

<https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-2-81-86>

Комплексное применение продуктов косметики линии А «Скинормил» при уходе за кожей больных акне

Винцерская Г. А.^{*}, Нгема М. В., Прохоров Д. В., Кузнецова М. Ю., Шеренговская Ю. В.

Медицинская академия им. С. И. Георгиевского Крымского федерального университета им. В. И. Вернадского 294006, Российская Федерация, г. Симферополь, б-р Ленина, д. 5/7

В статье изложены вопросы патогенеза акне, а также данные клинического исследования, которые свидетельствуют о том, что кожа больных с акне нуждается в комплексном уходе лечебными косметическими средствами. Длительное использование средств лечебной косметики оказывает положительное влияние на течение угревой болезни. В основе исследования лежит применение косметических средств линии А «Скинормил», включающей запатентованный комплекс Citobiol IRIS, сульфат цинка и витамин А. Проведено наблюдение за 74 больными с акне первой, второй и третьей степени тяжести, которым был рекомендован комплексный уход за кожей средствами лечебной косметики. По результатам анализа клинической картины сделан вывод, что на фоне правильного ухода отмечается положительная динамика в течении акне.

Ключевые слова: **акне, патогенез, косметика**

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Для цитирования: Винцерская Г. А., Нгема М. В., Прохоров Д. В., Кузнецова М. Ю., Шеренговская Ю. В. Комплексное применение продуктов косметики линии А «Скинормил» при уходе за кожей больных акне. Вестник дерматологии и венерологии. 2019;95(2):81–86. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-2-81-86>



Complex application of cosmetics products of the line A “Skinormil” in the care of the skin of patients with acne

Galina A. Vintserskaya*, Maria V. Ngema, Dmitry V. Prokhorov, Marina Yu. Kuznetsova, Yulia V. Sherengovskaya

Medical Academy named after S. I. Georgievsky, V. I. Vernadsky Crimean Federal University
Lenina blvd, 5/7, 294006, Simferopol, Russian Federation

The article outlines the questions of pathogenesis of acne as well as clinical trial data, which indicate that the skin of patients with acne needs comprehensive care with therapeutic cosmetics. Long term use of medical cosmetics has a positive effect on the course of acne disease. The basis of the study is the use of cosmetics line A “Skinormil” including the patented complex Citobiol IRIS, zinc sulfate and vitamin A. Seventy-four patients with acne of the first, second and third severity were monitored and it was recommended them a comprehensive skin care with medical cosmetics. According to the analysis of the clinical picture, it was concluded that on the background of proper care, there is a positive dynamics in the course of acne.

Keywords: **acne, pathogenesis, cosmetics**

Conflict of interest: the authors state that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

For citation: Vintserskaya G. A., Ngema M. V., Prokhorov D. V., Kuznetsova M. Yu., Sherengovskaya Yu. V. Complex application of cosmetics products of the line A “Skinormil” in the care of the skin of patients with acne. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2019;95(2):81–86. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-2-81-86>

■ Акне — это одно из самых распространенных дерматологических заболеваний в мире, охватывающие около 85–90 % населения земного шара. Акне страдают около 90 % подростков (12–21 год), на возраст старше 21 года приходится 85 % [1, 2]. Несмотря на то что данной проблеме посвящено множество публикаций, акне остается актуальной и востребованной темой для изучения, поскольку кроме косметических проблем проявления акне вызывают серьезные психоэмоциональные последствия, такие как стрессы, попытки суицида, тревогу, депрессию, дисморфофобию, социальную дезадаптацию [3]. Задача дерматологов и косметологов — минимизировать или устранить клинические проявления акне, обеспечить коже эстетический вид для того, чтобы повысить качество жизни больных.

В классическом патогенезе акне ведущая роль принадлежит следующим факторам: гиперсеборея, гиперкератоз, активация бактериальной флоры и воспаление [3, 4]. На протяжении многих лет ученые всего мира проводят исследования, которые посвящены подробному изучению механизмов патогенеза акне, но точная последовательность звеньев до сих пор не установлена.

