



Время перемен: измените свое отношение к акне и розацеа

В рамках конференции InteDeCo 2022 «Интегративная дерматовенерология и косметология. Новые стандарты взаимодействия» 16 декабря 2022 г. состоялась сателлитный симпозиум компании ООО «ГАЛДЕРМА», посвященный современным методам диагностики и лечения акне и розацеа. Ведущие российские эксперты подробно рассмотрели практические вопросы дифференциальной диагностики и выбора терапии при акне и розацеа, обменялись собственным клиническим опытом применения современного медикаментозного лечения и аппаратных методик у пациентов при данных распространенных социально значимых дерматозах.



Профессор, д.м.н.
Е.А. Аравийская

Открыла симпозиум профессор кафедры дерматовенерологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, д.м.н. Елена Александровна АРАВИЙСКАЯ докладом «Акне на современном этапе: экспертный анализ и практические рекомендации», который затронул сложные вопросы и возможные заблуждения практикующих врачей в диагностике, выборе терапии и отношении к роли дерматокосметики. Елена Александровна отметила, что диагноз акне устанавливается на основании жалоб, анамнеза и наличия объективных клинических проявлений. Акне вульгарные (*acne vulgaris*) – хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся открытыми и закрытыми комедонами и вос-

Акне на современном этапе: экспертный анализ и практические рекомендации

палительными поражениями кожи в виде папул, пустул, узлов¹. При этом, согласно опубликованным данным, у взрослых при акне в патологический процесс может быть вовлечена кожа не только U-зоны (щеки, область вокруг рта и нижняя часть подбородка), но и T-зона (лоб, нос, верхняя часть подбородка). По результатам проведенных исследований, локализация акне у взрослых в большинстве случаев аналогична таковой при подростковых акне. Анализ оценки манифестации акне на лице у взрослых женщин, обращающихся в дерматологическое отделение, показал, что только у 11,2% пациенток акне локализовались в нижней трети лица. У 18,4% женщин акне вообще не присутствовали в нижней трети лица².

В соответствии с современными клиническими рекомендациями, диагноз акне устанавливается на основании клинической картины. Для того чтобы подтвердить диагноз, не нужно проводить микроскопическое исследование с целью обнаружения *Demodex* spp. и других микроорганизмов, а также посев содержимого пустул³.

Согласно экспертизе докладчика, дифференциальная диагностика акне чаще всего проводится

с розацеа, гранулематозной розацеа и периоральным дерматитом. В отличие от акне при розацеа не происходит гиперпродукции кожного сала. Критериями диагностики при розацеа являются стойкая центрофациальная эритема, которая существует более двух месяцев, отсутствие комедонов. Гранулематозная розацеа характеризуется наличием папулезных элементов, одинаковых по размеру, красновато-коричневого или слегка желтоватого оттенка, симптомом «яблочного желе» при витропрессии и отсутствием гиперпродукции кожного сала и комедонов. В свою очередь, при периоральном дерматите выявляют мелкие папулы, папуловезикулы, не болезненные при пальпации. Пациенты предъявляют жалобы на жжение, повышенную чувствительность кожи. Часто к развитию периорального дерматита приводят длительное применение топических глюкокортикостероидов (ГКС) и непереносимость косметических средств. На сегодняшний день принципы ведения пациентов с акне регламентированы российскими и международными клиническими рекомендациями. Основные алгоритмы ведения пациентов с акне в нашей стране отражены в клинических

¹ Самцов А.В., Аравийская Е.Р. Акне и розацеа. М.: Фармтек, 2021.

² 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.

³ Клинические рекомендации. Акне вульгарные. Российское общество дерматовенерологов и косметологов, 2020.



Сателлитный симпозиум компании Galderma

рекомендациях Российского общества дерматовенерологов и косметологов (РОДВК), анонсированных в 2020 г. Среди авторитетных международных документов следует отметить Европейское руководство по терапии акне 2016 г. и Практическое руководство Глобального альянса по ведению пациентов с акне 2018 г. (рис. 1).

Лечение акне проводится в зависимости от степени тяжести заболевания с применением системной и наружной терапии. При легкой степени акне назначается только наружная терапия, при средней степени наружная терапия при необходимости сочетается с системной терапией, при тяжелой степени основной является системная терапия. Наиболее часто назначаемыми лекарственными препаратами с комедонолитическим эффектом при акне являются топические ретиноиды, в частности адапален. Исходя из современных рекомендаций, адапален применяется в качестве препарата первой линии при комедональных акне, а при наличии папуло-пустулезных высыпаний обосновано назначение топических ретиноидов в сочетании с бензоила пероксидом (БПО). Фиксированная комбинация адапалена и БПО имеет высокий уровень доказательности и может рекомендоваться в качестве первой линии терапии в лечении большинства воспалительных/комедональных акне. Топические ретиноиды обладают дозозависимым действием, оказывая влияние на врожденный иммунитет и поддерживают ремиссию, действуют на микрокомедоны⁴.

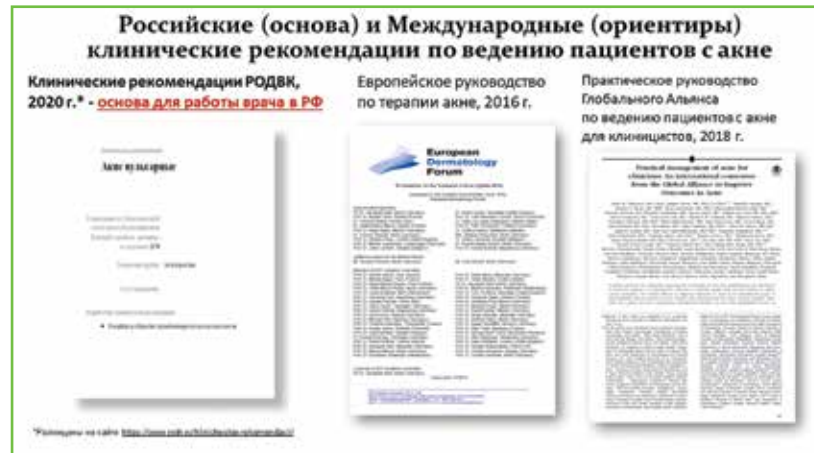


Рис. 1. Презентация «Акне на современном этапе: экспертный анализ и практические рекомендации», д.м.н., профессор Е.А. Аравийская

Эффекты ретиноидов опосредуются двумя типами рецепторов: рецепторами ретиноевой кислоты (RAR) – они ключевые и ретиноидными X-рецепторами (RXR), каждый из которых имеет три подгруппы: альфа, бета и гамма. Ретиноиды, используемые в качестве терапии акне (например, адапален), относятся к агонистам бета- и гамма-рецепторов ретиноевой кислоты. При терапии они транспортируются в ядро клетки, где взаимодействуют с рецепторами ретиноевой кислоты, чтобы активировать последующий ответ. В результате действия топических ретиноидов происходит активация генов, изменяющих процессы кератинизации фолликулов, пролиферацию клеток и воспалительную реакцию. Таким образом, механизм действия современных ретиноидов, в частности адапалена, основан на взаимодействии со специфическими рецепторами

эпидермальных клеток кожи, что обуславливает противовоспалительные свойства препарата⁵. Результаты исследований свидетельствуют о том, что микрокомедоны с вероятностью более 50% являются предшественниками воспалительных элементов акне (папул)⁶. К механизмам формирования микрокомедонов относят дефицит линолевой кислоты, гиперэкспрессию филагтрина, интерлейкина-1-альфа, кератинов, образующие биопленки *Cutibacterium acnes*, избыток андрогенов. К препаратам, известным своим воздействием на микрокомедоны, помимо топических и системных ретиноидов, можно отнести ципротерона ацетат, дроспиренон. При этом их применение как в качестве основной, так и поддерживающей терапии для профилактики формирования микрокомедонов зависит от клинической ситуации^{1, 4, 7-9}.

⁴ 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.

⁵ 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.

⁶ 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): 1–50.

⁷ Melnik B.C. The role of transcription factor FoxO1 in the pathogenesis of acne vulgaris and the mode of isotretinoin action. G. Ital. Dermatol. Venereol. 2010; 145 (5): 559–571.

⁸ Nelson A.M., Cong Z., Gilliland K.L., Thiboutot D.M. TRAIL contributes to the apoptotic effect of 13-cis retinoic acid in human sebaceous gland cells. Br. J. Dermatol. 2011; 165 (3): 526–533.

