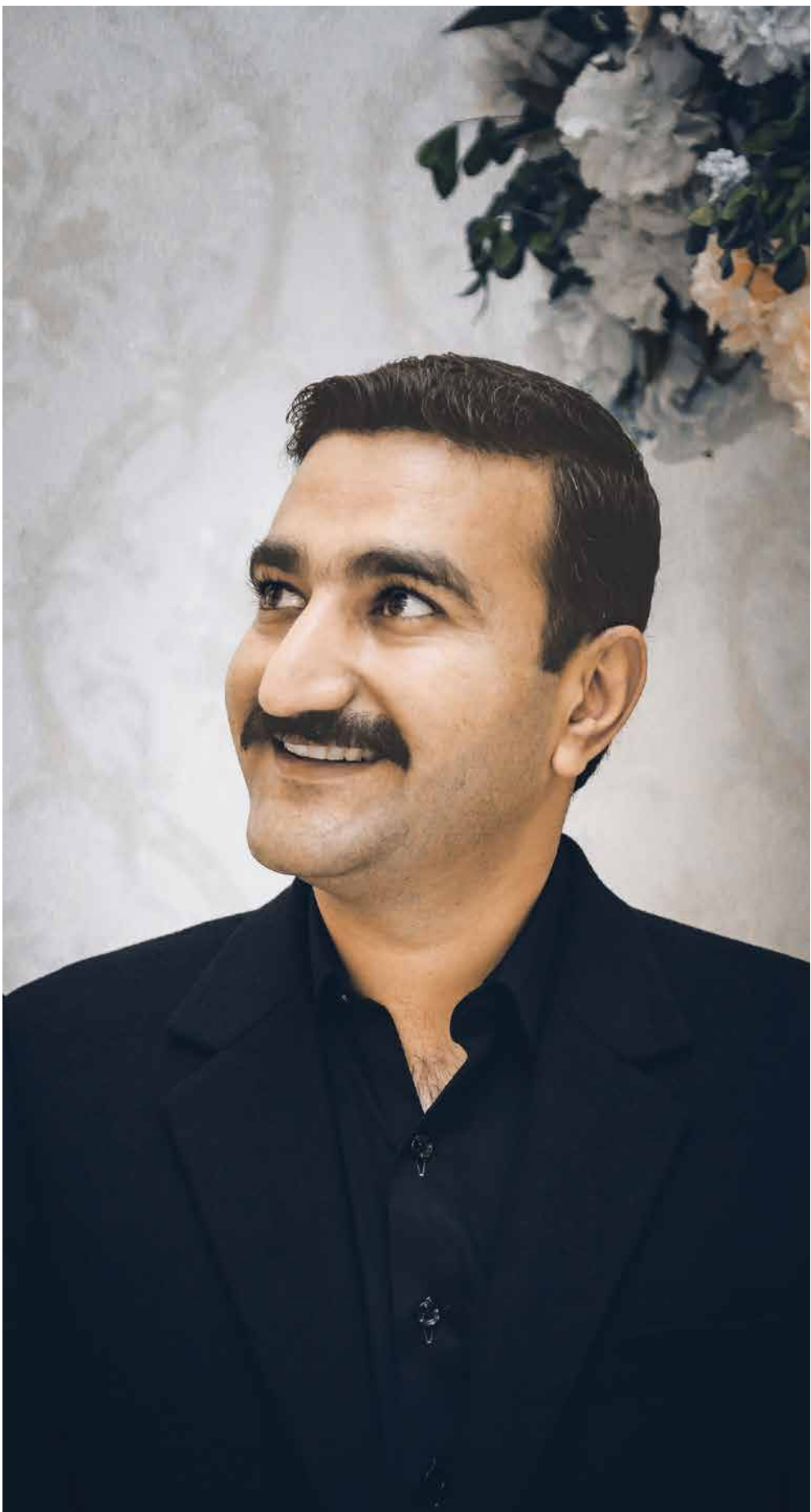


Esthetic Guide

ОБЛИК

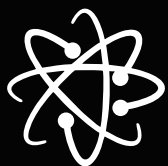
Типы лица. Подходы



2 (41) 2021



9 7724 12 493008



catalysis

ДОМАШНИЙ УХОД ПРИ АКНЕ



GRANEX®

Спрей для ежедневного ухода за кожей, склонной к АКНЕ

GRANEX – дерматологический продукт для ежедневного ухода за проблемной кожей, склонной к акне, от испанской фармацевтической лаборатории Catalysis S.L.