Основные аспекты патогенеза связаны с действием внутренних и внешних факторов, влияющих на функцию сально-волосяного фолликула, поражение которого лежит в основе развития акне.

Прежде всего следует отметить, что в развитии акне играет роль наследственная предрасположенность. Доказано, что риск появления угревых высыпаний у человека превышает 50–70 %, если таковые высыпания были у его родителей. Но это не означает, что у всех пациентов с отягощенным анамнезом по угревой болезни однозначно будут проявления акне. Экспрессия генов зависит от воздействия внутренних и внешних факторов, которые могут привести к запуску генетической активности через много лет от момента получения генетического материала от родителей [1, 2, 5].

Триггерным фактором развития акне могут быть гормоны. В период полового созревания отмечается появление или увеличение количества угревых высыпаний, это связано с повышением уровня андрогенов, которые увеличивают скорость деления себоцитов, усиливая выработку секрета сальных желез, и стимулируют гиперкератоз в области фолликулярного протока (через регулирование факторов роста и IL1 α), способствуя образованию комедонов.

Важную роль в развитии патогенеза акне играет бактериальная колонизация сально-волосяного фолликула. Изучая состав микрофлоры, Н. Н. Потеев и соавт. обнаружили, что доминирующее место среди микроорганизмов занимает *Propionibacterium acnes* (обнаружены у 77,5 % больных с угревой болезнью).

Согласно новой концепции патогенеза угревой болезни воспалительные элементы акне возникают в 54 % случаев — из комедонов, 12 % случаев — на фоне эритематозных пятен, 6 % случаев — на месте рубцов, а в 28 % случаев воспалительные элементы акне могут развиваться *de novo*, минуя стадию комедонов [7]. Результаты данного исследования ученым Т. Т. До и соавт. позволили ввести понятие субклинического воспаления как основного звена патогенеза акне.

Эти исследования подтверждают, что именно воспалительные цитокины и рецепторы играют ключевую

роль в возникновении и развитии элементов акне, то есть воспаление предшествует образованию комедонов и гиперкератинизации.

Установлено, что воспаление в фолликуле возникает до формирования элементов акне и проявляется значительным повышением количества CD4⁺ Т-лимфоцитов, макрофагов, экспрессии ИЛ-1 и α -интегринов. При этом повышение маркеров воспаления происходит как в месте последующего формирования элементов акне, так и в нормальной коже. Эти находки позволили сделать предположение, что так называемые «невоспалительные элементы» акне (микрокомедоны, открытые и закрытые комедоны) на самом деле являются воспалительными.

Субклинические микрокомедоны — это начальные повреждения, сопровождающие акне, которые созревают в клинически явные комедоны и воспалительные поражения. Угревая сыпь экспрессирует более высокие уровни воспалительных факторов, чем нормальная кожа, с заметным воспалением и фолликулярной эпителиальной гиперпролиферацией уже на уровне микрокомедонов.

В развитии субклинического воспаления в коже участвуют Toll-подобные рецепторы TLR2 и TLR4, которые активируются и выделяют антимикробные пептиды (альфа-дефенсин 1 или бета-дефенсин-2), участвующие во врожденной иммунной защите. Высвобождение медиаторов воспаления IL1 α , IL8, IL12 и фактор некроза опухоли опосредуют уничтожение болезнетворных организмов с помощью эффекторных клеток. Также отмечается миграция и аккумуляция CD3⁺, CD4⁺ клеток в зоне сально-волосяного аппарата. Что касается *P. acnes* как одной из причин воспаления, то исследования последних лет доказали:

- в норме лишь из 12 % фолликулов выделяются *P. acnes* [8];
- количество стафилококков в фолликулах, в основном *S. epidermidis*, составляет около 4 %, а грибов *Malassezia* — 13 %, а не менее трети фолликулов являются стерильными [8];
- при акне *P. acnes* выделяются только из 17 % фолликулов [9];
- при биопсиях кожи не выявлено существенных различий между содержанием *P. acnes* на неповрежденной коже и в элементах акне, а часть комедонов оказалась стерильной [9, 10].

