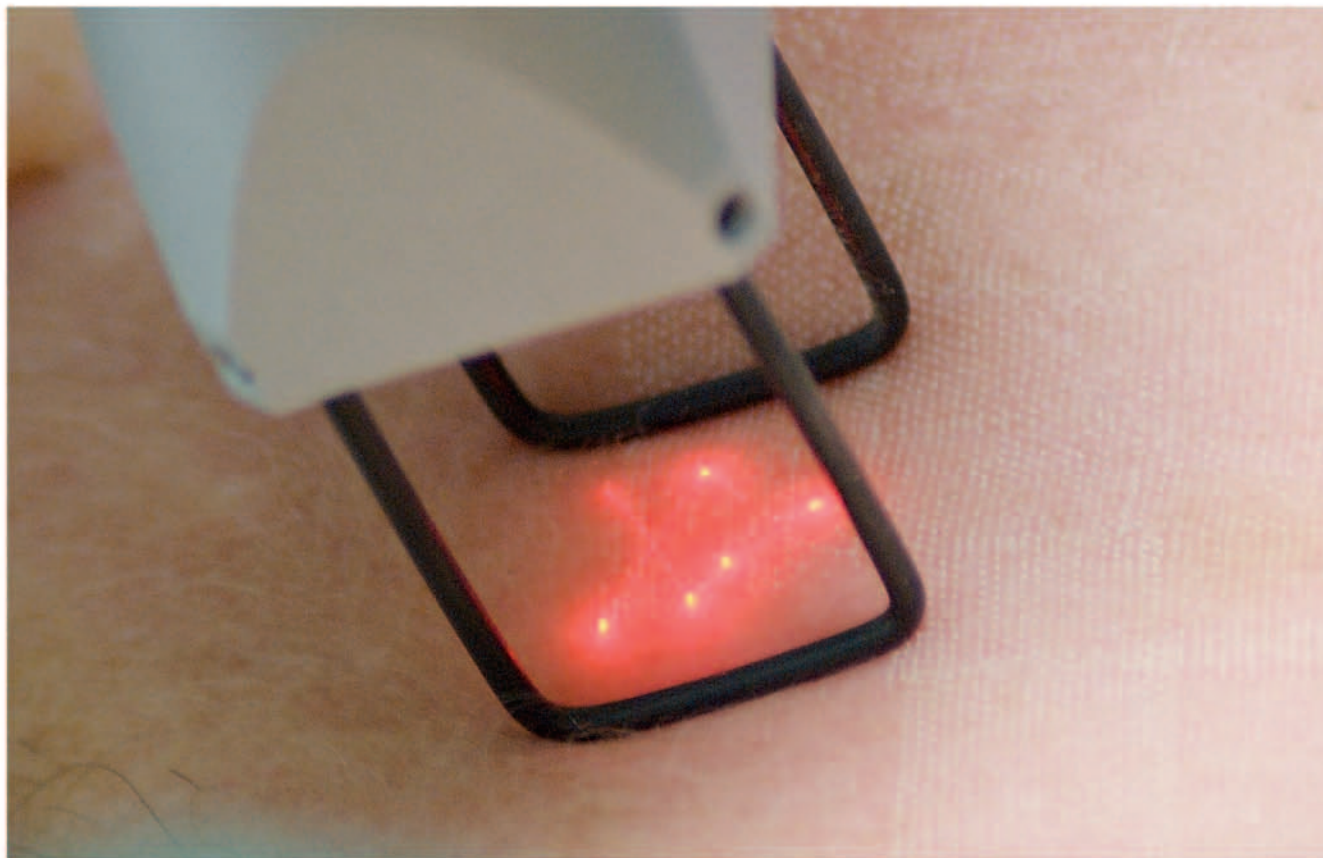


Акне и рубцы постакне у взрослых:

стратегия и тактика косметолога¹

АНАСТАСИЯ ТОЛСТАЯ, к.м.н.,
врач-дерматолог, косметолог
клиники «Академи», научный
сотрудник ФГБУ «УрНИИДВиИ»
Минздрава России
г. Екатеринбург

Поздние акне — проблема, с которой обращается к косметологам практически половина всех пациентов. Причем, как правило, нужно решить одновременно две задачи: вылечить акне и нивелировать проявления постакне. Каких результатов можно добиться, если к медикаментозному лечению подключить лазерное — аблятивный фракционный фототермолиз? Каков алгоритм проведения комбинированного курса терапии поздних акне и рубцов постакне с применением топических ретиноидов и ДОТ-терапии?