GRANEX – высокоактивный регенерант с противовоспалительным и противоугревым действием.

GRANEX содержит в составе экстракт алоэ, пантенол и биотин, усиливающие регенерацию тканей, глицирризиновую кислоту, обладающую противомикробным, противовоспалительным и антибактериальным действием, сульфат цинка, снижающий выраженность себопродукции.*

Эффективен при всех формах акне, не вызывает ощущения стянутости, сухости и дискомфорта.

Форма выпуска: спрей (пена) для ухода за кожей, 50 мл.

*Эффективность доказана при проведении контролируемого мультицентрового международного исследования.

Официальный дистрибьютор на территории РФ – ООО «Фармалайн»
info@farmalain.ru, (499) 372-15-06, 127411, г. Москва, Дмитровское шоссе, д. 157, стр. 7
www.farmalain.ru

www.noproblemskin.ru



Наталья Бычкова

К. М. Н.,
врач-дерматовенеролог,
косметолог, Москва

@dr.bychkova

Ирина Быкова

врач-дерматовенеролог,
косметолог,
Ижевск

Алёна Максимова

врач-дерматовенеролог,
врач-косметолог,
Нижний Новгород

Акне: правила безопасности

Междисциплинарное ведение пациента с акне: терапия — от врача-дерматовенеролога, сопровождение лечения, профилактика обострений и лечение симптомокомплекса «постакне» — врачом-косметологом.

Введение

Акне (acne vulgaris) — хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся открытыми или закрытыми комедонами и воспалительными поражениями кожи в виде папул, пустул, узлов. Имеет мультифакториальный генез, иногда является единственным маркером системной патологии, в частности заболеваний репродуктивной системы [2].

Дерматоз может приобретать затяжное течение и проявляться различными клиническими формами — от лёгких и средней тяжести до тяжёлых. Перенесённое акне — самая частая причина формирования рубцов и других эстетических недостатков кожи лица. В результате эволюционного полиморфизма воспалительных акне-элементов наблюдается поствоспалительная гиперпигментация и другие варианты дисхромий, множественные рубцы, расширение и деформация выводных протоков сальных желёз и другие изменения кожи [рис. 1a].

По статистике, осложнения после перенесённого заболевания развиваются у каждого третьего пациента [2–9]. Эти симптомы редко бывают изолированными, обычно встречаются в разных комбинациях и носят название симптомокомплекса «постакне».

Глобальным альянсом по лечению акне [9] предложено объединить под термином «постакне» рубцовые деформации, образовавшиеся при разрешении элементов сыпи при акне, поствоспалительные гипер- и депигментации, застойную эритему.

Не все пациенты знают, что лечение акне должно проводиться дерматологом, и, считая это «эстетическим дефектом», обращаются к косметологам. Если специалист не обладает достаточной квалификацией и не информирован о существовании эффективных методов лечения заболевания (стандартах терапии и клинических рекомендациях), пациенту рекомендуются «противовоспалительные процедуры», чистки, пилинги и аппаратное лечение, что приводит к поздней обращаемости, нередко на стадии сформированных осложнений [рис. 1b], увеличению количества тяжёлых, резистентных к терапии форм угревой болезни.

Самая большая ошибка — домашний уход или косметологические процедуры, в том числе и аппаратные, назначаются вместо адекватного дерматологического лечения [рис. 1c, d].

Рис. 1a — тяжёлое течение акне на фоне гиперандрогении. Пациентка направлена на дерматологический приём при первичном обращении, назначена системная терапия изотретиноином. Рис. 1b — средняя степень тяжести, сформировавшийся симптомокомплекс «постакне» вследствие отсутствия адекватной терапии. В анамнезе — «лечение» лазером и пилингами.

Рис. 1c, d — пациентка, 16 лет, в течение двух лет врачом-косметологом ежемесячно проводилась механическая комедоэкстракция и рекомендовалась «лечебная» косметика, что привело к формированию множественных



1a



1b



1c



1d

ретенционных кист, деформации и расширению протоков сальных желёз. Лечение акне не проводилось.

