

58. Blum A., Schmid-Wendther M., Mauss-Kiefer V., Eberle J., Kuchelmeister C., Dill-Müller D., et al. Ultrasound mapping of lymph node and subcutaneous metastases in patients with cutaneous melanoma: results of a prospective multicenter study. *Dermatology*. 2006; 212(1): 47—52.
59. Vilana R., Puig S., Sanchez M., Squarcia M., Lopez A., Castel T., Malvey J. Preoperative assessment of cutaneous melanoma thickness using 10-MHz sonography. *Am. J. Roentgenol.* 2009; 193(3): 639—43.
60. Новиков А.Г., Резайкин А.В. Использование ультразвукового исследования для определения объемных параметров базально-клеточного рака кожи. *Вестник дерматологии*. 2004; 2: 42—4.
61. Desai T., Desai A., Horowitz D., Kartono F., Wahl T., et al. The use of high-frequency ultrasound in the evaluation of superficial and nodular basal cell carcinomas. *Dermatol. Surg.* 2007; 33(10): 1226—7.
62. Gupta A.K., Turnbull D.H., Foster F.S., Harasiewicz K., Shum D., Prusick R.H., et al. High frequency 40-MHz ultrasound. A possible noninvasive method for the assessment of the boundary of basal cell carcinomas. *Dermatol. Surg.* 1996; 22(2): 131—6.
63. Uhara h., Hayashi K., Koga H., Saida T. Multiple hyperechogenic spots in basal cell carcinoma. *Dermatol. Surg.* 2007; 33(10): 1215—19.
64. Зарудзе Д.Г. Канцерогенез. М.: Медицина; 2000.
65. Курдина М.И., Макаренко Л.А., Маркина Н.Ю. Ультразвуковая диагностика в дерматологии. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2009; 2: 11—5.
66. Moore J., Alan E. Pulsed ultrasound measurements of depth and regression of basal cell carcinomas after photodynamic therapy: relationship to probability of 1-year local control. *Br. J. Dermatol.* 2003; 149(5): 1035—40.
67. Василевская Е.А., Кузьмина Т.С., Потекаев Н.Н., Ткаченко С.Б. Оценка эффективности фототерапии псориаза методом ультразвукового сканирования. *Русский врач*. 2008; 2: 43—7.
68. Жаворонкова Е.А., Тогоева Л.Т., Захарова А.Б., Корсунская И.М. Исследование эффективности мази Псориаден в комплексной терапии псориаза. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2008; 1: 22—5.
69. Coates L., Anderson R., Fitzgerald O., Gottlieb A., Kelly S., Lubrano E., et al. Clues to the pathogenesis and psoriatic arthritis from imaging: a literature review. *J. Rheumatol.* 2008; 35(7): 1438—42.
70. De Rie M., Sommer A., Hoekzema R., Neumann H.A. Treatment of necroderm lipoidica with topical psoralen plus ultraviolet A. *Br. J. Dermatol.* 2002; 147(4): 743—7.

Поступила 31.05.12

КОСМЕТОЛОГИЯ

© Е.С. СНАРСКАЯ, А.В. ШЕВНИНА, 2013

УДК 616.53-002.25-053.6:668.58

Программа лечебно-косметического ухода Исеак за проблемной пубертатной кожей

Е.С. Снарская, А.В. Шевнина

Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — проф. В.А. Молочков) ФППОВ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Приведены статистические данные о заболеваемости акне в пубертатном возрасте, проанализированы морфологические особенности кожи этого периода. Подробно рассмотрены роль и значение ухода за молодой проблемной кожей с использованием средств лечебно-косметической линии Исеак.

Ключевые слова: *вульгарные угри, пубертатная кожа, базовый и дополнительный лечебный уход, линия Исеак*

ISEAK PROGRAM OF THERAPEUTIC AND COSMETIC CARE OF PUBERTY SKIN PROBLEMS

E.S. Snarskaya, A.V. Shevnina

Department of Skin and Sexually-Transmitted Diseases, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Statistical data on the incidence of acne in puberty are presented. The skin morphology of this period is analyzed. The role and significance of care of young skin problems with the use of Iseak therapeutic and cosmetic means are demonstrated.

