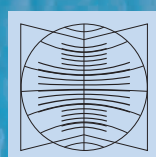

КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

6'2012

■ И.Л. СОРКИНА, Е.Е. РОДИОНОВА, А.Е. БУТКАЛЮК,
И.М. КОРСУНСКАЯ

Опыт применения изотретиноина
в терапии розацеа



МедиаСфера

Опыт применения изотретиноина в терапии розацеа

И.Л. СОРКИНА², Е.Е. РОДИОНОВА³, А.Е. БУТКАЛЮК³, И.М. КОРСУНСКАЯ^{1,4}

¹ЦТП ФХФ РАН; ²Городская клиническая больница №14 им. В.Г. Короленко; ³Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы; ⁴Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Experience with isotretinoin used in therapy for rosacea

I.L. SORKINA, E.E. RODIONOVA, A.E. BUTKALYUK, I.M. KORSUNSKAYA

Center for Theoretical Problems of Physicochemical Pharmacology, Russian Academy of Sciences; V.G. Korolenko City Clinical Hospital Fourteen; Moscow Scientific-and-Practical Center for Dermatovenereology and Cosmetology, Moscow Healthcare Department; I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Ключевые слова: розацеа, эпидемиология, патогенез, клиническая картина, папуло-пустулезная форма, изотретиноин (Акнекутан).

Key words: rosacea, epidemiology, pathogenesis, clinical picture, papulopustular rosacea, isotretinoin (Acnecutan).

Розацеа — хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся поражением кожи лица, является одной из самых частых причин обращения к дерматологам. По данным разных авторов, его распространенность варьирует от 0,09 до 22%. Наиболее часто розацеа встречается среди населения США и Европы. По разным данным, этим заболеванием страдают 10—20 млн жителей США. В Великобритании показатель инцидентности составляет 1,65 на 1000 человеко-лет [1]. В Германии розацеа наблюдается у 2—5% взрослого населения. В Швеции около 10% жителей 20—60 лет имеют розацеа [2]. Наиболее подвержены этому заболеванию люди с очень светлым (кельтским) типом кожи [3]. По данным некоторых авторов [4], розацеа страдают лишь 4% пациентов африканского, латиноамериканского или азиатского происхождения. У женщин данное заболевание встречается чаще, чем у мужчин: по некоторым данным, их соотношение составляет 3:1 [2].

Как правило, впервые розацеа проявляется в 20—30 лет и достигает максимальной степени выраженности к 40—50 годам.

Изначально клинические проявления данного заболевания выражаются в виде эпизодических появлений эритемы, в дальнейшем эритема прогрессирует, становится стойкой, образуются телеангиоэктазии. На фоне этого формируются папулы и пустулы, появляется ринофима.

Несмотря на высокую распространенность розацеа, ее этиология остается невыясненной.

К экзогенным факторам, провоцирующим развитие розацеа, относят воздействие солнечного света. Под действием солнечных лучей активизируются порфирины — фотосенсибилизаторы, содержащиеся в избыточном количестве в секрете сальных желез у больных розацеа [5].

Одним из триггеров данного заболевания также считается чрезмерное употребление алкоголя, горячих напитков, острых блюд и пряностей, под воздействием которых развивается рефлекторное расширение кровеносных сосудов. Также под воздействием алкоголя происходит высвобождение катехоламинов из энтероэндокринных клеток [6].

