

О ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ

А. Л. Бакулев — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук; **С. С. Кравченко** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры кожных и венерических болезней, кандидат медицинских наук; **Н. Н. Мурашкин** — Краснодарский краевой кожно-венерологический диспансер, заведующий отделением, кандидат медицинских наук; **И. А. Игонина** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры кожных и венерических болезней; **А. Ю. Епифанова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, клинический ординатор кафедры кожных и венерических болезней; **Н. А. Слесаренко** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, доктор медицинских наук, профессор.

TOPICAL THERAPY IN PATIENTS WITH MICROBIAL ECZEMA

A. L. Bakulev — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **S. S. Kravchenya** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Candidate of Medical Science, Assistant; **N. N. Murashkin** — Krasnodar region dermatovenerologic dispensary, Head of Inpatient Department, Candidate of Medical Sciences; **I. A. Igonina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Assistant; **A. U. Yepifanova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Attending Physician; **N. A. Slesarenko** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 12.06.2012 г.

Дата принятия в печать — 22.06.2012 г.

Бакулев А. Л., Кравченко С. С., Мурашкин Н. Н., Игонина И. А., Епифанова А. Ю., Слесаренко Н. А. О топической терапии больных микробной экземой // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 596–600.

У больных микробной экземой с помощью клинических и микробиологических исследований показано, что применение топического комбинированного препарата «Супироцин В» является весьма эффективным, способствует статистически достоверному уменьшению обсемененности экзематозных очагов патогенными *St. aureus* и *Str. spp* и обладает мощным противовоспалительным действием, что способствует уменьшению тяжести и распространенности экзематозного процесса.

Ключевые слова: микробная экзема, клиническая эффективность, мупироцин, бетаметазона дипропионат.

Bakulev A. L., Kravchenya S. S., Murashkin N. N., Igonina I. A., Yepifanova A. U., Slesarenko N. A. Topical therapy in patients with microbial eczema // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 2. P. 596–600.

The study aimed to display that clinical and microbiologic research of patients with microbial eczema. The study revealed that the usage of co — formulated medication Supirocin — B was rather efficient, it promotes statistically authentic reduction of eczematous foci with pathogenic *St. aureus* and *Str. spp*. Besides, it has strong anti — inflammatory effect and reduces eczematous process.

Key words: microbial eczema, clinical effectiveness, mupirocin, betamethasone dipropionate.

Введение. Микробная экзема в настоящее время является весьма распространенным заболеванием кожи и отличается рядом особенностей клинической картины и течения: большей распространенностью патологического процесса, частым развитием вторичных аллергических эфлоресценций по всему кожному покрову. Заболевание имеет тенденцию к тяжелому течению; характеризуется резистентностью к общепринятым методам лечения [1–3].

S. aureus и другие патогенные микроорганизмы на фоне генетически детерминированной наследственной предрасположенности играют важную роль в развитии дерматоза. В настоящее время заболевание рассматривают как своеобразную гиперергическую реакцию сенсibilизированной кожи к продуктам распада патогенных микроорганизмов, их ферментам, токсинам-суперантигенам, развивающуюся на фоне длительно существующего пиогенного очага [4].

S. aureus вызывают поликлональную активацию CD45RO⁺ и макрофагов. Привлечение лимфоцитов в эпидермис происходит с помощью процессов трансудации, перемещения иммунокомпетентных клеток через соединительную ткань дермы, миграции. Провоспалительные цитокины и хемокины способствуют перемещению лейкоцитов, в то время как различные молекулы адгезии оркестрируют межклеточные взаимодействия с субстратом. Инфильтрируя кожу, Т-лимфоциты и макрофаги активируются, стимулируя гиперпродукцию провоспалительных

цитокинов, хемокинов и других медиаторов воспаления (интерлейкина-1α (ИЛ-1α), интерлейкина-1β (ИЛ-1β), интерлейкина-8 (ИЛ-8), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и фактора некроза опухоли α (ФНО-α). Последние, в свою очередь воздействуя на иммунокомпетентные клетки, вовлекают их в замкнутый каскад воспалительных реакций и нарушают процессы самоограничения воспаления в коже. Экспрессия Е-селектинов и иных молекул адгезии эндотелиальными клетками, вызванная кистимуляцией провоспалительными цитокинами, приводит к миграции лейкоцитов из периферического кровотока в очаги экзематозного воспалительного процесса в коже. При этом происходит возвращение в кожу и активация CD4⁺ клеток памяти, экспрессирующих интегрин CLA (кожный лимфоцитосвязанный антиген). Биологический эффект подобной активации состоит в дальнейшей гиперпродукции основных провоспалительных цитокинов [5, 6].

