

# ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИДРОЛИЗАТА ПЛАЦЕНТЫ ЧЕЛОВЕКА В ЛЕЧЕНИИ ПОЗДНЕГО АКНЕ, РЕЗИСТЕНТНОГО К ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ, И СИМПТОМОКОМПЛЕКСА «ПОСТАКНЕ»

**Бычкова  
Наталья  
Юрьевна**

к.м.н., ФГБОУ ВО  
ИГМА Минздрава  
России, главный  
внештатный специа-  
лист-эксперт МЗ УР  
по косметологии,  
президент  
Ассоциации  
«Секция эстетиче-  
ской медицины»,  
директор много-  
профильной кли-  
ники «Молодость»,  
Ижевск,  
Республика  
Удмуртия



## Актуальность

Акне – хронический дерматоз, при котором могут наблюдаться изменения кожи лица, обезображивающие, по мнению пациентов, их внешний вид и приносящие им глубокие страдания. Тяжелые формы угревой болезни приводят к социальной дезадаптации и ограничениям в выборе профессии [2]. Акне имеет мультифакториальный генез, может являться единственным маркером системной патологии, в частности, заболеваний репродуктивной системы [3]. Нередко пациенты недостаточно информированы о возможностях лечения заболевания, считая это эстетическим дефектом, что приводит к поздней обращаемости, на стадии сформированных осложнений (**рис. 1**). Дерматоз часто приобретает затяжное течение, которое может проявляться различными клиническими формами – от легких и средней тяжести до тяжелых. У 12% женщин и 3% мужчин угревые высыпания принимают персистирующий, устойчивый к терапии характер. Нередко на месте регрессировавших элементов возникают гипотрофические рубцы и пигментация, так называемые элементы «постакне» [4–6].

## Материалы и методы

В 2008–2015 гг. в Удмуртии была разработана и внедрена программа профилактики акне УНИКУМ (Угрей нет, идеальная кожа у меня – разработчик: Бычкова Н.Ю., исследователи:



**Рис. 1.** Акне у пациента 27 лет, впервые обратившегося к дерматологу

Журавлева Л., Шалаумова Е., Загрдинова Р., Храмова А.). Обследовано 798 пациентов (557 женщин и 241 мужчина в возрасте от 14 до 45 лет) – жителей Ижевска и районов республики. Для изучения особенностей заболевания и степени его влияния на повседневную жизнь была использована анкета, разработанная на основе дерматологических индексов оценки тяжести кожного процесса и качества жизни. Для клинической оценки заболевания применялись степень оценки тяжести высыпаний акне (G. Plewig, M. Kligman), дерматологический индекс акне (ДИА) и шкала APSEA (Assessment of Psychological and Social Effect of Acne). Для определения влияния заболевания на качество жизни использовался кардиффский индекс инвалидизации (социальной дезадаптации), связанной с угревой болезнью CADI (Cardiff Acne Disability Index), дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) и скрининговый опросник оценки собственной привлекательности (СОСП) [2].

## Результаты

Значительная часть респондентов 737 (91,97%) отмечали неудовлетворенность своим внешним видом и значимость влияния данного заболевания на качество жизни (рис. 2). Из них 361 человек (48,98%) указали на снижение самооценки, 221 (29,98%) – отметили влияние акне на поиск партнера, сексуальные отношения, 147 (19,94%) – на поиск работы. Длительность течения заболевания к моменту начала терапии составила от 3 до 22 лет (среднее значение 6,31 года). В нашем исследовании дисхромия, рубцы, ретенционные кисты, деформация выводных протоков сальных желез наблюдались у 247 (30,95%) больных.



Рис. 2. Акне у пациентки 38 лет с выраженной социальной дезадаптацией (САДИ – 12 баллов, СОСП – 62)

В анамнезе у всех пациентов имелись указания на длительное, бесконтрольное и бессистемное применение косметических и дерматологических препаратов. Нами были выделены основные «причины», которые, по мнению обследованных, помешали своевременному началу адекватной терапии: медицинские, внутренние и социальные (табл. 1).

По нашему мнению, проблема позднего обращения и высокая частота развития осложнений обусловлена

Таблица 1. Причины позднего начала лечения акне

<b>Внутренние</b>	52%	«Эстетический дефект» – камуфляж элементов, а не лечение
<b>Медицинские</b>	95%	Медработник – барьер для назначения своевременной терапии
<b>Социальные</b>	4%	Религиозные, экономические и прочие

недостаточной информированностью больных о возможностях лечения акне. В половине случаев опрошенные (415 больных (52,0%)) рассматривают эту ситуацию как эстетический дефект, а не заболевание, не подозревая о возможностях терапии и пытаясь «решить эту проблему» при помощи эстетического камуфляжа, подсушивающими препаратами и/или «лечебными» косметическими средствами. С другой стороны, большинство пациентов 758 (94,98%) обращались за рекомендациями к медицинским работникам (косметологам, медицинским сестрам по косметологии, гинекологам, педиатрам, гастроэнтерологам, школьным медицинским сестрам), но тактика обследования и проводимая терапия не соответствовали существующим стандартам [1], что привело к позднему началу адекватной терапии, неверию пациентов в возможности лечения и развитию осложнений.

