

Л.П. Мазитова, Л.К. Асламазян, Л.Л. Квачахия, Л.С. Намазова

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Патогенетическое обоснование местной терапии акне в подростковом возрасте

В СТАТЬЕ РАССМАТРИВАЮТСЯ РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ, ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ, А ТАКЖЕ СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ. ПРЕДСТАВЛЕНЫ РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О ВЫСОКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ТОПИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ АДАПАЛЕНОМ И БЕНЗОИЛА ПЕРОКСИДОМ ПРИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: АКНЕ, МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ, ДЕТИ.

Контактная информация:

Мазитова Любовь Павловна,
кандидат медицинских наук,
ведущий научный сотрудник отдела
стационарозамещающих технологий
НИИ профилактической педиатрии
и восстановительного лечения
Научного центра здоровья детей РАМН
Адрес: 119991, Москва,
Ломоносовский проспект, д. 2/62,
тел. (495) 967-14-12
Статья поступила 04.02.2008 г.,
принята к печати 24.07.2008 г.

94

Высокая частота распространения акне (угрей) у подростков (среди европейцев — до 80%), возможность развития депрессии вследствие формирования существенных косметических дефектов, недостаточное знание врачами патогенеза этого заболевания обуславливают актуальность проблемы и необходимость совершенствования методов терапии [1–3]. В практике дерматолога акне выявляют у каждого третьего подростка и каждого десятого взрослого.

В соответствии с МКБ-10 различают детские, юношеские, конглобатные и келлоидные угри.

♦ **Детские угри** (угри новорожденных, половой криз новорожденных) появляются в первые дни жизни ребенка на фоне повышения концентрации андрогенов, поступивших через плацентарное кровообращение от матери. Высыпания в виде фолликулярного гиперкератоза и папулезно-везикулярных элементов локализуются на коже лба, носа, щек, за ушными раковинами. В последние годы в связи с широким использованием гормональных препаратов для вынашивания беременности количество таких больных заметно возросло. В то же время детские угри плохо диагностируются, и такие пациенты наблюдаются с диагнозом атопический дерматит, получая заведомо неадекватную терапию, иногда приводящую к тяжелым осложнениям.

♦ **Юношеские угри** появляются в подростковом возрасте (10–17 лет), локализуются на коже лица и проявляются в виде фолликулярного гиперкератоза, папулезно-везикулярных и папулезно-пустулезных элементов. Пусковым механизмом дебюта юношеских акне у подростков является функциональная гиперандрогения. Заболевание обусловлено физиологическим или патологическим нарушением соотношения эстрогенов и андрогенов или повышением активности тестостерона. Акне часто сочетаются с жирной себореей (85%), но практически никогда — с андрогенным выпадением волос.

♦ **Конглобатные угри** (рис. 1) образуются вследствие глубокого инфильтративного воспаления и слияния папулезно-пустулезных и папулезно-везику-

L.P. Mazitova, L.K. Aslamazian, L.L. Kvachakhia,
L.S. Namazova

Scientific Center of Children's Health, Russian Academy
of Medical Sciences, Moscow

**Pathogenetic substantiation
for the acne local treatment
in adolescent**

THE AUTHORS REVIEW THE PATHOGENESIS OF THE COMEDONE AND ITS TREATMENT METHODS. THEY PROVIDE THE DATA ON THE HIGH EFFECTIVENESS OF THE COMBINED THERAPY BY THE TOPICAL MEDICATIONS: ADAPALENE AND BENZOYL PEROXIDE IN THE EVENT OF COMEDONE AMONG THE TEENAGERS.

KEY WORDS: ACNE, LOCAL TREATMENT, CHILDREN.

лярных элементов, что приводит к образованию многочисленных крупных узлов, склонных к абсцедированию. При данной форме угрей высыпания локализуются не только на коже лица, но и на спине и груди.