Key words: *acne vulgaris, pubertal skin, basic and accessory therapeutic care, Iseak line*

Вульгарные угри являются самой частой патологией кожи пубертатного возраста, поражают 35—80% подростков развитых стран, у 1/3 из них они появляются именно в возрасте 12—16 лет, при этом у девочек раньше, чем у мальчиков [1, 2]. Так, в 12-летнем возрасте угри наблюдаются у 37,1% девочек и 15,4% мальчиков, а в 16 лет — у 38,8 и 53,3% соответственно [1, 2]. У большинства (75%) подростков угревая сыпь локализуется на коже лица, а распространенные процессы с поражением кожи лица, спины и зоны декольте встречаются у 16%, при этом они характеризуются

бурным рецидивирующим течением, резко снижая качество жизни, способствуя формированию психоэмоциональных расстройств депрессивного типа почти у 50% [2]. По данным американских исследователей, указанный дерматоз встречается у 18,4% женщин и 8,3% мужчин [3]. Кроме того, отмечено, что у пациентов мужского пола, как правило, имеется высокий уровень заболеваемости акне в возрасте до 16 лет, а у пациенток — после 23 лет, также общемировой тенденцией является преобладание легких и средне-тяжелых форм дерматоза в общей структуре заболе-

Сведения об авторах:

Снарская Елена Сергеевна — д-р мед. наук, проф. (snarskaya-dok@mail.ru); Шевнина Анна Владиславовна — клин. ординатор (wjo@mail.ru).

вания [3]. Вульгарные угри имеют мультифакторный, генетически детерминированный механизм развития. Среди подростков, родители или близкие родственники которых страдали акне с активностью процесса выше средней степени тяжести, распространенность данной формы болезни оказалась в 2 раза выше, чем среди подростков без акне в семейном анамнезе (20% против 9,8% соответственно), при этом подчеркивается доминирующая роль матери (риск возникновения акне у ребенка в данном случае становится в 3 раза выше, чем в общей группе детей), а отягощенная наследственность по отцу увеличивает риск заболевания лишь в 2 раза [4]. По данным американских ученых, генетическая предрасположенность к дерматозу определяет формирование устойчивых к лечению форм заболевания во взрослом возрасте [3].

Большое значение в развитии акне имеет ряд ключевых патогенетических механизмов: гиперпродукция секрета сальных желез, гиперандрогения, фолликулярный гиперкератоз, гиперколонизация *Propionibacteria acnes* (*P. acnes*), не коррелирующая с тяжестью процесса [5], длительность и степень выраженности воспаления [6, 7]. В последние годы были детализированы некоторые патогенетические аспекты угревой болезни. Так, показано, что ключевую роль в воспалении играет лейкотриен В₄ (LTB₄), синтез которого катализируется 5-липоксигеназой и лейкотриен-А₄-гидролазой, усиливаясь под действием таких провоспалительных медиаторов, как интерлейкины (ИЛ), фактор некроза опухоли. LTB₄ вызывает активацию нейтрофилов, моноцитов и ацидофильных гранулоцитов, что продлевает воспаление ткани [8]. LTB₄ является лигандом рехохусомен-активатора пролиферации рецепторов, принимающих участие в дифференцировке клеток сальных желез [9], что в свою очередь создает предпосылки для развития патологического фолликулярного гиперкератоза, который в свою очередь создает и поддерживает благоприятные анаэробные условия для развития *P. acnes*. Немецкие авторы считают, что активный воспалительный процесс обусловлен иммунной реакцией кожи в ответ на продукты метаболизма *P. acnes* [10]. Известно, что у больных акне показатели состояния иммунного статуса отличаются от показателей у здорового человека и характеризуются дефектом В-клеточного звена иммунного ответа [2, 11]. Поскольку *P. acnes* практически недоступны для нейтрофилов и моноцитов человека [12], то способность врожденного иммунитета подавлять возбудителя является главным инструментом немедленного ответа организма на увеличение активности *P. acnes*. Нарушение реализации механизмов врожденного иммунитета в данном случае приводит к выработке большого количества провоспалительных цитокинов, миграции моноцитов, нейтрофилов и лимфоцитов в ткани, окружающих сальную железу, запуская каскад иммунных реакций, длительно поддерживающих воспалительный процесс [11, 13].

