

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv64197>

Оригинальное исследование



Тандем изотретиноина и геля Контрактубекс Анти-Ред в терапии акне

О.А. Катханова¹, С.А. Григорянц², И.И. Глазко³¹Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Российская Федерация²Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Российская Федерация³Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна, Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Акне вульгарные (*acne vulgaris*) — актуальная междисциплинарная проблема. Анализируя современные научные данные о развитии *acne vulgaris*, необходимо сделать акцент на роли воспаления, которое сопровождает дерматоз на всех его этапах развития, иногда предшествуя формированию клинических симптомов. Длительное хроническое рецидивирующее течение, трудности в выборе правильной тактики терапии, порой необоснованные медицинские вмешательства, экзацербация, неправильный уход за кожей приводят к формированию целого ряда осложнений.

Цель — оптимизация и повышение эффективности терапии пациентов со средней и тяжёлой степенью акне с использованием изотретиноина и комбинированного геля Контрактубекс Анти-Ред.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в Клинике Екатерининская находилось 60 пациентов в возрастном диапазоне от 18 до 45 лет со средним и тяжёлым течением акне. Изотретиноин назначали в стандартных дозировках. Для изучения влияния Контрактубекс Анти-Ред на динамику постакне пациенты с атрофическими рубцами были распределены в 3 подгруппы в зависимости от схемы применения препарата.

Результаты. Практически полное купирование воспалительного процесса и регресс элементов наблюдались через 12 мес после применения комплексной терапии; значение дерматологического индекса акне >70% отмечено у 62% пациентов, значительное улучшение — у 38%. Степень тяжести рубцов постакне по шкале SCAR-S в процессе лечения значительно изменилась, и у 53,3% этот показатель составил 1. Индекс CADI снизился на 70% по сравнению с исходными показателями.

Заключение. Хороший косметический эффект, безопасность, отсутствие побочных эффектов, комфортность и удобство применения позволяют рекомендовать Контрактубекс Анти-Ред совместно с базовыми средствами терапии акне.

Ключевые слова: акне; постакне; терапия; рубцы.

Для цитирования:

Катханова О.А., Григорянц С.А., Глазко И.И. Тандем изотретиноина и геля Контрактубекс Анти-Ред в терапии акне // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2021. Т. 24, № 3. С. 285–296. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv64197>

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv64197>

Original study

Combination of isotretinoin and Contractubex Anti-Red in acne therapy

Olga A. Katkhanova¹, Svetlana A. Grigoryants², Irina I. Glazko³

¹Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

²Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation

³Burnasyan Federal Medical Biophysical Center, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

BACKGROUND: Acne vulgaris (acne vulgaris) is an urgent interdisciplinary problem. Analyzing modern scientific data on the development of acne vulgaris, it is necessary to focus on the role of inflammation that accompanies dermatosis at all its stages of development, sometimes preceding the formation of clinical symptoms. Prolonged chronic recurrent course, difficulties in choosing the correct therapy tactics, sometimes unreasonable medical interventions, exacerbation, improper skin care lead to the formation of a number of complications.

AIMS: To optimize and improve the effectiveness of therapy in patients with moderate and severe degrees acne using isotretinoin and the combined innovative gel Contractubex Anti-Red.

MATERIALS AND METHODS: The study included 60 patients aged 18 to 45 years with moderate to severe acne. Isotretinoin was prescribed in standard dosages. To study the effect of Contractubex Anti-Red on the dynamics of post-acne, patients with atrophic post-acne scars were divided into 3 subgroups, depending on the regimen of drug use.

RESULTS: Almost complete relief of the inflammatory process, regression of elements was noted 12 months after the use of complex therapy, the value of the dermanologic index of acne (DIA) index was more than 70% noted in 62% of patients, significant improvement in 38%. The severity of post-acne scars on the SCAR-S scale changed significantly during treatment and in 53.3% this indicator was 1. The Cadi index decreased by 70% compared to the baseline.

CONCLUSION: Good cosmetic effect, safety, absence of side effects, comfort and ease of use make it possible to recommend Contractubex Anti-Red together with basic acne therapy.

Keywords: acne; post-acne; therapy; scars.

For citation:

Katkhanova OA, Grigoryants SA, Glazko II. Combination of isotretinoin and Contractubex Anti-Red in acne therapy. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2021;24(3):285–296. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv64197>

Received: 25.03.2021

Accepted: 21.08.2021

Published: 10.10.2021

ОБОСНОВАНИЕ

Акне вульгарные (*acne vulgaris*) — хроническое мультифакториальное заболевание — продолжают оставаться актуальной междисциплинарной проблемой, с которой сталкивается 85% молодёжи в возрастном цензе от 12 до 24 лет [1, 2]. Современная статистика заболеваемости указывает на преобладание взрослых женщин в возрасте старше 25 лет (от 11 до 25%) [3]. Анализируя современные научные данные о развитии *acne vulgaris*, необходимо сделать акцент на роли воспаления, которое сопровождает дерматоз на всех его этапах развития, иногда предшествуя формированию клинических симптомов. Перифолликулярное увеличение провоспалительных цитокинов как в области высыпаний акне, так и в проекции нормальной (видимо неизменённой) кожи подтверждает гипотезу воспаления — доклинического или невыраженного безболезненного течения (микровоспаление) [4]. Длительное хроническое рецидивирующее течение, трудности в выборе правильной тактики терапии, порой обоснованные медицинские вмешательства, экзацербация, неправильный уход за кожей приводят к формированию целого ряда осложнений [2–4].

