

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, УГРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ, 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 10.06.2008 г.

68

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 месяцы жизни ребенка на фоне повышения концентрации андрогенов, поступивших через плацентарное кровообращение от матери. Высыпания в виде фолликулярного гиперкератоза и папулезно-везикулярных элементов появляются в первые месяцы жизни и 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 justification  
for the local acne treatment  
in the juvenile age**

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 (DIFFERIN) AND BENZOYL PEROXIDE (BASIRON AC) IN THE EVENT OF COMEDONE AMONG THE TEENAGERS.

**KEY WORDS:** ACNE, COMEDONE, LOCAL TREATMENT, CHILDREN.



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 липооксигеназному типу, оказывает выраженное противовоспалительное действие. Адапален — селективный топический ретиноид, осуществляющий свои эффекты только через ядерные  $\gamma$ -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].

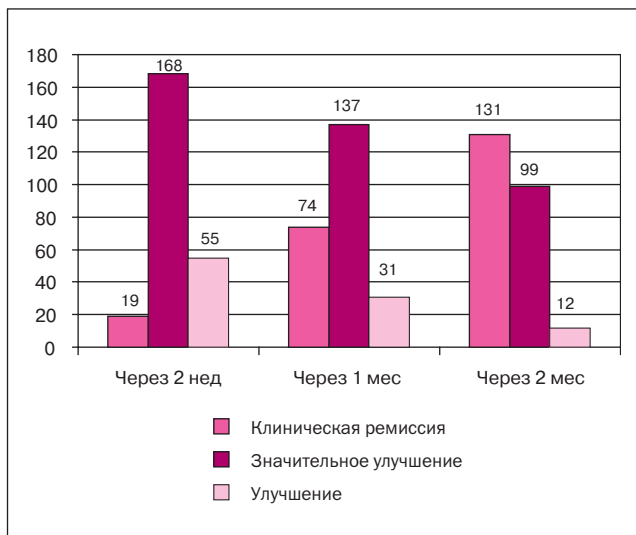
Топические антимикробные средства значительно снижают микробную колонизацию и обладают выраженным противовоспалительным действием. К препаратам первого выбора из этой группы относят 5% гель бензоила пероксида (Базирон АС), обладающий мощным антимикробным действием, причем развития устойчивости микроорганизмов к препарату не происходит. Кроме того, бензоила пероксид обладает выраженным кератолитическим действием, а за счет комплекса акриловый кополимер/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



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

- Адаскевич В.П. Акне вульгарные и розовые. — Н-Новгород, 2003. — С. 160.
- Монахов С.А. Дифференциальная терапия акне с учетом тяжести кожного процесса и спектра психоэмоциональных расстройств: автореф. дис. ... канд. мед наук. — М., 2005. — С. 24.
- Jansen T., Plewig G. Acne. *Pediatric Dermatologie*. — Berlin: Springer, 1999. — P. 703–718.
- Rose L.J., Newmark S.R. et al. Adrenocortical hydroxylase deficiencies in acne vulgaris // *J. Invest. Dermatol.* — 1976. — № 66. — P. 324–326.
- Роговская С.И., Телунц А.В., Савельева И.С. Акне как проявление синдрома гиперандрогении: методы коррекции // *Provisorum*. — 2002. — № 8. — С. 28–30.
- Коколина В.Ф., Каухова А.А. Поликистоз яичников (методические рекомендации). — М., 2001. — С. 26.
- Borgia F., Cannavo S.P. et al. Are acne and hirsutism endocrine diseases? // *J EADV*. — 2001. — V. 15 (Suppl. 2). — P. 131.
- Ахтямов С.Н., Сафарова Г.Г. Вульгарные акне: вопросы этиологии и патогенеза // *Росс. журн. кожн. и вен. бол.* — 1998. — № 5. — С. 54–58.
- Plewig G., Kligman A.M., Jansen J.J. Acne and rosacea. 3rd edition. — Berlin, Heilderberg, New York: Springer-Verlag, 2000. — P. 744.
- Самгин М.А., Монахов С.А. Новое в патогенезе и местной терапии угревой сыпи // *Вестн. дерматол. и венерол.* — 2003. — № 2. — С. 31–38.
- Майорова А.В., Шаповалов В.С., Ахтямов С.Н. Угревая болезнь в практике врача дерматокосметолога. — М., 2005.
- Cunliffe W.J., Gollnick H., Shalita A. Current concepts in the treatment of acne vulgaris. Symposium at the EADV 12.10.2000. — Geneva, 2000.
- Plewig G., Gollnick H., Meigel W., Wokalek H. 13-cisretinsäure zur oralen Behandlung der acne conglobata. Ergebnisse einer multizentrischen Studie // *Hautarzt*. — 1981. — № 32. — P. 634–646.