♦ **Келлоидные угри** (рис. 2) образуются из конглобатных угрей при их абсцедировании и изъязвлении. После заживления остаются характерные бахромчатые рубцы. Юношеские угри обычно относятся к легким проявлениям угревой болезни и возникают в начальный период становления полового гормонального статуса, а конглобатные и келлоидные угри составляют группу тяжелого течения заболевания и указывают на наличие различной патологии, требующей, как правило, системной терапии [4].

В последние годы акне рассматривают как одно из клинических проявлений синдрома гиперандрогенной дерматопатии наряду с такими ее проявлениями как жирная себорея, гирсутизм, андрогенное выпадение волос [5–7].

Патогенетический механизм развития акне включает несколько стадий и представлен на рис. 3. Воздействие андрогенных гормонов повышает активность сальных желез, что значительно увеличивает количество продуцируемого ими кожного сала, высвобождение которого из протока сальной железы значительно замедляется. Происходит резкое сгущение секрета сальной железы и образование пробки, закрывающей просвет устья сального протока с последующим образованием фолликулярного гиперкератоза. Закупорка протока сальных желез создает анаэробные условия — хороший фон для чрезмерной микробной колонизации, нарушения иммунного ответа и последующего воспаления [8, 9].

Для эффективного лечения угревой болезни у подростков необходимы адекватное обследование и правильный выбор лекарственных препаратов. В любом случае дерматолог должен вести таких пациентов совместно с эндокринологом.

Лечение акне у подростков во многих случаях представляет сложную задачу, а использование различных косметических методов и средств, особенно при тяжелых формах болезни, приводит лишь к непродолжительной клинической ремиссии и исключительно редко — к излечению. Сложные патогенетические механизмы и причинные факторы развития акне обуславливают необходимость индивидуального выбора и рационального применения методов лечения.

Базовыми препаратами лечения акне у подростков являются топические ретиноиды в сочетании с антисептиками. При легких и среднетяжелых формах акне правильный подбор топических препаратов дает возможность получить хороший терапевтический эффект без применения системных лекарственных средств. Грамотное использование топических ретиноидов с антисептиками быстро приводит к регрессу элементов и длительной клинической ремиссии.

В настоящее время существует три поколения ретиноидов. К первому поколению относят третиноин (трансретиноевую кислоту) и изотретиноин (13-цис-ретиноевую кислоту). Ко второму поколению относят ретиноиды, молекулы которых содержат ароматическое кольцо; препараты данной группы при лечении акне не используют, но широко применяют при псориазе и кератодермиях. Наконец, третье поколение составляют препараты, содержащие полиароматические кольца. Представителем нового класса ретиноидов является адапален (Дифферин), ши-



Дифферин

адапален

Базовый препарат в лечении АКНЕ

- Избавляет от невоспалительных и воспалительных элементов угревой сыпи
- Препятствует образованию новых комедонов
- Обладает выраженным противовоспалительным действием



0,1% гель, крем для наружного применения

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology

Представительство компании ГАЛДЕРМА СА:

107076 Москва, Строминский пер., 6; тел./факс: (495) 269-15-96, (495) 269-15-97

Рис. 1. Конглобатные угри**Рис. 2.** Келлоидные угри

роко и эффективно применяемый при лечении угревой болезни у подростков.

Обладая мощным комедонолитическим действием, адапален не только хорошо разрушает уже существующие комедоны, но и препятствует образованию новых. Кроме того, препарат, ингибируя миграцию лейкоцитов в очаг

Рис. 3. Патогенетический механизм угревой болезни

воспаления и метаболизм арахидоновой кислоты по липоксигеназному типу, оказывает выраженное противовоспалительное действие. Адапален — селективный топический ретиноид, осуществляющий свои эффекты только через ядерные γ -рецепторы эпителиоцитов верхних слоев эпидермиса, что делает невозможным развитие системных побочных эффектов.