В стандартных условиях микрофлора принимает участие в осуществлении кожей ее защитных функций. У здоровых людей основу микробиоценоза кожи составляют стафилококки, стрептококки, сарцины, дифтериоды, почвенные и грамположительные палочки, плесневые грибы и др. [7, 8].

У больных микробной экземой имеется снижение доли облигатных эпидермальных стафилококков до 40–50% и значительное возрастание колонизации условно-патогенной и патогенной флоры, нередко встречаются ассоциации микроорганизмов и микозы [9]. Различные качественные и количественные нарушения микробиоценоза кожи играют

Ответственный автор — Бакулев Андрей Леонидович.
Адрес: 410028, Саратов, ул. Провиантская, 22.
Тел.: (845 2) 223 855.
E-mail: al_ba05@mail.ru

ключевую роль в развитии и поддержании патологического очага при микробной экземе. В патогенезе заболевания ведущую роль играет чрезмерная обсемененность кожного покрова патогенными стафилококками, а также различными микробными ассоциациями. Наличие аллергического состояния и сенсибилизации к стафилококкам и стрептококкам у больных микробной экземой подтверждается стабильно высокими титрами стафилокиназы, стрептокиназы, стрептолизина-о и стафилолизина, а также положительными кожно-аллергическими реакциями со специфическим антигеном, выявлением сывороточных антител к тканевым антигенам [10]. Именно микробная сенсибилизация является пусковым, поддерживающим и отягчающим фактором у больных экземой [11, 12].

Трансэпидермальная потеря воды в результате нарушения гидролипидной мантии, дисфункция сальных желез и нарушение процессов кератинизации являются дополнительными факторами, которые способствуют усилению патогенной активности *S. aureus*.

В связи с этим устранение действия различных инфекционных факторов при микробной экземе является ключевым направлением лечения пациентов [13–15].

Современный и принципиально новый топический антибиотик мупироцин имеет природное происхождение, так как получен из культуры *Pseudomonas fluorescens*. Антибактериальное действие мупироцина связано с ингибированием фермента изолейцил-т-РНК-синтетазы, в результате чего нарушается синтез не только бактериальных белков, но также РНК. Подобный уникальный двойной механизм действия данного топического антибиотика объясняет тот факт, что в настоящее время практически нет данных о перекрестной резистентности мупироцина с какими-либо другими антибактериальными средствами. При хронических дерматозах, в частности при микробной экземе, это чрезвычайно важный аспект, определяющий возможность длительного или многократного применения мупироцина. Фармакокинетические способности мупироцина обеспечивать высокие местные концентрации действующего вещества обуславливают его бактерицидное действие в отношении большинства бактериальных агентов [16].

Главное клиническое значение мупироцина заключается в действии на большинство штаммов стафилококков, в том числе MRSA, а также штаммов, устойчивых к другим антимикробным препаратам. Отличительной особенностью мупироцина является низкая *in vitro* активность в отношении представителей нормальной микрофлоры кожи (*Micrococcus* spp., *Corynebacterium* spp., *Propionibacterium* spp.) [17].

Мупироцин по своему антимикробному действию превосходит многие препараты, используемые наружно (неомицин, бацитрацин, фузидиевая кислота, полимиксин В, тетрациклин). Мупироцин при топическом применении не уступает по своей эффективности целому ряду системных антибактериальных средств (эритромицину, ампициллину, цефалексину) [18].

Комбинация мупироцина и высокоэффективного топического кортикостероида бетаметазона дипропионата, которая имеется у нового топического препарата «Супироцин-В» позволяет использовать данное комбинированное топическое средство при аллергодерматозах с пиококковой инфекцией.

Цель: провести оценку эффективности и безопасности топического применения препарата

«Супироцин-В» в виде мази у больных микробной экземой в фазе обострения.

