подтипов розацеа, за исключением гипертрофического, при котором наиболее эффективными оказываются хирургическое лечение и системные ретиноиды<sup>32</sup>.

Пациентам с розацеа рекомендуется применение наружной терапии 1%-ным кремом ивермектин. Крем наносят на кожу лица один раз в сутки вечером ежедневно на протяжении всего курса лечения папуло-пустулезного подти-

па розацеа – до четырех месяцев. При необходимости курс можно повторить (рис. 22)<sup>32</sup>.

Для лечения стойкой эритемы лица при розацеа применяют бримонидина тартрат в форме 0,5%-ного геля. Препарат наносят тонким слоем на кожу лица один раз в сутки утром. Эффект от лечения развивается уже через 30 минут после применения препарата, достигает максимума через три – шесть часов и длится

до 12 часов. Бримонидина тартрат в форме геля эффективен при длительной терапии пациентов. Одновременная комбинированная наружная терапия ивермектином один раз в сутки на ночь и бримонидина тартратом один раз в сутки утром у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением папуло-пустулезной розацеа позволяет достичь оптимального результата лечения (рис. 23)<sup>32, 47, 48</sup>.

**Клинические рекомендации Розацеа, РОДВК, 2020 г.**  
**Наружная терапия - монотерапия, рекомендации уровня А1**

*Наружное лечение является предпочтительным для всех типов розацеа, за исключением гипертрофического, при котором наиболее эффективными оказываются хирургическое лечение и системные системные ретиноиды.*

- **Рекомендуется наружная терапия пациентам с розацеа:**  
**ивермектин, крем 1%** наносят на кожу лица 1 раз в сутки (на ночь) ежедневно на протяжении всего курса лечения папуло-пустулезного подтипа розацеа – до 4-х месяцев. При необходимости курс лечения можно повторить [34-37].

**Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств 1)**

**Комментарии:** Применение ивермектина 1 раз в сутки в крупномасштабных международных клинических исследованиях продолжалось 52 недели и показало существенное увеличение безрецидивного периода у пациентов с умеренным и тяжелым течением папулопустулезной розацеа [34-37].  
Разработчик клинической рекомендации: Российское общество дерматовенерологов и косметологов, 2020 г.  
[www.rusdermatology.ru](http://www.rusdermatology.ru)

Рис. 22. Презентация «Розацеа. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор Е.С. Снарская

**Клинические рекомендации Розацеа, РОДВК, 2020 г.**  
**Наружная терапия - монотерапия, рекомендации уровня А1**

**или**  
**бримонидина тартрат, гель 0,5%,** небольшое (размером со спичечную головку) количество геля тонким слоем наносят на кожу каждой из 5 зон лица (лоб, подбородок, нос, щеки) 1 раз в сутки (утром) для лечения стойкой эритемы лица при розацеа [38-40].

**Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств 1)**

**Комментарии:** эффект развивается в уже через 30 минут, достигает максимума через 3-6 часов и длится до 12 часов. 0,5% гель бримонидинатартрата эффективен при длительной терапии пациентов, по крайней мере, в течение 12 месяцев с приемлемым профилем безопасности [38-40]. Средняя продолжительность лечения составляет 3-4 месяца. Одновременная комбинированная наружная терапия ивермектином 1 раз в сутки (на ночь) и бримонидинатартратом 1 раз в сутки (утром), у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением папулопустулезной розацеа, позволяет достичь оптимального результата лечения [41].

Рис. 23. Презентация «Розацеа. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор Е.С. Снарская

<sup>45</sup> Tan J., Almeida L.M., Bewley A., et al. Updating the diagnosis, classification and assessment of rosacea: recommendations from the global ROSacea COnsensus (ROSCO) panel. Br. J. Dermatol. 2017; 176 (2): 431–438.

<sup>46</sup> Schaller M., Almeida L.M.C., Bewley A., et al. Rosacea treatment update: recommendations from the global ROSacea COnsensus (ROSCO) panel. Br. J. Dermatol. 2017; 176 (2): 465–471.

<sup>47</sup> Инструкция по медицинскому применению препарата Мирвазо® Дерм, рег. уд. № ЛП-003563.

<sup>48</sup> Инструкция по медицинскому применению препарата Солантра, рег. уд. № ЛП-003692.