В связи с вышеизложенным, поиск средств лечебной косметики является актуальной проблемой для этого заболевания. Учитывая данные патогенеза акне, длительное течение, а также проблемы с кожей, которые остаются после исчезновения первичных элементов — постакне, лечебная косметика должна влиять на все звенья патогенеза, быть безопасной и применяться длительно. Всем этим требованиям соответствует французская лечебная косметика «Скинормил».

Линия А «Скинормил» включает следующие средства: очищающий гель, флюид «Глобальный уход», восстанавливающий крем, крем-баланс с матирующим эффектом, активный локальный гель «Стоп-акне», крем-эксфолиант и очищающая маска. За счет активных компонентов косметика обеспечивает максимальный лечебный и профилактический эффект.

Сборегулирующее действие — уменьшение продукции себума — осуществляется за счет действия

цинка сульфата и цинка PCA, которые в совокупности усиливают действие друг друга, также ограничивает выработку кожного сала витамин А, который уменьшает синтез липидов.

Противовоспалительное действие оказывают: экстракт ириса (изофлавоноиды) уменьшает раздражение и воспаление, цинк сульфат обладает вяжущим действием, ниацинамид ингибирует воспалительные цитокины, уменьшает покраснения, масло мурумуру ускоряет процесс заживления, бисаболол уменьшает воспалительные проявления на коже.

Бактериостатическое действие — цинк сульфат и цинк PCA оказывают антибактериальное действие, предотвращая развитие бактериальной инфекции, ниацинамид ограничивает бактериальную пролиферацию, витамин А усиливает естественную защитную функцию кожи.

Кератолитическое действие — салициловая кислота отшелушивает омертвевшие клетки кожи, витамин А предотвращает чрезмерное накопление клеток, гликолевая кислота обеспечивает мягкое отшелушивание.

Успокаивающее действие — витамин А восстанавливает кожу, цинк сульфат и цинк PCA уменьшают раздражение кожи, экстракт татарника успокаивает кожу.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением на протяжении 18 месяцев находились 74 человека с акне 1, 2 и 3-й степени тяжести. Высыпания у больных локализовались на участках тела, которые обильно снабжены железами сальной секреции, а именно на коже лица, груди, а также спины.

Всем больным были даны рекомендации по уходу за кожей. Для поддерживающего лечебного ухода назначены очищающий гель и флюид «Глобальный уход».

Очищающий гель пациенты ежедневно утром и вечером наносили на влажную кожу, вспенивали и смывали водой. Флюид «Глобальный уход» было рекомендовано применять на ночь на очищенную кожу курсами: 3 недели, 1 неделя — перерыв.

Кроме этого, 16 молодых девушек из наших больных постоянно пользовались активным локальным гелем «Стоп-акне». Они носили его с собой и применяли при необходимости 2–3 раза в день.

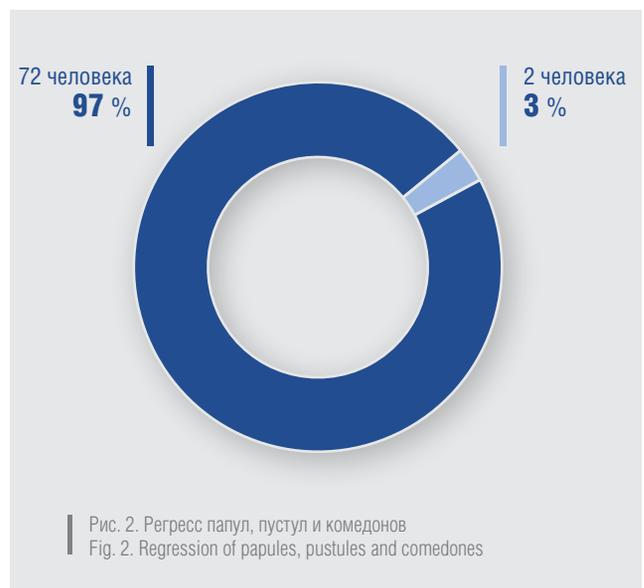
10 пациентов в качестве дополнительного ухода за кожей использовали очищающую маску линии А «Скинормил», нанося на чистую кожу лица 1–2 раза в неделю.