Глобальным альянсом по лечению акне (Global Alliance Acne Treatment) симптомокомплекс вторичных высыпаний, развивающихся в процессе эволюции элементов сыпи при акне и сопровождающихся эритемой, нарушением пигментации и формированием рубцовых изменений кожи, объединён под термином «постакне» [5]. Недавнее исследование распространённости и факторов риска появления рубцов постакне показало, что более всего на их формирование влияют степень тяжести патологического процесса, длительность периода времени от начала заболевания до старта медикаментозной терапии, а также развитие рецидива заболевания [2]. В проведённом в 2018 г. крупномасштабном исследовании I. Carlván и соавт. [6] с помощью профилирования экспрессии генов и иммуногистохимического анализа изучали атрофические рубцы в разные периоды их формирования. На основании полученных данных авторы сделали вывод о существовании связи между продолжительностью и тяжестью воспаления и изменением структур сальных желёз, что приводит к образованию атрофических рубцов при акне [6]. Так, у пациентов с тяжёлыми формами вульгарных угрей вероятность развития рубцов в 3,4–6,8 раза выше, чем у пациентов с менее тяжёлыми формами [2]. Характер рубца зависит от площади и глубины поражения, индивидуальных особенностей репаративных процессов в коже [2]. По данным N. Hayashi и соавт. [7], у 61,2% пациентов, перенёвших акне, наблюдаются атрофические рубцы диаметром более 2 мм.

Атрофические рубцы постакне бывают узкими и широкими, глубокими и поверхностными, сколотыми,

ямкообразными, волнистыми, кратеро- и блюдцеобразными [8]. Плеоморфизм рубцов постакне затрудняет интерпретацию результатов клинического осмотра. В настоящее время используют различные классификации атрофических рубцов, но хотелось особо выделить классификацию атрофических рубцов C.I. Jacob, согласно которой выделяют три их подтипа: V-образные (Ice-pick), M-образные (Rolling), U-образные (Boxcar) [8, 9]. Данное деление интересно тем, что автором учитывается сразу несколько параметров — ширина, глубина и трёхмерная архитектура рубца. Так, C.I. Jacob и соавт. [9] трактуют V-образные (сколотые) рубцы как узкий и одновременно глубокий дефект кожи (диаметром менее 2–3 мм) с чёткими границами, достигающий уровня глубоких слоёв кожи. Наружное отверстие этого типа рубцов обычно немного шире, чем глубокая часть, которая пронизывает дерму и доходит до гиподермы, что и формирует V-образную форму [8–10]. Закруглённые (rolling scars), или M-образные, атрофические рубцы — длинные (более 4–5 мм), поверхностные, западают относительно уровня кожи, распространяются до границы дермы и гиподермы, придают поверхности волнистый вид. Прямоугольные (boxcar scars), или U-образные, — это атрофические рубцы закруглённых форм с более выраженной широкой поверхностной частью, отвесными краями, которые не имеют тенденции к сужению в глубоких слоях, что и отличает их от V-образных подтипов; по глубине залегания могут быть как поверхностными, так и глубокими (рис. 1).

Классификация и точная оценка рубцовых проявлений и постакне важны для определения тактики терапии и выбора метода коррекции. Именно эти проявления заболевания значительно влияют на качество жизни пациентов, сложно поддаются коррекции, требуют длительного и зачастую дорогостоящего лечения, не всегда приводящего к успешным результатам, когда лечение устраняет лишь симптомы, а проблема реабилитации, внешнего вида, эстетической составляющей этого дерматоза остаётся не до конца решённой [11–14]. Международные эксперты сходятся во мнении, что рубцов при акне можно избежать, если сразу приступить к лечению и если выбранный метод терапии соответствует степени тяжести заболевания [14].

Цель исследования — оптимизация и повышение эффективности терапии пациентов со средней и тяжёлой степенью акне с использованием изотретиноина и комбинированного инновационного геля Контрактубекс Анти-Ред.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Обсервационное одноцентровое одномоментное выборочное исследование.



Рис. 1. Разновидности атрофических рубцов по С.И. Jacob и соавт. [9].

Fig. 1. Varieties of atrophic scars according to С.И. Jacob et al. [9].

Критерии соответствия

Критерии включения [15, 16]: возраст больных от 18 до 45 лет; диагноз «угри вульгарные» средней и тяжёлой степени; письменное согласие пациентов.

Критерии исключения: возраст до 18 лет; наличие декомпенсированной хронической патологии; отягощённый аллергологический анамнез; наличие психических заболеваний; беременность; алкогольная зависимость или употребление наркотиков в период 12 мес до начала исследования; злокачественные новообразования кожи; лечение глюкокортикоидами в течение 1 мес до начала исследования.

Условия проведения

Под нашим наблюдением на базах кафедры пластической реконструктивной хирургии, косметологии и регенеративной медицины ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, клиник ООО «Екатерининская»

и ООО «МИР-0-МЕД» (Краснодар) находились 60 пациентов со средней и тяжёлой степенью акне в возрасте от 18 до 45 лет, из них мужчин 22 (37%), женщин 38 (63%).

Описание медицинского вмешательства

Обследование включало заполнение индивидуальной анкеты и формы, осмотр, дерматоскопию, общеклинические тесты, консультации смежных специалистов (гастроэнтеролога, гинеколога, эндокринолога) по показаниям [15, 17].