**Ивермектин – три основных клинические исследования III фазы для терапии ПП розацеа\* (более 2 300 пациентов!)**

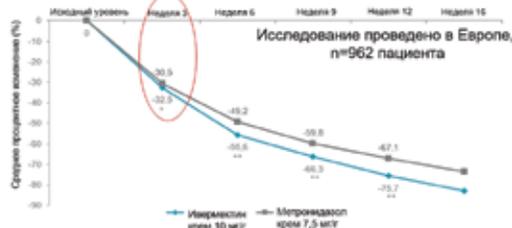
- Два пилотных (базовых), идентичных по дизайну исследования III фазы (проведены в США и Канаде):
  - Крем ивермектин в сравнении с плацебо (часть А, 12 недель: исследование 1А, n=683; исследование 2А, n=688; всего n=1371 пациентов)
  - Долгосрочная оценка безопасности – продолжение двух пилотных исследований: крем ивермектин в сравнении с гелем азелаиновой кислоты (часть В, 40 недель: исследование 1В, n=622; исследование 2В, n=636; всего n=1258 пациентов)
- Исследование III фазы (сокращенное название – ATTRACT, проведено в Европе\*) крема ивермектина (ИВМ) 1 раз/день в сравнении с кремом метронидазола (Метро) 2 раза/день:
  - 16-недельное прямое сравнительное исследование, доказывающее более высокую эффективность ИВМ vs Метро (часть А, n=962 пациента)
  - 36-недельное продолжение исследования ИВМ vs Метро - исследование рецидивов розацеа и длительной безопасности препаратов (часть В, n=757 пациентов)

\*Папуро-пустулезный розацеа (ПЭПР)  
\*64 исследовательских центра в 10 Европ. странах: Франция, Германия, Польша, Великобритания и др.

Рис. 24. Презентация «Розацеа. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор Е.С. Снарская

**Ивермектин эффективнее метронидазола в снижении числа воспалительных элементов при розацеа<sup>1</sup>**

- 1% ивермектин 1 раз в сутки был статистически значимо эффективнее 0,75% метронидазола 2 раза в сутки, начиная с 3-й недели терапии (P<0,05) с дальнейшим улучшением (P<0,001)

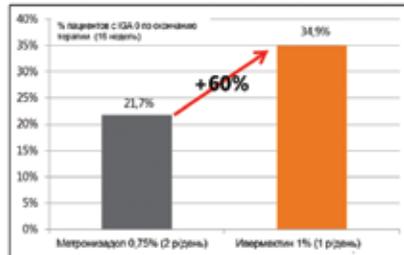


\*ITT-LOCF – популяция в соответствии с первоначальным лечением  
1. Taieb A, et al. Superiority of ivermectin 1% cream over metronidazole 0.75% cream in treating inflammatory lesions of rosacea: a randomized, investigator-blinded trial. Br J Dermatol 2015; 172: 1033–1110

Рис. 25. Презентация «Розацеа. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор Е.С. Снарская

**В результате терапии 1% кремом ивермектина было на 60% больше пациентов, достигших оценки «чистая кожа», по сравнению с 0,75% кремом метронидазола<sup>1</sup>**

- После 16 недель терапии на 60% больше пациентов достигли оценки IGA 0 «чистая кожа» при терапии 1% кремом ивермектина (1 раз в день) по сравнению с 0,75% кремом метронидазола (2 раза в день): (34,9 – 21,7)/21,7 = 0,6 x 100% = 60%



1. Taieb A, et al. Superiority of ivermectin 1% cream over metronidazole 0.75% cream in treating inflammatory lesions of rosacea: a randomized, investigator-blinded trial. Br J Dermatol 2015; 172: 1033–1110

Рис. 26. Презентация «Розацеа. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор Е.С. Снарская