Причины развития акне

Выделяют четыре основных звена патогенеза акне: воспаление, фолликулярный гиперкератоз, гиперпродукция и качественное изменение кожного сала, размножение *Cutibacterium acnes* (*C. acnes*).

Большую роль играют генетически обусловленная гиперандрогения и генетически детерминированный тип секреции сальных желёз, а также врождённый и приобретённый иммунитет, отягощённый семейный анамнез, влияние диеты (продукты с высоким гликемическим индексом, употребление шоколада и молочных продуктов), факторы внешней среды (курение, инсоляция, загрязнители), использование косметики, вызывающей окклюзию [3, 5, 6, 7].

Рис. 1. Тяжёлое и осложнённое течение акне

При назначении изотретиноина **должна соблюдаться контрацепция в течение месяца до лечения, во время лечения и в течение месяца после него.** Обязателен отрицательный результат теста на беременность за две недели до начала приёма препарата. Лечение начинается на 2–3-й день следующего нормального менструального цикла. Рекомендуются ежемесячные тесты на беременность во время лечения.

Ранее считалось, что комедоны предшествуют воспалению. По новым данным, воспаление при акне первично и предшествует фолликулярному гиперкератозу, а *S. acnes* могут принимать участие в формировании микрокомедонов. Современная таксономическая классификация использует термин *Cutibacterium acnes* (*S. acnes*) вместо устаревшего *Propionibacterium acnes*. Колонизация *S. acnes* может быть триггером воспаления посредством активации toll-подобных и протеазных рецепторов на клетках врождённого иммунитета, что приводит к синтезу антимикробных пептидов и интерлейкинов. Формирование комедонов и развитие воспаления может присутствовать и в стерильных условиях, поэтому любые агрессивные косметологические манипуляции могут усилить воспаление даже у пациентов, находящихся в ремиссии заболевания.

Экзогенные триггеры

Косметические акне (*acne toxica*, *acne venenata*, косметические и детергентные акне) характеризуются высыпаниями, часто усиливающимися после воздействия акнегенных косметических средств, нерационального ухода за кожей, неправильного употребления средств личной гигиены, моющих средств.

Косметолог вместе с пациентом анализируют косметические средства, которые входят в ежедневный уход и используются для макияжа. Важно отказаться от использования большого количества косметических продуктов, чтобы избежать нежелательных взаимодействий и снизить риски развития дерматитов (контактных, аллергических и прочих). Применяемые косметические средства не должны усиливать комедонообразование, содержать большое количество эмульгаторов, отдушек и консервантов. Целесообразно использовать комбинацию из увлажняющих и регенерирующих средств на водной или гелевой основе, которые наносятся непосредственно на очищенную кожу («Гранекс», эссенция *Curacen Essence*, гели «Солкосерил» и «Куриозин», низкомолекулярная гиалуроновая кислота), и липидовосполняющих ламеллярных средств, содержащих физиологические липиды («Физиогель», «Сетафи» и другие), которые наносятся на кожу после впитывания регенерантов, имитируя водно-липидную мантию. Желательно, чтобы используемые средства были герметично упакованы (флаконы с дозатором, одноразовые стерильные флаконы, ампулы).

В последнее время стали появляться комбинированные топические препараты для профилактики и лечения акне, например, «Гранекс», который обладает высокой эффективностью, хорошей переносимостью и снижает риск обострений акне, что было доказано при проведении контролируемого мультицентрового международного

исследования эффективности и переносимости препарата на основе глицирризиновой кислоты у 110 пациентов с *acne vulgaris* в 2006 году. Препарат содержит экстракт алоэ, пантенол и биотин, усиливающие регенерацию тканей, глицирризиновую кислоту, которая обладает противомикробным, противовоспалительным и антибактериальным действием, а за счёт содержания сульфата цинка снижает выраженность себопродукции.

Свойства входящих в состав «Гранекс» компонентов усилены методом молекулярной активации. Форма выпуска: спрей для ухода за кожей, 50 мл. Предназначен для ежедневного ухода за проблемной кожей.

