



ОСВОЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ АКНЕ С ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫМИ ПЛАНАМИ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ

Ташкентский государственный медицинский университет

1-я кафедра дерматовенерологии и косметологии

Мирвасидов М.М.

Ключевые выводы

- Эффективное лечение акне требует индивидуального подхода с учётом анамнеза пациента, образа жизни и возможных трудностей с соблюдением режима терапии.
- Основное внимание уделяется местным средствам — ретиноидам, и азелаиновой кислоте, — а также обучению пациентов реалистичным ожиданиям и важности соблюдения режима.
- Важную роль играют культурные и пигментные особенности, особенно при лечении поствоспалительной гиперпигментации; современные средства и защита от солнца являются ключевыми элементами ухода.
- Комбинированная терапия и поддерживающее лечение должны соответствовать потребностям и мотивации пациента для достижения успешных результатов.

Комедональное акне у подростка-спортсменки

Первый клинический случай касался **17-летней школьницы-спортсменки** с умеренным комедональным акне на щеках и лбу. Пациентка ранее использовала очищающее средство с салициловой кислотой (с минимальным эффектом), активно занималась спортом, наносила плотный макияж и не всегда тщательно его смывала.



В ходе обсуждения врачи отметили типичные трудности подростков: несоблюдение режима ухода, занятость и влияние социальных факторов (внешность, фотографии, социальные сети). Подчёркивалась важность **детального сбора анамнеза** — какие средства реально применяет пациент, как косметика и спортивная деятельность влияют на состояние кожи.

Основные рекомендации:

- Начать с мягких очищающих средств и увлажняющих кремов, чтобы подготовить кожу.
- Постепенно ввести **третиноин** или **адапален**, начиная через день.
- Снизить раздражение за счёт чередования с увлажнителем.
- Объяснить, как правильно очищать кожу после тренировок.
- Использовать **гипоаллергенные средства для снятия макияжа** и **растворы гипохлорновой кислоты** или очищающие салфетки для спортсменов.

Воспалительное акне у пловца

Второй случай — **16-летний спортсмен-пловец** с воспалительным акне, которое усиливалось во время сезона соревнований. Обсуждались возможные внешние факторы: воздействие хлора, плотные шапочки для плавания, стресс и спортивные добавки (в том числе **сывороточный белок, биотин, витамин В12** из энергетических напитков).

Предложенные варианты терапии:

- **Пероральный доксициклин** как противовоспалительное средство.



- В комбинации с гелем (адапален и бензоилпероксид + клиндамицин).

Также обсуждалась разница между препаратами (например, **миноциклин, доксициклин**) и необходимость **правильного информирования семьи** о сроках действия терапии.

«Подростки хотят быстрых результатов, — заметил один из врачей. — Даже если ты объясняешь, что это процесс, им всё равно нужно что-то увидеть сразу.»

Участники отметили важность **ранних повторных визитов (через 4 недели)** для поддержки подростков, особенно если мотивация снижается.

«Я говорю им: не обязательно быть идеальными — если пропустили один раз, ничего страшного. Главное — стараться», — сказала одна участница. Дель Россо согласился: «Нельзя ругать пациента — это только демотивирует.»

Поствоспалительная гиперпигментация у пациентки с тёмным фототипом

Третий случай касался **28-летней темнокожей женщины** с акне и выраженной поствоспалительной гиперпигментацией. Эксперты обсудили важность **учёта этнических и косметических особенностей**, а также психологического комфорта пациента.

Рекомендованные средства:

- **Азелаиновая кислота, ниацинамид, мягкие ретиноиды** — эффективны при гиперпигментации и редко вызывают раздражение.
- **Тиамидол** и другие новые агенты могут использоваться как дополнительные средства.



- **Ежедневная защита от солнца** обязательна для всех типов кожи.

Дель Россо сослался на советы дерматолога **Перл Граймс (Dr. Pearl Grimes)**:

«Она говорила нам: не нужно бояться ретиноидов у пациентов с тёмной кожей. Это распространённое заблуждение.»

Пациентам важно объяснять различие между **активными воспалительными элементами** и **остаточными пятнами**, чтобы избежать неправильного ухода и излишнего раздражения кожи.

Заключение

Каждый клинический случай показал, что **успешное лечение акне требует персонализированного подхода**. Комбинированные схемы, поддерживающая терапия и реальная оценка приверженности пациента — ключ к успеху.