12 человек, находящихся под нашим наблюдением, в качестве дополнительного ухода применяли крем-экзофолиант, используя его несколько раз в неделю.

Еще 13 человек из наших больных применяли дополнительно крем-баланс с матирующим эффектом, нанося его на кожу лица утром или вечером.

Результаты

В результате наших полуторагодовых наблюдений за больными первой, второй и третьей степенями акне, которые применяли для лечения комплексно средства «Скинормил», мы получили очищение пор, устранение жирного блеска и уменьшение выработки кожного сала у 70 человек, что составило 95 %, данные представлены на рисунках 1 и 3; регресс папул, пустул и комедонов наблюдался у 72 человек, что составило 97 % — рисунок 2.



При опросе остальных больных было замечено значительное улучшение клинической картины, но, как отмечали сами больные, средства применялись ими нерегулярно.

Не было отмечено ни одного случая негативного воздействия препаратов или непереносимости препаратов у наших больных.

Обсуждение

Проводя исследование, мы отметили следующее. У всех больных, за которыми велось наблюдение, благоприятная динамика в течении заболевания была отмечена через 10–14 дней. В процессе применения комплексного ухода за кожей уменьшилось количество воспалительных элементов, поры частично очистились, было заметно снижение выработки кожного сала. При дальнейшем использовании средств лечебного ухода был отмечен регресс папул, пустул и комедонов, сужение пор, жирный блеск кожи отсутствовал практически у всех больных (95 %). К концу исследования у всех больных наблюдалась различная степень клинического улучшения.

Ни в одном случае у больных, получавших комплексный уход косметическими средствами линии А «Ски-

нормил», не отмечались ухудшение и прогрессирование дерматоза, появления новых высыпных элементов не было отмечено. При этом до назначения комплексного ухода все больные отмечали периодическое появление новых высыпаний.

В процессе обследования больных акне болезнью было отмечено, что переносимость косметических средств линии А «Скинормил» хорошая, аллергических реакций выявлено не было, побочные действия отсутствовали.

Выводы

1. Комплексное назначение средств линии А «Скинормил» положительно влияет на динамику течения акне.

2. Средства лекарственной косметики линии А «Скинормил» являются безопасными при длительном применении, что подтверждено отсутствием негативного эффекта у наших больных.

3. Наилучшие результаты достигаются при комплексном использовании косметики линии А «Скинормил».

4. Полученные результаты исследования позволяют рекомендовать лечебную косметику «Скинормил» для ухода за кожей больным с акне. ■