К моменту обращения за профессиональной помощью к врачу-дерматологу каждый третий пациент (30,95% обследованных) имел сформированный симптомокомплекс «постакне»: постлевоинфекционный гипермеланоз наблюдался у 143 человек, атрофические рубцы – у 114, расширение, деформация выводных протоков сальных желез, формирование ретенционных кист – у 89 обследованных, изменения текстуры кожи («грубая», с расширенными порами) – у 54 и наличие сосудистых пятен – у 44 пациентов (табл. 2). Чаще всего отмечалась постлевоинфекционная гиперпигментация (L81.0), связанная с избыточной продукцией

меланина меланоцитами (меланотический гипермеланоз).

## Лечение

Для коррекции имеющихся очагов гипермеланоза мы использовали комбинированный протокол, включающий пилинги, содержащие ретинол и АНА-кислоты, и препарат на основе гидролизата плаценты человека (ГПЧ), зарегистрированный как интрадермальный имплантат, который, по мнению ряда авторов, отличается высокой эффективностью в лечении дисхромий. Его воздействие на пигментацию кожи обусловлено способностью ГПЧ влиять на меланогенез путем увеличения экспрессии медьзависимого фермента тирозиназы и тирозиназа связанных белков 1 и 2 (TRP1 и TRP2) [7]. Наиболее вероятно, что активными компонентами ГПЧ в данном случае являются сфинголипиды и меланоцитмодулирующие пептиды [8]. Препарат вводился интрадермально на глубину 2–3 мм в зависимости от локализации очагов гиперпигментации приблизительно по 0,03–0,04 мл на введение. Интервалы между инъекциями 4–6 мм, папула не визуализировалась, за исключением периорбитальной области. Таким образом, обрабатывался весь участок гипермеланоза, а на местах с большим количеством пигмента (более темных) и по краю очагов гиперпигментации расстояние между вколами уменьшали до 2–3 мм (в этих зонах осуществлялось более «плотное покрытие»). Расход препарата зависел от площади очага поражения и в среднем

Таблица 2. Частота осложнений у обследованных

Всего	Дисхромии	Рубцы	Расширенные поры	Неравномерная текстура кожи	Изменения сосудистого характера
247	143 (57,89%)	114 (46,15%)	89 (36,03%)	54 (21,86%)	44 (17,81%)

составлял 0,15 мл на 1 см<sup>2</sup>. При наличии смешанной эпидермодермальной гиперпигментации зона гипермеланома дополнительно прорабатывалась в технике срединного напая. В течение курса коррекции проводилось от 3 до 5 процедур, интервал между введениями составлял от 7 до 14 дней.

Для коррекции имеющихся рубцовых дефектов (L90.5) мы применяли:

1) субцизию (подсечение) рубцов с последующим интрадермальным введением препаратов, содержащих коллаген или сукцинат натрия и гиалуроновую кислоту;

2) пилинги трихлоруксусной кислотой (10–20–30%).

Процедура выполнялась под аппликационной анестезией в условиях процедурного кабинета. Иглой 25G проводилось подсечение дна рубца с нескольких сторон, дефект заполнялся биодеградируемыми дермальными наполнителями (коллаген или ретикулированная гиалуроновая кислота средней вязкости). Наряду с локальным введением проводилось армирование зон множественных рубцовых дефектов в технике «решетка», при этом дополнительно отсепаровывались более грубые соединительнотканые тяжи. Препарат вводился линейно-ретроградно, сразу же выполнялась компрессия обработанной области.

Через 3 недели после проведения предпилинговой подготовки выполнялся пилинг трихлоруксусной кислотой. На корректируемую область наносили 10%-ный раствор ТСА до появления «кружевного» фроста, далее на участки кожи с множественными рубцовыми дефектами наносили 20%-ный раствор ТСА до равномерного белого фроста. На более глубокие рубцы локально с помощью тонкой деревянной палочки наносили 30%-ный раствор ТСА. По нашему мнению, использование различных концентраций ТСА способствует повышению эффективности процедуры, уменьшает вероятность появления демаркационной линии и ускоряет сроки реабилитации. Через месяц после проведения ТСА-пилинга при наличии показаний повторно проводилась процедура сепаровки и заполнения рубцовых дефектов.