Для постановки диагноза и интерпретации клинической картины дерматоза использовали классификацию, предложенную в Европейских доказательных рекомендациях по лечению акне (European Evidence-based (S3) Guidelines for the Treatment of Acne, EADV; 2016) [2]. Ранжирование пациентов с поздними формами акне на подгруппы проводилось согласно классификации В. Dreno и соавт. (2013, EADV) [1]; **рис. 2.**



Рис. 2. Классификации акне European Evidence-based (S3) Guidelines for the Treatment of Acne (2016, EADV); В. Dreno и соавт. (2013, EADV).

Fig. 2. Classification of acne European Evidence-based (S3) Guidelines for the Treatment of Acne (2016, EADV); В. Dreno et al. (2013, EADV).

Осмотр пациентов проводили при первичном обращении, затем ежемесячно на протяжении всего курса лечения. Оценивалась динамика разрешения воспалительного процесса и существующих элементов постакне. На каждом визите у пациента оценивали нежелательные явления и побочные реакции.

Степень тяжести акне оценивали при помощи дерматологического индекса (ДИА), отражающего количественную и качественную характеристику морфологических элементов сыпи. Для этого подсчитывали и регистрировали число комедонов, папул, пустул и узлов по следующим критериям: единичные — <5 элементов, умеренное количество — 6–15, большое количество — >15. Интерпретацию результатов ДИА проводили по следующим критериям: <5 баллов — лёгкая степень тяжести, 6–10 баллов — средняя степень тяжести, 10–15 баллов — тяжёлая степень акне. ДИА рассчитывали в 1; 6 и 12-й мес терапии: клиническое выздоровление соответствовало разрешению акне-элементов более 70%; значительное улучшение — разрешению высыпаний на 70%; улучшение — уменьшению индекса ДИА на 50% и более; без изменений — отсутствие динамики [16, 17].

Базовую лабораторную диагностику (общий анализ крови, биохимическое исследование крови) выполняли до начала терапии и ежемесячно в процессе лечения до окончания курса.

Для оценки приверженности пациентов к оптимизированной схеме терапии и её влияния на динамику качества жизни рассчитывали Кардиффский индекс социальной дезадаптации (Cardiff Acne Disability Index, CADi) [12] до лечения, через 6 и 12 мес. CADi включает 5 вопросов и рассчитывается путём суммирования баллов за каждый вопрос (от 0 до 3), при этом максимальное значение — 15, минимальное — 0: чем выше число баллов, тем негативнее влияние дерматоза на качество жизни.

В качестве основной линии терапии пациенты получали препарат из группы ретиноидов (изотретиноин). По современным рекомендациям Американской академии дерматологии (American Academy of Dermatology, AAD) и Европейского форума дерматологов (European dermatology forum, EDF), изотретиноин относят к препаратам первой линии терапии для лечения *acne vulgaris* [1–4]. Основными показаниями для назначения пациентам системного изотретиноина являются тяжёлые формы и средней тяжести акне, не поддающиеся другим видам терапии; акне в сочетании с выраженными психоэмоциональными расстройствами по поводу заболевания; склонность к заживлению акне с образованием рубцов [1–3, 12, 13].

Изотретиноин назначали в стандартных дозировках (начальная 0,5–0,8 мг/кг с последующим её уменьшением до 0,4–0,5 мг/кг в сутки). Титрование суточной дозы осуществляли ежемесячно в зависимости от динамики

клинических проявлений, переносимости препарата и побочных эффектов. Продолжительность курса, определяемая набором кумулятивной дозы и регрессом клинических проявлений, варьировала от 8 до 12 мес. Дополнительно все пациенты получали средства по уходу за кожей, эмолиенты, фотопroteкцию.

Актуальным и не до конца изученным на сегодняшний день остаётся вопрос, когда следует проводить процедуры, направленные на коррекцию комплекса постакне. В нашем исследовании был использован многокомпонентный топический препарат Контрактубекс Анти-Ред. В состав геля входят две органические кислоты: босвеллиевая кислота оказывает в тканях выраженный антипролиферативный, антисептический и противовоспалительный эффект путём ингибирования синтеза лейкотриена; гиалуроновая кислота широко применяется в косметологии и известна своим гидратирующим действием на кожу, в том числе на ткани рубца, что поддерживает в нём оптимальную влажность и равновесие между межклеточным веществом и волокнистыми структурами.

Оригинальный компонент препарата — цепапин (Cepalin). Это вещество содержится в экстракте лука Серае, который, как и босвеллиевая кислота, обладает противовоспалительным, антибактериальным антигиперпролиферативным действием; способствует поддержанию равновесия между делением и апоптозом клеток кожи; стимулирует выработку коллагена. Необходимо отметить, что цепапин характеризуется фибринолитическим эффектом, который способствует исчезновению сгустков крови и ограничивает рост рубца.

В состав препарата также входит аллантоин (Allantoin) — вещество с широким химическим составом (мукополисахариды, глюкоза, гликозиды, фруктоза, каротины), откуда и многообразные эффекты, реализуемые этим элементом. Аллантоин является активным веществом: собирает и удерживает влагу; улучшает кровообращение; обладает антиоксидантным, регенерационным, противовоспалительным, антибактериальным и кератолитическим (растворяет верхний ороговевший слой рубца) эффектом, а в качестве косметической составляющей геля Контрактубекс Анти-Ред оказывает успокаивающее и депигментирующее действие. Эффективно нивелирует раздражение, смягчает, увлажняет и питает кожу.

Суммируя вышеперечисленные свойства входящих в гель Контрактубекс Анти-Ред субстанций, его применение может способствовать нормотрофическому замещению повреждённого участка кожи.