¹ По материалам доклада на V Международном обучающем курсе-тренинге для косметологов по нехирургическим методам омоложения, Санкт-Петербург, 5–7 июня 2015 г.

Акне как хронический дерматоз взрослых — довольно частая проблема, которая в той или иной степени беспокоит пациентов, приходящих на прием в клинику эстетической медицины. Персистенция высыпаний или позднее начало акне, в возрасте старше 20 лет, отмечается у 42,5% мужчин и 51,0% женщин. При этом в большинстве случаев диагностируется легкая и средняя степень тяжести заболевания. Зачастую та-

характера, милиумы и атеромы. Из факторов, способствующих формированию симптомокомплекса постакне, наибольшую роль играют длительное течение дерматоза, наличие глубоких воспалительных элементов, эксфолиации, поздно начатое или неадекватное лечение (Poli F. и соавт., 2007; Collier C.N. и соавт., 2008; Addor F.A. и соавт., 2010; Dreno B. и соавт., 2013).

Таким образом, основными стратегическими задачами кос-

и в комбинации с другими, в том числе системными, препаратами. Однако оба руководства крайне скупо отражают возможности современной косметологии в коррекции как акне, так рубцов и дисхромий, формирующихся вследствие разрешения воспалительных элементов.

Косметологические методы терапии были представлены в Международных рекомендациях по лечению акне и постакне (табл. 1) взрослых женщин 2013 г. (B. Dreno и соавт., 2013), согласно которым при одновременном наличии воспалительных акне и признаков рубцевания и/или дисхромий доказанной терапевтической и профилактической эффективностью обладают лишь ТР. Поэтому все косметологические процедуры, в том числе лазерное лечение, должны сочетаться с топическим применением ретиноидов.

В настоящей статье мы рассмотрим комбинированный подход к лечению папулопустулезной формы акне средней тяжести в сочетании с атрофическими рубцами постакне. Известно, что длительность течения воспалительных акне коррелирует с риском развития рубцов постакне, которые формируются при средней степени тяжести заболевания в 100% случаев, сложно корректируются, дополнительно снижая тем самым качество жизни пациентов (Аравийская Е.Р., 2008; Кохан М.М. и соавт., 2010; Poli F., 2001; Aalami Harandi S.F. и соавт., 2011; Nast A. и соавт., 2012). Актуальность темы подтверждают новые данные² о сочетанной частоте встречаемости атрофических рубцов различной степени тя-

« Комбинированная тактика — топические ретиноиды + ДОТ-терапия — приводит к выраженной позитивной динамике морфофункциональных характеристик кожи при терапии рубцов постакне: при ультрасонографическом и профилометрическом исследованиях — уменьшение глубины рубцов в среднем на 62,6–67,5%; при кутометрии — увеличение эластичности кожи на 19,1%.

кие пациенты ставят перед косметологом сразу две задачи: вылечить акне и нивелировать проявления симптомокомплекса постакне в максимально сжатые сроки. При этом клиническая картина дерматоза в этот период жизни приобретает ряд характерных особенностей, наиболее ярко проявляющихся у женщин.

У взрослых пациентов отмечается преобладание макрокомедонов и глубоких воспалительных элементов (узлов или крупных папул) преимущественно в так называемой U-зоне (на щеках, в периоральной области, нижней части подбородка). При этом почти во всех случаях они сочетаются с выраженными постэруптивными изменениями кожи, к которым относятся рубцы постакне (атрофические, гипертрофические и келоидные), дисхромии, а также расширенные поры, изменения сосудистого

метолога в лечении взрослых пациентов с акне является своевременная адекватная терапия этого хронического дерматоза и параллельная (одновременная) коррекция последствий заболевания.