Методы. Наблюдали 80 больных микробной экземой (37 мужчин, 43 женщины) в фазе обострения. Возраст пациентов варьировал от 20 до 63 лет.

Распространенность и тяжести дерматоза, а также эффективность терапии оценивали с помощью индекса EASI и дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС). О качестве жизни пациентов судили с помощью дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ).

В основной группе пациентов с микробной экземой (40 человек) использовали мазь «Супироцин-В» 2 раза в день на протяжении 14 дней. 40 больных получали в качестве топической терапии мазь флуоцинолона ацетонид в сочетании с гентамициновой мазью 2 раза в день в течение 14 дней. Кроме того, все больные получали стандартную гипосенсибилизирующую терапию.

Оценку клинической эффективности проводили на 7-й и 14-й дни лечения.

Для верификации микробных агентов применяли бактериоскопическое исследование содержимого пустикул и отделяемого эрозий.

Статистическую обработку материала проводили с помощью программы Microsoft Office Excel XP.

Результаты и их обсуждение. У лиц, получавших флуоцинолона ацетонид в сочетании с гентамициновой мазью, величина индекса EASI до лечения составила $36 \pm 0,1$, а индекса ДИШС $17 \pm 0,3$. Нами зарегистрировано статистически значимое снижение величины данных индексов лишь к 14-му дню терапии. ($p < 0,001$).

У пациентов, лечившихся мазью «Супироцин-В», индекс EASI до лечения составил $37 \pm 0,7$, а ДИШС $18 \pm 0,2$. Уже к 7-му дню терапии констатировано достоверное снижение величины индексов EASI и ДИШС ($p < 0,001$). Более того, на момент окончания проводимой терапии значение индекса EASI уменьшилось в 4,6 раза по сравнению с исходным в исследуемой группе ($p < 0,001$) и в 3,1 раза по сравнению с лицами, закончившими лечение флуоцинолона ацетонидом и гентамициновой мазью ($p < 0,001$). У пациентов, лечившихся «Супироцином-В», величина ДИШС понизилась в 6 раз по сравнению с исходными данными ($p < 0,001$) и в 3 раза по сравнению с анализируемым показателем у лиц, применявших флуоцинолона ацетонид и гентамициновую мазь ($p < 0,001$) (рис. 1, 2).

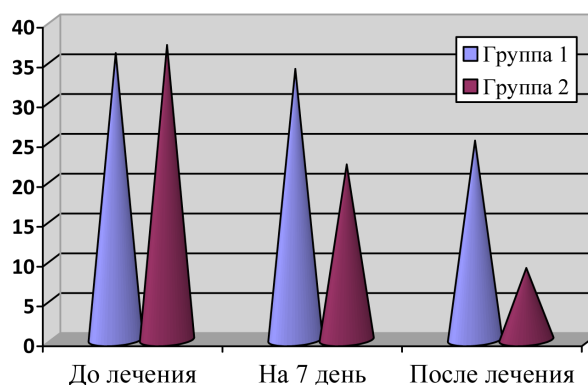


Рис. 1. Величины индекса EASI у больных микробной экземой в процессе терапии (ед). Примечание: группа 1 — больные, получавшие флуоцинолона ацетонид и гентамициновую мазь, группа 2 — пациенты, применявшие «Супироцин-В»

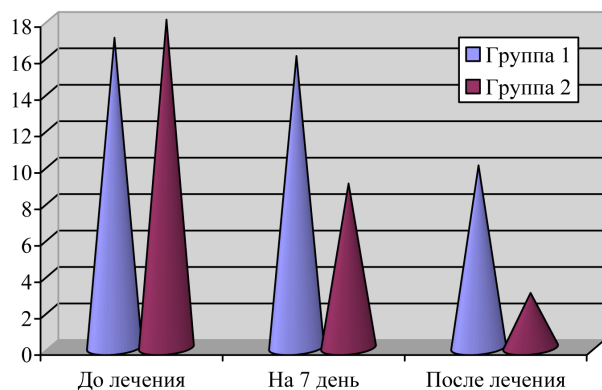


Рис. 2. Величины ДИШС у больных микробной экземой в процессе лечения (ед.)

