

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ АКНЕ И ПОСТАКНЕ

Третьяк Ксения Сергеевна

студент, Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь, г. Гомель

Актуальность

Акне – это хроническое рецидивирующее заболевание кожи,

преимущественно лиц молодого возраста, являющееся результатом гиперпродукции кожного сала и закупорки гиперплазированных сальных желез с последующим их воспалением. Акне страдает до 80 % населения в возрасте от 12 до 25 лет, и примерно 30–40 % лиц старше 25 лет.

Однако косметический дефект, присутствующий при акне-постакне, оказывает травмирующее психологическое воздействие, обуславливая социальную дезадаптацию и значительно снижая качество жизни. Несмотря на значительные успехи в терапии акне, проблемы совершенствования лечения, а также дальнейшее изучение причин развития заболевания остаются весьма актуальными.

Цель

Составления обзора современных методов и средств в лечении акне и постакне.

Материал и методы исследования

Анализ научной литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

Рациональная терапия акне определяется патогенетическими факторами, которые включают фолликулярный гиперкератоз, повышенное образование кожного сала, размножение *P. acnes*, поддерживающее воспалительный процесс. Выбор препаратов должен осуществляться с учетом оценки клинической картины заболевания, течения патологического процесса, эффективности проводимой ранее терапии, наличия или отсутствия эндокринопатий.

Топические ретиноиды являются препаратами выбора для лечения легкой комедональной формы акне. Препараты ретиноидов назначают на ночь, пациентам со светлой и чувствительной кожей, время экспозиции препарата в начале лечения составляет 30 минут, затем постепенно увеличивается. В начале применения количество высыпаний может увеличиться, но через 2–4 недели процесс нормализуется самостоятельно. В этом случае пациента необходимо убедить не прерывать лечение, а назначить препарат через день в течение 2 недель. После адаптационного периода перейти на ежедневный прием с постепенным увеличением концентрации. Клинический эффект топических ретиноидов полностью исчезает в течение 24 недель после прекращения терапии, поэтому для его поддержания требуется продолжение лечения. Клинические исследования показали необходимость их применения не менее 3 раз в неделю 1 раз в день в качестве поддерживающей терапии. Противопоказаниями к лечению топическими ретиноидами являются: беременность, острые воспалительные поражения кожи. Нельзя применять одновременно с препаратами, вызывающими шелушение, сухость и раздражение кожи, а

также совместно с другими препаратами ретиноидов.

Азелаиновая кислота составляет альтернативу топическим ретиноидам. Она обладает депигментирующими свойствами, устраняет гиперкератоз устья фолликула сальных желез, оказывает умеренное противомикробное, а также противовоспалительное действие. Препарат наносят тонким слоем 1–2 раза в сутки в течение 4–6 месяцев. Обычно первые положительные клинические результаты заметны не ранее чем через 1 месяц, а стойкий клинический эффект, в том числе отбеливание кожи, через 3–4 месяца. Повторный курс возможен после 1–2 месячного перерыва. Препарат хорошо подходит для лечения постакне. Лечение пациентов с легкими папулопустулезными формами начинается с использования топических ретиноидов в сочетании с топическими антибиотиками. Альтернативной схемой лечения является комбинация топических ретиноидов с бензоилпероксидом. Бензоилпероксид обладает кератолитическим и бактериостатическим действием, приводит к образованию различных форм активного кислорода, который подавляет размножение анаэробных *P. acnes*. Бензоилпероксид не вызывает появления резистентных штаммов микроорганизмов, что успешно используется при лечении акне с преобладанием грам-негативной (Гр-) флоры. Когда гель с бензоилпероксидом наносят на кожу, избыток кожного сала абсорбируется гранулами акрилового кополимера благодаря высокой аффинности. При этом глицерин вытесняется из гранул и всасывается в кожу, увлажняя и смягчая ее. Таким образом происходит контролируемая абсорбция кожного сала и активное увлажнение кожи.

4. При среднетяжелом течении акне препаратами первой линии являются системные антибиотики. Основной группой антибактериальных препаратов являются тетрациклины. При непереносимости и наличии противопоказаний к назначению тетрациклинов препаратами выбора являются макролиды. Для достижения стойкой ремиссии требуется назначение длительных и нередко повторных курсов антибиотикотерапии. Клиническими исследованиями доказано, что комбинация пероральных антибиотиков и топических средств, содержащих ретиноиды или бензоилпероксид, повышает эффективность терапии, способствуя уменьшению числа резистентных штаммов *P. acnes*.

Одним из базисных препаратов в лечении тяжелой степени акне является пероральный изотретиноин, который при системном применении вызывает длительные ремиссии или излечение у большинства пациентов. В большинстве случаев требуется курс лечения не менее 4 месяцев. Препарат абсолютно тератогенен, поэтому до начала лечения необходимо исключить наличие беременности и назначить контрацептивные средства на весь период лечения и в течение 1 месяца после его прекращения.

Использование антиандрогенных препаратов является патогенетической терапией среднетяжелых и тяжелых форм акне у женщин при наличии гиперандрогении. Предпочтение отдается монофазным комбинированным оральным контрацептивам с содержанием этинилэстрадиола от 0,03 до 0,05 мг и гестагена с минимальной андрогенной.

Выводы

1. Топические ретиноиды являются препаратами выбора для лечения легкой комедональной формы акне, азелаиновая кислота составляет альтернативу топическим ретиноидам.
2. Для лечения легких папулопустулезных форм рекомендуются топические ретиноиды в сочетании с топическими антибиотиками. Альтернативная схема лечения — топические ретиноиды + бензоилпероксид.
3. При среднетяжелом течении акне препаратами первой линии являются системные антибиотики, основная применяемая группа — тетрациклины.
4. Базисный препарат при тяжелой степени акне — пероральный изотретиноин.
5. Использование антиандрогенных препаратов является патогенетической терапией

среднетяжелых и тяжелых форм акне у женщин при наличии гиперандрогении.

Список литературы:

1. Кубанова, А. А. Современные особенности патогенеза и терапии акне / А. А. Кубанова // Вестник дерматологии и венерологии. — М.: Медиа Сфера, 2003. — № 1. — С. 8-11.
2. Аравийская, Е. Р. Современный взгляд на лечение акне: состояние проблемы и новые возможности / Е. Р. Аравийская // Лечащий врач. — 2003. — № 4. — С. 4-6.
3. Майорова, А. В. Угревая болезнь в практике врача дерматокосметолога / А. В. Майорова. — М.: Кламель, 2005. — С. 48-53.