

Дифференцированный подход к выбору дерматокосметических средств в комплексном лечении акне у женщин

М.В. Горячкина, Т.А. Белоусова

Differential approach to the selection of dermal and cosmetology products for the complex treatment of acne in women

M.V. GORYACHKINA, T.A. BELOUSOVA

об авторах:

М.В. Горячкина — к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории по изучению репаративных процессов в коже НОКЦ иммунозависимых дерматозов ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

Т.А. Белоусова — к.м.н., доцент кафедры кожных и венерических болезней лечебного факультета ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

Представлены современные данные об эпидемиологии, клинической картине, принципах диагностики и терапии поздних акне у женщин. Акцентируется внимание на ведущей роли эндокринно-гормональных нарушений — синдрома гиперандрогении у женщин с поздними акне. Освещены рекомендации по базовому уходу за кожей у женщин с проявлениями акне в зрелом возрасте с использованием лечебно-косметических средств линии Матидиан. Приведены данные собственных наблюдений по эффективности применения лечебно-косметических средств линии Матидиан.

Ключевые слова: типы кожи, поздние акне у женщин, диагностика, принципы терапии, лечебно-косметические средства линии Матидиан.

The authors present current data about the epidemiology, clinical picture and principles of diagnostics and treatment of late-onset acne in women. The authors emphasize the leading part of endocrine and hormonal disorders and hyperandrogenism in women with late acne. They provide recommendations for basic skin care for women with the onset of acne at a mature age using medical and cosmetic products of the Matidiane line. The authors share their observations concerning the efficacy of using Matidiane medical and cosmetic products.

Key words: skin types, late-onset acne in women, diagnostics, treatment principles, Matidiane medical and cosmetic products.

■ Рынок современной косметологии и препаратов по уходу за кожей начал формироваться в 1915 г., когда конкурирующие предприниматели Helena Rubinstein и Elizabeth Arden открыли косметологические салоны. Именно этот год можно принять за точку отсчета бурного развития косметологической продукции, внедрения в широкую практику новых препаратов, известных как лечебная косметика. Тогда же были выделены 4 типа кожи: сухая, жирная, смешанная, чувствительная. Полагаясь на данные характеристики, врачи назначали те или иные косметологические средства. Од-

нако данная классификация не учитывала некоторых характеристик кожи, которые встречаются в клинической практике, а именно: возрастные особенности кожи, предрасположенность к пигментации, склонность к образованию морщин. Поэтому позже в клиническую практику была внедрена классификация типов кожи по Вауманн (BSTS), которая является более инновационной и в ее основе лежат 4 основные характеристики кожи:

- жирность/сухость;
- чувствительность/резистентность;

- пигментация/отсутствие пигментации;
- морщинистость/гладкость [1, 2].

Так как данные 4 характеристики кожи не являются взаимоисключающими, то при оценке кожи по указанным критериям можно выделить 16 возможных подтипов кожи (см. таблицу). Данный подход позволяет провести более точную оценку состояния кожи и эффективно подобрать средство лечебной косметики с учетом всех параметров и характеристик и таким образом достичь наибольшего клинического и эстетического эффекта [2].

Известно, что около 40% женщин в возрасте старше 25 лет имеют жирную кожу, что доставляет им определенные эстетические неудобства (кожа блестит, утолщена, имеет грязновато-тусклый оттенок). При этом у части женщин помимо себорейных явлений имеются также угревые высыпания. Проведенные исследования показали, что акне поражает до 54% женщин в возрасте старше 18 лет (пик заболеваемости акне 12—16 лет), а к 44 годам угревые высыпания сохраняются у 12% женщин. Акне, возникающие у взрослых, носят название *acne tarda* (поздние угри). В большинстве случаев возникновение акне у взрослых является большой неожиданностью и большим стрессом, так как традиционно считается, что это болезнь пубертатного периода [3, 4].

Отличительной чертой *acne tarda* является существенное преобладание женщин в половой структуре заболеваемости в отличие от пубертатных акне, где заболеваемость примерно одинакова среди обоих полов и даже немного выше у юношей. У женщин с поздними угрями, как правило, выявляется сопутствующая эндокринная патология (например, синдром поликистозных яичников, дисфункция коры надпочечников). Пациентки отмечают высокую частоту сезонных рецидивов акне и обострений после инсоляции. Следует также отметить, что у больных с поздними акне помимо угревых высыпаний часто отмечаются признаки дегидратации кожи вследствие предшествующего медикаментозного лечения и/или нерационального базисного ухода, а также на фоне возрастных изменений кожи [5].