В качестве отчетливого достоверного критерия эффективности топического действия «Супироцина-В» следует отметить более раннее и отчетливое уменьшение площади поражения кожи и тяжести течения экзематозного процесса у больных, применявших данное лекарственное средство, по сравнению с лицами, получавшими в качестве наружной терапии флуоцинолона ацетонид в комбинации с гентамициновой мазью ($p < 0,05$) (рис. 3, 4).

Абсолютные значения индекса ДИКЖ до лечения составили $22,9 \pm 0,3$ у лиц, применявших мазь «Супироцин-В», и соответственно $21,8 \pm 1,3$ в группе пациентов, получавших флуоцинолона ацетонид в сочетании с гентамициновой мазью. На 7-й день терапии нами не было зарегистрировано достоверных изменений значения индекса ДИКЖ у больных, лечившихся флуоцинолона ацетонидом и гентамициновой мазью ($p \geq 0,05$). Вместе с тем в процессе топической терапии «Супироцином-В» величина ДИКЖ снижалась в 2,8 раза ($p < 0,001$). На момент окончания лечения нами отмечено наиболее выраженное улучшение качества жизни у больных микробной экземой, лечившихся «Супироцином-В» ($p < 0,001$) (рис. 5).

St. aureus до лечения в обеих анализируемых группах пациентов при бактериоскопическом исследовании был верифицирован в 100% случаев, а в 56% данный возбудитель был ассоциирован со *Streptococcus spp.* На 7-й день топической терапии «Супироцином-В» *St. aureus* идентифицировали лишь в 8 (20%) случаях, а у пациентов, получавших флуоцинолона ацетонид в сочетании с гентамициновой мазью, в 29 (72,5%). В аналогичный период в группах лиц, применявших мазь «Супироцин-В» и флуоцинолона ацетонид в сочетании с гентамициновой мазью, наличие микст-инфекции констатировали у 4 больных (10%) и у 18 пациентов (45%) соответственно (рис. 6, 7).



а



б

Рис. 3. Больной М. Диагноз: микробная экзема: а — до лечения; б — после применения мази «Супироцин-В»



а



б

Рис. 4. Больной Г. Диагноз: микробная экзема: а — до лечения; б — после применения мази «Супироцин-В»

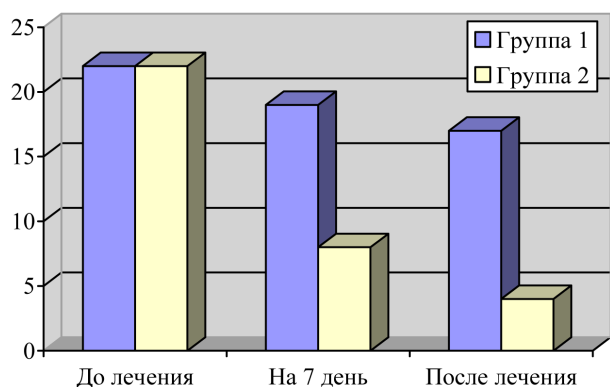


Рис. 5. Величины ДИКЖ у больных микробной экземой в процессе лечения (ед.)

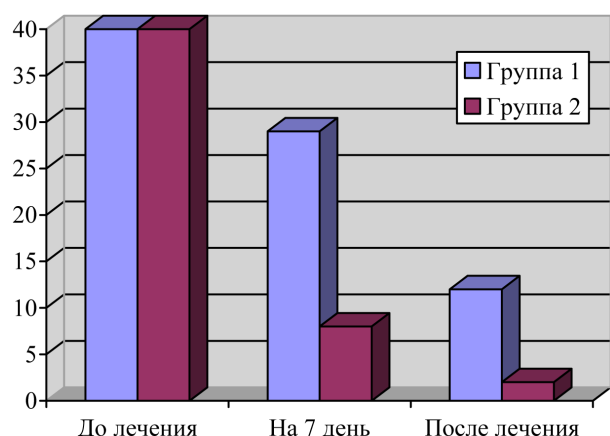


Рис. 6. Число больных микробной экземой с верифицированным золотистым стафилококком в очагах поражения кожи (ед.)

