

---

лица. Если через 3 месяца после лечения хороший или отличный косметический результат имели 87% пациентов, то через 3-5 лет он повысился до 97% и по этому показателю существенно превосходил не только хирургический метод и криодеструкцию, но и интерферонотерапию [3], приближаясь к ФДТ.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Капинус В.Н., Каплан М.А. // Альманах клинической медицины. – М.:МОНИКИ, 2006. – Т. IX. – С. 32-48.
2. Молочков В.А., Поляков П.Ю., Афонин А.В. и др. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2006. – № 6. – С.4-9.
3. Снарская Е.С., Молочков В.А. Базалиома. – М., 2005.
4. Baas P., Saarnak A.E., Oppelaar H. et al. // Br. J. Dermatol. – 2001. – V. 145. – P. 75-78.
5. Basset-Seguín N., Ibbotson S., Emtestam L. et al. // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2005. –V. 19 (Suppl. 2). – P. 237.
6. Bowes Bovinck J.N., Hardie D.R., Green A. et al. // Transplantation. – 1996. – V. 61. – P. 715-721.
7. Braaten L.R., Sziemias R.-M., Basset-Seguín N. et al. // J. Am. Acad. Dermatol. – 2006. – V. 54. – P. 125-143.
8. Diepgen T.L., Mahler V. // Br. J. Dermatol. – 2002. – V. 146 (Suppl. 61). – P. 1-6.
9. Dolmans D.E., Kadambi A., Hill J.S. et al. // Radiat. Res. – 2002. – V. 62. – P. 4289-4394.
10. Green A. // Epithelial. Cell. Biol. – 1992. – V. 1. – P. 47-51.
11. Horn M., Wolf P., Wulf H.C. et al. // Br. J. Dermatol. – 2003. – V. 149. – P. 242-249.
12. Mardi S.L., Mardi R.S., Mardi G.S., Mardi L.S. // Int. J. Immunorehabilitation. – 2001. – V. 3. – P. 23-31.
13. Martinez J.C., Otleý C.C. // Mayo Clin. Proc. – 2001. – V. 76. – P. 1253-1265.
14. Miller D.L., Weinstock M.A. // J. Am. Acad. Dermatol. – 1994. – V. 30. – P. 774-778.
15. Staples M.P./Ed. National cancer control initiative 2003, the 2002 National non-melanoma skin cancer survey. A report by the NCCI non-melanoma skin cancer working group-Melburne:November, 2003.
16. Wang I., Bendsoe N., Klinteberg C.A. et al. // Nr. J. Dermatol. – 2001. – V. 144. – P. 832-840.

## **КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ У ЖЕНЩИН**

*С.А. Монахов*

*ММА им. И.М. Сеченова, Москва*

В патогенезе акне основное значение имеют эндогенные факторы. Инициальным звеном является наследственно-обусловленная гиперандрогения. Это состояние может проявляться в виде абсолютного увеличения уровня гормонов (абсолютная гиперандрогения) или в виде повышенной чувствительности рецепторов к нормальному или даже сниженному количеству андрогенов в организме (относительная

гиперандрогения), что приводит к гипертрофии и повышенному функционированию сальных желез, фолликулярному гиперкератозу, активации микроорганизмов с последующим воспалением.

Большинство женщин отмечают ухудшение со стороны акне во второй половине менструального цикла. Это объясняется антагонистическим действием эстрогенов и прогестерона на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему, что приводит к задержке натрия и воды в организме. В коже перифолликулярный отек способствует сужению сально-волосного фолликула и вследствие этого обострению акне.

Исходя из основ этиопатогенеза акне, для лечения этого заболевания у женщин адекватными и патогенетически обоснованными должны являться вещества, оказывающее супрессивное действие на состояние гиперандрогении, то есть антиандрогены. Среди препаратов, влияющих на выраженность андрогенизации, наиболее широко используются комбинированные оральные контрацептивы (КОК) [1, 2, 3, 4, 5, 7, 8].

Созданный на основе 0,03 мг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона (производное спиронолактона) новый КОК «Ярина» («Schering», Германия), позволяет достичь контрацептивного и противоугревого эффекта и избежать развития побочных явлений, которые наблюдаются при использовании препаратов на основе спиронолактона. Противоугревая активность КОК «Ярина» обусловлена его прямым (блокада дроспиреноном андроген-рецепторов) и непрямым (антигонадотропная активность, стимуляция этинилэстрадиолом и дроспиреноном синтеза СГСГ печенью, отсутствие вытеснения тестостерона из связи с СГСГ, так как дроспиренон переносится кровью в связанном виде с альбуминами) антиандрогенным действием, а также подавляющим действием на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (блокада дроспиреноном альдостероновых рецепторов). Последнее свойство КОК «Ярина» является очень важным, особенно для женщин, отмечающих обострение акне во второй половине цикла (обострение акне за счет перифолликулярного отека) и увеличение массы тела за счет задержки жидкости. Кроме того, показанием к применению препарата являются проявления предменструального синдрома (циклически возникающие психологические, поведенческие и физиологические симптомы, связанные также с задержкой натрия и воды в организме) [6].

Целью нашей работы явилась оценка эффективности и переносимости комбинированной противоугревой терапии с применением местных препаратов («Дифферин» и/или «Базирон АС») и нового КОК «Ярина» и монотерапии препаратом «Ярина» у женщин с II – III степенями тяжести акне.

Под наблюдением находились 72 женщины в возрасте от 15 до 38 лет с акне II (37 женщин) и III (35 женщин) степени тяжести.