⁹ Melnik B.C. Apoptosis may explain the pharmacological mode of action and adverse effects of isotretinoin, including teratogenicity. Acta Derm. Venereol. 2017; 97 (2): 173–181.



II Конференция InteDeCo 2022 «Интегративная дерматовенерология и косметология. Новые стандарты взаимодействия»

Как отметила профессор Е.А. Аравийская, наружные ретиноиды, действующие на микрокомедоны, необходимо наносить на все зоны поражения, а не точечно на видимые воспалительные элементы. В большинстве случаев именно отсутствие должного воздействия на микрокомедоны является причиной неэффективности лечения акне. Кроме того, при назначении лечения необходимо учитывать роль андрогенов в патогенезе акне⁶.

Исследования последних лет продемонстрировали, что лечение акне должно основываться на изучении патогенеза. Доказано, что акне – это первично-воспалительный дерматоз и воспаление предшествует фолликулярному гиперкератозу. Причем 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. У 28% пациентов воспалительные элементы акне возникают *de novo*, минуя стадию комедонов¹⁰. Функция сальных желез, их активность, продукция липидов во многом взаимосвязаны с активацией большого количества провоспалительных молекул. При акне кератиноциты, себоциты и моноциты продуцируют интерлейкин-1-бета. *Cutibacterium acnes* индуцируют продукцию провоспалительных цитокинов. *Cutibacterium acnes*, активируя инфламмасому, вызывают врожденный иммунный ответ в коже, поэтому интерлейкин-1-бета можно рассматривать в качестве возможной терапевтической мишени при акне¹¹.

Пальмитиновая кислота играет определенную роль в воспалении при акне. Как известно, пальмитиновая кислота входит в состав кожного сала. В ходе экспериментов было показано, что при добавлении пальмитиновой кислоты к культивиру-

емым себоцитам человека активация каспазы-1 и секреция интерлейкина-1-бета значительно усиливались. Пальмитиновая кислота активирует инфламмасому NLRP3 до индукции воспалительной реакции в себоцитах. Важно, что у человека уровень пальмитиновой кислоты в плазме увеличивается при употреблении в пищу большого количества жиров¹².

В последние годы широкое распространение в дерматологической практике получили комбинированные топические препараты, обеспечивающие эффективное воздействие на максимальное количество звеньев патогенеза акне. На российском фармацевтическом рынке представлен комбинированный препарат – гель для наружного применения Эффезел®, содержащий адапален 0,1% и БПО 2,5% в фиксированной дозировке. Благодаря выраженному синергическому эффекту Эффезел® действует на все механизмы развития акне. Согласно данным широкомасштабных исследований, препарат обеспечивает видимое снижение числа воспалительных и невоспалительных элементов акне уже на первой неделе терапии¹³. По данным наблюдений, терапевтический эффект развивается через одну – четыре недели лечения. Следует подчеркнуть, что Эффезел® обладает благоприятным профилем безопасности даже при использовании в течение длительного периода (12 месяцев)¹⁴. В нашей стране препарат разрешен к применению с девятилетнего возраста (рис. 2).

Эффезел® (гель адапален 0,1% + БПО 2,5% ф.к. *)
в схемах лечения папуло-пустулезных акне

Пациенты (с 9 лет) с умеренным числом элементов угревой сыпи в виде папулы и пустулы на лице (есть комедоны, узлов нет) 1 раз в день вечером¹⁻⁵

- Эффезел® обеспечивает видимое снижение числа воспалительных и невоспалительных элементов акне уже на 1-й неделе терапии¹
- Эффезел® – благоприятный профиль безопасности в течение длительного времени (12 месяцев)³
- Эффезел® во флаконе с дозирующим устройством способствует улучшению приверженности пациентов с акне к наружной терапии⁶

Терапевтический эффект развивается через 1-4 недели лечения¹



1. Инструкция к лекарственному средству комбинированного препарата Эффезел®. Рег. № - 019-001701
2. Zlotnik E., et al. Adapalene-benzoyl peroxide, a unique fixed-dose combination gel for the treatment of acne vulgaris: a randomized, controlled, double-blind, controlled study in 1670 patients. *British Journal of Dermatology*. 2009; 161 (5): 1180-1189.
3. Pariser D.M., et al. Long-term safety and efficacy of a unique fixed-dose combination gel of adapalene 0.1% and benzoyl peroxide 2.5% for the treatment of acne vulgaris. *J Drugs Dermatol*. 2007; 6 (9): 899-905.
4. Gollnick H., Draeßler 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.
5. Pariser D.M., Westmoreland P., Morris A., et al. Long-term safety and efficacy of a unique fixed-dose combination gel of adapalene 0.1% and benzoyl peroxide 2.5% for the treatment of acne vulgaris. *J Drugs Dermatol*. 2007; 6 (9): 899-905.
6. Pariser D.M., Westmoreland P., Morris A., et al. Long-term safety and efficacy of a unique fixed-dose combination gel of adapalene 0.1% and benzoyl peroxide 2.5% for the treatment of acne vulgaris. *J Drugs Dermatol*. 2007; 6 (9): 899-905.

Рис. 2. Презентация «Акне на современном этапе: экспертный анализ и практические рекомендации», д.м.н., профессор Е.А. Аравийская

¹⁰ Weiss J.S. Messages from molecules: deciphering the code. *J. Drugs Dermatol*. 2013; 12 (6): 70–72.

¹¹ Kistowska M., Gehrke S., Jankovic D., et al. IL-1 β drives inflammatory responses to *Propionibacterium acnes* in vitro and in vivo. *J. Invest. Dermatol*. 2014; 134 (3): 677–685.

¹² 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.

¹³ Gollnick H., Draeßler 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.

¹⁴ Pariser D.M., Westmoreland P., Morris A., et al. Long-term safety and efficacy of a unique fixed-dose combination gel of adapalene 0.1% and benzoyl peroxide 2.5% for the treatment of acne vulgaris. *J. Drugs Dermatol*. 2007; 6 (9): 899–905.



Сателлитный симпозиум компании Galderma

Далее докладчик продемонстрировала клинический случай применения фиксированной комбинации адапалена 0,1% и БПО 2,5% (препарата Эффезел®) у молодой пациентки. Через семь месяцев ежедневной терапии воспалительные элементы акне полностью исчезли. При этом применение препарата Эффезел® во флаконе с дозирующим устройством способствовало улучшению приверженности пациента с акне к наружной терапии^{15, 16} (рис. 3).

Важную роль в развитии акне играет состояние микробиома. Так, дисбиоз микробиома кожи приводит к селекции провоспалительных флотипов бактерий, в частности *S. acnes*, *Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis* и др. Применение антибактериальных препаратов в качестве монотерапии акне может подавлять нерезистентные *S. acnes*, но одновременно приводит к формированию резистентности сопутствующей микрофлоры. Поэтому монотерапия антибиотиками крайне не рекомендована для лечения акне.

Фиксированная комбинация «адапален 0,1% + БПО 2,5%» эффективно подавляет рост антибиотикорезистентных штаммов *S. acnes*. Так, в исследовании J.J. Leyden и соавт. (2011) показано, что данная фиксированная комбинация эффективно подавляла рост антибиотикорезистентных штаммов *P./S. acnes*. По мнению исследователей, препарат Эффезел® – препарат выбора при лечении акне у пациентов с резистентными штаммами *S. acnes*, позволяющий минимизировать риск развития резистентности (рис. 4)¹⁷.