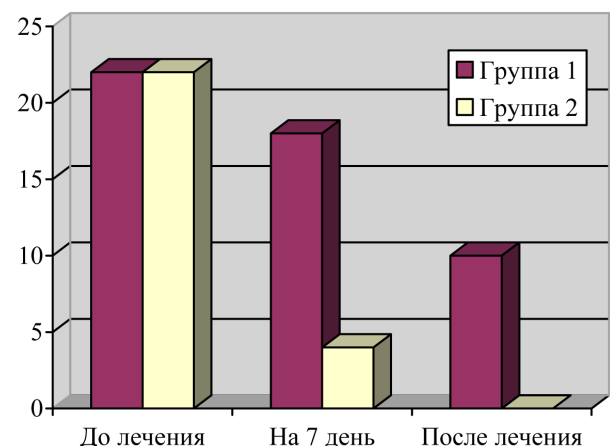


Рис. 7. Число больных микробной экземой, имеющих ассоциацию золотистого стафилококка и Str. spp. на коже (ед.)

При бактериоскопическом обследовании на момент окончания лечения в анализируемой группе, применявшей мазь «Супирицин-В», Str. spp. в очагах поражения не обнаруживался, а золотистый стафилококк верифицирован всего у 2 больных (5%). St. aureus был выявлен с поверхности кожного покрова по завершении лечения у 12 пациентов (30%), получавших флуоцинолона ацетонидом с гентамициновой мазью, в ассоциации с Str. spp. у 10 больных (25%).

Неблагоприятных побочных явлений у лиц, получавших мазь «Супирицин-В», отмечено не было. В процессе топического применения флуоцинолона ацетонида и гентамициновой мази 12 (30%) больных отмечали усиление зуда и появление жжения в очагах, не требующих отмены препаратов.

Выводы. Применение топического комбинированного препарата «Супирицин-В» является весьма эффективным при микробной экземе, так как входящий в ее состав топический антибиотик мупироцин достоверно способствует уменьшению обсемененности экзематозных очагов патогенными St. aureus и Str. spp. Данный препарат обеспечивает мощное противовоспалительное действие за счет бетаметазона дипропионата, что сопровождается уменьшением тяжести и распространенности патологического кожного процесса. Препарат «Супирицин-В» может быть рекомендован для лечения больных микробной экземой в фазе обострения дерматоза.

Конфликт интересов. Работа выполнена в рамках НИР кафедры кожных и венерических болезней СГМУ. Коммерческой заинтересованности отдельных физических или юридических лиц в результате работы нет.

Библиографический список

1. Charles J., Pan Y., Miller G. Aust Fam Physician // Eczema. 2011. № 40 (7). P. 467.
2. Sohn A., Frankel A., Patel R. V., Goldenberg G. Eczema // Mt. Sinai J. Med. 2011. № 78 (5). P. 730–739.
3. Shams K., Grindlay D. J., Williams H. C. What's new in atopic eczema? An analysis of systematic reviews published in 2009–2010 // Clin. Exp. Dermatol. 2011. № 36 (6). P. 573–577.
4. Кубанова А. А. Значение нарушений иммунологической реактивности, соотношения уровня циклических нуклеотидов и простагландинов в патогенезе клиники истинной экземы и терапевтическая коррекция: автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 1986. 56 с.
5. Eczema and food allergy in an Italian pediatric cohort: no association with TLR-2 and TLR-4 polymorphisms / E. Galli, A. Ciucci, S. [et al.] // Int. J. Immunopathol. Pharmacol. 2010. № 23 (2). P. 671–675.
6. Filaggrin null mutations associate with increased frequencies of allergen-specific CD4+ T-helper 2 cells in patients with atopic eczema / T. McPherson, V. J. Sherman, A. Aslam [et al.] // Br. J. Dermatol. 2010. № 163 (3). P. 544–549.
7. Werfel T. Classification, trigger factors and course of chronic hand eczema // MMW Fortschr. Med. 2009. № 151 (19). P. 31–34.
8. Tanaka T., Satoh T., Yokozeki H. Dental infection associated with nummular eczema as an overlooked focal infection // J. Dermatol. 2009. № 36 (8). P. 462–465.
9. High circulating immunoglobulin A levels in infants are associated with intestinal toxigenic Staphylococcus aureus and a lower frequency of eczema / A. C. Lundell, B. Hesselmar, I. Nordström [et al.] // Clin. Exp. Allergy. 2009. № 39 (5). P. 662–670.
10. Lawton S. Assessing and treating adult patients with eczema // Nurs. Stand. 2009. № 23 (43). P. 49–56/
11. Staphylococcus aureus and hand eczema severity / P. Haslund, N. Bangsgaard, J. O. Jarlov [et al.] // Br. J. Dermatol. 2009. № 161 (4). P. 772–777.
12. Stollery N. Eczema // Practitioner. 2009. № 253 (1717). P. 33–35.
13. Дерматовенерология / под. ред. А. А. Кубановой. М.: ДЭКС-Пресс, 2010. 428 с. (Клинические рекомендации / Российское общество дерматовенерологов).
14. Eczema, birth order, and infection / Hughes A. M., Crouch S., Lightfoot T. [et al.] // Am. J. Epidemiol. 2008. № 167 (10). P. 1182–1187.
15. Chang C., Keen C. L., Gershwin M. E. Treatment of eczema // Clin. Rev. Allergy Immunol. 2007. № 33 (3). P. 204–225.
16. Глухенький Б. Т. Лечение пациентов с гнойничковыми заболеваниями кожи мазью «Бактробан» (Мупироцин) // Укр. Мед. Часопис. 1999. № 4 (12). С. VII–VIII.