Монотерапию КОК «Ярина» получали 40 женщин (19 – при акне II степени тяжести, 21 – при III), 18 женщинам со II степенью тяжести процесса помимо КОК «Ярина» назначали 0,1 % крем «Дифферин», а

---

---

14 женщинам с акне III степени тяжести рекомендовали последовательную схему применения местных препаратов (вначале использовали 5 % гель «Базирон АС» утром и вечером, а после регресса пустул переходили на применение 0,1 % крема «Дифферин» вечером), КОК «Ярина» назначали в течение 6 месяцев по стандартной схеме.

Динамика количества открытых и закрытых комедонов, папул, пустул оценивались до начала и спустя 6 мес. терапии. В указанные сроки наряду с подсчетом акне-элементов проводилась процедура определения уровня секреции кожного сала (УСКС) при помощи прибора «Sebumeter SM 810» («Courage+Khazaka electronic GmbH», Германия). Принцип действия прибора основан на количественном определении кожного сала методом фотометрии. Нормальный УСКС составляет 60-90 10<sup>-6</sup>г/см<sup>2</sup>.

После 6 месяцев терапии более выраженное противогревое действие отмечалось у пациенток, получавших терапию КОК «Ярина» в комбинации с препаратами «Дифферин» и (или) «Базирон АС».

К концу курса монотерапии КОК «Ярина» состояния клинического излечения регистрировались при акне II степени тяжести в 21 и при акне III степени тяжести в 28% случаев. У пациенток с акне II и III степени тяжести, получавших КОК «Ярина» в комбинации с местными противогревыми препаратами, состояния клинического излечения отмечались в 27 и 71 % случаев соответственно.

До терапии и спустя 6 месяцев после нее УСКС (10<sup>-6</sup>г/см<sup>2</sup>) составил: 236±41 и 98±12,3 соответственно (при акне II степени тяжести) и 252±37 и 91±6,4 соответственно (при акне III степени тяжести).

На протяжении всего курса все женщины отмечали умеренный диуретический эффект терапии и, как следствие, – снижение массы тела на 1,6±0,4 кг. В среднем по группе уровень свободного тестостерона до лечения находился на верхней границе нормы. Спустя 6 месяцев терапии у всех женщин при повторном исследовании крови на гормоны в целом по группе отмечено снижение концентрации свободного тестостерона на 38,4 %.

Таким образом, учитывая высокую терапевтическую эффективность и хорошую переносимость, препаратом выбора терапии акне II – III степени тяжести у женщин следует считать прием КОК «Ярина» в течение минимум 6 месяцев. Видимого улучшения состояния кожи (регресс акне примерно на 50 %) следует ожидать на 3–4 месяце лечения. При хорошей переносимости курс лечения должен составлять минимум 6 месяцев приема КОК, а в отдельных случаях 9 месяцев и более для профилактики рецидивов.

Для достижения более быстрого терапевтического эффекта целесообразно комбинировать прием КОК «Ярина» с местными противогревыми препаратами. Учитывая выраженное действие «Дифферина» на процессы кератинизации и десквамации кератиноцитов протока СВФ, целесообразно его как можно более раннее назначение с целью предотвращения формирования комедонов и их последующей тран-

сформации в воспалительные элементы. Гель «Базирон АС» 5% оказывает выраженное действие на воспалительные акне. После исчезновения пустул и регресса значительного количества папул патогенетически обоснован переход на терапию препаратом «Дифферин»: 0,1% гелем или 0,1% кремом (особенно в осенне-зимнее время года). По окончании основного курса медикаментозной терапии целесообразно применение 0,1% крема или 0,1% геля «Дифферин» с частотой нанесения 2-3 раза в неделю неопределенно долго (наблюдения от 1,5 до 2 лет) для продления ремиссии процесса.

Отсутствие эффективности терапии после 4–5 месяцев приема КОК диктует необходимость обследования женщины на предмет абсолютной гиперандрогении (консультация гинеколога-эндокринолога, гормональный профиль, УЗИ органов малого таза и надпочечников, рентгенография черепа).

### ЛИТЕРАТУРА

1. Гормональная контрацепция. Пособие для практикующих врачей / Под. ред. А.И. Давыдова. – М., 2003. – 36 с.
2. Кузнецова И.В., Побединский Н.М. // Женское здоровье. – 2004. – Т. 2. – С. 11-14.
3. Овсянникова Т. В. и соавт. // Гинекология, 2000. – Т. 2, № 2. – С. 42-46.
4. Прилепская В. Н., Острейкова Л. И. // Гинекология. – 2004. – Том 6, № 3. – С. 111-113.
5. Сметник В. П., Тумилович Л. Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. – М., 1998. – 592 с.
6. Ярина. – М., 2004. – 52 с.
7. Beylot C., Doutre M.S., Beylot-Barry M. // Dermatol. – 1998. – V. 196. – P. 148-152.
8. Gollnick H., Albring M., Brill K. // J. Dermatol. Treat. – 1998. – V. 9. – P. 71-79.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЗИ «ЛОКОИД» У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ

*С.А. Монахов*

*ММА им. И. М. Сеченова*

В течение последних 50 лет подходы к местной терапии заболеваний кожи существенно изменились. Вместо традиционного использовавшихся ранее редуцирующих средств в арсенал дерматолога широко внедрились местные кортикостероиды (КС), обладающие активным противовоспалительным, противозудным и антиаллергическим действием.

Одним из методов повышения эффективности местных КС, который реализован, в частности, в препарате гидрокортизон 17-бутират (локоид), является эстерификация масляной кислотой, она в значительной степени повышает липофильность и степень проникновения КС через роговой слой эпидермиса. При этом локоид достаточно бы-