Экскорированные акне — акне при невротических состояниях. Встречаются у лиц, крайне болезненно относящихся даже к единичным элементам и аггравирующих минимальные проявления акне. Для аутодеструктивных поражений кожи характерным является:

- нетипичная картина кожного процесса,
- несоответствие анамнеза и клинической картины заболевания,
- неэффективность ранее проводимой терапии дерматотропными средствами,
- наличие многочисленных эксфолиаций, геморрагических корочек на фоне минимальных проявлений акне (нев्यраженность себореи, единичные папулезные и/или пустулезные элементы акне, небольшое количество комедонов или их отсутствие).

Причудливые, геометрически неправильные очертания высыпаний, их линейный, многоугольный характер, различный размер элементов являются наиболее достоверным критерием в аспекте клинической диагностики эксфолированных (невротических) акне [Рис. 2a]. Очаги поражения локализируются в подавляющем большинстве случаев на областях кожного покрова, которые доступны для воздействия самому пациенту (лицо, предплечья, верхняя треть спины и другое). Хотя подобные повреждения носят подчас выраженный характер, пациенты чаще всего отрицают факт аутоагрессии.

В подобных случаях традиционное дерматологическое лечение оказывается неэффективным, а назначение высокоактивных регенератов с противовоспалительным и противоугревым действием «Гранекс» и психокоррекция дают стойкий клинический результат [Рис. 2b].

Артифициальные акне — нередко патогенную роль играют профессиональные факторы (масляные, механические акне). Данные акне-высыпания возникают в результате трения или давления на кожу белья, повязок, одежды и предметов, характерны нетипичные места локализации.

Летние акне (майорка-акне, тропические акне) возникают как результат климатических воздействий при избыточной инсоляции в сочетании с воздействием наружных косметических средств.



2а. До лечения



2б. После лечения

Рис. 2. Экскориированные акне на лбу у пациентки 35 лет и результат применения препарата «Гранекс» в течение двух недель

Вопросы классификации

На сегодняшний день существует ряд классификаций, задачей которых является уточнение диагноза, формы и степени тяжести заболевания для назначения адекватной терапии, которая применяется дерматовенерологами.

Для объективизации оценки клинической картины заболевания в косметологической практике удобно использовать дерматологический индекс акне (ДИА), разработанный на кафедре кожных и венерических болезней ММА им. И. М. Сеченова, который позволяет унифицировать оценку степени тяжести угревой болезни.

При обращении врач оценивает количество воспалительных (папул, пустул и узлов) и невоспалительных (открытые и закрытые комедоны) элементов на коже лица и тела, проводит подсчёт всех имеющихся высыпаний на всех поражённых участках кожного покрова. Для регистрации элементов используются следующие критерии: отсутствуют (0), единичные (от 1 до 5), умеренное количество (6–15), большое количество (более 15). ДИА представляет собой сумму баллов, отражающих число воспалительных и невоспалительных элементов.

Интерпретация результатов проводится по следующим параметрам: ДИА до 5 — лёгкая степень тяжести, ДИА 6–10 — средняя, ДИА 10–15 — тяжёлая степень акне. Дерматологический индекс акне (ДИА) помогает оценить тяжесть течения заболевания и выбрать оптимальную тактику ведения пациента. Следует учитывать, что даже наличие 1–2 узловато-кистозных элементов говорит о тяжёлой форме течения заболевания. К однозначно тяжёлым формам относят шаровидные, конглобатные и деструктивные типы поражений: узловато-кистозные,

абсцедирующие, колликувативные, келоидные, рубцующиеся, осложнённые синусовыми трактами и абсцедирующими фистулёзными ходами^[9].

Алгоритм ведения врачом-косметологом пациента с акне

Контроль вероятных экзогенных и эндогенных триггеров — залог длительной ремиссии заболевания, требующий взаимопонимания врача и пациента и высокой клинической эрудированности специалиста.