В ряде широкомасштабных международных исследований были получены убедительные доказательства эффективности ивермектина в лечении розацеа (рис. 24). Так, в 16-недельном прямом сравнительном исследовании III фазы ATTRACT оценивали эффективность и безопасность применения 1%-ного ивермектина в форме крема один раз в сутки в сравнении с кремом метронидазола 0,75% два раза в сутки у 962 пациентов с умеренной и тяжелой папуло-пустулезной розацеа. Анализ данных исследования показал достоверное преимущество в отношении показателей эффективности и безопасности ивермектина в лечении розацеа по сравнению с метронидазолом. Доказано, что на фоне лечения ивермектином у пациентов с розацеа отмечено значимое уменьшение количества воспалительных элементов начиная с 3-й недели терапии (рис. 25). После 16 недель терапии на 60% больше пациентов достигли оценки «чистая кожа» по Шкале общей оценки исследователя IGA (Investigator Global Assessment scale, от 0 (чистая кожа) до 4 баллов (тяжелая степень розацеа)) при лечении кремом ивермектина по сравнению с метронидазолом (рис. 26). Пациенты на фоне лечения ивермектином отмечали значимое повышение качества жизни и были удовлетворены лечением<sup>49</sup>. На сегодняшний день в российской дерматологической практике для лечения воспалительных поражений кожи при розацеа (папуло-пустулезная форма) у взрослых пациентов применяется препарат Солантра® в форме крема, в состав которого входит 1%-ный ивермектин. Препарат используют один раз в сутки ежедневно вечером на протяжении всего курса лечения – до четырех месяцев. При

<sup>49</sup> Taieb A., Ortonne J.P., Ruzicka T., et al. Superiority of ivermectin 1% cream over metronidazole 0,75% cream in treating inflammatory lesions of rosacea: a randomized, investigator-blinded trial. Br. J. Dermatol. 2015; 172 (4): 1103–1110.

# GALDERMA

EST. 1981

НА  
**60%**

больше† пациентов достигли результата «чистая кожа» («clear» IGA=0)\* по сравнению с метронидазолом‡§



**СОЛАНТРА®**

1% ИВЕРМЕКТИНА КРЕМ

# ВРЕМЯ ПЕРЕМЕН



1 РАЗ В ДЕНЬ<sup>1</sup>



† Основной конечной точкой исследования считалось относительное (%) уменьшение числа воспалительных элементов в период от исходной оценки до конца 16-й недели; эффективность крема СОЛАНТРА® статистически значимо превышала эффективность крема с метронидазолом, 0.75% (83% по сравнению с 73,7%;  $p < 0,001$ ) к 16-й неделе<sup>2</sup>

‡ (34,9–21,7)/21,7=0,608; данный показатель свидетельствует о том, что число пациентов с результатом «чистая кожа» (IGA 0;  $n=167$ ) в конце периода лечения (16-я неделя) в группе, применявшей крем СОЛАНТРА®, было на 60% больше, чем в группе, применявшей крем с метронидазолом 0,75% ( $n=105$ )<sup>2</sup>. Многоцентровое, слепое для исследователя, рандомизированное исследование III фазы в параллельных группах, по сравнению с эффективностью и безопасностью препарата Солантра®, крем для наружного применения ивермектин 1%, один раз в сутки с 0,75% кремом метронидазола два раза в сутки у 962 пациентов в возрасте 18 лет и старше с умеренными или тяжелыми воспалительными элементами при розацеа (показатель IGA 3 или 4) в течение 16-недельного периода лечения<sup>1</sup>

§ Выраженность розацеа, оцениваемая исследователем по 5-бальной шкале общей оценки исследователя (IGA) для определения успешности лечения, соответствовала результатам «чистая кожа» (IGA 0) или «почти чистая кожа» (IGA 1). Конечная оценка IGA 0 означает результат «чистая кожа» – полное отсутствие воспалительных элементов

† Almost is not clear – почти чисто не значит чисто (дословный перевод с английского языка)

\* IGA (Investigator Global Assessment scale) – шкала общей оценки исследователя, от 0 до 4-х баллов, где (IGA=0) – чистая кожа «clear», отсутствие воспалительных элементов, нет эритемы; а 4 балла (IGA=4) – тяжелая степень

1. Инструкция по медицинскому применению крема Солантра® (ивермектин 1%) РУ ЛП-003692

2. Taieb A, et al. Superiority of ivermectin 1% cream over metronidazole 0.75% cream in treating inflammatory lesions of rosacea: a randomized, investigator-blinded trial. Br J Dermatol 2015;172:1103–1110

ООО «ГАЛДЕРМА», Россия 123112, Москва, 1-й Красногвардейский проезд, д. 15, этаж 34, офис 34.01, тел.: +7 (495) 540-50-17, e-mail: PV.Russia@galderma.com

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА  
МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ RU-SOC-2200015\0723