Для изучения влияния многокомпонентного топического препарата на динамику постакне пациенты с рубцами постакне были распределены в 3 подгруппы: в 1-ю вошли 20 пациентов, которым со второго месяца терапии ретиноидами дополнительно со средствами ухода был назначен Контрактубекс Анти-Ред

Таблица. Рейтинговая шкала постакне D. Goodman [14]

Table. Rating scale for acne scars D. Goodman [14]

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

2 раза в день на протяжении 6 мес; во 2-ю — 20 человек, которым препарат назначали через 4 мес, после стабилизации периода обострения на фоне лечения изотретиноином; в 3-ю — 20 человек, которые получали только изотретиноин и средства ухода за кожей. Динамику рубцовых изменений учитывали согласно международной качественной и количественной оценочной шкале рубцов постакне D. Goodman [14] (табл.) и системе оценки тяжести рубцов постакне J.K. Tan (Acne Scar Severity Score, SCAR-S) [18] (рис. 3).

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

$$N = \sum AB,$$

где А — число баллов, соответствующее уровню поражения; В — множитель, который определяется количеством рубцов определённого уровня поражения: 1–10 элементов — множитель 1; 11–20 элементов — 2; более 20 элементов — 3.

В 2010 г. J.K. Tan с соавт. [18] предложили систему оценки тяжести рубцов постакне (SCAR-S), в основу которой легла шестибальная шкала, позволяющая оценивать рубцы постакне изолированно на различных участках кожи (лицо, грудь, спина); см. рис 3. Итоговая оценка складывается из суммы баллов по каждой области (от 0 до 15).

Этические нормы

Протокол исследования (№ 10/21 27.05.2020) одобрен локальным этическим комитетом РостГМУ.

Статистический анализ

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета статистических программ SPSS Statistics 17 и Microsoft Excel 2016. Представлены описательные методы статистического анализа.

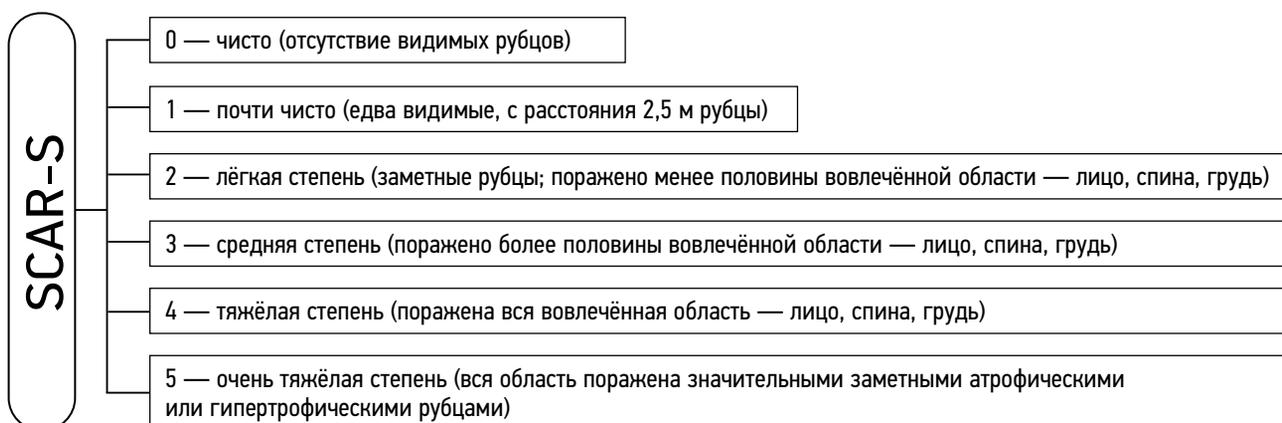


Рис. 3. Система оценки тяжести рубцов постакне (Acne Scar Severity Score, SCAR-S).

Fig. 3. The system for assessing the severity of post-acne scars (Acne Scar Severity Score, SCAR-S).