«Не все одинаковы. Кто-то умеет мириться со своей проблемой, но это не значит, что она их не беспокоит и что они не хотят от неё избавиться.»

Список литературы

1. Самцов А.В. Акне и акнеiformные дерматозы. Монография – М.: ООО «ЮТКОМ», 2009. – 208 с.: ил.
2. Powell F.C, Rosacea. N. Engel J. Med. 2005; 352: 793-803
3. Руководство по дерматокосметологии / Под ред. Аравийской Е.Р.и Соколовского Е.В.. – СПб.: ООО «Издательство Фолиант:», 2008. – 632 с.
4. Lacey N, Delaney S, Kavanagh K et al. Mite related bacterial antigens stimulate inflammatory cells in rosacea. Br J Dermatol 2007;157: 474-481.



5. Frank S et al. Regulation of VEGF expression in cultured keratinocytes. Implications for normal and impaired wound healing. *J. Biol. Chem.* 1995; 270: 12607 – 12613
6. Goma A, Yaar M, Eyada M et al. Lymphangiogenesis and angiogenesis in non-phymatosis rosacea. *J Cutan Pathol* 2007;34:748-753.
7. Whitfeld M, Gunasingam N, Leow L et al. Staphylococcus epidermidis: a possible role in the pustules of rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2011;64:49-59.
8. Moran A.P. Pathogenic properties of Helicobacter pylori. *Scand. J. Gastroenterol.* -1996;. 31; 215; 22-31.
9. Wolf R. Acne rosacea and Helicobacter pylori betrothed. *Int. J. Dermatol.* 1996;35;4;: 302 – 303.
10. Rebora A., Drago F., Parodi A. May Helicobacter pylori be important for dermatologist. *Dermatology* 1995; 191; 6 - 8.
11. Diaz C., O'Callaghan C.J., Khan A., Ilchysyn A. Rosacea: a cutaneous marker of Helicobacter pylori infection? Result of a pilot study. *Acta Derm. Venereol.* 2003; 4: 282 – 286
12. Bamford J. Rosacea: current thoughts on origin. *Semin Cutan Med Surg* 2001;20:199-206. Zuber T. Rosacea. *Prim Care* 2000;27:309-318.
13. Wilkin J., Dahl M., Detmar M., Drake L. et al. Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am Acad Dermatol.* 2002 Apr;46(4):584-7.
14. Webster G, Schaller M, Tan J, Jackson JM, Kerrouche N, Schäfer G. Defining treatment success in rosacea as “clear” may provide multiple patient benefit: results of pooled analysis. *Journal of Dermatological Treatment*, 2017;28 (5):469-474.



15. van Zuuren EJ, Graber MA, Hollis S et al. Interventions for rosacea Cochrane Database Syst Rev 2005; Jul 20: CD003262.
16. Del Rosso JQ, Gallo RL, Tangheiti E, Webster G, Thiboutot D. An evaluation of potential correlations between pathophysiologic mechanisms, clinical manifestations, and management of rosacea. *Cutis*. 2013 Mar;91(3 Suppl):1-8
17. Sneddon I. A clinical trial of tetracycline in rosacea. *Br J Dermatol* 1966; 78: 649–653.
18. Thiboutot D. Efficacy and safety of subantimicrobial-dose doxycycline for the treatment of rosacea *J. Am. Acad. Dermatol.* 2005; 52: 3-P 17.
19. Saihan EM, Burton JL. A double-blind trial of metronidazole versus oxytetracycline therapy for rosacea. *Br J Dermatol* 1980; **102**: 443–445.
20. Pye RJ, Burton JL. Treatment of rosacea by metronidazole. *Lancet* 1976; **1**: 1211–1212.
21. Rademaker M. Isotretinoin: dose, duration and relapse. What does 30 years of usage tell us? *Australas J Dermatol.* 2013 Aug;54(3):157-62.
22. Gollnick H, Blume-Peytavi U, Szabó EL, Meyer KG et al. Systemic isotretinoin in the treatment of rosacea - doxycycline- and placebo-controlled, randomized clinical study. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2010 Jul;8(7):505-15.
23. Hofer T. Continuous ‘microdose’ isotretinoin in adult recalcitrant rosacea. *Clin Exp Dermatol* 2004; 29: 204–205.