У 12 пациентов к моменту проведения обследования не было полной ремиссии заболевания, клинически наблюдались явления эволюционного полиморфизма: имелись немногочисленные воспалительные папулезные элементы застойно-красного цвета диаметром 0,3–0,5 см, участки гипермеланома и атрофические рубцы. Высыпания преимущественно локализовались на коже щек и подбородка, были болезненными, существовали продолжительное время. После регресса элементов часто формировались атрофические рубчики, комедонов на момент осмотра не было. Все эти больные неоднократно получали лечение адапаленом и/или бензоилпероксидом в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению акне [1], но улучшение после окончания терапии было непродолжительным, стойкой ремиссии не наблюдалось. От назначения системной терапии изотретиноином пациенты отказывались в силу различных причин (планируемая беременность, фобии, экономические причины, хронические соматические заболевания и пр.). Этим больным было предложено лечение препаратом на основе гидролизата плаценты человека (ГПЧ) для коррекции имеющейся дисхромии на фоне базисной терапии препаратами азелаиновой кислоты (20%-ный крем или 15%-ная мазь) (рис. 3).

До начала лечения дерматологический индекс (ДИКЖ) достигал у этих больных 30 баллов (МАХ) и в среднем составил 22,7 балла, что свидетельствует о выраженном отрицательном влиянии позднего акне на качество жизни больных.

В ходе терапии средние показатели балльной оценки снизились в 3,4 раза, достигнув у 11 пациентов нормальных величин. Регресс клинической симптоматики сопровождался улучшением качества жизни, снижением выраженности тревоги и депрессивных расстройств. У всех пролеченных с применением комплексной терапии препаратами ГПЧ и азелаиновой кислоты наблюдалась ремиссия позднего акне в течение года терапии и значительное уменьшение выраженности постакне: участки гиперпигментации «посветлели», рубцы стали менее заметными.

## И в заключение

1. Поздние и осложненные формы акне оказывают существенное влияние на качество жизни пациентов. Значительная часть респондентов отметили неудовлетворенность своим внешним видом, снижение самооценки, влияние акне на поиск партнера, сексуальные отношения, поиск работы.



Рис. 3. Комбинированное лечение позднего акне препаратами ГПЧ и азелаиновой кислоты: А – до лечения; Б – спустя год после лечения

2. Длительность течения заболевания к моменту обследования составила от 3 до 22 лет. У каждого третьего пациента наблюдались осложнения (дисхромия, рубцы, ретенционные кисты, деформация выводных протоков сальных желез).

3. Повышение информированности специалистов (косметологов, медицинских сестер по косметологии, гинекологов, педиатров, гастроэнтерологов, школьных медицинских сестер), к которым наряду с дерматологами обращаются больные угревой болезнью, будет способствовать более раннему началу лечения, позволит повысить качество оказания медицинской помощи и снизить риск развития осложнений.

4. Изучение методов комплексной терапии в косметологической и дерматологической практике и их комбинаций для лечения позднего акне, резистентного к традиционной терапии, и симптомокомплекса «постакне» является перспективным и требует проведения дальнейших исследований. ■

#### ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Акне. Клинические рекомендации / под ред. А.А. Кубановой. – М.: ДЭКС – Пресс, 2010. – 28 с.*
- [2] *Бычкова Н.Ю. Акне в общемедицинской практике // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. – 2014. – № 2. – С. 39–41.*
- [3] *Набиева П.А., Романцова Т.И., Кузнецова И.В. Андрогензависимая дерматопатия: локальная проблема или проявление системных нарушений? // Проблемы репродукции. – 2012. – № 1. – С. 7–52.*
- [4] *Самцов А.В. Акне и акнеформные дерматозы. – М.,: ФАРМТЕК, 2014. – 352 с.*
- [5] *Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. – СПб.: ЭЛБИ, 2002. – С. 223–229.*
- [6] *Jappe U., Ingham E., Henwood J., Holland K.T. Propionibacterium acnes and inflammation in acne: P. acnes has T-cell mitogenic activity // Br. J. 117. Dermatol. 2002. – Vol. 146. – P. 202–209.*
- [7] *Mallick S., Singh S.K., Sarkar C. et al. Human placental lipid induces melanogenesis by increasing the expression of tyrosinase and its related proteins in vitro // Pigment. Cell. Res. 2005. Vol. 18. № 1. P. 25–33.*
- [8] *Pal P., Mallick S., Mandal S.K. et al. A human placental extract: in vivo and in vitro assessments of its melanocyte growth and pigment-inducing activities // Int. J. Dermatol. 2002. Vol. 41. № 11. P. 760–767.*

## III МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ФОРУМ RHANA

«НАУКА УПРАВЛЕНИЯ ВОЗРАСТОМ.  
МЕДИЦИНА ПРОТИВ СТАРЕНИЯ»

12 ДЕКАБРЯ 2018, 13:00, ЛОТТЕ ОТЕЛЬ МОСКВА



СПЕЦИАЛЬНЫЙ ГОСТЬ – АНДРЕЙ МАЛАХОВ

ЗВЕЗДНЫЕ СПИКЕРЫ

Чихару Ватанабе (Япония) | Жерар Салама (Франция)

Ильницкий А.Н. | Чемянов Г.С. | Шарова А.А

Регистрация - [www.rhanacorporation.ru](http://www.rhanacorporation.ru)

РЕКЛАМА