В последние годы проявления акне у женщин в возрасте 25 лет и старше, окончательно регрессирующие лишь с началом климактерического периода, стали встречаться все чаще. По данным ряда авторов, средний возраст пациенток с акне составил 26,5 года [6], 31,8 года [7], 32,4 года [8]. В многоцентровом исследовании, проводившемся в США на протяжении 10 лет (1990—1999 гг.), было выявлено, что средний возраст женщин с угревыми высыпаниями увеличился с 26,5 до 40,5 года. По данным ряда других современных исследований, доля пациенток с акне в возрасте 25—40 лет составляет от 40 до 54% [6—9].

В большинстве случаев пациентки с *acne tarda* имеют легкую и среднетяжелую формы заболевания. В основном преобладают папулезные и папулопустулезные высыпания, реже встречаются комедональные элементы, крайне редко — узловато-кистозные формы угрей. Высыпания, как правило, локализуются в области лица (нижняя треть лица, линия подбородка, периоральная область) и шеи. Верхняя треть груди и спины, а также плечи поражаются гораздо реже. У 20% женщин отмечаются регулярные предменструальные обострения в виде появления 1—3 свежих акне за 2—5 дней до начала очередной менструации с последующим полным регрессом высыпаний после окончания *menses*.

В клинической практике различают две клинические формы поздних акне у женщин.

1. Воспалительная форма, которая характеризуется появлением папулопустулезных элементов и в более редких случаях — узлов, приводящих к рубцам. Себорейные явления выражены незначительно. По данным ряда авторов, эта форма заболевания встречается у 58% женщин [5, 7, 10, 11].

2. Невоспалительная (ретенционная форма), характеризующаяся гиперсебореей, закрытыми и открытыми комедонами, а также наличием небольшого количества воспалительных акне-элементов. Высыпания в большинстве случаев локализуются на лице, в особенности в области лба.

Известно, что развитие и течение дерматоза во многом зависят от семейной (генетической) предрас-

ТАБЛИЦА

Классификация типов кожи по Вагманн (BSTS) [1, 2]

Характеристика кожи	Жирная (O)		Сухая (D)	
	Пигментированная (P)	Непигментированная (N)	Пигментированная (P)	Непигментированная (N)
Чувствительная (S): морщинистая (W) упругая (T)	OSPW OSPT	OSNW OSNT	DSPW DSPT	DSNW DSNT
Резистентная (R): морщинистая (W) упругая (T)	ORPW ORPT	ORNW ORTN	DRPW DRPT	DRNW DRTN

положенности, а также типа, цвета кожи, национальных особенностей. Акне является генетически обусловленным наследственным мультифакторным заболеванием с высоким семейным накоплением (50%). Генетические нарушения определяют течение заболевания и детерминируют тип секреции, количество, размеры, чувствительность сальных желез к различным агентам [12].

В исследовании, проведенном в США и Великобритании у монозиготных и дизиготных близнецов, как имеющих проявления акне, так и без проявлений заболевания, было установлено, что в 81% случаев в развитии дерматоза ведущую роль играли генетические факторы и только в 19% случаев отмечена зависимость заболевания от факторов окружающей среды. В исследованиях Y. Pang, обследовавшего 238 пациентов с угревыми высыпаниями и 207 здоровых лиц, было обнаружено, что количество CAG повторов в гене андрогенного рецептора связано с риском развития акне и, следовательно, может рассматриваться как достоверный маркер предрасположенности к этому заболеванию [13, 14].