Профессор Е.А. Аравийская подчеркнула, что при ведении пациентов с акне среднетяжелого течения у практикующих



Рис. 3. Презентация «Акне на современном этапе: экспертный анализ и практические рекомендации», д.м.н., профессор Е.А. Аравийская

Адапален 0,1%+БПО 2,5% (ф.к.)*
эффективно подавляет рост
антибиотикорезистентных штаммов *S. acnes*

На фоне применения адапален 0,1%+БПО 2,5% (ф.к.)
эрадикация резистентных штаммов составила:

- > 97% резистентных к эритромицину
- > 92% резистентных к клиндамицину
- > 92% резистентных к тетрациклину
- > 97% резистентных к миноциклину
- > 88% резистентных к доксициклину

Эффезел® (адапален 0,1%+БПО 2,5% ф.к.*) – препарат выбора при лечении акне у пациентов с резистентными штаммами *S. acnes*, позволяющий минимизировать риск развития резистентности в будущем

*ф.к. – фиксированная комбинация
Leyden JJ et al. In-vivo Effectiveness of Adapalene 0.1%/Benzoyl Peroxide 2.5% Gel on Antibiotic-sensitive and Resistant Propionibacterium acnes Clin Aesthet Dermatol. 2011;4:22-26

Рис. 4. Презентация «Акне на современном этапе: экспертный анализ и практические рекомендации», д.м.н., профессор Е.А. Аравийская

врачей часто возникает вопрос о преимуществе применения системного изотретиноина перед традиционными методами наружной терапии. Действительно, данный вопрос нужно решать индивидуально в каждой конкретной ситуации. Однако данные обзора 31 рандомизированного клинического исследования с участием 3836 пациентов с акне разной степени тяжести не по-

казали преимущества монотерапии системным изотретиноином по сравнению с классической наружной терапией¹⁸.

С учетом доказанной эффективности и более благоприятного профиля безопасности топических препаратов по сравнению с системной терапией, лечение акне среднетяжелой степени рекомендуется с помощью наружной терапии^{3, 4}.

¹⁵ Инструкция по применению лекарственного препарата Эффезел®. № РУ ЛП 000738.

¹⁶ Rueda M.J. Acne subject preference for pump over tube for dispensing fixed-dose combination adapalene 0,1%/benzoyl peroxide 2,5% gel. *Dermatol. Ther.* 2014; 4 (1): 61–70.

¹⁷ 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.

¹⁸ Costa C.S., Bagatin E., Martimbianco A.L.C., et al. Oral isotretinoin for acne. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018; 11 (11): CD009435.



Рис. 5. Презентация «Акне на современном этапе: экспертный анализ и практические рекомендации», д.м.н., профессор Е.А. Аравийская

Jeegu Tan (Канада) об атрофических пост-акне рубцах – ключевые факты¹

- 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

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

Рис. 6. Презентация «Акне на современном этапе: экспертный анализ и практические рекомендации», д.м.н., профессор Е.А. Аравийская

Спикер остановилась на следующем интересном факте. S.R. Feldman и соавт. (2011) провели метаанализ трех международных многоцентровых исследований, целью которого было оценить, изменяется ли эффективность применения фиксированной комбинации «адапален 0,1% + БПО 2,5%» в зависимости от исходного количества элементов акне. В рамках данных исследований было продемонстрировано, что у пациентов с самым высоким исходным количеством элементов акне отмечался наибольший эффект при терапии гелем Эффезел[®]. Авторы сделали вывод о том, что эффективность геля Эффезел[®] усиливается с увеличением количества воспалительных элементов акне на исходном уровне (рис. 5)¹⁹. Далее профессор Е.А. Аравийская акцентировала внимание на проблеме образования рубцов при акне. Она отметила, что даже легкое и среднетяжелое течение акне может ассоциироваться с развитием рубцовых изменений. В по-

следние годы в ряде исследований были получены новые данные для понимания патогенеза рубцов постакне. Так, по данным обзора J. Tan и соавт. (2017), к факторам риска образования атрофических рубцов при акне относят не только тяжелую форму заболевания, но и наследственность, длительность заболевания до начала лекарственной терапии, частые рецидивы, манипуляции с очаговыми поражениями, в том числе самоэкскориацию, небрежную экстракцию косметологом²⁰. В исследовании I. Carlván и соавт. (2018) было показано необратимое разрушение структур сальных желез после воспалительного ремоделирования у пациентов, склонных к образованию рубцов постакне. Сравнительный анализ морфологического состава папулы, которая существует 48 часов, и папулы, которая существует три недели, продемонстрировал стойкое снижение маркеров в сальных железах, связанных с липидным обменом, с течением времени

у пациентов, склонных к акне. Накопленные данные подтверждают необходимость раннего начала эффективной терапии акне для профилактики формирования рубцов (рис. 6)²¹.

По данным клинического исследования В. Dreño и соавт. (2017), применение фиксированной комбинации «адапален 0,1% + БПО 2,5%» один раз в сутки в течение шести месяцев лечения среднетяжелого акне существенно снижает риск формирования новых атрофических рубцовых изменений, а также улучшает общую выраженность уже имеющихся рубцов (рис. 7)²².

В клинических рекомендациях по лечению акне, разработанных экспертами РОДВК в 2020 г., для профилактики формирования рубцов пациентам рекомендовано применение комбинированного препарата «адапален 0,1% + БПО 2,5%» в форме геля один раз в сутки в течение шести месяцев. В рекомендациях отмечено, что применение данной комбинации снижает риск образова-

¹⁹ 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.

²⁰ 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.

²¹ Carlván I., Bertino B., Rivier M., et al. Atrophic scar formation in patients with acne involves long-acting immune responses with plasma cells and alteration of sebaceous glands. Br. J. Dermatol. 2018; 179 (4): 906–917.

²² Dreño 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.



Сателлитный симпозиум компании Galderma

ния новых атрофических рубцов, а также улучшает общую выраженность рубцов при акне³.

К настоящему моменту известно, что БПО оказывает выраженное антибактериальное действие на *S. acne*, обладает кератолитическим действием, подавляет продукцию кожного сала²³. Благодаря свойствам БПО его можно применять после аппаратных процедур на коже в случае обострения акне. Препарат Базирон® АС представляет собой гель БПО 2,5% и 5%. В нем сочетаются свойства действующего вещества БПО и инновационной гидрогелевой основы – кополимера метакриловой кислоты (acrylates copolymer – АС). Технология АС обеспечивает всасывание избытка кожного сала, а глицерин – смягчение и увлажнение кожи (рис. 8)^{23, 24}.

Антибактериальная активность БПО превосходит активность многих антибиотиков, которые используются для лечения акне. По данным исследования J. Leyden (2001), эффективность БПО в снижении количества *S. acne* превосходит таковую более чем в два раза других наружных лекарственных средств (克林дамицин, эритромицин, азелаиновая кислота)²⁵.

По данным другого исследования (О.Н. Mills и соавт., 1986), эффективность 2,5%-ного БПО сопоставима с эффективностью 5%-ного БПО. Переносимость 2,5%-ного БПО сопоставима с переносимостью геля-основы (плацебо) по всем критериям, кроме шелушения. При этом 2,5% БПО уничтожает 97% бактерий *S. acne* за одну неделю и до 99% за две недели. По данным другого исследования, проведенного компанией Galderma (Galderma. Data on file), было получено значение 94% – эту цифру



Рис. 7. Презентация «Акне на современном этапе: экспертный анализ и практические рекомендации», д.м.н., профессор Е.А. Аравийская



Рис. 8. Презентация «Акне на современном этапе: экспертный анализ и практические рекомендации», д.м.н., профессор Е.А. Аравийская

Глобальный регуляторный отдел Galderma порекомендовал внести в локальные регистрационные документы, в том числе в инструкцию по применению препарата Базирон® АС в РФ. В ходе исследования отмечено себорегулирующее действие БПО – за две недели применения препарата значительно снизилось количество свободных жирных кислот и триглицеридов²⁶.

По словам докладчика, перспективным направлением в лечении акне является поиск и разработка препаратов нового поколения ретиноидов. Интересной новинкой фармацевтического рынка является ретиноид четвертого поколения трифаротен. В ряде рандомизированных клинических исследований оценивали безопасность и эффективность крема с трифаротеном 50 мкг/г при вос-

²³ Инструкция по применению лекарственного препарата Базирон® АС, гель для наружного применения, 2,5%, 5%. № РУ П N014057/01.

²⁴ Самгин М.А., Монахов С.А. Базирон® АС 5% гель в терапии акне. Вестник дерматологии и венерологии.2003; (4): 37–39.

²⁵ Leyden J.J. Current issues in antimicrobial therapy for the treatment of acne. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2001; 15 (3): 51–55.

²⁶ Mills О.Н., Kligman А.М., Pochi P., Comite H. Comparing 2.5%, 5%, and 10% benzoyl peroxide on inflammatory acne. Int. J. Dermatol. 1986; 25 (10): 664–667.



палительных и невоспалительных акне на коже лица и туловища. Трифаротен зарегистрирован в США, ЕС, ряде других стран, в 2022 г. получил регистрацию ЕАЭС под торговым названием Аклиф²⁷.