В 2002 г. Международным экспертным советом по проблемам угревой болезни, в состав которого входят ведущие дерматологи из различных стран мира, в том числе и из России, был разработан алгоритм лечения акне. Согласно международному алгоритму, препаратами первого выбора в наружном лечении угрей при легкой и средней степени тяжести являются местные ретиноиды в сочетании с антимикробными средствами [10].

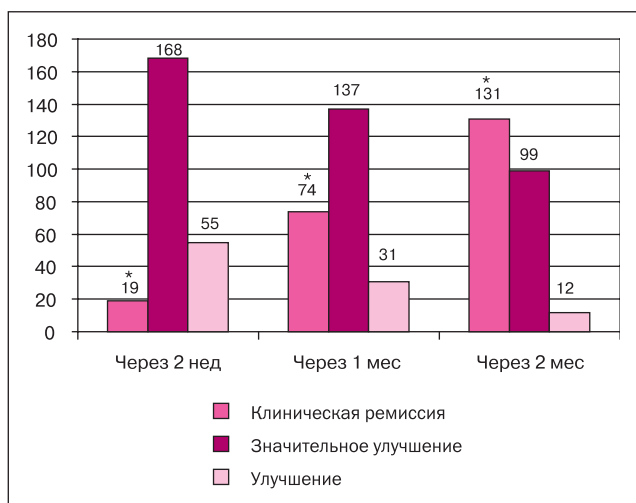
Топические антимикробные средства значительно снижают микробную колонизацию и обладают выраженным противовоспалительным действием. К препаратам первого выбора из этой группы относят 5% гель бензоила пероксида (Базирон АС), обладающий мощным антимикробным действием, причем развития устойчивости микроорганизмов к препарату не происходит. Кроме того, бензоила пероксид обладает выраженным кератолитическим действием, а за счет комплекса акриловый полимер/глицерин увлажняет, смягчает кожу и адсорбирует избыток кожного сала. Важным фактором является его отбеливающее действие, так как при разрешении элементов при акне очень часто остаются гиперпигментированные пятна [11–13].

Использование адапалена в сочетании с бензоила пероксидом в настоящее время является одним из наиболее эффективных методов терапии легких и среднетяжелых форм акне у подростков.

В отделении детей с болезнями кожи НИИ профилактической медицины и восстановительного лечения Научного центра здоровья детей РАМН была изучена клиническая эффективность и переносимость комбинированного использования адапалена и бензоила пероксида при угревой болезни у подростков.

Группу наблюдения составили 242 подростка 12–17 лет, страдающие легкой и среднетяжелой формами акне. Из них девочек было 109, мальчиков — 133. У 151 подростка отмечалась легкая форма заболевания, у 91 — среднетяжелая. Длительность заболевания на момент начала наблюдения варьировала от 2 мес до 7 лет.

Рис. 4. Эффективность лечения акне у подростков при комбинированном применении топических препаратов адапален и бензоила пероксид



Примечание: * $p < 0,05$.

Лечение включало комбинированную терапию топическими препаратами адапален и бензоила пероксид и традиционный уход за кожей. Ежедневно на ночь после предварительного очищения кожи на проблемные зоны наносился гель адапален, утром — гель бензоила пероксид. Клиническую эффективность определяли через 2 нед, 1 и 2 мес от начала лечения (рис. 4).

Эффективность проводимой терапии оценивали следующим образом: клиническая ремиссия — полное исчезновение всех элементов на коже; значительное улучшение — регресс элементов на 40–50%; улучшение — регресс элементов на 20–30%. Через 2 нед ремиссия была достигнута у 19 больных, через 3 мес — у 74, через 2 мес — у 131. Отсутствие эффекта не было отмечено ни у одного пациента. За время наблюдения побочные явления не были выявлены ни у одного подростка. Переносимость препаратов была хорошей.