Акне относится к особой группе кожных заболеваний — психосоматическим дерматозам, где велика роль психоэмоциональных нарушений, связанных с проблемой «дефекта внешности». При акне в отличие от многих других дерматозов поражаются открытые участки кожи и прежде всего лицо, которое является одним из важных факторов самооценки и межличностных коммуникаций. Таким образом, локализация дерматоза на открытых участках кожи — лице, а также верхней половине груди, спине — приносит пациентам, особенно девушкам и женщинам, помимо физических и глубокие психические страдания, негативно влияя на качество жизни, социальный статус, профессиональную деятельность и личную жизнь. Установлено, что среди лиц с акне отмечается большое количество (64%) неработающих женщин, а также женщин с неустроенной личной жизнью, недовольных своим социальным статусом. Так, в исследовании W. Vodermer показано, что у 40% пациентов кожное заболевание, сопровождающееся косметическим дефектом, приводит к снижению их социального статуса и негативным образом отражается на их профессиональной деятельности. У женщин с угревыми высыпаниями также отмечался более высокий уровень тревожности по сравнению с мужчинами. По данным J. Tap и соавт., зрелый возраст, длительность (более 5 лет) заболевания являются дополнительными факторами, оказывающими негативное влияние на качество жизни женщин, существенно снижая его [15—17].

В ряде современных исследований было обнаружено, что при акне качество жизни снижается так же, как при тяжелой форме бронхиальной астмы и эпилепсии. В других исследованиях выявлено, что пациенты с ак-

не демонстрируют наибольший уровень тревоги и депрессии по сравнению с другими патологиями, включая даже онкологических больных, а также пациентов с другими дерматозами. Клиническая депрессия и суицидальные мысли в большей степени были характерны для пациентов с акне по сравнению с пациентами, имеющими атопический дерматит, псориаз легкой и средней степени тяжести и очаговую алопецию [1, 18].

В настоящее время установлено, что в патогенезе акне большую роль играют нейропептиды — биологически активные вещества белковой природы, выделяющиеся из нервных окончаний в ответ на различные стимулы. Наиболее хорошо изучено влияние одного из таких веществ — субстанции P. Показано, что субстанция P влияет как на деление, так и на дифференцировку клеток сальной железы. Кожа людей со склонностью к акне характеризуется обилием нервных окончаний, увеличенным числом нервов, способных секретировать субстанцию P, а также большим числом тучных клеток. Эти исследования позволяют предложить один из механизмов взаимосвязи эмоциональных стрессов с обострениями акне [19].

Патогенез акне изучен давно. В настоящее время выделяют четыре главных патогенетических механизма, участвующих в развитии заболевания. Инициальным звеном является *наследственно обусловленная гиперандрогения (ГА)*. Последняя может проявляться в виде абсолютного увеличения количества андрогенов яичникового или надпочечникового происхождения в периферической крови и при экскреции с мочой (абсолютная/истинная ГА). Абсолютная ГА разделяется на надпочечниковую, овариальную и смешанную и может иметь функциональный или опухолевый генез. Причиной абсолютной ГА являются гормонально-эндокринные нарушения, вызванные различными заболеваниями: синдром поликистозных яичников, неклассическая форма врожденной дисфункции коры надпочечников, опухоли яичников и/или надпочечников. При отсутствии повышения уровня основных андрогенов в плазме крови и моче, а также при нормальной связывающей способности ПССГ (полового сексвязывающего глобулина; связанный с ним тестостерон наименее активен), как правило, предполагают рецепторную форму ГА. Данную ГА условно можно назвать относительной. Причиной относительной ГА является повышение активности фермента 5 α -редуктазы I, которая переводит тестостерон в более активный метаболит — дегидротестостерон (ДГТ), который и является непосредственным стимулятором пролиферации и созревания себоцитов [20, 21].

ГА оказывает стимулирующее действие на сальные железы, увеличивая объем кожного сала. Так, продукция кожного сала при легкой степени акне увеличивается в 1,3 раза, при средней — в 1,7 раза, а при тяжелой — в 1,9 раза. Также установлено, что у больных акне имеется большее число сальных же-

лез по сравнению со здоровыми людьми. В увеличенном объеме кожного сала снижается концентрация незаменимой α -линоленовой кислоты — основного регулятора дифференцировки кератиноцитов протока сально-волосяного фолликула (СВФ) и увеличивается экспрессия фермента трансглутаминазы. В конечном итоге это приводит к *фолликулярному гиперкератозу* и закрытию протока СВФ с образованием открытых (черный угорь) и закрытых (белый угорь) комедонов в зависимости от уровня обтурации СВФ [22, 23].