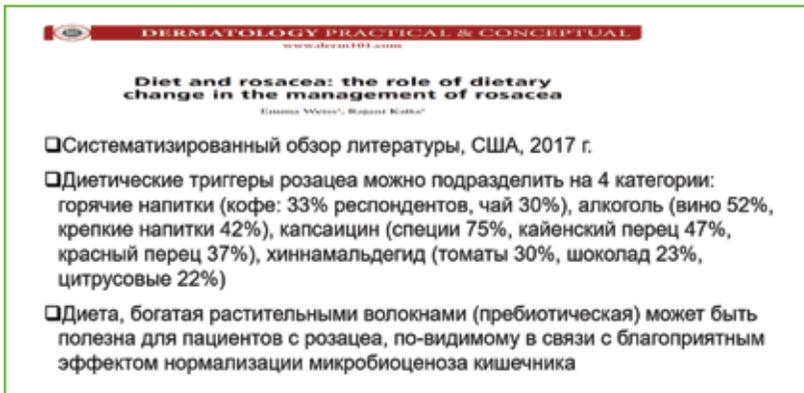


Рис. 27. Презентация «Розацеа. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор М.А. Шевяков



Рис. 28. Презентация «Розацеа. Диалог дерматолога и гастроэнтеролога – экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам», д.м.н., профессор М.А. Шевяков

необходимости курс лечения можно повторить<sup>48</sup>. Далее профессор М.А. Шевяков с точки зрения гастроэнтеролога акцентировал внимание на ключевых позициях диагностики и лечения розацеа. Он подчеркнул роль нормальной кишечной микрофлоры в поддержании здоровья кожи. Своевременное выявление и коррекция интестинального дисбиоза с применением современных энтросептиков, пробиотиков и пребиотиков – важная составляющая терапевтического подхода к ведению пациентов с розацеа. В завершение своего выступления

докладчик еще раз подчеркнул, что пребиотическая диета может быть полезна для пациентов с розацеа, тогда как воспалительный очаг в ЖКТ и синдром повышенной кишечной проницаемости усиливают симптомы розацеа (рис. 27)<sup>50</sup>. Подводя итоги доклада со своей стороны, профессор Е.С. Снарская представила ряд клинических случаев применения ивермектина (Солантра®) в терапии пациентов с папуло-пустулезным подтипом розацеа. Так, у пациентки с папуло-пустулезным подтипом розацеа средней степени тяжести (IGA = 3) использование крема Солантра® один раз

в сутки вечером в течение трех месяцев и дерматокосметических средств ежедневно для очищения и увлажнения кожи лица привело к полному регрессу воспалительных элементов (IGA = 0 (чистая кожа)) (рис. 28).

В другом случае у пациента с папуло-пустулезным подтипом розацеа тяжелого течения (IGA = 4) применение системно миноциклина 100 мг в сутки в течение месяца и наружно крема Солантра® один раз в сутки вечером в течение четырех месяцев и дерматокосметических средств ежедневно для очищения и увлажнения кожи лица также привело к полному регрессу воспалительных элементов (IGA = 0 (чистая кожа)).

Пациентке с папуло-пустулезным подтипом розацеа с выраженной эритемой (среднетяжелое течение – IGA = 3) была назначена комплексная терапия: системно – миноциклин 100 мг в сутки в течение месяца, наружно – гель Мирвазо® Дерм (бримонидин 0,5%) один раз в сутки утром и крем Солантра® один раз в сутки на ночь ежедневно в течение четырех месяцев, а также дерматокосметические средства ежедневно для очищения и увлажнения кожи лица. После четырех месяцев терапии у пациентки улучшилось состояние кожи до показателя IGA = 0 (чистая кожа).

В завершение симпозиума спикеры пришли к выводу, что при ведении пациентов с акне и розацеа необходим междисциплинарный подход, основанный на эффективном сотрудничестве врачей разных специальностей, в частности дерматолога и гастроэнтеролога. Комплексный подход к диагностике и лечению акне и розацеа позволит существенно расширить возможности терапии этих заболеваний и повысить качество жизни пациентов. ●

<sup>50</sup> Weiss E., Katta R. Diet and rosacea: the role of dietary change in the management of rosacea, Dermatol. Pract. Concept. 2017; 7 (4): 31–37.