Тактика ведения пациентов с акне подразумевает следование клиническим рекомендациям Российского общества дерматовенерологов и косметологов 2010 г. и Международным рекомендациям Европейского общества дерматологов, принятым в 2012 г. Согласно этим документам, препаратами первого выбора при всех формах заболевания названы топические ретиноиды (ТР) в виде монотерапии

² Речь идет о данных, полученных автором в рандомизированном контролируемом исследовании «Комбинированный метод лечения и реабилитации больных папулопустулезной формой акне и атрофическими рубцами постакне», 2013 г. Работа выполнена на базе клиники «Академи» и ФГБУ УрНИИ дерматовенерологии и иммунопатологии Минздрава России (г. Екатеринбург). Научный руководитель — д.м.н. Н.В. Зильберберг.

Таблица 1. Рекомендации по лечению постакне у взрослых женщин (по B. Dreno и соавт., 2013)

Клинические проявления	Терапия	Косметологические процедуры	Домашний уход
Поствоспалительная гиперпигментация	<u>Терапия первой линии:</u> - азелаиновая кислота 15% или 20%; - ретиноиды; - БПО* с ретиноидами <u>Терапия второй линии:</u> - гидрохинон; - фиксированная комбинация (гидрохинон, ретиноевая кислота и кортикостероид)	Поверхностные химические пилинги Лазерная терапия или фототерапия Неаблятивный фракционный фототермолиз	Солнцезащитные кремы UVA/UVB Увлажняющие средства
Рубцы постакне	Топические ретиноиды	Дермабразия, химические пилинги Лазерная терапия Панч-эксцизия/ графтинг глубоких рубцов Эксцизия и аугментация филлерами Крихирургия	Мягкое очищение (без мыла) средствами с кислотностью, близкой к pH кожи Увлажняющие средства

*БПО — бензоила пероксид

жести у этой категории пациентов: рубцы I уровня поражения выявляются у 65,0% пациентов, II — у 98,3%, III — у 45,0%, IV — у 20,0% (определение уровня рубцового поражения представлено в примечаниях к табл. 2).

В настоящее время одним из наиболее перспективных методов коррекции постэруптивных изменений кожи признан аблятивный фракционный фототермолиз (АФТ). В своей работе мы использовали такой вариант АФТ, как ДОТ-терапия¹.

О применении ДОТ-терапии в лечении акне и атрофических рубцов постакне

На основе проведенного нами рандомизированного контролируемого исследования был раз-

работан комбинированный метод лечения и реабилитации пациентов с папулопустулезной формой акне средней степени тяжести и атрофическими рубцами постакне, предусматривающий применение ДОТ-терапии углекислотным лазером и ТР (патент № 90060 от 16.09.2014).

Полученные нами результаты показали, что комбинированная тактика — топические ретиноиды + ДОТ-терапия — приводит к выраженной позитивной динамике морфофункциональных характеристик кожи при терапии рубцов постакне: при ультрасонографическом и профилометрическом исследова-

ниях — уменьшение глубины рубцов в среднем на 62,6–67,5%; при кутометрии — увеличение эластичности кожи на 19,1%.

При назначении ТР до, во время и после курса процедур ДОТ-терапии наблюдается потенцирование эффекта коррекции атрофических рубцов.

Была проведена экспертная оценка клинической эффективности и безопасности применения ДОТ-терапии в лечении акне. Ее результаты показали, что клиническое улучшение течения дерматоза наступало у 37,3%, 44,4% и 47,2% больных после 1, 2 и 3-й процедур соответственно. При ультрасонографи-

¹ ДОТ-терапия (DOT-Therapy) — оригинальная лазерная технология компании DEKA. Патент Российской Федерации. Свидетельство Федеральной службы по интеллектуальной собственности РФ (РОСПАТЕНТ) № 490495 от 25.06.2013.