Обтурация комедоном протока СВФ создает благоприятные условия для размножения факультативных анаэробов *Propionibacterium acnes* и *Propionibacterium granulosum*, а также других представителей сапрофитной и условно-патогенной микрофлоры (*Staphylococcus epidermidis*, *S. aureus*, *Pityrosporum ovale*). Антигены микроорганизмов привлекают к СВФ из периферической крови мононуклеарные фагоциты и нейтрофилы, которые продуцируют интерлейкины-1 α , -1 β и -8; фактор некроза опухоли- α , стимулируют систему комплемента. Эти провоспалительные цитокины активируют фермент циклооксигеназу, в результате чего из арахидоновой кислоты образуется главный медиатор воспаления — лейкотриен V_4 , который стимулирует высвобождение гидролитических ферментов и монооксида азота из нейтрофилов и Т-лимфоцитов, моноцитов, эозинофилов. Разрушение стенки сальной железы с выходом ее содержимого в дерму обуславливает картину воспаления, что проявляется в виде папул, пустул, узлов и кист. Кроме того, результаты исследований свидетельствуют, что *Propionibacterium acnes*, секретировав провоспалительные вещества, может активировать экспрессию Toll подобных рецепторов, что может приводить к воспалению при акне [22, 24, 25].

К ухудшению течения акне приводит постоянная механическая травматизация кожи (выдавливание угрей, частое мытье с мылом). Негативное воздействие внешней среды (загрязнение кожи маслами, бензином, пылью производственного происхождения), прием ряда лекарственных препаратов (стероидные гормоны, галогенсодержащие препараты, противотуберкулезные средства, антидепрессанты, противозепептические средства), стрессы существенно утяжеляют появления акне [5, 6, 12, 20].

В последнее время появились публикации о влиянии пищевых продуктов на развитие угревых высыпаний. Выявлено, что продукты со значительным содержанием сахара и других углеводов, увеличивая уровень гликемической нагрузки, влияют на концентрацию инсулина и инсулиноподобного фактора роста-1, способных повысить концентрацию основных андрогенов в плазме крови, которые, в свою очередь, могут запустить каскад реакций, приводящих к образованию угревых высыпаний на коже. В последних исследованиях была выявлена роль табака в разви-

тии акне. Установлено, что курение является главным фактором в развитии комедональных акне у женщин. Связь курения с появлением невоспалительных угрей, по мнению авторов, объясняется тем, что никотин увеличивает продукцию кожного сала и снижает концентрацию витамина Е. Другими авторами было отмечено, что нерациональное использование тех или иных косметических средств у 62% женщин способно вызвать обострение угревых высыпаний [6, 26, 27].

Диагностическая и терапевтическая модель ведения пациенток с акне включает в себя прежде всего полное и всестороннее обследование женщин с учетом не только дерматологического, но и гормонально-эндокринного профиля с обязательным привлечением гинеколога-эндокринолога. От результатов исследования и будет зависеть тактика ведения пациентки. Современные подходы к лечению акне у женщин включают назначение различных системных и наружных препаратов, влияющих на различные звенья патогенеза акне (комбинированные оральные контрацептивы с антиандрогенным эффектом, топические и системные антибиотики, топические и системные ретиноиды и др.)

В основе успешного лечения акне лежат пять основных принципов: снижение повышенной секреции кожного сала, нормализация цикла ороговения клеток, эрадикация *Propionibacterium acnes*, снятие воспаления, а также удаление структур, закупоривающих поры. Выбор методов лечения основывается на адекватной клинической оценке степени тяжести заболевания, характера высыпаний, типа кожи, наличия сопутствующей патологии, возраста пациентки, предыдущего опыта лечения.

Чтобы терапия акне у женщин была эффективной, важно не только грамотно назначить топическое или системное медикаментозное средство, но и правильно подобрать лечебно-косметический уход, который является базисным в терапии акне на любой стадии заболевания. Ингредиенты лечебно-косметического средства (ЛКС) должны сочетаться и оказывать синергическое действие на регресс угревых высыпаний при совместном использовании с медикаментозными средствами: бензоилпероксидом, адапаленом, топическими антибиотиками, а также системными противогревыми препаратами. ЛКС должны быть некомедогенны, не содержать парабенов, а также не иметь в составе активных веществ, способных вызвать шелушение, раздражение или дегидратацию кожи, а также сдвиг слабокислого pH в сторону закисления. Они также должны иметь легкую текстуру, сочетаться со средствами декоративной косметики и духами, не вызывать аллергических реакций. ЛКС, используемые у больных с себореей и акне, должны активно адсорбировать себум, не нарушая баланса липидов и керамидов водно-липидной мантии, обеспечивать длительное матирующее действие, эффективно ув-

лажнять кожу. Кроме того, они должны обладать антиоксидантным действием, так как оксидантный стресс препятствует активной регенерации кожи.