P. acnes через лиганды особых Toll-подобных рецепторов (TLR2) активируют макрофаги в сальных фолликулах и моноциты крови, стимулируют продукцию ИЛ-8 и ИЛ-12, продуцируют ферменты, расщепляющие триглицериды кожного сала на свободные жирные кислоты, раздражающие фолликулярные

клетки. Экспрессия антимикробных пептидов себоцитов и кератиноцитов повышается. Таким образом, становится очевидным, что нарушения в опосредуемых TLR2 реакциях могут приводить к нарушению процессов регуляции воспаления и повышенной восприимчивости организма к инфекции [11, 13].

Терапевтическая стратегия при пубертатных акне должна быть ориентирована на купирование острого воспалительного процесса в кратчайшие сроки с обязательным учетом морфотипа кожи, пола, возрастных особенностей и сопутствующих заболеваний. Важным условием успешной терапии является соблюдение комплаенса, ориентированного на личностные, социальные и профессиональные обстоятельства пациентов [1, 14]. Применяемые в настоящее время противоугревые средства представлены как системными, так и местными препаратами, действующими на один или группу патогенетических факторов. В большинстве случаев для лечения акне I—II степени тяжести достаточно назначить регулярный комплексный уход за кожей с помощью препаратов лечебной косметики и/или применить местные противоугревые препараты (наружные ретиноиды, антибиотики, бензоилпероксид, азелаиновая кислота). Как правило, применение адекватного лечебного ухода за кожей подростков на начальных этапах развития заболевания имеет определяющее значение и может приводить к нормализации процессов салоотделения и регрессу единичных элементов акне [15, 16].

Важно отметить, что в процессе работы с подростками следует информировать родителей о спектре назначенных процедур, механизмах их действия и ожидаемых эффектах. Стоит подчеркнуть необходимость комплексного и аналитического подхода при оценке состояния кожи подростка, длительного наблюдения и контроля за регулярностью процедур ухода в домашних условиях. Кроме того, на практике выявляется крайне низкий уровень информированности населения о правилах и средствах ежедневного ухода за проблемной кожей, которыми располагает аптечная сеть. Ряд анатомо-физиологических особенностей кожи пубертатного периода обуславливает выбор определенных косметических манипуляций и лечебных линий ежедневного ухода за проблемной кожей. Так, для кожи детей и подростков характерно меньшее количество рядов клеток в эпидермисе, так как шиповатый слой состоит из 2—7 рядов, а зернистый представлен только 1—2 рядами, в то время как у взрослых шиповатый слой состоит из 3—15 рядов, а зернистый — из 1—3 рядов клеток. Кроме того, pH поверхности кожи подростков имеет более щелочной показатель, чем у взрослых. Проницаемость рогового слоя для различного рода веществ у детей до 16 лет также повышена [17]. Важной особенностью состава кожи детей и подростков является повышенный уровень гидратации, она содержит 10—15% воды всего организма. Другой особенностью периода полового созревания (10—14 лет) является наличие так называемой физиологической себореи, клинически проявляющейся в виде жирной себореи с небольшим количеством элементов акне, открытых и закрытых комедонов на коже носа, нососщечной области и повышенной сальности

волос. Подобное физиологическое состояние легко усиливается бурными вегетативно-невротическими реакциями организма, приводя к неравномерному увеличению салоотделения на себорейных участках (особенно на лице и волосистой части головы) и развитию папулезно-пустулезных акне. Перечисленные физиологические особенности пубертатной кожи во многом определяют характер течения дерматоза, который отличается преобладанием островоспалительных элементов и сопровождается бурным вегетоневрозом. Подросткам с проблемной жирной кожей и различными клиническими вариантами проявления себореи целесообразно назначать длительный лечебный уход, предусматривающий ежедневное бережное очищение, адекватное увлажнение и эффективную фотопротекцию. Пациентам с клинической картиной акне различной степени тяжести следует проводить патогенетическую терапию на фоне оптимально подобранного лечебного ухода, длительность которого будет продиктована нормализацией физиологических процессов в коже. Подобные меры способствуют оптимизации лечебных мероприятий, позволяя добиться выраженного устойчивого клинического эффекта.