- оценивает жалобы (сроки манифестации, особенности течения заболевания),

Количество элементов	Комедоны	Папулы	Пустулы	Узлы
Отсутствуют	0	0	0	0
Единичные (1–5)	1	1	2	3
Умеренные (6–15)	1	2	3	4
Много (более 15)	3	3	4	5

Рис. 3. Числовые значения коэффициентов для оценки степени тяжести угревой болезни

Правила безопасности при назначении терапии против акне: **сбор жалоб и анамнеза, визуальный осмотр пациента, оценка степени тяжести заболевания с помощью ДИА**. Если ДИА менее 5 баллов — проведение косметологических процедур без существенной альтерации возможно, ДИА более 5 баллов — направление к дерматологу. Если пациенту назначена терапия дерматологом, косметологические процедуры должны учитывать особенности назначенных препаратов.

- определяет наличие или отсутствие высыпаний (комедонов, папул, пустул, узлов),
 - оценивает работу сальных желёз (есть или нет гиперпродукция кожного сала, признаки дегидратации и нарушений ВЛМ),
 - выявляет конкретные дефекты и нарушения, требующие проведения косметологической коррекции (пятна, рубцы, комедоны, милиумы, эритема, шелушение),
 - информирует пациента о процедурах для самостоятельного выполнения (хемо- или энзимные эксфолианты, регидранты и антиоксиданты на гелевой или нетканой основе),
 - даёт рекомендации по уходу (фотопротекция, препараты базового ежедневного ухода, декоративные косметические средства), в том числе проводит обучение необходимым навыкам (использование одноразовых бумажных салфеток вместо полотенец, косметические диски для нанесения декоративной косметики и т. п.).
- После этого составляется план необходимого обследования и лечения, а в случае обострения заболевания рекомендуется консультация дерматовенеролога, по показаниям — психиатра или психотерапевта. Это фиксируется в амбулаторной карте больного.

Решение о необходимости дополнительного обследования или консультаций других специалистов (гинеколога, эндокринолога и прочих) принимается дерматовенерологом. Это способствует своевременному началу этиотропной терапии и позволяет избежать проведения необоснованных обследований. Также с пациентом обсуждаются цели и этапность назначения медицинских процедур, необходимых для коррекции выявленных нарушений и дефектов.

При повторных обращениях врач-косметолог оценивает динамику состояния кожи в процессе проводимых медицинских манипуляций и модификации домашнего ухода. При наличии медицинских показаний вносит коррективы в лечение. Все изменения фиксируются в амбулаторной карте. Также отмечается выполнение пациентом врачебных рекомендаций и назначений.

Сопровождение дерматологического лечения

Врач-косметолог должен знать особенности применяемых препаратов, побочные действия и ограничения, которые наступают в отношении ряда процедур при проведении дерматологического лечения. Отменять сделанные назначения, корректировать дозировки, назначать дополнительные обследования, принимать

решение о продолжительности курса терапии может только врач-дерматовенеролог. Нередко пациенты задают вопросы о применяемых методах лечения. Косметолог должен демонстрировать достаточную клиническую эрудированность, чтобы развеять сомнения пациентов, придерживаясь принципов доказательной медицины.

В настоящее время в арсенале препаратов для терапии акне значительное место занимает изотретиноин, обладающий различными механизмами действия, основное направление которых — снижение секреторной активности сальных желёз при нормализации процессов дифференцировки и пролиферации кератиноцитов и себоцитов^[3,9]. Изотретиноин нормализует терминальную дифференцировку клеток, тормозит пролиферацию эпителия протоков сальных желёз, образование детрита, облегчает его эвакуацию, снижает условия бактериальной колонизации *S. asnes*. Противовоспалительное действие оказывает за счёт подавления хемотаксиса нейтрофилов и других эффектов.

Установлено, что изотретиноин, взаимодействуя с ядерными рецепторами, влияет на процессы дифференцировки клеток сальных желёз, что приводит к выраженному уменьшению их размеров, подавлению активности и резкому снижению показателей секреции кожного сала.

Известно, что препарат обладает тератогенным эффектом. Основными пороками развития являются: аномалии центральной нервной системы, пороки развития наружного уха, сердечно-сосудистой системы, черепно-лицевого отдела, глаз (микрофтальм), вилочковой железы и костей. Во время лечения изотретиноином и в течение минимум месяца после его окончания обязательно использование методов контрацепции, что обеспечивает адекватный резерв безопасности.