Профессор Е.А. Аравийская акцентировала внимание на том, что современная стратегия терапии акне предполагает не только лечение клинических проявлений заболевания, но и дополнительное ежедневное применение дерматокосметических средств. У пациентов с акне отмечаются нарушения барьерных свойств

кожи. Прежде всего происходит изменение состава кожного сала, а также развивается дефицит линолевой кислоты, обладающей бактерицидными свойствами. Кроме того, *S. acnes*, индуцируя воспаление, влияют на состояние кожного барьера. В связи с этим для достижения оптимальных результатов терапии акне и снижения риска нежелательных явлений рекомендуется использование правильно подобранной дерматокосметики. Бережное очищение, защиту и увлажнение всех типов чувствительной кожи обеспечи-

вает, например, дерматокосметика линейки Cetaphil®: Глубоко очищающий гель, Физиологический увлажняющий лосьон, Увлажняющий защитный крем SPF 30.

Подводя итоги своего доклада, профессор Е.А. Аравийская подчеркнула, что акне – хронический воспалительный дерматоз. К препаратам выбора для лечения акне прежде всего относятся топические ретиноиды и БПО. Комбинация адапалена и БПО является первой линией в лечении большинства воспалительных и комедональных акне.



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

Заведующая кафедрой и клиникой кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор Ольга Юрьевна ОЛИСОВА посвятила свой доклад актуальным вопросам диагностики и лечения розацеа. Данные эпидемиологических исследова-

Диагностика, дифференциальная диагностика и концептуальные решения в лечении пациентов с розацеа

ний свидетельствуют, что в странах Европы заболеваемость розацеа в среднем составляет от 1,5 до 10%²⁸. По данным исследования J. Tan и соавт. (2015), в России розацеа встречается у 5% населения²⁹. Розацеа наблюдается у лиц обоих полов в возрасте 30–50 лет, но чаще этому заболеванию подвержены женщины с определенным фототипом (I и II) и чувствительной кожей¹. Каждый седьмой-восьмой пациент на приеме у дерматолога – пациент с розацеа.

В 2002 г. международная группа экспертов под руководством председателя экспертного комитета Национального общества по розацеа США J. Wilkin опубликовала руководство по критериям диагностики розацеа, которое описывает четыре подтипа данного заболевания. К ним

относятся эритематозно-телеангиэктатический, папуло-пустулезный, фиматозный и офтальморозацеа³⁰.

В клинической практике у пациентов часто присутствует наложение различных симптомов, что означает наличие более чем одного подтипа заболевания (рис. 9)³¹.

В настоящее время выделяют следующие основные критерии диагностики розацеа, при этом наличие одного или двух из них дает возможность постановки диагноза:

- транзиторная эритема;
- стойкая эритема;
- папулы и пустулы;
- телеангиэктазии.

Также для постановки диагноза розацеа используются один или несколько дополнительных критериев, таких как жжение, покраснение, отек лица, сухость кожи

²⁷ Tan J., Thiboutot D., Popp G., et al. Randomized phase 3 evaluation of trifarotene 50 µg/g cream treatment of moderate facial and truncal acne. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2019; 80 (6): 1691–1699.

²⁸ Клинические рекомендации. Розацеа. Российское общество дерматовенерологов и косметологов, 2020 г. <https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>.

²⁹ 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.

³⁰ 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.

³¹ 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.



Сателлитный симпозиум компании Galderma

лица, воспалительные бляшки, «глазные» симптомы (офтальморозацеа), фиматозные изменения³⁰.

В клинических рекомендациях по диагностике и лечению розацеа, разработанных экспертами РОДВК в 2020 г., розацеа определяется как хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица в виде эритемы, папуло-пустулезных элементов, фим и поражения глаз²⁸. Также выделяют четыре основных подтипа розацеа, соответствующих эритематозной, папуло-пустулезной, гипертрофической стадиям и офтальморозацеа в прежних классификациях, и один вариант – гранулематозную розацеа (рис. 10).

Докладчик отметила, что для диагностики розацеа дополнительные лабораторные исследования не показаны. В частности, не рекомендуется применять микроскопию с целью обнаружения *Demodex* и проводить посев содержимого пустул. Инструментальные диагностические исследования не применяются. В ряде случаев пациенту может понадобиться консультация врача-офтальмолога с целью уточнения объема и характера дополнительного обследования при офтальморозацеа и при осложненной офтальморозацеа с целью лечения. Также пациентам рекомендуется консультация врача-гастроэнтеролога, поскольку у них есть заболевания желудочно-кишечного тракта: гастриты, язвенные болезни, колиты и т.д.²⁸

Дифференциальная диагностика розацеа проводится с акне, болезнями соединительной ткани (дерматомиозит, дискоидная красная волчанка), периоральным или стероидным дерматитом, себорейным дерматитом, контактным дерматитом (фотодерматит) и другими дерматозами²⁸.

Для точной диагностики розацеа нужно не только оценивать клиническую картину заболе-

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 заболевания¹**
- Тем не менее, у пациентов часто **присутствует “наложение” различных симптомов**, что означает наличие более чем одного подтипа заболевания²

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



Подтип	Эритемато-телеангиэктатический (ЭТЭР)	Папуло-пустулезный (ППП)	Фиматозный (ФИМ)	Офтальморозацеа (ОФТ)
Распространенность ³	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; 46:594-603.
2. De Witte J, et al. Advances in Understanding and Managing Rosacea Part 1: The Central Role, Evaluation, and Medical Management of Disease and the Current Role of Therapy. *J Clin Dermatol* 2019; 58(10):1029-36.
3. Wilkin J, et al. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51:1151-52.

Рис. 9. Презентация «Диагностика, дифференциальная диагностика и концептуальные решения в лечении пациентов с розацеа», член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор О.Ю. Олисова

Клинические рекомендации Розацеа, РОДВК, 2020 г.

- Выделяют **4 основных подтипа (субтипа) розацеа** (соответствующих эритематозной, папулопустулезной, 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



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

Рис. 10. Презентация «Диагностика, дифференциальная диагностика и концептуальные решения в лечении пациентов с розацеа», член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор О.Ю. Олисова

вания, но и задавать определенные вопросы пациентам. Например, как пациент реагирует на тепловое воздействие? Как он себя чувствует, когда находится в очень жаркой комнате, занимается физической нагрузкой, принимает в пищу острые, пряные блюда, алкоголь? Как реагирует на стресс, а также на посещение бани, сауны, на горячие ванны? В ряде случаев именно подробные ответы пациентов на данные вопросы помогают провести дифференциальную диагностику розацеа. Так, жалобы пациента

на ухудшение состояния кожи после принятия алкоголя, физической нагрузки, теплового воздействия свидетельствуют о наличии розацеа.

Профессор О.Ю. Олисова представила собственные примеры дифференциальной диагностики розацеа в клинической практике. Так, она отметила, что в отличие от розацеа **периоральный или стероидный дерматит** локализуется исключительно в периоральной области. Характерным клиническим признаком заболева-



II Конференция InteDeCo 2022 «Интегративная дерматовенерология и косметология. Новые стандарты взаимодействия»

Оказание медицинской помощи в РФ – законодательная основа (1/2)

- Согласно положениям **Федерального закона № 323 от 21.11.2011 в ред. от 25.12.2018** (которые вступили в силу с 1 января 2022 года), **статья 37: медицинская помощь в РФ организуется и оказывается на основе клинических рекомендаций**, на основе которых, соответственно, разрабатываются также стандарты медицинской помощи.
 - При этом текущий статус и скорость подготовки и одобрения клинических рекомендаций по ряду нозологий не позволяют с уверенностью утверждать о полной их готовности к 01.01.2022
 - В этой связи специальным актом Правительства Российской Федерации предусмотрен поэтапный переход на использование клинических рекомендаций до 01.01.2024 г.
- Клинические рекомендации разрабатываются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями по отдельным заболеваниям или состояниям** (группам заболеваний или состояний) с указанием медицинских услуг, предусмотренных номенклатурой медицинских услуг.
 - По каждому заболеванию, состоянию (группе заболеваний, состояний) для взрослых и детей может быть одобрено и утверждено соответственно не более одной клинической рекомендации.
 - Клинические рекомендации пересматриваются не реже одного раза в три года

https://norms.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

Рис. 11. Презентация «Диагностика, дифференциальная диагностика и концептуальные решения в лечении пациентов с розацеа», член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор О.Ю. Олисова

Оказание медицинской помощи в РФ – законодательная основа (2/2)

- Назначение и применение лекарственных препаратов**, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, **не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией**, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) **по решению врачебной комиссии** (статья 37 Федерального закона № 323).