Большой интерес представляет серия средств NYSEAC (Исеак), разработанная лабораторией «Uriage» (Франция), которая предназначена для ухода за пубертатной жирной и комбинированной кожей, склонной к островоспалительным и выраженным вегетативным реакциям. Эта полноценная система лечебного ухода с эксклюзивными формулами создана ведущими дерматологами. Среди ее основных действующих компонентов инновационный «TLR2-регулирующий комплекс», быстро купирующий воспаление; экстракт солодки (*Licorice inflata*), уменьшающий объем сальной железы и количество себума в ней; пироктоноламин, снижающий колонизацию *P. acne*; себосомы кипрея, регулирующие выделение себума; термальная вода Урьяж, которая увлажняет и успокаивает ретенционную кожу. Все компоненты этой линии оптимально подобраны и дополняют друг друга, бережно очищают кожу и обеспечивают уход за ней, способствуют регрессу островоспалительных элементов акне и препятствуют образованию новых, активно предупреждают развитие симптомокомплекса постакне. Преимуществами препаратов серии Исеак являются нежная текстура и приятный аромат лечебных средств, обеспечивающие высокий комплаенс. В отличие от ряда других средств по уходу за проблемной кожей препараты данной линии наносят на все лицо, обеспечивая устойчивый матирующий эффект.

Лечебные средства Исеак представлены многокомпонентной гаммой, содержащей очищающий гель, дерматологическое мыло, лосьон, отшелушивающую маску-гоммаж, матирующий уход, Исеак А.1., Исеак К18 (с гидроксикислотами), гидроматирующую эмульсию, восстанавливающий уход и солнцезащитную эмульсию с SPF (30 и 50+).

Уход за любой кожей начинается с проведения ежедневных гигиенических процедур, и с этой целью для проблемной, жирной кожи целесообразно регулярное применение специальных очищающих средств, в частности *дерматологического мыла Исеак*, получившего

название «мыло без мыла». Его компоненты деликатно очищают кожу лица и тела, препятствуя формированию воспалительных элементов. Сбалансированный и гипоаллергенный состав мыла содержит экстракт кипрея, пироктоноламин, гликоколь, термальную воду Урьяж, благодаря которым нормализуются процессы секреции себума, удаляется избыток жировых отложений и обеспечивается антибактериальное действие. Кроме мыла, полноценный уход обеспечивает гелеобразная форма продукта *мягкий очищающий гель*, который содержит те же компоненты и который можно эффективно использовать в том числе для гигиенического ухода за кожей волосистой части головы. Регулярное применение этих средств обеспечивает ультрамягкое и глубокое очищение смешанной и жирной кожи от загрязнений и уменьшает ощущение дискомфорта, отлично подготавливает кожу для дальнейшего использования средств по уходу.

Очищающий лосьон Исеак, не требующий смывания, содержит особый комплекс anti-pollution, экстракт кипрея, гликоколь и термальную воду Урьяж. Лосьон не содержит спирта и мыла, мягко очищает кожу, эффективно удаляя загрязнения без нарушения баланса микрофлоры. Лосьон оптимально подходит для снятия макияжа для людей с молодой жирной кожей, деликатно удаляет избыток сального секрета, обеспечивая антибактериальное действие, и защищает кожу от загрязненной окружающей среды. Используется 1—2 раза в день (утро и вечер). Дополнительным продуктом серии является *мягкая отшелушивающая маска-гоммаж Исеак*, которая специально предназначена для бережного ухода за смешанной и жирной кожей подростков. Содержит каолин, представляющий собой нежную основу для очищения, снятия воспаления и подсушивания кожи. Он вбирает в себя избыток кожного сала и выделений потовых желез, устраняет загрязнения, стягивает расширенные поры. Мягкий отшелушивающий эффект и разглаживание рельефа кожи осуществляется за счет воздействия микросфер, альфа-гидроксикислоты (АНА) и ее эфир. Эффект маски усиливают такие активные ингредиенты, как глицерин и термальная вода Урьяж, которые успокаивают, увлажняют, повышают защитные свойства кожи и снижают чувство дискомфорта. В качестве маски препарат может применяться ежедневно, после применения легко смывается водой. В качестве гоммажа наносится легкими массирующими движениями на влажную очищенную кожу, далее смывается водой. Применяется 1—2 раза в неделю.