17. Страчунский Л. С. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Л. С. Страчунский, Ю. Б. Белоусова, С. Н. Козлова. М., 2002. С. 115–116.

18. Богданович Т. М., Страчунский Л. С. Мупироцин: уникальный антибиотик для местного применения // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 1999. № 1. С. 57–65.

Translit

1. Charles J., Pan Y., Miller G. Aust Fam Physician // Eczema. 2011. № 40 (7). P. 467.

2. Sohn A., Frankel A., Patel R. V., Goldenberg G. Eczema // Mt. Sinai J. Med. 2011. № 78 (5). P. 730–739.

3. Shams K., Grindlay D. J., Williams H. C. What's new in atopic eczema? An analysis of systematic reviews published in 2009–2010 // Clin. Exp. Dermatol. 2011. № 36 (6). P. 573–577.

4. Kubanova A. A. Znachenie narushenij immunologicheskoy reaktivnosti, sootnosheniya urovnya ciklicheskih nukleotidov i prostaglandinov v patogeneze kliniki istinnoy jekezmy i terapevтиcheskaja korrekciya: avtoref. dis.... d-ra med. nauk. M., 1986. 56 s.

5. Eczema and food allergy in an Italian pediatric cohort: no association with TLR-2 and TLR-4 polymorphisms / E. Galli, A. Ciucci, S. [et al.] // Int. J. Immunopathol. Pharmacol. 2010. № 23 (2). P. 671–675.

6. Filaggrin null mutations associate with increased frequencies of allergen-specific CD4+ T-helper 2 cells in patients with atopic eczema / T. McPherson, V. J. Sherman, A. Aslam [et al.] // Br. J. Dermatol. 2010. № 163 (3). P. 544–549.

7. Werfel T. Classification, trigger factors and course of chronic hand eczema // MMW Fortschr. Med. 2009. № 151 (19). P. 31–34.

8. Tanaka T., Satoh T., Yokozeki H. Dental infection associated with nummular eczema as an overlooked focal infection // J. Dermatol. 2009. № 36 (8). P. 462–465.

9. High circulating immunoglobulin A levels in infants are associated with intestinal toxigenic Staphylococcus aureus and a lower frequency of eczema / A. C. Lundell, B. Hesselmar, I. Nordström [et al.] // Clin. Exp. Allergy. 2009. № 39 (5). P. 662–670.

10. Lawton S. Assessing and treating adult patients with eczema // Nurs. Stand. 2009. № 23 (43). P. 49–56/

11. Staphylococcus aureus and hand eczema severity / P. Haslund, N. Bangsgaard, J. O. Jarløv [et al.] // Br. J. Dermatol. 2009. № 161 (4). P. 772–777.

12. Stollery N. Eczema // Practitioner. 2009. № 253 (1717). P. 33–35.

13. Dermatovenerologija / pod. red. A. A. Kubanovoj. M.: DJeKS-Press, 2010. 428 s. (Klinicheskie rekomendacii / Rossijskoe obwestvo dermatovenerologov).