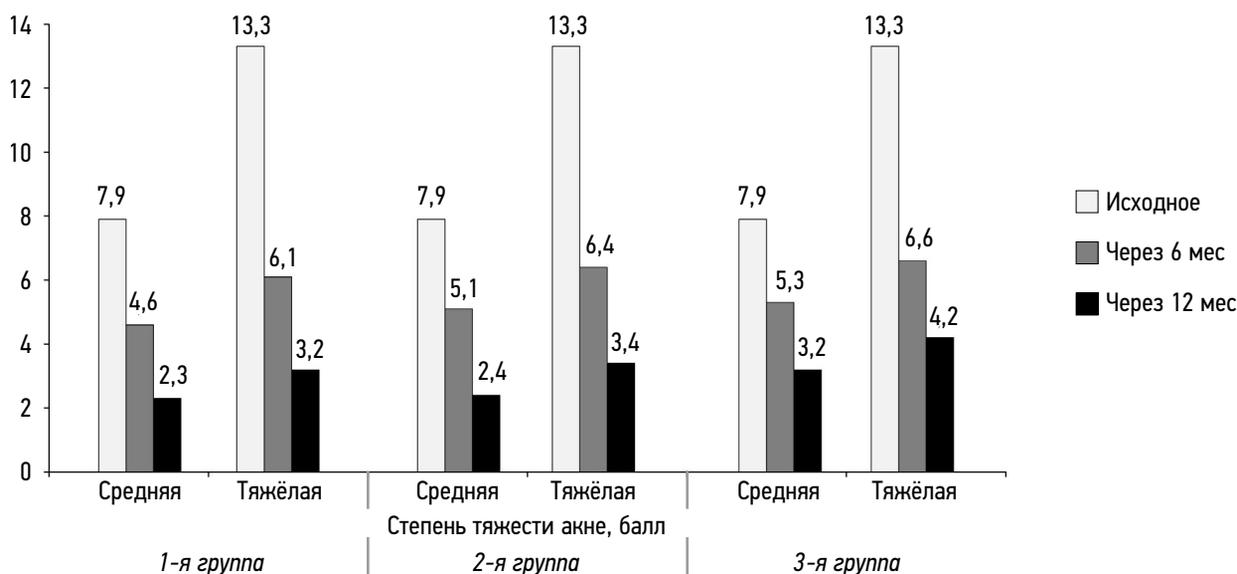


Рис. 4. Динамика дерматологического индекса акне (ДИА) в процессе комплексной терапии изотретиноином и гелем Контрактубекс Анти-Ред.

Fig. 4. DIA dynamics in the course of complex therapy of acne with isotretinoin and Kontraktubex Anti-Red gel.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст респондентов составил $25 \pm 3,1$ года. Длительность заболевания варьировала от 2 мес до 12 лет.

Распределение больных с учётом клинической формы акне было следующим: вульгарные папуло-пустулёзные средней ($n=26$) и тяжёлой ($n=20$) степени; поздние средней ($n=9$) и тяжёлой ($n=5$) степени.

Основные жалобы пациентов были связаны с повышенной жирностью, блеском кожи, наличием комедонов и высыпаний. Папуло-пустулёзные элементы в основном располагались на лице (98%). В возрастной группе 18–20 лет превалировало центрофациальное (Т-зона) расположение элементов, у взрослых женщин очаги обычно располагались в нижней трети лица (U-зона). Оценивая состояние кожного покрова в целом, необходимо отметить, что у 35 (68%) пациентов ДИА варьировал в пределах $6 \pm 2,3$ баллов, что соответствовало средней степени тяжести акне; ДИА тяжёлой степени ($7,9 \pm 2,21$ баллов) зарегистрирован в 25 (42%) случаях, у 9 (15%) пациентов показатель индекса был более 10 баллов ($13,3 \pm 1,21$), что соответствовало очень тяжёлому течению заболевания. Динамика ДИА в процессе комплексной терапии изотретиноином и гелем Контрактубекс Анти-Ред у пациентов с различной степенью тяжести акне представлена на диаграмме (рис. 4.)

К 6-му месяцу терапии у 29 (82,8%) пациентов со средней степенью тяжести отсутствовали воспалительные элементы, число папулёзных элементов было единичным. У лиц с тяжёлым течением более чем на 60% снизились показатели папул

и пустул. Динамика индекса была более существенной (на 10% выше) в 1-й и 2-й группах по сравнению с 3-й группой респондентов. Практически полное купирование воспалительного процесса и регресс элементов отмечены через 12 мес после применения комплексной терапии. Более существенное снижение индекса ДИА (72%; динамика показателя от 7,9 до 2,3 баллов) отмечено у пациентов 1-й группы со средней степенью тяжести, что было на 6% выше по сравнению со 2-й группой (от 7,9 до 2,4 баллов) и на 12% — с 3-й (от 7,9 до 3,2 баллов). Похожая тенденция наблюдалась у лиц с тяжёлым течением акне: наибольший регресс ДИА, соответствующий клиническому выздоровлению, отмечен у 37 (61,7%) пациентов 1-й группы, значительное улучшение (снижение ДИА на 70%) — у 18 (30,%) участников 2-й группы, улучшение (снижение ДИА на 60%) — у 5 (8,3%) пациентов 3-й группы.

Атрофические рубцы встречались практически у всех пациентов с различными клиническими формами акне и преобладали у лиц женского пола, причём частота их формирования напрямую коррелировала с давностью заболевания и агрессивностью течения кожного патологического процесса. Максимальный показатель отмечен в группе лиц, страдающих акне более 3 лет. Преимущественно рубцы локализовались на лице.

По времени формирования выделяли незрелые рубцы со сроком существования до года (у 20%) и зрелые — соответственно, более 12 мес (у 80%).