Статья 48 Федерального закона № 323:

- Врачебная комиссия** состоит из врачей и **возглавляется** руководителем медицинской организации или одним из его заместителей.
- Врачебная комиссия **создается в медицинской организации** в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи, принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации и т.д.
- Решение** врачебной комиссии **оформляется протоколом** и вносится в медицинскую документацию пациента.

https://norms.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

Рис. 12. Презентация «Диагностика, дифференциальная диагностика и концептуальные решения в лечении пациентов с розацеа», член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор О.Ю. Олисова

ния является наличие полоски здоровой кожи вокруг губ, вокруг которой наблюдаются полусферические мелкие папулы, папуловезикулы на диффузно воспаленной эритематозной коже. Наибольшее значение в развитии периорального дерматита имеют косметика и наружное применение препаратов с ГКС³². В свою очередь, кон-

тактный дерматит локализуется на открытых участках кожи, проявляется ярко выраженной эритемой с четкими границами. Пациентов беспокоят зуд, боль, шелушение кожи, возникающие после контакта с солнцем. *Дерматомиозит* от других дерматозов отличает характерная геотропная сыпь – лиловые или красные высыпания на верхних

веках и в пространстве между верхним веком и бровью (симптом «лиловых очков»), часто в сочетании с отеком вокруг глаз. Сыпь может располагаться на лице, груди, шее, на верхней части спины и верхних отделах рук, животе, бедрах и голенях. Часто у пациентов на коже наблюдаются изменения по типу ветки дерева (древовидное ливедо) бордово-синюшного цвета в области плечевого пояса и проксимальных отделов конечностей.

При *дискоидной красной волчанке* у пациентов выявляются эритема с четкими границами, участки гипер- и депигментации, фолликулярный гиперкератоз. При этом на бляшках отмечаются мелкие асбестовые чешуйки, при снятии которых обнаруживаются остроконечные шипики. У пациентов с дискоидной красной волчанкой развивается рубцовая атрофия. Следует помнить, что пациенты с данным заболеванием нуждаются в консультации ревматолога.

Себорейный дерматит чаще встречается у лиц мужского пола. Очаги возникают на волосяной части головы, лице (область надпереносья, брови, носогубные складки, щеки), ушах, верхней части туловища. Возникает эритема красного цвета с желтоватым оттенком, на поверхности – жирные чешуйки. Пациенты с себорейным дерматитом отмечают улучшение в летний период.

При выборе лечения розацеа следует ориентироваться на российские и международные клинические рекомендации. В частности, рекомендации, разработанные Глобальным консенсусом по диагностике и лечению розацеа (Global Rosacea COnsensus – ROSCO) в 2016 г., имеют высокий уровень доказательности – 73 литературных источника из PubMed. По мнению экспертов ROSCO,

³² 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, 2022.



Сателлитный симпозиум компании Galderma

лекарственные препараты для лечения розацеа следует подбирать пациенту индивидуально с учетом клинической картины. При сочетании нескольких клинических проявлений заболевания терапия должна включать более одного препарата, а также ежедневный уход за кожей лица, физиотерапевтические процедуры^{33, 34}.

Безусловно, адекватный ежедневный уход за кожей – важный момент для всех пациентов с розацеа. В схему ухода за кожей должны быть включены следующие условия:

- исключение или уменьшение влияния триггерных факторов;
- применение солнцезащитных средств с SPF не менее 30;
- использование очищающих и увлажняющих дерматокосметических средств, специально разработанных для чувствительной кожи пациентов с розацеа.

Как отметила докладчик, выбор терапевтического подхода к лечению пациентов с розацеа зависит от клинической картины и подтипа заболевания. Так, в рекомендациях ROSCO препаратами выбора в лечении стойкой эритемы и воспалительных элементов (папул, пустул) при розацеа названы бримонидин и ивермектин соответственно³⁴.

Докладчик отметила, что согласно положениям статьи 37 Федерального закона № 323, которые вступили в силу с 1 января 2022 г., медицинская помощь по всем терапевтическим направлениям в РФ организуется и оказывается в соответствии с клиническими рекомендациями, на основе которых разрабатываются также стандарты медицинской помощи. Назначение и применение лекарственных препаратов, не входящих в соответствующий стандарт меди-

цинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии (рис. 11, 12).

В клинических рекомендациях РОДВК 2020 г. отмечено, что наружное лечение является предпочтительным для всех типов розацеа, за исключением гипертрофического, при котором наиболее эффективными оказываются хирургическое лечение и системные синтетические ретиноиды²⁸.

Пациентам с розацеа рекомендуется применение наружной терапии 1%-ным кремом ивермектина. Крем наносится на кожу лица один раз в сутки (на ночь) ежедневно на протяжении всего курса лечения папуло-пустулезного подтипа розацеа – до четырех месяцев. При необходимости курс можно повторить²⁸.

Вторым препаратом с клинически доказанной эффективностью для лечения розацеа является бримонидина тартрат в форме 0,5%-ного геля. Небольшое количество препарата (размером со спичечную головку) наносится тонким слоем на кожу лица один раз в сутки (утром) для лечения стойкой эритемы лица при розацеа. Эффект 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 ежедневной терапии пациентов, согласно данным клинических исследований, в течение 12 месяцев. 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 лечения²⁸.

Важным вопросом ведения пациентов с розацеа является профилактика обострений заболевания. Согласно современным рекомендациям, профилактика обострений прежде всего заключается в ограничении или исключении воздействия триггерных факторов: метеорологических факторов, инсоляции, продуктов питания, напитков, фармакологических препаратов, индуцирующих эритему лица, агрессивных косметологических процедур. Пациентам рекомендуется бережный уход за кожей с использованием мягкого очищения, увлажняющих и фотопротективных средств, предназначенных для чувствительной кожи. К средствам, подходящим для сопровождения терапии розацеа, относят, например, Физиологический увлажняющий лосьон и Увлажняющий защитный крем SPF 30 из линейки Cetaphil®.

На сегодняшний день зарубежными экспертами предложена концепция CLEAR – достижение состояния «чистая кожа» (оценка по шкале IGA (Investigator Global Assessment scale – шкала общей оценки исследователя) от 0 (чистая кожа) до 4 баллов (тяжелая степень)) при лечении розацеа. Анализ данных четырех международных рандомизированных исследований с участием 1366 пациентов позволил авторам сделать вывод, что успехом терапии розацеа должно быть достижение пациентом состояния «чистая кожа». Пациенты, достигшие этого со-

³³ 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.

³⁴ 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.

II Конференция InteDeCo 2022 «Интегративная дерматовенерология и косметология. Новые стандарты взаимодействия»



Рис. 13. Презентация «Диагностика, дифференциальная диагностика и концептуальные решения в лечении пациентов с розацеа», член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор О.Ю. Олисова



Рис. 14. Презентация «Диагностика, дифференциальная диагностика и концептуальные решения в лечении пациентов с розацеа», член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор О.Ю. Олисова

стояния, отмечали значимое повышение качества жизни и большую удовлетворенность результатами лечения. Кроме того, успешное достижение состояния «чистая кожа» обеспечивает существенно более длительный безрецидивный период (на пять месяцев) по сравнению с пациентами, которые достигли состояния «почти чистая кожа»³⁵.

Член-корр. РАН, профессор О.Ю. Олисова представила разбор клинических случаев применения ивермектина (Солантра®)³⁶ и бримонидина тартрата (Мирвазо® Дерм)³⁷ в терапии пациентов с различными подтипами розацеа.

Клинический случай 1. Пациентка К., 74 года. Средняя степень тяжести папуло-пустулезного подтипа розацеа – 3 балла

по шкале IGA, 48 воспалительных элементов. У пациентки отмечалось выраженное негативное влияние заболевания на качество жизни: дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) составил 19 баллов, где 0–1 – нет влияния на качество жизни (КЖ), 2–5 – минимальное, 6–10 – среднее, 11–20 – достаточное, 21–30 – сильное влияние на КЖ. Диагноз: «Папуло-пустулезная розацеа средней степени тяжести в стадии обострения». Пациентке была назначена терапия: наружно крем Солантра® один раз в сутки на ночь ежедневно в течение четырех месяцев, а также косметические средства линейки Cetaphil® ежедневно для очищения и увлажнения кожи лица. На фоне назначенной терапии у пациентки наблюдался регресс воспалительных элементов розацеа. Через четыре месяца применения крема Солантра® в режиме монотерапии и средств дерматокосметики Cetaphil® у пациентки улучшилось состояние кожи до показателя IGA = 0 («чистая кожа»), а также существенно повысилось качество жизни (рис. 13).