Следует отметить, что правильно подобранная линия ЛКС в сочетании с традиционным противоугревым лечением позволяет не только добиться более быстрого наступления терапевтического эффекта, но и закрепить и по возможности пролонгировать результаты терапии, восстановить эстетические свойства кожи, а значит, и существенно улучшить качество жизни женщины.

ЛКС линии Матидиан компании Noreva хорошо зарекомендовали себя в комплексной терапии акне у женщин зрелого возраста благодаря уникальному составу, легкой текстуре, удобству применения, возможности сочетания с любыми противоугревыми препаратами топического и системного действия, а также наличию в линии нескольких средств, усиливающих и дополняющих действия друг друга.

Линия Матидиан состоит из четырех ЛКС: Матидиан дневной матирующий уход, Матидиан ночной уход, Матидиан оксигенирующая маска и Матидиан очищающий гель, где каждое ЛКС дополняет и усиливает действие другого, а также содержит компоненты с учетом возрастных особенностей кожи женщины, что позволяет эффективно корректировать явления акне у данной группы пациенток.

Все средства линии имеют в своем составе уникальный комплекс Хроно Регул HD (в ночном уходе он более концентрированный), содержащий комбинацию очищенных фитостеролов, целенаправленно действующий на энзимы, ответственные за гиперпродукцию кожного сала. Таким образом, с поверхности кожи удаляются излишки себума (себорегулирующее действие) и поддерживается физиологический баланс кожи. Себорегулирующий эффект дневного ухода усиливается за счет «микродатчиков, связывающих липиды», которые поверхностно дробят излишки кожного сала на микрокапли и аккуратно адсорбируют их, тем самым обеспечивая также матирующий эффект. Эфиры β -гидрокси кислот (ВНА), входящие в состав дневного и ночного ухода, мягко эксфолируют кожу, стимулируя процессы регенерации и обновления эпидермиса, а также обеспечивают поросуживающий эффект. В результате этого происходит выравнивание микрорельефа кожи, и она приобретает здоровый матовый оттенок. Специальный увлажняющий комплекс, входящий в состав дневного ухода, активно гидратирует кожу, препятствуя трансэпидермальной потере воды, и таким образом обеспечивает коже необходимое ежедневное увлажнение. Важным является и антиоксидантное действие экстракта белого лотоса, содержащегося во всех четырех продуктах гаммы, благодаря которому снижается оксидантный стресс в поврежденных тканях и улучшаются процессы регенерации и репарации. Антибактериальное действие гаммы обе-

спечивается за счет солей цинка, входящих в дневной уход, которые тормозят пролиферацию *P. acnes*. Кроме того, цинк оказывает противовоспалительное и антисептическое действие, способствует эпителизации и ингибирует 5α -редуктазу, предотвращая тем самым трансформацию тестостерона в более активный метаболит ДГТ.

Инновационным средством линии является оксигенирующая маска. Помимо вышеперечисленных компонентов в ее состав входят каолин (белая глина) и инкапсулированные молекулы кислорода. Основное преимущество каолина перед другими видами глин состоит в том, что он подходит даже для самой чувствительной кожи. Каолин адсорбирует излишки кожного сала и улучшает питание кожи. Известно, что жирная кожа менее насыщена кислородом, поэтому в состав маски включены инкапсулированные молекулы кислорода, транспортируемые в сердце эпидермальных клеток комбинированной или жирной кожи благодаря *flow* технологии. Таким образом, маска способствует уменьшению пористости и жирности кожи, поглощая избыточные жир и грязь, скопившиеся на поверхности кожи. При этом она насыщает кожу полезными минералами и кислородом, уменьшая клеточную гипоксию, стимулирует обмен в клетках и их регенерацию, увлажняет, питает кожу, улучшая цвет лица. Оксигенирующая маска потенцирует действия дневного и ночного ухода и надолго возвращает коже комфорт, приятное ощущение мягкости, нежности и защиты.