Перед началом лечения дерматологом проводится консультирование пациента с целью предупреждения развития побочных эффектов и возможности их профилактики. В ходе терапии им может проводиться коррекция дозы изотретиноина, что уменьшает побочные эффекты, и при достижении кумулятивной дозы (достаточной для достижения стойкого результата, дозировка рассчитывается в зависимости от веса пациента, в среднем лечение составляет 20 недель) отдалённые результаты лечения у таких больных не ухудшаются. В случае необоснованных корректировок дозы или преждевременной отмены препарата эффективность терапии значительно снижается.

В случае развития ретиноидного дерматита, хейлита, сухости слизистых оболочек рта, носа и глаз косметолог

оказывает консультативную поддержку и может проводить следующие мероприятия:

- назначить ламеллярный липидовосполняющий крем с B5, церамидами, гиалуроновой кислотой, SPF 50, увлажняющую сыворотку,
- рекомендовать применение искусственной слезы с целью устранения сухости конъюнктивы, при использовании пациентом контактных линз — перейти на ношение очков.

Возможно использование физиотерапевтических процедур (микротокового, ультразвукового или лазерофореза) с введением гиалуроновой кислоты, аминокислот, гидролизатов коллагена и эластина, альгинатных масок.

В настоящее время с целью устранения сухости кожи при приёме изотретиноина разработаны специальные средства, которые восполняют защитную гидролипидную плёнку и обладают увлажняющим и регенерирующим действием.

В течение, по крайней мере, шести месяцев после отмены лечения следует избегать процедур с использованием пилинга, эпиляции, а от проведения лазерных абляций и других высокоэнергетических методик следует воздерживаться в течение года.

Аппаратные методики при акне

Это направление в косметологии и дерматологии продолжает стремительно развиваться. Ежегодно появляются новые девайсы для лечения заболеваний кожи, в частности акне. Для успеха терапии надо знать стадию и форму заболевания, оценить наличие сопутствующей патологии, результат ранее проводимой терапии, уточнить, принимает ли пациент оральные контрацептивы, антибиотики или ретиноиды.

Важно донести до пациента, что аппаратное лечение — это дополнение к основной терапии, а не «волшебный метод лечения», и для достижения стойких результатов необходимо выполнять все рекомендации врача.

В зависимости от преобладания воспалительных или невоспалительных (ретенционных) акне-элементов на разных стадиях течения процесса целесообразно применение разных аппаратных методов воздействия.

IPL-терапия эффективна в отношении воспалительных элементов, поствоспалительных пятен за счёт регуляции выработки цитокинов: подавление продукции провоспалительных ИЛ-1 А, ФНО-α, ИЛ-8, стимуляция выработки противовоспалительных ИЛ-10, ТФР-β1. Коагуляция сосудов ведёт к нарушению миграции воспалительных клеток, уменьшению питания сальных желёз, что вместе с их нагревом снижает себопродукцию. Кроме того, современные системы IPL часто оснащены дополнительными длинами волн сине-фиолетового спектра (≈ 400 нм). Именно такой свет поглощается порфиринами — продуктами жизнедеятельности *S. acnes*, что ведёт к образованию молекул синглетного кислорода и апоптозу бактерий.

Лазер с длиной волны 585 нм, хромофором которого является оксигемоглобин, может быть также эффективен при наличии воспалительных элементов.

Длинноимпульсный ND:Yag также приводит к фототермолизу сосудистого компонента, термальной деструкции сальных желёз и регуляции синтеза цитокинов (увеличение ТФР-β, уменьшение ИЛ-8).

Световые приборы, генерирующие только синий свет (400–400 нм), тропны именно к порфиринам и обладают менее выраженным противовоспалительным эффектом. Поэтому всё чаще производители световых систем

комбинируют в своих аппаратах как синий, так и красный/инфракрасный спектры.

Крайне перспективной сегодня считается фотодинамическая терапия, обладающая также противовоспалительным, иммуномодулирующим, антибактериальным действием и полным отсутствием неприятных ощущений во время процедуры.

Также в арсенале косметолога есть системы, которые ведут к нагреву и частичной деструкции сальных желёз. Это и моно- или мультиполярные RF-системы, а также фракционные игольчатые RF-системы, применение которых возможно при отсутствии папуло-пустулёзных элементов, для лечения поствоспалительных изменений (постакне).