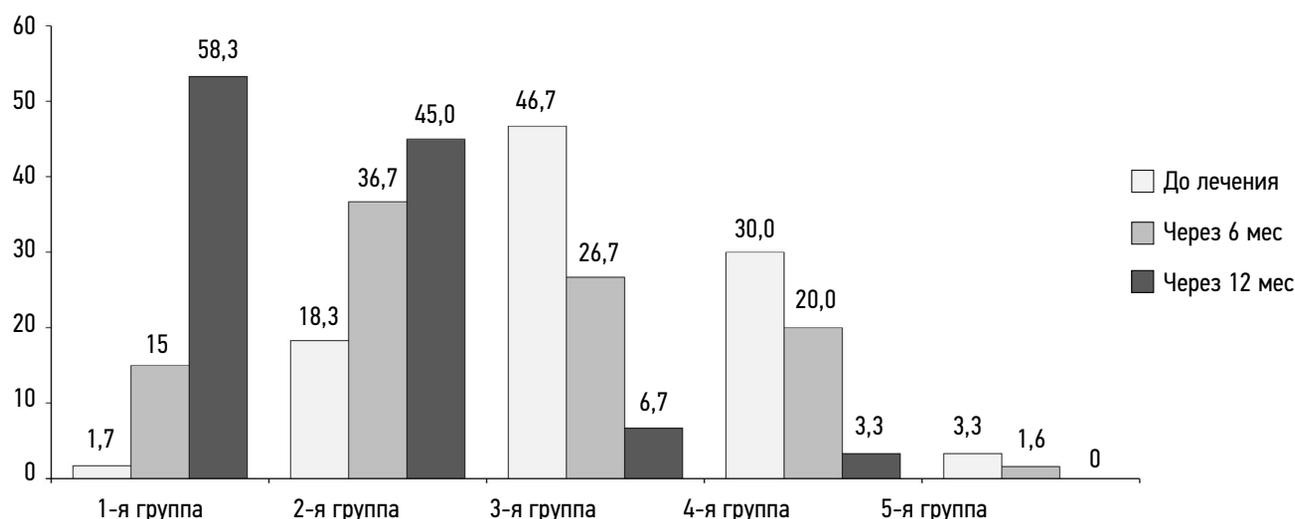


Рис. 5. Степень тяжести рубцов постакне SCAR-S в процессе лечения.

Fig. 5. The severity of acne scars SCAR-S during treatment.

У пациентов с папуло-пустулёзной формой акне средней и тяжёлой степени преобладали U-образные рубцы — у 53 (88,3%), V-образные — у 49 (81,6%), M-образные — у 43 (71,6%). По классификации D. Goodman и соавт., рубцы I уровня поражения наблюдались в 39 (65,0%) случаях, II — в 57 (95,0%), III — в 24 (40,0%), IV — в 10 (16,6%), при этом суммарный индекс выраженности рубцов постакне составил 7 баллов. Распределение пациентов по шкале SCAR-S до начала лечения, через 6 и 12 мес представлено на диаграмме (рис. 5).

Наибольшие показатели по шкале SCAR-S до лечения (более 50% поражённой ткани кожи) были в 3-й и 4-й группах, что коррелировало со средней и тяжёлой степенью болезни. Спустя полгода показатель заметно сместился во 2-ю группу, а через 12 мес наблюдалось существенное доминирование значений в 1-й и 2-й группе, что клинически выражалось едва заметными единичными рубцовыми изменениями кожи. Суммарный индекс выраженности рубцов постакне по D. Goodman составил 3 балла через 12 мес комплексной терапии, т.е. уменьшился более чем в 2 раза в 1-й и 2-й подгруппах, и 5 баллов в 3-й группе. Более раннее использование геля Контрактубекс Анти-Ред способствовало более быстрому нормотрофическому замещению дефектов кожи.

В отношении оценки симптомов постакне по динамической квартильной шкале наблюдалась выраженная положительная динамика: поствоспалительная эритема уменьшилась на 75%; дисхромии разрешились на 70%; морфологическая структура рубцов и их число, рельеф, сужение пор уменьшились на 58,1% (в большей степени за счёт рубцов лёгкой и умеренной степени тяжести). В результате проведённого лечения у пациентов 1-й группы общий показатель терапии

составил 86 баллов у лиц со средней степенью тяжести и 78 — с тяжёлой, что диагностировалось как отличное состояние, во 2-й группе — 81 и 72 соответственно, в 3-й группе — 76 и 68 баллов, т.е. показатель хорошего состояния.

При сравнении результатов лечения отмечено, что давность заболевания у пациентов с незрелыми и зрелыми рубцами заметно сказывалась на динамике кожного патологического процесса.

У пациентов 3-й группы морфологическая структура рубцов и их рельеф имели не столь выраженную динамику улучшений по сравнению с 1-й и 2-й группами, а на местах новых высыпаний в первые месяцы терапии изотретиноином у них продолжали формироваться рубцы.

Можно подчеркнуть, что использование Контрактубекс Анти-Ред на ранних сроках терапии ретиноидами обладает определённой профилактической направленностью в отношении формирования атрофических рубцов, что подтверждалось отсутствием новых вторичных элементов.

Таким образом, анализируя показатели индекса качества жизни пациентов как одного из важных параметров эффективности терапевтических мероприятий, у всех участников исследования с рубцовыми деформациями на фоне терапии Контрактубекс Анти-Ред в сочетании с изотретиноином отмечено улучшение результатов. Исходные значения индекса CADL были сопоставимы в трёх подгруппах и составляли для пациентов со средней степенью тяжести 8,0 баллов, для пациентов с тяжёлой формой — 13,2 балла. После проведённой терапии в подгруппах 1 и 2, которые совместно с изотретиноином получали препарат Контрактубекс Анти-Ред, показатель к концу лечения по сравнению с исходным снизился на 70% (рис. 6–8).



Рис. 6. Пациент А., клинические проявления акне в начале терапии, через 6 и 12 мес.

Fig. 6. Patient A., clinical manifestations of acne at the beginning of therapy, after 6 and 12 months.



Рис. 7. Пациент С., клинические проявления акне в начале терапии, через 6 и 12 мес.

Fig. 7. Patient S., clinical manifestations of acne at the beginning of therapy, after 6 and 12 months.



Рис. 8. Пациент С., клинические проявления акне в начале терапии, через 6 и 12 мес.

Fig. 8. Patient S., clinical manifestations of acne at the beginning of therapy, after 6 and 12 months.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хороший косметический эффект, безопасность, отсутствие побочных эффектов, комфортность и удобство применения позволяют рекомендовать Контрактубекс Анти-Ред совместно с базовыми средствами терапии акне. Максимальный эффект от лечения достигается в том случае, если достигнут консенсус между врачом и пациентом: врач сумел убедить больного в необходимости терапии, а пациент выполняет все его рекомендации.