Таблица 2. Оценочная шкала рубцов постакне (D. Goodman et al., 2006)

Оценочная шкала рубцов постакне	Уровень поражения	Клинические проявления
1 балл	Макулярный (пятнистый)	Эритематозные, гипер- или гипопигментные плоские рубцы, не меняющие рельеф кожи, но влияющие на ее цвет
2 балла	Слабый	Слабо выраженные атрофические или гипертрофические рубцы, не различимые на расстоянии 50 см и более, легко маскируемые косметикой, на подбородке у мужчин — тенью отрастающих после бритья волос, при экстрафациальной локализации — естественно растущими волосами
3 балла	Средний	Умеренные атрофические или гипертрофические рубцы, хорошо заметные на расстоянии 50 см и более, плохо маскируемые косметикой, тенью отрастающих после бритья волос или естественно растущими волосами при экстрафациальной локализации; при натяжении кожи атрофические рубцы сглаживаются
4 балла	Выраженный	Выраженные атрофические или гипертрофические рубцы, хорошо заметные на расстоянии более 50 см, плохо маскируемые косметикой, тенью отрастающих после бритья волос или естественно растущими волосами при экстрафациальной локализации; при натяжении кожи атрофические рубцы не сглаживаются

Примечание. Количественная оценка представляет собой сумму баллов, вычисляемую по формуле:

$$N = \sum A \cdot B, \text{ где}$$

A — число баллов, соответствующее уровню поражения;

B — множитель, который определяется количеством рубцов определенного уровня поражения: 1–10 элементов — множитель 1; 11–20 элементов — 2; более 20 элементов — 3.

ческом исследовании кожи было установлено, что ДОТ-терапия способствует формированию воспалительного инфильтрата и созреванию гнойно-некротического стержня с разрешением воспалительных акне к 7-м суткам после процедуры. В то же время ДОТ-терапия не влияла на течение дерматоза у 47,7% больных после 1-й процедуры, у 38,9% — после 2-й и у 39,5% — после 3-й процедуры.

¹Обострение акне при отсутствии профилактического применения ТР между процедурами было зафиксировано в поздний восстановительный период (8–30-е сутки после процедуры ДОТ-терапии) у 15,0% пациентов после 1-й процедуры, у 16,7% — после 2-й и у 13,4% — после 3-й.

С учетом приведенных выше данных нами был разработан

алгоритм оптимального сочетания дерматологического лечения с помощью ТР и ДОТ-терапии с целью достижения максимальных результатов коррекции акне и рубцов постакне и профилактики возможного обострения дерматоза (фото 1).

Алгоритм лечения взрослых пациентов с папулопустулезной формой акне средней степени тяжести и атрофическими рубцами постакне с помощью ТР и ДОТ-терапии

I. На первом осмотре врач оценивает степень выраженности клинических проявлений акне по классификации G. Plewing и M. Kligman (2004) (табл. 3) и атрофических рубцов постакне по классификации G. Goodman и J.

Baron (2006). Степень тяжести акне определяется как средняя за счет наличия рубцовых изменений кожи, которые не характерны для более легких форм. Из группы лечения по представляемому алгоритму исключают пациентов, у которых насчитывается более 20 воспалительных элементов: данное количество говорит о более тяжелом течении акне, которое требует назначения системной и топической терапии согласно общепринятым рекомендациям.

Далее пациентам с атрофическими рубцами постакне I–IV уровня поражения вне зависимости от количества папул и пустул при средней степени тяжести папулопустулезных акне рекомендуется начинать терапию с применения ТР в комбинации с антибактериальными или противо-

Таблица 3. Классификация по степени тяжести акне согласно рекомендациям G. Plewig, M. Kligman, 2004 (РОДВК, 2010)

Степень тяжести	Комедоны	Папулы Пустулы	Папулы (< 1 см)	Узлы Кисты Фистулы	Воспаление	Рубцы
I. <i>acne comedonica</i>	< 20	< 10	нет	нет	нет	нет
II. <i>acne papulopustulosa</i> (легкая)	> 20	10–20	< 10	нет	четкое	нет
III. <i>acne papulopustulosa</i> (средняя)	> 20	> 20	10–20	мало	сильное	есть
IV. <i>acne conglobate</i> (тяжелая)	множественные	множественные	> 20	много	очень сильное и глубокое	есть

микробными препаратами в течение минимум 3 месяцев. В данном случае могут использоваться или монопрепараты ТР (адапален на сухую кожу на ночь) и противомикробные/антибактериальные средства (бензоила пероксид, клиндамицин и др. утром), или их фиксированные комбинации (на ночь).