14. Eczema, birth order, and infection / Hughes A. M., Crouch S., Lightfoot T. [et al.] // Am. J. Epidemiol. 2008. № 167 (10). P. 1182–1187.

15. Chang C., Keen C. L., Gershwin M. E. Treatment of eczema // Clin. Rev. Allergy Immunol. 2007. № 33 (3). P. 204–225.

16. Gluhon'kij B. T. Lechenie pacientov s gnojnichkovymi zabolevanijami kozhi maz'ju «Baktroban» (Mupirocin) // Ukr. Med. Chasopis. 1999. № 4 (12). S. VII–VIII.

17. Strachunskij L. S. Prakticheskoe rukovodstvo po antiinfekcionnoj himioterapii / L. S. Strachunskij, Ju. B. Belousova, S. N. Kozlova. M., 2002. S. 115–116.

18. Bogdanovich T. M., Strachunskij L. S. Mupirocin: unikal'nyj antibiotik dlja mestnogo primenenija // Klinicheskaja mikrobiologija i antimikrobnaja himioterapija. 1999. № 1. S. 57–65.

УДК 616.5

Оригинальная статья

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АКНЕ МАЛЫМИ ДОЗАМИ СИСТЕМНЫХ РЕТИНОИДОВ

А. Л. Бакулев — ГБОУ ВПО Саратовского ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук; **С. С. Кравченко** — ГБОУ ВПО Саратовского ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий отделением клиниккожных и венерических болезней, кандидат медицинских наук.

EFFICIENCY OF ACNE THERAPY WITH SMALL DOSES OF SYSTEMIC RETINOIDS

A. L. Bakulev — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **S. S. Kravchenya** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Candidate of Medical Science, Assistant.

Дата поступления — 29.05.2012 г.

Дата принятия в печать — 04.06.2012 г.

Бакулев А. Л., Кравченко С. С. Эффективность терапии больных акне малыми дозами системных ретиноидов // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 600–603.

Цель: изучить эффективность и безопасность применения изотретиноина (Роаккутана) в режиме «малых доз» у больных рецидивирующими акне средней степени тяжести. **Методы.** Наблюдали 40 больных с акне в возрасте от 18 до 27 лет. Для оценки тяжести и распространенности заболевания использовали Acne Dermatology Index (ADI), учитывающий число комедонов, папул, пустул, узлов у обследуемого субъекта. После окончания 3-месячного курса монотерапии изотретиноином проводили проспективное наблюдение за пациентами в течение шести месяцев. **Результаты.** Изучаемые лабораторные показатели у всех пациентов (в частности, АСТ, АЛТ, триглицериды) к моменту окончания трехмесячного курса терапии изотретиноином (Роаккутаном) были сопоставимы с контрольными значениями. **Заключение.** Применение «мягкого» режима дозирования изотретиноина (Роаккутана) у больных среднетяжелыми формами акне является весьма целесообразным.

Ключевые слова: акне, изотретиноин, системные ретиноиды

Bakulev A. L., Kravchenya S. S. Efficiency of acne therapy with small doses of systemic retinoids // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 2. P. 600–603.

The study aimed to research an efficiency and safety of isotretinoin usage in small doses in patients with recurrent acne of moderate severity. **Materials and methods** 40 patients (18–27 years) with acne were examined (25 women). All of the patients have had different therapy earlier. To estimate the severity and prevalence of the disease Acne Dermatology Index (ADI) was used. All the patients were ordered isotretinoin (Roaccutane) at a standard dose of 10 mg per day for 3 months. Concentrations of triglycerides, cholesterol, ALT and AST in blood serum have been researched before and during the isotretinoin therapy. After 3-months isotretinoin monotherapy there was a prospective 6-months observation. There have been 40 healthy people examined in a control group. **Results.** After 3 months of isotretinoin therapy comedones, papules, pustules disappeared in most of the patients, ADI ran to 0,6±0,01 (p<0,001). Isotretinoin in the whole is tolerable, side effects were minimal. By the end of a 3-months therapy laboratory ranges (AST, ALT, triglycerides, etc.) have become comparable with control parameters. **Conclusion.** Small