Таким образом, основными стратегическими задачами дерматолога и косметолога в лечении пациентов с акне является своевременная адекватная терапия этого хронического дерматоза и параллельная коррекция последствий заболевания.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при подготовке статьи.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов. Катханова О.А. — концепция и дизайн статьи; литературный обзор, написание текста статьи, редактирование и оформление статьи для публикации; Глазко И.И. — концепция и дизайн статьи, редактирование и оформление статьи для публикации; Григорянц С.А. — литературный обзор, написание текста статьи, редактирование и оформление статьи

для публикации. Авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Согласие пациентов. Пациенты добровольно подписали информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме в журнале «Российский журнал кожных и венерических болезней».

ADDITIONAL INFO

Funding source. This work was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Author contribution. *Katkhanova O.A.* — concept and design of the article, literary review, writing the text of the article, editing and design of the article for publication; *Glazko I.I.* — concept and design of the article, editing and design of the article for publication; *Grigoryants S.A.* — literary review, writing the text of the article, editing and design of the article for publication. The authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis of literature, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Patients permission. The patients voluntarily signed an informed consent to the publication of personal medical information in depersonalized form in the journal «Russian journal of skin and venereal diseases».

ЛИТЕРАТУРА

1. Dreno B., Layton A., Zouboulis C., et al. Adult female acne: a new paradigm // *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013. Vol. 27, N 9. P. 1063–1070. doi: 10.1111/jdv.12061
2. Thiboutot D.M., Dreno B., Abanmi A., et al. Practical management of acne for clinicians: an international consensus from Global Alliance to improve outcomes in acne // *J Am Acad Dermatol.* 2018. Vol. 78, N 2, Suppl 1. P. S1–S23. doi: 10.1016/j.jaad.2017.09.078
3. Демина О.М., Потекаев Н.Н., Картелишев А.В. Клинико-патогенетические особенности и методы терапии поздних форм угревой болезни у женщин // *Клиническая дерматология и венерология.* 2015. Т. 14, № 6. С. 133–137. doi: 10.17116/klinderma2015146133-137
4. Lvov A.N., Kornyat M.S., Igoshina A.V., Nazarenko A.R. Perspectives in acne therapy: an analytical review // *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya.* 2019. Vol. 18, N 2. P. 115–128. doi: 10.17116/klinderma201918021115
5. Nast A., Dréno B., Bettoli V., et al. European evidence-based (S3) guideline for the treatment of acne-update 2016: short version // *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016. Vol. 30, N 8. P. 1261–1268. doi: 10.1111/jdv.13776
6. Carlavan I., Bertino B., Rivier M., et al. Atrophic scar formation in patients with acne involves long-acting immune responses with plasma cells and alteration of sebaceous glands // *Br J Dermatol.* 2018. Vol. 179, N 4. P. 906–917. doi: 10.1111/bjd.16680
7. Hayashi N., Miyachi Y., Kawashima M. Prevalence of scars and “Mini-Scars”, and their impact on quality of life in Japanese patients with acne // *J Dermatol.* 2015. Vol. 42, N 7. P. 690–696. doi: 10.1111/1346-8138.12885
8. Уфимцева М.А., Симонова Н.В., Бочкарев Ю.М., и др. Методы клинической оценки и лечения атрофических рубцов постакне // *Современные проблемы науки и образования.* 2020. № 2. С. 166. doi: 10.17513/spno.29704
9. Jacob C.I., Dover J.S., Kamminer M.S. Acne scarring: a classification system and review of treatment options // *J Am Acad Dermatol.* 2001. Vol. 45, N 1. P. 109–117. doi: 10.1067/mjd.2001.113451

10. Clark A.K., Saric S., Sivamani R.K. Acne scars: how do we grade them? // *Am J Clin Dermatol*. 2018. Vol. 19, N 2. P. 139–144. doi: 10.1007/s40257-017-0321-x

11. Kang S., Lozada V.T., Bettoli V., et al. New atrophic acne scar classification: reliability of assessments based on size, shape, and number // *J Drugs Dermatol*. 2016. Vol. 15, N 6. P. 693–702.

12. Санакоева Э.Г. Многофакторный анализ особенностей течения, диагностики и лечения акне средней и тяжелой степени тяжести как основа совершенствования качества медицинской помощи: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Москва, 2019. 27 с.

13. Толстая А.И., Зильберберг Н.В. Эффективность аблятивного фракционного фототермолиза в комплексной терапии воспалительных акне и атрофических рубцов постакне // *Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии*. 2013. Т. 8, № 4. С. 41–49.

14. Goodman G.J., Baron J.A. Postacne scarring: a qualitative global scarring grading system // *Dermatol Surg*. 2006. Vol. 32, N 12. P. 1458–1466. doi: 10.1111/j.1524-4725.2006.32354.x

15. Катханова О.А., Катханов А.М. Акне с позиции дерматолога и косметолога // *Вестник дерматологии и венерологии*. 2014. Т. 90, № 4. С. 75–82.

16. Katkhanova O.A., Katkhanov A.M. The experience in the use of topical retinoids and azelaic acid in therapy of acne // *Klinicheskaya Dermatologia i Venerologia*. 2015. № 6. С. 120–125. doi: 10.17116/klinderma2015146120-125

17. Кочергин Н.А., Самгин М.А., Монахов С.А., Игнатьев Д. Дерматологический индекс акне // *Эстетическая медицина*. 2004. Т. 3, № 1. С. 62–65.