II. Далее, при достижении клинически значимого улучшения состояния пораженной кожи, через 3–5 дней после отмены топических лечебных средств и предварительной профилактической этиологической противогерпетической терапии по показаниям (препаратами группы ацикловира или валацикловира), в течение 2 дней проводится курс из 2–4 процедур ДОТ-терапии с интервалом между ними в 30–60 дней. Процедуры выполняют под местной аппликационной анестезией.

Проводя ДОТ-терапию, следует учитывать, что при минимальной мощности излучения, но более длительном импульсе резко возрастает глубина термического повреждения эпидермиса и дермы. Масса удаленных продуктов абляции относительно

меньше оставшихся, что обуславливает более широкую зону коагуляции вокруг абляционного кратера. Напротив, мощный, но короткий импульс вызывает минимальное фототермическое повреждение вокруг кратера при высокорезультативной абляции, что является более эффективным при коррекции атрофических рубцов постакне.

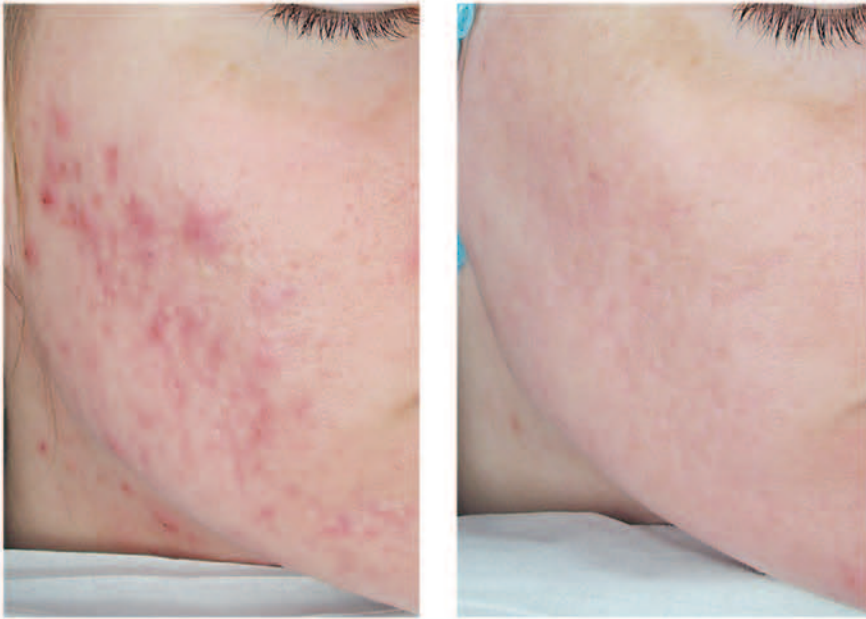
При применении фракционных методик лазерное покрытие проводится зонально с целью обеспечения значительного асептического воспаления в тканях с вовлечением максимально возможных резервов микроциркуляции и синтеза цитокинов, белков теплового шока и факторов роста. Интервал между сеансами ДОТ-терапии нужно постепенно увеличивать в соответствии с темпами регенерации кожи — с 1 до 1,5–2 месяцев.

Помимо общепринятых противопоказаний процедуры фракционной лазерной абляции не рекомендуется проводить при наличии симптомов контактного аллергического дерматита, развившегося на фоне применения ТР (ретиноидного дерматита). Для продолжения лечения

данное состояние необходимо купировать стандартными дерматологическими средствами.