Клинический случай 2. Пациент К., 38 лет, профессия – повар, предъявлял жалобы на высыпания на лице, чувство стягивания кожи, жжение. Среди сопутствующих заболеваний – хронический гастрит. Диагноз: «Папуло-пустулезный подтип розацеа, обострение в течение трех недель, тяжелая степень (IGA – 4 балла)». Из анамнеза известно, что пациент болен в течение трех лет, отмечает обострения после приема алкоголя, пряностей, инсоляции, посещения сауны. Психоэмоциональное состояние – депрессия в связи с кожным заболеванием. Заболевание

³⁵ Webster G., Schaller M., Tan J., et al. Defining treatment success in rosacea as 'clear' may provide multiple patient benefits: results of a pooled analysis. J. Dermatolog. Treat. 2017; 28 (5): 469–474.

³⁶ Инструкция по применению лекарственного препарата Солантра®, № РУ ЛП-003692.

³⁷ Инструкция по применению лекарственного препарата Мирвазо® Дерм, № РУ ЛП-003563.



Сателлитный симпозиум компании Galderma

оказывало выраженное влияние на качество жизни пациента: ДИКЖ – 24 балла. Предыдущее лечение обострений: системная терапия доксициклином, наружная – метронидазол. На фоне лечения наблюдалось улучшение, но оставались воспалительные элементы. Пациенту назначена терапия: доксициклин 200 мг в сутки в течение одного месяца, наружно: крем Солантра® один раз в сутки вечером в течение трех месяцев, а также косметические средства по уходу за кожей лица линейки Cetaphil®. После курса терапии у пациента купировались воспалительные элементы, оценка по IGA составила 1 балл – «почти чистая кожа». Пациент отметил значительное улучшение качества жизни (ДИКЖ – 3 балла) и психоэмоционального состояния (рис. 14).

Клинический случай 3. Пациентка Д., 43 года, предъявляла жалобы на высыпания на лице, сопровождающиеся зудом, жжением. Сопутствующее заболевание – желчнокаменная болезнь. Диагноз: «Розацеа, эритематозно-телеангиэктатический подтип. Обострение в течение пяти недель, выраженная эритема. Степень тяжести – среднетяжелая (IGA – 3 балла)». Анамнез заболевания: больна в течение двух лет, обострения случаются три-четыре раза в год на фоне погрешностей в питании, приема алкоголя, стресса. У пациентки наблюдалась депрессия в связи с кожным заболеванием, снижение качества жизни (ДИКЖ – 25 баллов). Ранее пациентка получала лечение: курс системных антибиотиков, растительные примочки, пимекролимус, такролимус, клиндамицин, ивермектин. Однако терапия была недостаточно эффективной: наблюдалось улучшение, но эритема все равно беспокоила.

Пациентка самостоятельно отменила назначенный врачом

Мирвазо® Дерм и Солантра® являются современными препаратами с доказанной эффективностью и благоприятным профилем безопасности, которые существенно расширяют возможности наружной терапии розацеа для пациентов и врачей в РФ



Рис. 15. Презентация «Диагностика, дифференциальная диагностика и концептуальные решения в лечении пациентов с розацеа», член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор О.Ю. Олисова

ивермектин (крем Солантра®) в связи с появлением ощущения жжения. Следует отметить, что данный побочный эффект можно легко нивелировать: через полчаса после нанесения крема Солантра® необходимо нанести Увлажняющий защитный крем Cetaphil®. Кроме того, можно применить интермиттирующую схему, используя крем Солантра® через день до исчезновения негативных субъективных ощущений, постепенно возвращаясь к ежедневному применению препарата.

С учетом жалоб пациентки, ей была назначена следующая схема лечения: миноциклин 100 мг в сутки в течение одного месяца, наружно: 0,5% гель бримонидина тартрата (Мирвазо® Дерм) один раз в сутки утром в течение шести месяцев,

а также косметические средства по уходу за кожей лица линейки Cetaphil®.

После лечения у пациентки отмечено выраженное улучшение состояния кожи лица, исчезновение эритемы. IGA – 0 баллов. ДИКЖ – 2 балла (рис. 15).

В заключение доклада профессор О.Ю. Олисова подчеркнула, что на основании полученных результатов реальной клинической практики и данных клинических исследований можно сделать вывод о том, что Мирвазо® Дерм и Солантра® являются современными препаратами с доказанной эффективностью и благоприятным профилем безопасности, которые существенно расширяют возможности наружной терапии розацеа для пациентов и врачей в РФ.



Профессор, д.м.н.
Л.С. Круглова



Как отметила в начале своего выступления заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии, проректор по учебной работе Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента РФ, д.м.н., профессор Лариса Сергеевна КРУГЛОВА, лечение акне и розацеа должно носить комплексный характер и осуществляться при тесном взаимодействии дерматологов и косметологов, с применением методов фармакотерапии и аппаратных методик. Однако на сегодняшний день при разработке схем лечения пациентов с акне и розацеа в ряде случаев возникают проблемы, связанные с недостаточностью доказательной

Аппаратные методики в комплексной терапии акне и розацеа: показания и ограничения

базы для «косметологических» методов, ограниченными знаниями дерматовенерологов о возможностях аппаратных и инъекционных методов, отсутствием навыков использования косметологами методов лекарственной терапии, наличием противопоказаний для аппаратных методов. Кроме того, важным нерешенным вопросом является возможность применения в лечении пациентов с акне и розацеа комбинированных методов – лекарственной терапии и аппаратных методик. При акне и розацеа врачи используют немедикаментозную терапию: физиотерапевтические методы (фототерапия, RF, микротоки, криотерапия, микронидлинг, пилинг) и инъекционные методы (ботулинотерапия, мезотерапия, применение скинбустеров – препаратов на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты). При выборе метода немедикаментозной терапии пациентов с розацеа врач прежде всего должен учитывать подтип или сочетание подтипов заболевания, степень тяжести, стойкость симптомов, преобладающую клиническую симптоматику.

В клинических рекомендациях по лечению розацеа РОДВК 2020 г. отмечена необходимость физиотерапевтического лечения. При этом рекомендовано использование источников некогерентного интенсивного светового излучения и диодных, калий-фосфатных, алесандритовых и наиболее современных длинноимпульсных неодимовых лазеров на алюмоиттриевом гранате. Также для повышения эффективности медикаментозной терапии рекомендуется применение метода микротоковой терапии. Процедуру проводят в режиме лимфодренажа два-три раза в неделю, на курс десять процедур. Кроме того, всем пациентам с розацеа назначается криотерапия с целью противовоспалительного, сосудосуживающего, антидемодекозного действия. Процедуру проводят два-три раза в неделю, на курс десять процедур (рис. 16)²⁸.

Докладчик отметила, что в клинической практике наиболее часто встречается эритематозно-телеангиэктатический подтип розацеа. Данный подтип характеризуется наличием стойкой эритемы, нарушением регуляции сосудов, перманентным расширением сосудов эпидермально-дермальных слоев и неангиогенезом, возникновением телеангиэктазий.

Сосудистые изменения при эритематозно-телеангиэктатическом подтипе розацеа корректируют с помощью методов фототерапии в зависимости от клинических проявлений заболевания. Используют импульсный лазер на красителе (585–595 нм), технологию интенсивного импульсного света (500–1200 нм), калий-титанил-фосфатный лазер (532, 540 нм), неодимовый лазер (1064 нм), а также BBL (500–1200 нм).