18. Tan J.K., Tang J., Fung K., et al. Development and validation of a Scale for Acne Scar Severity (SCAR-S) of the face and trunk // *J Cutan Med Surg*. 2010. Vol. 14, N 4. P. 156–160. doi: 10.2310/7750.2010.09037

REFERENCES

1. Dreno B, Layton A, Zouboulis C, et al. Adult female acne: a new paradigm. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27(9):1063–1070. doi: 10.1111/jdv.12061

2. Thiboutot DM, Dreno B, Abanmi A, et al. Practical management of acne for clinicians: an international consensus from Global Alliance to improve outcomes in acne. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78(2 Suppl 1):S1–S23. doi: 10.1016/j.jaad.2017.09.078

3. Demina OM, Potekaev NN, Kartelishv AV. Clinical and pathogenetic features and methods of therapy of late forms of acne in women. *Clinical Dermatology and Venereology*. 2015;14(6):133–137. (In Russ). doi: 10.17116/klinderma2015146133-137

4. Lvov AN, Kornyat MS, Igoshina AV, Nazarenko AR. Perspectives in acne therapy: an analytical review. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2019;18(2):115–128. doi: 10.17116/klinderma201918021115

5. Nast A, Dréno B, Bettoli V, et al. European evidence-based (S3) guideline for the treatment of acne—update 2016: short version. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30(8):1261–1268. doi: 10.1111/jdv.13776

6. Carlavan I, Bertino B, Rivier M, et al. Atrophic scar formation in patients with acne involves long-acting immune responses with plasma cells and alteration of sebaceous glands. *Br J Dermatol*. 2018;179(4):906–917. doi: 10.1111/bjd.16680

7. Hayashi N, Miyachi Y, Kawashima M. Prevalence of scars and “Mini-Scars”, and their impact on quality of life in Japanese patients with acne. *J Dermatol*. 2015;42(7):690–696. doi: 10.1111/1346-8138.12885

8. Ufimtseva MA, Simonova NV, Bochkarev YM, et al. Methods of clinical assessment and treatment of post-acne atrophic scars. *Modern Problems of Science and Education*. 2020;(2):166. (In Russ). doi: 10.17513/spno.29704

9. Jacob CI, Dover JS, Kaminer MS. Acne scarring: a classification system and review of treatment options. *J Am Acad Dermatol*. 2001;45(1):109–117. doi: 10.1067/mjd.2001.113451

10. Clark AK, Saric S, Sivamani RK. Acne scars: how do we grade them? *Am J Clin Dermatol*. 2018;19(2):139–144. doi: 10.1007/s40257-017-0321-x

11. Kang S, Lozada VT, Bettoli V, et al. New atrophic acne scar classification: reliability of assessments based on size, shape, and number. *J Drugs Dermatol*. 2016;15(6):693–702.

12. Sanakoeva EG. Multifactorial analysis of the features of the course, diagnosis and treatment of acne of moderate and severe severity as a basis for improving the quality of medical care [dissertation abstract]. Moscow; 2019. 27 p. (In Russ).

13. Tolstaya AI, Zilberberg NV. The effectiveness of ablative fractional photothermolysis in the complex therapy of inflammatory acne and atrophic post-acne scars. *Modern Problems of Dermatovenereology, Immunology and Medical Cosmetology*. 2013;(4):41–49. (In Russ).

14. Goodman GJ, Baron JA. Postacne scarring: a qualitative global scarring grading system. *Dermatol Surg*. 2006;32(12):1458–1466. doi: 10.1111/j.1524-4725.2006.32354.x

15. Katkhanova OA, Katkhanov AM. Acne from the position of a dermatologist and cosmetologist. *Bulletin of Dermatology and Venereology*. 2014;90(4):75–82. (In Russ).

16. Katkhanova OA, Katkhanov AM. The experience in the use of topical retinoids and azelaic acid in therapy of acne. *Klinicheskaya Dermatologia i Venerologia*. 2015;(6):120–125. doi: 10.17116/klinderma2015146120-125

17. Kochergin NA, Samgin MA, Monakhov SA, Ignatiev D. Dermatological index of acne. *Aesthetic Medicine*. 2004;3(1):62–65.

18. Tan JK, Tang J, Fung K, et al. Development and validation of a Scale for Acne Scar Severity (SCAR-S) of the face and trunk. *J Cutan Med Surg*. 2010;14(4):156–160. doi: 10.2310/7750.2010.09037

ОБ АВТОРАХ

* **Катханова Ольга Алиевна**, д.м.н., профессор;
адрес: Российская Федерация, 344022, Ростов-на-Дону,
Ростовская обл., ул. Суворова, д. 119;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4537-401X>;
eLibrary SPIN: 8935-3537;
e-mail: okathanova@mail.ru

Григорянц Светлана Анушавановна, аспирант;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7625-0503>;
e-mail: svetulya2597@mail.ru

Глазко Ирина Ивановна, к.м.н., доцент;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8512-3736>;
eLibrary SPIN: 5118-8201;
e-mail: irinap17@yandex.ru

* Автор, ответственный за переписку

AUTHORS INFO

* **Olga A. Katkhanova**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;
address: 119, Suvorova st., Rostovskaya obl,
Rostov-on-Don, 344022, Russia;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4537-401X>;
eLibrary SPIN: 8935-3537;
e-mail: okathanova@mail.ru

Svetlana A. Grigoryants, Graduate Student;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7625-0503>;
e-mail: svetulya2597@mail.ru

Irina I. Glazko, MD, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8512-3736>;
eLibrary SPIN: 5118-8201;
e-mail: irinap17@yandex.ru

* The author responsible for the correspondence