Кроме того, в протокол терапии акне могут быть включены микротоковая терапия, нормализующая биохимические процессы, заряд мембран и микроциркуляцию, ультразвуковая терапия — для экстракции невоспалительных элементов.

Заключение

Сложность патогенеза и разнообразие клинических форм угревой болезни обуславливают применение различных методов терапии. К основным группам препаратов для лечения акне относят: себостатические, антибактериальные, противовоспалительные и устраняющие фолликулярный гиперкератоз. Наружная терапия назначается больным независимо от степени тяжести заболевания.

Показанием для назначения системной терапии являются: акне средней и тяжёлой степени тяжести, психосоциальная дезадаптация, а также образование рубцов и неэффективность наружного лечения. Всё это, в сочетании с коррекцией сопутствующей патологии, требует междисциплинарного подхода для разработки единого алгоритма обследования и тактики лечения пациента с целью выявления триггерных факторов и факторов риска, а также исключения необоснованной терапии и полипрагмазии. ●

Литература

1. Реверчук И. В., Бычкова, Н. Ю. «Больные с аутодеструктивными заболеваниями кожи на косметологическом приёме». «Эстетическая медицина», том XIX, №3, 2020. С. 328–333.
2. Dreno B., Daniel F., Allaert F. A., Aube I. Acne: evolution of the clinical practice and therapeutic management of acne between 1996 and 2000. *Eur. J. Dermatol.*, 2003, Mar–Apr, 13 (2). P. 166–70.
3. Gollnick H. P., Dreno B. Pathophysiology and management of acne. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*, 2015, Jun., 29, Suppl. 4, 1–2. doi: 10.1111/jdv.13182. PMID: 26059727.
4. Katz B. E. The Fate of Active Acne and Acne Scars Following Treatment With Fractional Radiofrequency. *J. Drugs. Dermatol.*, 2019, Dec., 1, 18 (12). P. 1268–1272. PMID: 31860216.
5. Matsui M. S. Update on diet and acne. *Cutis.* 2019, Jul., 104 (1). P. 11–13. PMID: 31487341.
6. Melnik B. C., Zouboulis C. C. Potential role of FoxO1 and mTORC1 in the pathogenesis of Western diet-induced acne. *Exp. Dermatol.*, 2013, May, 22 (5). P. 311–5. doi: 10.1111/exd.12142. PMID: 23614736; PMCID: PMC3746128.
7. Mirdamadi Y., Bomhardt U., Gohl A., Guttek K., Zouboulis C. C., Quist S., Gollnick H. Insulin and Insulin-like growth factor-1 can activate the phosphoinositide-3-kinase Akt. Fox O1 pathway in T cells in vitro. *Dermatoendocrinol.*, 2017, Oct., 4, 9 (1). e1356518. doi: 10.1080/19381980.2017.1356518. PMID: 29484090; PMCID: PMC5821168.
8. Tan J. K. L., Stein Gold L. F., Alexis A. F., Harper J. C. Current Concepts in Acne Pathogenesis: Pathways to Inflammation. *Semin Cutan. Med. Surg.*, 2018, Jun., 37 (3S). S60–S62. doi: 10.12788/j.sder.2018.024. PMID: 30192343.
9. Thiboutot D. M., Dréno B., Abanmi A., Alexis A. F., Araviiskaia E., Barona Cabal M. I., Bettoli V., Casintahan F., Chow S., da Costa A., El Ouazzani T., Goh C. L., Gollnick H. P. M., Gomez M., Hayashi N., Herane M. I., Honeyman J., Kang S., Kemeny L., Kubba R., Lambert J., Layton A. M., Leyden J. J., López-Esteban J. L., Noppakun N., Ochsendorf F., Oprica C., Orozco B., Perez M., Piquero-Martín J., See J. A., Suh D. H., Tan J., Lozada V. T., Troielli P., Xiang L. F. Practical management of acne for clinicians: An international consensus from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2018, Feb., 78 (2 Suppl 1). S1–S23. e1. doi: 10.1016/j.jaad.2017.09.078. Epub 2017 Nov 8. PMID: 29127053.