Важными элементами серии являются препараты активного противовоспалительного ухода и средство с гидроксикислотами — *Исеак А.1.* и *Исеак К18*.

Исеак А.1. — противовоспалительный уход для кожи с тенденцией к акне, содержит инновационный комплекс TLR2-Regul и оказывает превентивное действие на механизм появления воспалительных элементов. Входящие в состав средства экстракт солодки, пироктоноламин и термальная вода Урьяж дополняют действие комплекса, уменьшая образование себума, очищая, моментально успокаивая и матируя кожу. Кожа становится чистой, здоровой, без следов воспаления. Некомедогенное и гипоаллергенное средство *Исеак А.1.*

применяется после процедур очищения и наносится на все лицо 1—2 раза в день (утро, вечер).

Исеак К 18 — новый продукт в гамме, содержит 18% альфа-гидроксикислот, бета-гидроксикислоты, экстракт солодки, себосомы® кипрея, фитосфингозин, пироктоноламин и матирующие микрочастицы. 10% из 18% альфа-гидроксикислот представлены эфирами, таким образом, нивелируется раздражающее действие кислот на кожу. Бета-гидроксикислоты в виде комплекса салициловой кислоты с фитосфингозином обеспечивают двойную эффективность — противовоспалительную и кератолитическую. Новый запатентованный компонент гаммы Исеак — экстракт солодки — значительно снижает продукцию себиума и объем сальной железы, воздействуя на патогенетический механизм развития акне.

Исеак К 18 применяется самостоятельно или в комплексе с другими препаратами серии для противовоспалительного ухода за жирной кожей с тенденцией к акне. Его формула активно борется с ретенционными акне, удаляет комедоны, восстанавливает баланс микрофлоры и борется с жирным блеском кожи.

Известно, что длительное применение целого ряда медикаментозных средств для лечения акне часто приводит к появлению локального раздражения кожи, сухости и повреждению водно-липидной мантии кожи. В подобных случаях эффективен специальный *восстанавливающий, успокаивающий уход Исеак*, содержащий запатентованный комплекс Церастерол-2F, способный проникать в микроструктуру рогового слоя кожи и эффективно восстанавливать физиологию и укреплять защитные функции кожи. Это средство для ухода содержит также фитосквалан, масло карите и обогащено термальной водой Урьяж. Средство обладает успокаивающими и увлажняющими свойствами, возвращает коже комфорт. Благодаря легкой текстуре быстро впитывается, обеспечивая долговременное увлажнение в течение 8 ч, может использоваться в качестве основы под макияж. Применяется 1—2 раза в день, после процедур очищения препаратами серии Исеак. Восстанавливающий уход можно также применять в случаях раздраженной и поврежденной кожи в результате климатической агрессии у пациентов со смешанной и жирной кожей.

Неотъемлемым элементом лечебно-косметического ухода является *гидроматирующая эмульсия Исеак*, которая содержит оптимально подобранные активные компоненты: себосомы кипрея, комплекс для защиты от окружающей среды pollution-protect, увлажняющий комплекс, матирующие микрочастицы, термальную воду Урьяж. Состав эмульсии позволяет эффективно абсорбировать излишки себиума, сохраняет матирующий эффект в течение 12 ч и интенсивно увлажняет кожу, являясь прекрасной основой под макияж для подростков с жирной кожей. Эмульсия применяется 1—2 раза в день. Необходимо помнить, что защита от УФ-лучей при лечении акне является обязательным элементом прежде всего потому, что инсоляция способствует снижению местной иммунной защитной функции кожи, происходит активизация комедоногенных свойств сквалена кожного сала и как следствие обострение течения дерматоза. Многие базисные ме-

дикаментозные препараты, используемые для терапии акне, оказывают фотосенсибилизирующее действие. Традиционные средства для защиты кожи от ультрафиолета могут содержать комедогенные вещества, которые ухудшают течение угревой болезни, поэтому необходимо выбирать специальные средства, созданные для проблемной кожи [2, 6, 10].