Преимуществом линии Матидиан является наличие очищающего и отшелушивающего геля, предназначенного для ежедневной гигиены лица и тела. В его состав помимо уникального комплекса Хроно Регул HD и экстракта белого лотоса входят очищающие микросферы, которые способствуют глубокому и бережному очищению пор, а также соли меди, обладающие поросуживающим и противовоспалительным свойствами. Таким образом, средства линии Матидиан предназначены для дерматокосметологической коррекции у пациенток с возрастными акне. Они могут использоваться как в качестве монотерапии, так в составе комплексного лечения в сочетании с системными и наружными препаратами. ЛКС линии Матидиан гипоаллергенны, не содержат парабенов, не обладают тератогенным эффектом, их можно использовать летом, так как они не оказывают фотосенсибилизирующего действия.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 28 пациенток в возрасте от 25 до 36 лет (средний возраст — 29 лет) с акне tarda. Давность заболевания варьировала от 1 года до 18 лет (в среднем — 8,5 года). У 12 (43%) женщин отмечались акне позднего дебюта, впервые возникшие в возрасте 25—28 лет. У всех пациенток высыпания локализовались в области лица и частич-

но верхней трети шеи и были представлены немногочисленными комедональными и папулопустулезными элементами. У 7 (25%) на месте разрешившихся высыпаний оставались очаги гиперпигментации. Пациентки также предъявляли жалобы на сальность, пористость, неприятный запах кожи, ее неровность, периодическое чувство стянутости и раздражительности кожи.

Всем пациенткам было проведено комплексное обследование: консультация гинеколога-эндокринолога, исследование гормонального профиля крови и стероидного профиля мочи. Исследование гормонов крови осуществлялось на 3—5-й день менструального цикла, стероидный профиль мочи исследовался во 2-й фазе менструального цикла, УЗИ органов малого таза на 5—10-й день менструального цикла.

Исследование функциональных свойств кожи (себуметрия, корнеометрия, pH-метрия) проводилось до и после проведенной терапии. Содержание кожного себума было оценено фотометрическим методом с помощью прозрачной пленки, фиксирующей количество кожного сала на поверхности эпидермиса на приборе Sebumeter SM 810 (СК electronic, Германия). Для анализа величины показателя pH кожи применялся электрохимический потенциометрический метод, используемый в приборе Skin — pH — meter PH 900 (СК electronic, Германия). Содержание влаги в эпидермисе оценивалось методом корнеометрии на аппарате Corneometer CM 825 (СК electronic, Германия).

Статистический анализ данных проводили с применением пакета прикладных программ Statistica 6.0 for Windows. Для обработки полученных результатов использовали альтернативный метод вариационной статистики с вычислением средней арифметической (M), средней ошибки (m), среднеквадратичного отклонения (SD), коэффициента достоверности (P) по таблице Стьюдента (t). Статистическую оценку результатов исследования проводили при минимальном допустимом уровне вероятности (95%), используемом в медико-биологических исследованиях. Параметры нормальных распределений признаков в выборках описывали в формате $M \pm SD$ (средние значения и средние квадратические отклонения). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

При исследовании гормонально-эндокринного статуса у 14 (50%) женщин было выявлено повышение уровня андрогенов в периферической крови и моче. У 10 (35,7%) пациенток при проведении УЗИ отмечалось изменение морфофункционального состояния яичников (синдром поликистозных яичников). Терапия этих пациенток осуществлялась совместно с гинекологом-эндокринологом.

При исследовании функции сальных желез у всех 28 женщин были обнаружены отклонения от нормальных показателей себуметрии (выше верхней границы

нормы — 220 мг/см², в среднем — 241 ± 1,4 мг/см²). У 17 (61%) пациенток методом корнеометрии было выявлено нарушение гидратации кожи (в среднем 53,2 ± 1,5 при норме больше 60), что свидетельствует об обезвоживании кожи вследствие предшествующего агрессивного лечения, возрастных особенностей или неправильно подобранного ухода. При измерении исходных значений pH кожи слабокислый (нормальный) pH кожи наблюдался у 9 (32,1%) женщин. У большинства больных — 19 (67,9%) значение pH было смещено в щелочную сторону, что объясняется изменением химического состава кожного сала, сдвигающего pH кожи в сторону щелочного диапазона (pH > 5,7), а также неэффективным выбором ЛКС.