III. Для стабилизации эффекта и достижения полной ремиссии акне между процедурами ДОТ-терапии и после ее окончания также применяют ТР в комбинации с другими препаратами: предпочтительнее не с антибиотиками (чтобы избежать развития антибиотикорезистентности), а с противомикробными средствами (бензоила пероксидом) сроком минимум на 6 месяцев (активный курс — в течение 3 месяцев, далее — поддерживающая терапия).

Примечание. Пациентам с атрофическими рубцами постакне I–II уровня поражения и поствоспалительной гиперпигментацией при соблюдении всех рекомендаций в большинстве случаев достаточно 1 курса комбинированного лечения (фармакотерапия + ДОТ-терапия). При рубцах III–IV уровня поражения при необходимости дальнейшей коррекции лечение может включать несколько циклов последовательного применения ТР и абляционного фототермолиза через 6 и более месяцев. При



а **б**
 Фото 1. Пациентка В., 30 лет. Динамика клинических проявлений акне и атрофических рубцов постакне на фоне ДОТ-терапии в сочетании с ТР по предложенному алгоритму: а — до, б — после 1 курса проведения комбинированной терапии.

этом повторные курсы ДОТ-терапии включают 2–3 процедуры с интервалом в 30–60 дней.

Ведение восстановительного периода после процедуры ДОТ-терапии

В ранний восстановительный период (0–7-й день) назначаются:

- системная этиологическая противогерпетическая терапия — в течение 3 дней после процедуры (общий курс — 5 дней, с учетом приема препарата в течение 2 дней до начала проведения АФТ);
- водный раствор антисептика или топический антибактериальный препарат — в течение всего периода;
- эпителизирующий препарат с пантотеновой кислотой — в течение всего периода;
- со 2-х суток после проведения процедуры ДОТ-терапии — космецевтический увлажняющий крем на основе термальной воды, по типу кожи;
- со 2-х суток — наружные фотопротекторы (SPF более 30) в течение всего периода;

- по показаниям — назначение других симптоматических средств.

Уход за кожей в поздний восстановительный период (8 — 30/60-е сутки) включает применение:

- космецевтических увлажняющих и очищающих средств по типу кожи — в течение всего периода;
- эпителизирующего препарата на основе пантотеновой кислоты — в течение всего периода;
- наружных фотопротекторов (SPF более 30) — в течение минимум 2 месяцев после последней процедуры.

Через 2 недели после проведения процедуры ДОТ-терапии для профилактики обострения акне необходимо к перечисленным наружным препаратам добавить ТР в составе фиксированной комбинации с противомикробными/ антибактериальными препаратами. Указанные дерматотропные средства применяются в течение 1 недели на ночь через день, а далее, при хорошей переносимости, ежедневно до следующей процеду-

ры ДОТ-терапии или до начала последующего курса фракционной лазерной абляции. Длительность повторной топической терапии после курса процедур фракционного фототермолиза определяется степенью клинических проявлений воспалительных акне и составляет от 3 до 6 месяцев. Лечение включает активную терапию в первые 3 месяца и затем поддерживающий курс.

Согласно разработанному алгоритму, при условии сохранения стойкого клинического улучшения или ремиссии акне, через 3–6 месяцев возможно повторное проведение сначала процедур ДОТ-терапии с целью коррекции атрофических рубцов постакне, дисхромии кожи лица, а затем курса ТР. Количество повторений данного цикла не ограничено и определяется удовлетворенностью пациента результатами эстетической коррекции атрофических рубцов постакне. При обострении заболевания несмотря на проводимое лечение необходимо подключить системные препараты для лечения акне.

В проведенном нами исследовании было доказано, что эффект от комбинированной терапии с применением ДОТ-терапии носит кумулятивный характер: после 3-й процедуры выраженность рубцов снизилась в 2,4 раза, акне — в 2,0 раза, дисхромий — в 1,5 раза в сравнении с таковыми показателями после 1-й процедуры.

Таким образом, предложенный вариант комбинированной терапии акне и постакне соответствует последним международным клиническим рекомендациям и позволяет повысить compliance пациентов к проводимой терапии и ее эффективность в максимально сжатые сроки.