Литература/References

1. Демина О. М. Угревая болезнь. Комбинированная лазерная и фотодинамическая терапия: руководство для врачей. М.: Бином, 2017. С. 16–18. [Demina O. M. Acne disease. Combined laser and photodynamic therapy: A guide for physicians. Moscow: Binom, 2017. P. 16–18. (In Russ.)]
2. Danby F. W. Acne: Causes and Practical Management. Wiley-Blackwell, 2015.
3. Потеев Н. Н., Горячкина М. В., Белоусова Т. А. Акне: современный взгляд на проблему. Consilium medicum. 2008;(1 прил.: Дерматология):16–21. [Potekaev N. N., Goryachkina M. V., Belousova T. A. Acne: A modern view on the problem. Consilium medicum. 2008;(1 Appendix: Dermatology):16–21. (In Russ.)]
4. Кубанова А. А. (ред.) Клинические рекомендации. Дерматовенерология. М.: ДЭКС-Пресс, 2007. С. 9–28. [Kubanova A. A. (ed.) Clinical guidelines. Dermatovenereology. Moscow: DEKS-Press, 2007. P. 9–28. (In Russ.)]
5. Биткина О. А., Никулин Н. К. Акне: этиология, патогенез, вопросы терапии. Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. 2009;4(7):67–70. [Bitkina O. A., Nikulin N. K. Acne: Etiology, pathogenesis, therapy issues. Modern problems of dermatovenereology, immunology and medical cosmetology. 2009;4(7):67–70. (In Russ.)]
6. Адашкевич В. П. Акне вульгарные и розовые. М.: Медицинская книга, 2005. [Adaskevich V. P. Acne vulgar and pink. Moscow: Medicinskaya kniga, 2005. (In Russ.)]
7. Do T. T., Zarkhin S., Orringer J. S. Computer-assisted alignment and tracking of acne lesions indicate that most inflammatory lesions arise from comedones and de novo. J Am Acad Dermatol. 2008;58(4):603–608.
8. Leeming J., Holland K., Cunliffe W. J. The microbial ecology of pilosebaceous units isolated from human skin. J Gen Microbiol. 1984;130(4):803–807.
9. Leeming J., Holland K., Cunliffe W. J. The pathological and ecological significance of microorganisms colonizing acne vulgaris comedones. J Med Microbiol. 1985;20:11–16.
10. Lavker R. M., Leyden J. J., McGinley K. J. The relationship between bacteria and the abnormal follicular keratinization in acne vulgaris. J Invest Dermatol. 1981;77(3):325–330.

Информация об авторах

Галина Арнольдовна Винцарская* — к.м.н., доцент, доцент Медицинской академии им. С. И. Георгиевского Крымского федерального университета им. В. И. Вернадского; e-mail: bulovich31@mail.ru. <http://orcid.org/0000-0001-6758-1311>

Мария Владимировна Нгема — к.м.н., доцент, доцент Медицинской академии им. С. И. Георгиевского Крымского федерального университета им. В. И. Вернадского. <http://orcid.org/0000-0002-5018-2629>

Дмитрий Валерьевич Прохоров — д.м.н., доцент, профессор Медицинской академии им. С. И. Георгиевского Крымского федерального университета им. В. И. Вернадского. <http://orcid.org/0000-0003-2916-8336>

Марина Юрьевна Кузнецова — ассистент Медицинской академии им. С. И. Георгиевского Крымского федерального университета им. В. И. Вернадского. <http://orcid.org/0000-0001-9227-4751>

Юлия Владимировна Шеренговская — ассистент Медицинской академии им. С. И. Георгиевского Крымского федерального университета им. В. И. Вернадского. <http://orcid.org/0000-0002-9939-2387>

Information about the authors

Galina A. Vintserskaya* — Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Assoc. Prof., Medical Academy named after S. I. Georgievsky, V. I. Vernadsky Crimean Federal University; e-mail: bulovich31@mail.ru. <http://orcid.org/0000-0001-6758-1311>

Maria V. Ngema — Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Assoc. Prof., Medical Academy named after S. I. Georgievsky, V. I. Vernadsky Crimean Federal University. <http://orcid.org/0000-0002-5018-2629>

Dmitry V. Prokhorov — Dr. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Prof., Medical Academy named after S. I. Georgievsky, V. I. Vernadsky Crimean Federal University. <http://orcid.org/0000-0003-2916-8336>

Marina Yu. Kuznetsova — Research Assistant, Medical Academy named after S. I. Georgievsky, V. I. Vernadsky Crimean Federal University. <http://orcid.org/0000-0001-9227-4751>

Yulia V. Sherengovskaya — Research Assistant, Medical Academy named after S. I. Georgievsky, V. I. Vernadsky Crimean Federal University. <http://orcid.org/0000-0002-9939-2387>