Использование современных методов лазерного излучения в комплексной терапии розацеа

Клинические рекомендации. Розацеа.
Российское общество дерматовенерологов и косметологов. 2020

3.3 Иное лечение

- **Рекомендуется физиотерапевтическое лечение:**
источники некогерентного интенсивного светового излучения (IPL) и диодные, калий-титанил-фосфатный (КТР), алесандритовые, и, наиболее современные, длинноимпульсные неодимовые лазеры на алюмоиттриевом гранате (Nd:YAG-лазеры).
Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)
- **Рекомендуется для повышения эффективности медикаментозной терапии метод микротоковой терапии.**
Процедуру проводят в режиме лимфодренажа, 2-3 раза в неделю, на курс 10 процедур.
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)
- **Рекомендуется всем пациентам с розацеа криотерапия, с целью противовоспалительного, сосудосуживающего, антидемодекозного действия.** Процедуру проводят 2-3 раза в неделю, на курс 10 процедур.
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)

Рис. 16. Презентация «Аппаратные методики в комплексной терапии акне и розацеа: показания и ограничения», д.м.н., профессор Л.С. Круглова



Сателлитный симпозиум компании Galderma

приводит к уменьшению или полному удалению телеангиэктазий, уменьшению степени выраженности эритемы.

Терапия пациентов с эритематозно-телеангиэктатическим подтипом розацеа подразумевает воздействие на транзиторную или стойкую эритему, возникающую вследствие расширения мелких сосудов дермы, и на телеангиэктазии. Единственным зарегистрированным в РФ лекарственным препаратом, влияющим на сосудистый компонент при стойкой или транзиторной эритеме при розацеа, является агонист альфа-2-адренергических рецепторов бримонидина тартрат (гель Мирвазо® Дерм). Также для лечения эритемы используют фототехнологии: технологию интенсивного импульсного света с длиной волны 500–1200 нм, импульсный лазер на красителях, неодимовый лазер. При отеке применяют микротоковую терапию и ботулинотерапию. Для воздействия на телеангиэктазии лекарственные препараты не применяют. Большим с поверхностными телеангиэктазиями малого калибра назначают терапию с использованием калий-титанил-фосфатного лазера или лазера на красителях, при глубоко расположенных телеангиэктазиях большого калибра рекомендовано использовать неодимовый лазер на алюмоиттриевом гранате (рис. 17, 18). Важно на фоне терапии обеспечивать ежедневный уход за чувствительной кожей лица с помощью очищающих, увлажняющих и солнцезащитных косметических средств.

По словам профессора Л.С. Кругловой, противовоспалительные препараты, как правило, хорошо сочетаются со всеми фототехнологиями. Нельзя применять одновременно с методами фототерапии препараты, которые вызывают истончение кожи (изотретиноин). Мирвазо® Дерм также нельзя сочетать с аппа-



Рис. 17. Презентация «Аппаратные методики в комплексной терапии акне и розацеа: показания и ограничения», д.м.н., профессор Л.С. Круглова



Рис. 18. Презентация «Аппаратные методики в комплексной терапии акне и розацеа: показания и ограничения», д.м.н., профессор Л.С. Круглова

ратными методами, тогда как на фоне использования крема Солантра® можно проводить любые процедуры. Кроме того, не рекомендуется применять Мирвазо® Дерм для купирования постпроцедурной эритемы. Это может привести к развитию осложнений и снижению эффективности проводимой терапии. Возобновляют применение препарата Мирвазо® Дерм нужно через пять – семь дней после аппаратной процедуры (рис. 19). На клинических примерах из своей практики профессор

Л.С. Круглова продемонстрировала возможности одновременного назначения лекарственной терапии и аппаратных методов лечения розацеа. Так, у пациентки с эритематозно-телеангиэктатическим подтипом розацеа была отмечена эффективность комплексного лечения с использованием геля Мирвазо® Дерм, крема Солантра®, специализированной дерматокосметики и курса микротоковой терапии.

При папуло-пустулезном подтипе розацеа основной жалобой пациентов является наличие вос-

II Конференция InteDeCo 2022 «Интегративная дерматовенерология и косметология. Новые стандарты взаимодействия»

Что такое бримонидина тартрат – можно ли применять для купирования постпроцедурной эритемы?

- Лазерные (и другие аппаратные методы) используются для коррекции инволютивных изменений
- Механизм действия: активация кровотока, асептическое воспаление (факторы роста и другие активные молекулы)

Не рекомендуется для купирования постпроцедурной (после аппаратных методов) эритемы

Снижение эффективности!!!

Возобновление применения через 5-7 дней после процедуры

Рис. 19. Презентация «Аппаратные методики в комплексной терапии акне и розацеа: показания и ограничения», д.м.н., профессор Л.С. Круглова

Терапия пациентов с ПППР

Воспалительные элементы

- Ивермектин 1%
- Азелаиновая кислота 15%
- Метронидазол 0,75%, 1%
- Антибактериальные препараты (доксцилин, метронидазол)
- Низкие дозы изотретиноина -0,1-0,2 мг/кг – 6 месяцев
- Nd: YAG (1064 нм), IPL (500–1200 нм)
- Фотодинамическая терапия (Хлорин, МАЛК, АЛА – 580-630 нм, фотодитазин – 663-665 нм)

Ежедневный уход за чувствительной кожей лица: очищающие, увлажняющие и солнцезащитные косметические средства

Стойкая эритема, перифолликулярная эритема вследствие расширения мелких сосудов дермы

- Препараты, влияющие на сосудистый компонент (бримонидина тартрат 0,5%)

ИЛК (585-595 нм), Nd: YAG (1064 нм), IPL (500–1200 нм), KTP (532 нм)

Рис. 20. Презентация «Аппаратные методики в комплексной терапии акне и розацеа: показания и ограничения», д.м.н., профессор Л.С. Круглова

Терапия пациентов с ПППР

Лекарственные препараты

- Солантра (1% ивермектин)
- Метронидазол 0,75%, 1%
- Азелаиновая кислота 15%
- Антибактериальные системные препараты (метронидазол)

МОЖНО НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ НАРУЖНЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ПРИМЕНЯТЬ В ДЕНЬ ПРОЦЕДУРЫ

ИЛК (585-595 нм), Nd: YAG (1064 нм), IPL (500–1200 нм), KTP (532 нм)

Фотодинамическая терапия (МАЛК, АЛА – 580-630 нм, фотодитазин – 663-665 нм)

Изотретиноин Тетрациклины

ФОТОТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕДУВАТЕЛЬНО ПОСЛЕ КУРСА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ

Рис. 21. Презентация «Аппаратные методики в комплексной терапии акне и розацеа: показания и ограничения», д.м.н., профессор Л.С. Круглова

палительных элементов – папул и пустул. Но после купирования воспаления на первый план выходят эритема и телеангиэктазии. Поэтому целесообразным подходом при данном подтипе розацеа можно считать не только воздействие на воспаление, но и влияние на сосудистый компонент. Пациентам назначают аппаратные методы терапии (неодимовый лазер, технология интенсивного импульсного света), фотодинамическую терапию. При этом следует учитывать частоту синдрома чувствительной кожи у пациентов с розацеа. На фоне проведения процедур можно применять препарат Солантра®, метронидазол, азелаиновую кислоту (рис. 20, 21). Основное условие – наружные препараты не применяют в день проведения процедуры. В свою очередь, изотретиноин и системные тетрациклины не используют одновременно с фототерапией. Необходимо либо отложить прием тетрациклинов, либо использовать лазерные методики после проведения курса терапии. Лариса Сергеевна представляла несколько клинических случаев. Так, у пациентки с сочетанием эритематозно-телеангиэктатического и папуло-пустулезного подтипов розацеа применяли наружную терапию препаратами Мирвазо® Дерм, Солантра®, косметические средства линейки Cetaphil® и проводили лечение неодимовым лазером. В дни проведения процедур и последующие пять дней Мирвазо® Дерм не применяли. На фоне комбинированного лечения получены положительные результаты в виде улучшения состояния кожи лица и купирования симптомов розацеа (рис. 22). В другом случае у пациентки с папуло-пустулезным подтипом розацеа среднетяжелого течения применяли крем Солантра®, средства линейки Cetaphil® и IPL-терапию. Через шесть месяцев терапии отмечен регресс клинических проявлений заболевания (рис. 23).



Сателлитный симпозиум компании Galderma

Далее докладчик рассмотрела особенности аппаратного лечения акне и постакне. В клинических рекомендациях по лечению акне РОДВК 2020 г. представлены определенные процедуры при папуло-пустулезной форме акне легкой степени тяжести и комедональных акне. Рекомендованы при комедонах у взрослых женщин в нижней трети лица, переносицы косметические процедуры: без макрокомедонов – поверхностные пилинги, с макрокомедонами – механические процедуры, комедоэкстракция, каутеризация. При воспалительном подтипе легкого течения с папулами рекомендовано проведение поверхностного пилинга³.