После проведенного обследования все пациентки были разделены на две группы. Первую группу составили 14 женщин с гормонально-эндокринной патологией, которым был назначен монофазный дроспиренон-содержащий комбинированный оральные контрацептив (КОК) (дроспиренон 3 мг, этинилэстрадиол 0,03 мг) — Ярина. Противопоказаний к назначению препарата выявлено не было. Препарат применяли по одной таблетке один раз в день с 1-го дня менструального цикла в одно и то же время в течение 21 дня. Затем делали 7-дневный перерыв, в течение которого наступала менструация. После 7-дневного перерыва начинался новый цикл приема препарата. Применение КОК сочетали с ЛКС линии Матидиан, которую использовали по следующей схеме.

Утром пациентки на предварительно очищенную кожу гелем линии Матидиан наносили дневной уход, а потом при необходимости делали макияж.

Вечером на очищенную гелем кожу — ночной уход.

Два раза в неделю все женщины использовали оксигенирующую маску. Маску наносили на очищенную кожу нежными массажными движениями на 3—5 минут, потом тщательно смывали водой.

Пациентки без нарушений в гормонально-эндокринном статусе, вошедшие во вторую группу (14 человек), использовали только средства линии Матидиан по той же схеме, что и женщины из первой группы.

На фоне лечения в обеих группах отмечалась положительная динамика кожного процесса. Прекратилось появление комедональных и папулопустулезных элементов, особенно у женщин, получающих комбинированную терапию. Наблюдалось значительное уменьшение жирности и пористости кожи, она становилась более матовой и ровной, разглаживались мелкие морщинки (см. рисунок). Внешние положительные сдвиги сопровождалась и нормализацией показателей объективных функциональных исследований кожи. По данным себуметрии, у пациенток обеих групп достоверно снизилась жирность кожи и к концу лечения достигла нормальных пределов (у женщин из первой группы, в среднем составила 204 ± 2,4 мг/см², у женщин из второй — 212 ± 0,2 мг/см²).



а



б

Рис. Пациентка 27 лет, до лечения (а), после комплексной терапии (КОК + средства линии Матидиан) (б)

У всех пациенток в обеих группах было обнаружено повышение показателей увлажненности кожи, а у женщин с исходно низкими параметрами корнеометрии — их нормализация, в среднем показатели корнеометрии в группах не разичались. Пациентки также отмечали улучшение тургора и эластичности кожи. Это свидетельствует о восстановлении барьерной функции эпидермиса, что было достигнуто в результате применения ЛКС линии Матидиан. После лечения у всех 28 пациенток pH кожи стал слабокислым и находился в диапазоне нормальных значений (pH 5,0—5,3), статистических различий в группах не было выявлено.

У женщин с патологией в гормонально-эндокринной системе после терапии отмечалось снижение исходно повышенных андрогенов в крови и в стероидном профиле мочи, а также нормализация патологических эхопризнаков первой фазы цикла по данным УЗИ.

При применении гаммы Матидиан ни у одной пациентки не наблюдалось явлений раздражения, сухости, стянутости кожи, а также аллергических реакций. Все женщины отмечали хорошую текстуру ЛКС, возмож-

ность сочетания с декоративной косметикой, в частности в качестве основы под макияж, ее приятный запах.

Выводы

Женщинам, страдающим поздними акне, с учетом высокой частоты риска возникновения эндокринных нарушений на фоне ГА необходимо проводить исследование гормонально-эндокринного статуса, при выявленных нарушениях необходима их коррекция совместно с гинекологом-эндокринологом.

ЛКС линии Матидиан (дневной, ночной уход, оксигенирующая маска, очищающий гель) значительно повышают эффективность комплексной терапии поздних акне, способствуют восстановлению функциональных и эстетических свойств кожи, существенно улучшая качество жизни женщины.