Солнцезащитные эмульсии Исеак SPF 30 и 50+ — эффективная защита от солнца для жирной и комбинированной кожи, которые содержат инновационные компоненты: комплекс фильтров UVA/UVB (УФ-лучи спектра А и В) с тиносорбом М, себосомы кипрея, витамин Е, фитостеролы, термальную воду Урьяж 10%. Подобная формула обеспечивает высокую степень защиты от UVA- и UVB-лучей, создается мощный матирующий эффект одновременно с интенсивным увлажнением и защитой кожи от воздействия свободных радикалов. Эмульсия служит прекрасной основой для макияжа, некомедогенна и не обладает фотосенсибилизирующими свойствами. Применяется ежедневно перед выходом на солнце (за 25—30 мин), возобновляется после купания и физической нагрузки.

На основании нашего положительного опыта применения лечебно-косметической линии Исеак в составе комплексной терапии 25 пациентов с акне легкой и средней степени тяжести и у 15 пациентов в качестве лечебного ухода за пубертатной жирной кожей мы разработали определенный алгоритм ежедневного ухода за проблемной кожей с использованием препаратов данной серии. Одним из ключевых моментов правильного ухода является правильное нанесение и соблюдение очередности применения препаратов лечебной косметики. В первую очередь необходимо проводить регулярное неагрессивное очищение кожи без использования спирта и щелочи, что позволяет не нарушить ее pH-баланс и микрофлору. Это обстоятельство необходимо разъяснять пациентам и контролировать регулярность процедур. Нежная, неагрессивная гигиена не провоцирует развитие себореи и подготавливает кожу к нанесению медикаментов и средств ухода [18]. Этому критерию соответствуют *мягкий гель или мыло Исеак*. Небольшое количество геля вспенивается на ладони, наносится на лицо (и/или волосистую часть головы) и тщательно смывается водой. Процедуру очищения следует применять утром и/или вечером у всех пациентов (с клиническими проявлениями акне и при наличии жирной пубертатной кожи с явлениями себореи). Следующей процедурой является очищение мягким очищающим *лосьоном Исеак*. Применение лосьона может быть этапом очищения кожи в вечерние или утренние часы, заменяет процедуру очищения с гелем или мылом и особенно эффективно у лиц с пубертатной жирной кожей. Завершающим этапом в ежедневном уходе является применение одного из средств линии Исеак, каждый из которых имеет свои особенности и показания. Любое средство ухода наносит на предварительно очищенную кожу утром и/или вечером на все лицо, избегая контакта с глазами.

Для более глубокого воздействия на структуры кожи целесообразно использование *отшелушиваю-*

щей маски-гоммаж Исеак (1—2 раза в неделю — в качестве гоммажа или 1 раз в день в качестве вечернего ухода в виде маски).

Наиболее эффективно применение препарата в виде маски у пациентов с проблемной жирной кожей с большим количеством комедонов, а в виде гоммажа — у пациентов с акне легкой и средней степени тяжести. Процедуры гоммажа могут эффективно заменять одну из процедур очищения с мылом или гелем.

Солнцезащитную эмульсию SPF 30 или SPF 50+ рекомендуется использовать ежедневно перед солнечной экспозицией, равномерно нанеся достаточное количество средства на лицо, чтобы полностью покрыть поверхность кожи, которая подвергнется солнечному воздействию. Также подходит в качестве основы под макияж.

Гамма средств Исеак, разработанная на основе новых и эксклюзивных компонентов, специально предназначена для полного специфического ухода за комбинированной пубертатной кожей. Все средства линии прошли клинические испытания, в результате которых была подтверждена их высокая эффективность и переносимость [18]. Наш опыт применения лечебной серии у 25 пациентов с акне легкой и средней степени тяжести и 15 пациентов с жирной проблемной кожей подтверждает способность препаратов этой серии эффективно купировать острое локальное воспаление, глубоко очищать и оздоравливать кожу, оказывать восстанавливающее, матирующее и солнцезащитное действие. Кроме того, можно использовать один продукт лечебно-косметической серии с целью лечения единичных воспалительных элементов акне или для ухода за жирной кожей длительное время. Таким образом, включение лечебно-косметической программы ухода Исеак в комплексную терапию акне пубертатного периода и ее применение с целью профилактического ухода за молодой проблемной кожей является целесообразным и эффективным, что значительно уменьшает длительность терапии, снижает вероятность рецидива и улучшает качество жизни больных.