При комедональных акне в первой линии терапии применяется адапален 0,1% в виде геля и крема. Для терапии папуло-пустулезных акне средней степени тяжести рекомендуются комбинированные наружные препараты, в частности фиксированная комбинация «адапален 0,1% + БПО 2,5%» с высокой степенью доказательности. Монопрепараты, например гель Базарон® АС с БПО 2,5% и 5%, рекомендуются для терапии папуло-пустулезных акне с небольшим числом высыпаний^{3,4}.

Пациентам с папуло-пустулезными акне воспалительного подтипа легкого течения могут быть рекомендованы поверхностные пилинги. При среднетяжелом течении заболевания возможно применение методов лазерного лечения с медикаментозной терапией.

При тяжелых папуло-пустулезных, узловатых, конглобатных акне косметологические процедуры не применяются. Пациентам показана лекарственная терапия, и только после этого может быть рассмотрен вопрос о проведении аппаратных процедур.

На сегодняшний день разработаны практически рекомендации в отношении сочетания лазерной и топической медикаментозной терапии акне:

Единственным лекарственным препаратом, влияющим на сосудистый компонент при стойкой или транзиторной эритеме, является агонист альфа-2-адренергических рецепторов бримонидина тартрат (Мирвазо® Дерм). Также для лечения эритемы используют фототехнологии: интенсивный импульсный свет с длиной волны 500–1200 нм, импульсный лазер на красителях, неодимовый лазер

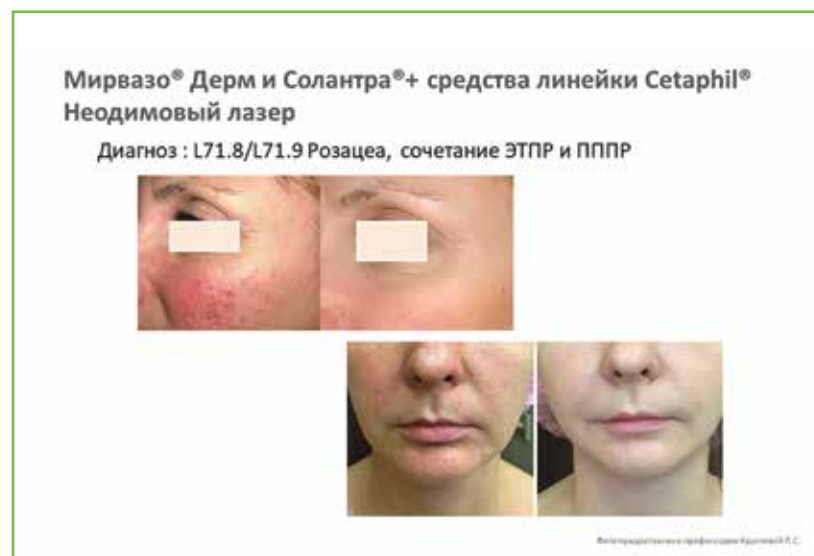


Рис. 22. Презентация «Аппаратные методики в комплексной терапии акне и розацеа: показания и ограничения», д.м.н., профессор Л.С. Круглова



Рис. 23. Презентация «Аппаратные методики в комплексной терапии акне и розацеа: показания и ограничения», д.м.н., профессор Л.С. Круглова

Рубцы постакне

- Рубцы формируются у 30-40% пациентов и требуют активной терапии, так как в значительной степени снижают качество жизни пациентов, влияют на самооценку и социальную адаптацию
- У пациентов с тяжелыми и очень тяжелыми формами акне риск формирования рубцов составляет 95%, при этом распределение в зависимости от локализации, по данным Тап JK и соавт., - 55%, 24% и 14% на лице, спине и груди соответственно
- При тяжелых формах акне рубцевание как исход воспаления отмечается в 3,4-6,8 раз чаще, чем у пациентов с более легкой формой акне
- У пациентов, не прошедших эффективного лечения в первые 3 года после начала заболевания, рубцы образуются в 1,6-2,8 раз чаще

Рис. 24. Презентация «Аппаратные методики в комплексной терапии акне и розацеа: показания и ограничения», д.м.н., профессор Л.С. Круглова

Классификация рубцов¹⁻³

- **Атрофические рубцы** - ткани образуется меньше, чем было разрушено
- **Гипертрофические рубцы** - ткани образуется больше, чем было разрушено, таким образом рубец выступает над поверхностью кожи



1. J. Tan et al. Development of an objective scar risk assessment tool. JCAD, 2017; 2. G. Pedroschi et al. Derm Research & Prac, 2020; Pedroschi et al. Acne scars: pathogenesis, classification and treatment. Derm Research & Prac, 2020; 3. G. Micoli et al. Classification of acne scars: a review with clinical and ultrasound correlation. Derm Research & Prac, 2020

Рис. 25. Презентация «Аппаратные методики в комплексной терапии акне и розацеа: показания и ограничения», д.м.н., профессор Л.С. Круглова

- ограничение применения топических препаратов на двое-трое суток после сеанса лазерной терапии;
- отказ от лазерного воздействия на участках с признаками контактного дерматита, поскольку риски нежелательных реакций могут резко возрасти;
- отказ от лазерных процедур за две недели до инсоляции.

По словам докладчика, важной проблемой у пациентов с акне является высокий риск формирования поствоспалительной гиперпигментации и рубцовой деформации.

По данным некоторых авторов, более половины пациентов с акне обеспокоены изменениями тона (цвета) кожи после заболевания. Поствоспалительная гиперпигментация отмечается у пациентов с акне любой расы и пола. Ей более всего подвержены люди с темной кожей, но и у людей со светлой кожей также может развиваться поствоспалительная гиперпигментация⁴. Наличие поствоспалительной гиперпигментации оказывает выраженное отрицательное влияние на качество жизни пациентов.

В соответствии с рекомендациями Глобального альянса по ведению пациентов с акне 2018 г., ранняя терапия ретиноидами (в частности, адапаленом) снижает риск развития поствоспалительной гиперпигментации. Также в лечении пациентов, склонных к развитию поствоспалительной гиперпигментации, допускается использование косметических средств с антиоксидантами, кислотами, а также различных скрабов, химических пилингов, методов лазерного воздействия, RF-терапии, ионофореза¹.

В клинической практике необходимо своевременно оценивать риск развития рубцов вследствие акне. Статистические данные по их формированию представлены на рис. 24.

К основным клиническим формам рубцов относят атрофические и гипертрофические рубцы (рис. 25).

Коррекция рубцов постакне включает два направления: раннее начало лечения на фоне проводимой медикаментозной терапии и терапия после окончания основного курса лечения и купирования воспаления. В первом случае важным является вопрос совместности лекарственных препаратов и методов эстетической коррекции в отношении эффективности и безопасности, во втором случае – начало терапии в возможно более ранние сроки, поскольку длительность существования рубцов считается плохим прогностическим признаком в отношении эффективности проводимых процедур^{32, 38}.

В завершение доклада профессор Л.С. Круглова отметила, что обоснованное применение аппаратных методик в комплексной терапии акне и розацеа позволяет добиться хорошего клинического эффекта и улучшить качество жизни большинства пациентов с этими распространенными социально значимыми дерматозами. ●

³⁸ Мантурова Н.Е., Круглова Л.С., Стенько А.Г. Рубцы кожи. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 238 с.

GALDERMA

EST. 1981

Эффезел® 0,1% / 2,5% Гель адапален / бензоила пероксид



**Эффезел® – снижение числа элементов акне*
уже на 1-й неделе терапии
и благоприятный профиль безопасности¹⁻⁴**

**Эффезел® – рекомендован
к применению с 9 лет¹**



*Воспалительных и невоспалительных элементов сыпи

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Эффезел® Рег. уд. - ЛП-000738
2. Leyden JJ. Current issues in antimicrobial therapy for the treatment of acne. JEADV, 2001, 15, Suppl. 3: 51-55
3. Gollnick H. et al. Adapalene-BPO fixed-dose combination therapy. British Journal of Dermatology, 2009
4. Pariser D.M. et al. Long-term safety and efficacy of a unique fixed-dose combination gel of adapalene 0.1% and benzoyl peroxide 2.5% for the treatment of acne vulgaris. J Drugs Dermatol. 2007, 6(9):899-905

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-EDG-2300001/0123