ЛКС линии Матидиан обладают высокой комплаентностью, прекрасно сочетаются с любыми другими видами противовоспалительной терапии и декоративным макияжем, существенно расширяя арсенал топических дерматокосметологических препаратов при *acne tarda*. ■

Литература

1. Бауманн Л. Косметическая дерматология. М.: МЕДпресс-информ, 2012.
2. Baumann L. The Skin Type Solution. New York, NY: Baumann Dell; 2005.
3. Segot-Chicq E.S., Comran-Zaouati D.S., Wolkenstein P. et al. Development and validation of a questionnaire to evaluate how a cosmetic product for oily skin is able to improve well-being in women. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007; 21: 1181—1186.
4. Goulden V., Stables G.I., Cunliffe W.J. Prevalence of facial acne in adults. J Am Acad Dermatol 1999; 41: 577—580.
5. Аравийская Е.П., Соколовский Е.В. Руководство по дерматокосметологии. Фолиант, 2008.
6. Williams C., Layton A.M. Persistent acne in women: implications for the patient and for therapy. Am J Clin Dermatol 2006; 7: 281—290.
7. Dumont-Wallon G, Dreno B. Specificity of acne in women older than 25 years. Presse Med 2008; 37: 585—591.
8. Del Rosso J.Q., Bikowski J., Baum E. Prevalence of truncal acne vulgaris: a population study based on private practice experience. J Am Acad Dermatol 2007; 56: AB3.
9. Фитцпатрик Д.Е., Элинг Д.Л. Секреты дерматологии. М.: Бином, 1999. 512 с.

10. Rivera R., Guerra A. Management of acne in women over 25 years of age. *Actas Dermosifiliogr* 2009; 100: 33—37.
11. Preneau S., Dreno B. Female acne — a different subtype of teenager acne? *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2012; 26 (3): 277—282.
12. Самцов А.В. Акне и акнеформные дерматозы. М: ЮТКОМ, 2009. 288 с.
13. Bataille V., Snieder H., MacGregor A.J. et al. The influence of genetics and environmental factors in the pathogenesis of acne: a twin study of acne in women // *J Invest Dermatol* 2002; 119: 1317—1322.
14. Pang Y., He C.D., Liu Y. et al. Combination of short CAG and GGN repeats in the androgen receptor gene is associated with acne risk in North East China. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008; 22 (12): 1445—1451.
15. Tan J.K., Li Y., Fung K. et al. Divergence of demographic factors associated with clinical severity compared with quality of life impact in acne. *J Cutan Med Surg* 2008; 12 (5): 235—242.
16. Bodermer W. *Psychosodermatology*. *Med J* 2001; 6: 297—302.
17. Горячкина М.В. Роль психоэмоциональных факторов в развитии акне. *Concilium Medicum. Дерматология*. 2008; 2: 8—12.
18. Hanna S., Sharma J., Klotz J. Acne vulgaris: More than skin deep. *Dermatol Online J* 2003; 9: 3.
19. Gupta M., Gupta A. The psychological comorbidity in acne. *Clin Dermatol* 2001; 19: 360—363.
20. Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М., Рагимова З.Ю. и др. Синдром гиперандрогении в практике акушера-гинеколога, дерматолога, эндокринолога. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009.
21. Seirafi H., Farnaghi F., Vasheghani-Farahani A. et al. Assessment of androgens in women with adult-onset acne. *Int J Dermatol* 2007; 46: 1188—1191.
22. Монахов С.А., Иванов О.Л. Акне. Методическое пособие для врачей. М. 2010.
23. Webster G.F. Acne vulgaris. *Br J Dermatol* 2002; 325: 475—479.
24. Jappe U., Igham E., Henwood J., Holland K.T. Propionibacterium acne and inflammation in acne: P acnes has T-cell mitogenic activity. *Br J Dermatol* 2002; 146: 202—209.
25. Heymann W.R. Toll-like receptors in acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55: 691—692.
26. Capitano B, Sinagra JL, Ottaviani M et al. Acne and smoking. *Dermatoendocrinol* 2009; 1: 129—135.
27. Melnik BC., Schmitz G. Role of insulin, insulin-like growth factor-1, hyperglycaemic food and milk consumption in the pathogenesis of acne vulgaris. *Exp Dermatol* 2009; 18 (10): 833—841.