Таким образом, комбинированное лечение угревой болезни у подростков топическими препаратами Дифферин и бензоила пероксидом является патогенетически обоснованным и высокоэффективным методом терапии легких и среднетяжелых форм акне у подростков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адашкевич В.П. Акне вульгарные и розовые. — Н-Новгород, 2003. — С. 160.
2. Монахов С.А. Дифференциальная терапия акне с учетом тяжести кожного процесса и спектра психоэмоциональных расстройств: автореф. дис. ... канд. мед наук. — М., 2005. — С. 24.
3. Jansen T., Plewig G. Acne. *Pediatric Dermatologie*. — Berlin: Springer, 1999. — P. 703–718.
4. Rose L.J., Newmark S.R. et al. Adrenocortical hydroxylase deficiencies in acne vulgaris // *J. Invest. Dermatol.* — 1976. — № 66. — P. 324–326.
5. Роговская С.И., Телунц А.В., Савельева И.С. Акне как проявление синдрома гиперандрогении: методы коррекции // *Provisorium*. — 2002. — № 8. — С. 28–30.
6. Коколина В.Ф., Каухова А.А. Поликистоз яичников (методические рекомендации). — М., 2001. — С. 26.
7. Borgia F., Cannavo S.P. et al. Are acne and hirsutism endocrine diseases? // *J EADV*. — 2001. — V. 15 (Suppl. 2). — P. 131.

8. Ахтямов С.Н., Сафарова Г.Г. Вульгарные акне: вопросы этиологии и патогенеза // *Росс. журн. кожн. и вен. бол.* — 1998. — № 5. — С. 54–58.
9. Plewig G., Kligman A.M., Jansen J.J. *Acne and rosacea*. 3rd edition. — Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 2000. — P. 744.
10. Самгин М.А., Монахов С.А. Новое в патогенезе и местной терапии угревой сыпи // *Вестн. дерматол. и венерол.* — 2003. — № 2. — С. 31–38.
11. Майорова А.В., Шаповалов В.С., Ахтямов С.Н. Угревая болезнь в практике врача дерматокосметолога. — М., 2005.
12. Cunliffe W.J., Golnick H., Shalita A. Current concepts in the treatment of acne vulgaris. Symposium at the EADV 12.10.2000. — Geneva, 2000.
13. Plewig G., Golnick H., Meigel W., Wokalek H. 13-cisretinsäure zur oralen Behandlung der acne conglobata. Ergebnisse einer multizentrischen Studie // *Hautarzt*. — 1981. — № 32. — P. 634–646.

Пишут детские врачи — члены Союза педиатров России

14–17 июня 2008 г. в г. Стамбуле состоялся Европейский Конгресс педиатров *Europediatrics-2008*, где российская делегация была представлена 250 педиатрами. Всего на конгрессе было более 3000 человек. Все участники Конгресса были размещены в хороших отелях недалеко от Конгресс-центра.

Для участников российской делегации проводился отдельный симпозиум на тему: «Аллергические заболевания в практике педиатра: от простого к сложному». Была организована ознакомительная экскурсия, посещение достопримечательных мест Стамбула, состоялся гала-ужин.

На Конгрессе мы смогли послушать лекции ведущих ученых и специалистов-практиков из различных стран Европы, получить информацию о новых достижениях по диагностике и лечению заболеваний у детей, о перспективных направлениях развития педиатрии.

Следует отметить большой вклад в организацию и проведение данного Конгресса академика А.А. Баранова и профессора Л.С. Намазовой.

Мы, педиатры, принявшие участие в работе Конгресса *Europediatrics-2008*, искренне выражаем большую благодарность Председателю Исполкома Союза педиатров России, академику А.А. Баранову и Чувашской Республике за предоставленную возможность принять участие в работе Европейского Конгресса педиатров в Стамбуле.

Это здорово, что благодаря Исполкому Союза педиатров России наша страна смогла достойно представить педиатрическую науку и педиатрическую службу РФ за рубежом, имела возможность оценить собственные достижения и сделать вывод для себя как провести в России *Europediatrics-2009*.

Доктор медицинских наук, профессор,
председатель регионального отделения
Союза педиатров России
М.В. Краснов