1. Львов А.Н. Школа фармаколога: акне. Российские аптеки. 2010; 16: 30—2.
2. Монахов С.А., Иванов О.Л. Акне. Этиопатогенез. Клиника. Терапия. Методическое пособие для врачей. М.; 2012: 3—5.
3. Collier C.N., Harper J.C., Cafardi J.A., Cantrell W.C., Wang W., Foster K.W., Elewski B.E. The prevalence of acne in adults 20 years and older. J. Am. Acad. Dermatol. 2008; 58(1): 56—9.
4. http://www.infox.ru/03/Cosmetology/2009/09/15/Pryyshci_dyelo_sye.phtml
5. Brown S.K., Shalita A.R. Acne vulgaris. Lancet. 1998; 351(9119): 1871—6.
6. Молочков В. А., Семенова Т.Б., Молочков А.В., Корнева Л.В. Акне: клиника, диагностика, лечение. Учебное пособие. М.; 2006.
7. Потеев Н.Н. Акне и розацеа. М.: БИНОМ; 2007: 14.
8. Crooks S.W., Stockley R.A. Leukotriene B4. Int. J. Biochem. Cell Biol. 1998; 30(2): 173—8.
9. Zhu Y.I., Stiller M.J. Preview of potential therapeutic applications of leukotriene B4 inhibitors in dermatology. Skin Pharmacol. Appl. Skin Physiol. 2000; 13(5): 235—45.
10. Zouboulis C.C. Acne: current aspects on pathology and treatment. Dermatol. Exp. 1999; 1: 6—37.
11. Снарская Е.С., Кряжева С.С., Лавров А.А. Инновационный комплекс TLR2-Regul в комплексной терапии дерматозов с высоким риском инфицирования: себорейного дерматита и акне. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2012; 3: 28—31.
12. Webster G.F. Commentary: diet and acne. J. Am. Acad. Dermatol. 2008; 58(5): 794—5. doi: 10.1016/j.jaad.2008.01.016.
13. Снарская Е.С. Роль Toll-подобных рецепторов (TLR), активаторов врожденного иммунитета в патогенезе ряда дерматозов. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2012; 2: 47—50.
14. Адашкевич В. П. Акне вульгарные и розовые. М.; 2005: 60—116.
15. Халдин А.А., Мареева Е.Б., Скворцова А.И. Патогенетические подходы к терапии вульгарных угрей. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2012; 3: 34—7.
16. Масюкова С.А. Акне: проблема и решение. Consilium Medicum. 2002; 4(5): 23—27.
17. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В. Руководство по дерматокосметологии. СПб.: Фолиант; 2008: 309—15.
18. Самцов А.В. Акне и акнеформные дерматозы. М.: ЮТКОМ; 2009: 108—9.

Поступила 04.02.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013
УДК 616.5-031:611.92/.93]-003.92-08

Стратегия комплексного подхода к лечению рубцовых поражений кожи лица и шеи

А.Г. Стенько¹, А.А. Шматова¹, Л.С. Круглова², О.В. Жукова², С.А. Шустов²

¹ОАО Институт пластической хирургии и косметологии, Москва; ²Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы

Приведены результаты лечения 1100 пациентов с различными рубцовыми поражениями кожи лица и шеи, принципы рационального планирования и дифференцированного применения комплексного лечения больных с различными рубцовыми поражениями в соответствии с усовершенствованной рабочей классификацией. Предложены алгоритмы лечения с уточнением оптимальных сроков и объемов послеоперационной терапии при формирующихся рубцах с целью предупреждения патологического рубцевания.

Ключевые слова: рубцы, лицо, комплексное лечение