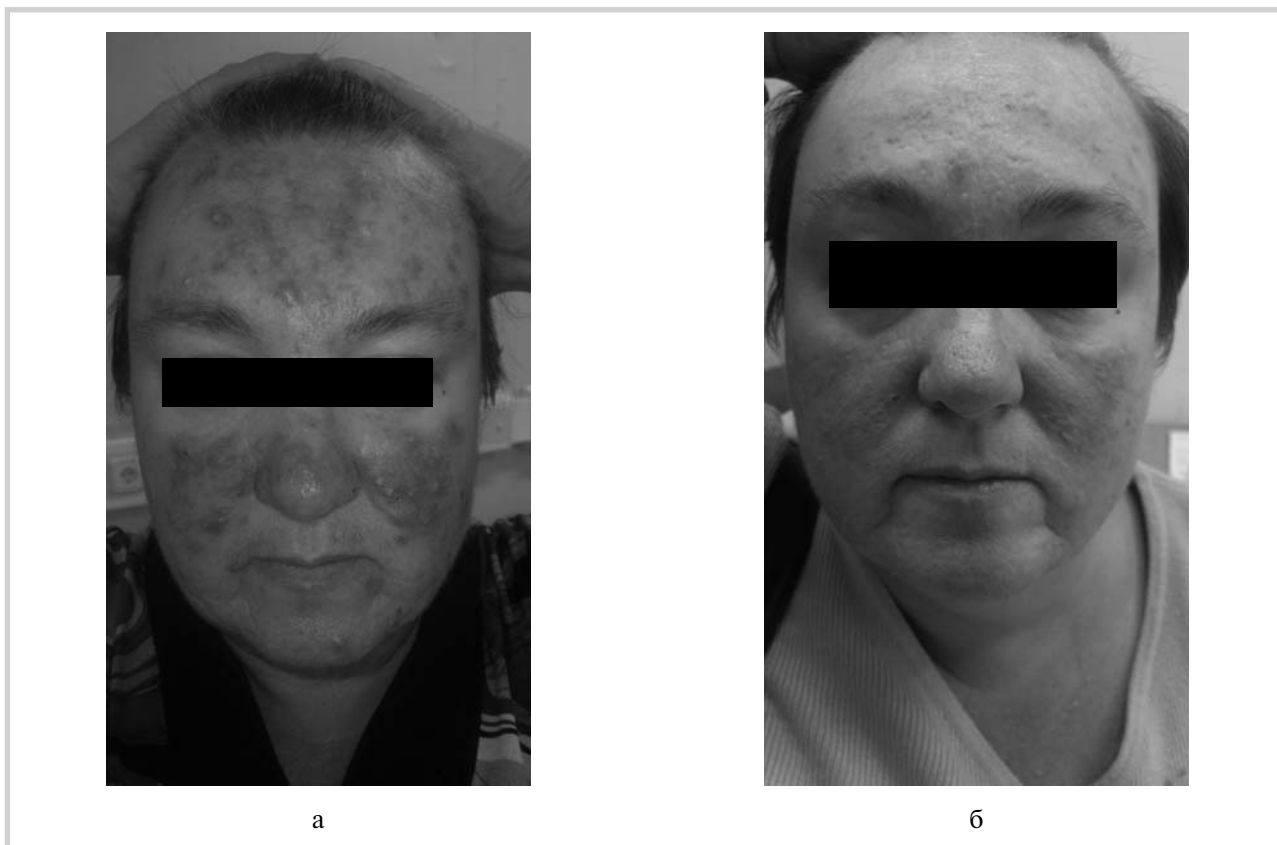
В патогенезе розацеа значимую роль занимают нарушения гемостаза. При этом заболевании повышается агрегация тромбоцитов на аденозиндифосфат и отсутствует их дезагрегация, снижаются протромбиновый индекс и фибринолитическая активность крови [7].

Некоторые исследователи [8] связывают дебют розацеа с эндокринными нарушениями, главным образом при патологии функции щитовидной железы, яичников и гипофиза. В этих случаях заболевание может возникать и прогрессировать на фоне беременности, климакса.

^{1,4}e-mail: marykor@bk.ru

²e-mail: info@gkb14.mosgorzdrav.ru

³e-mail: info@kvd15.mosgorzdrav.ru



Пациентка К. с розацеа (папуло-пустулезная форма) до (а) и после (б) лечения Акнекутаном.

Однако наиболее актуальной в настоящее время является теория о роли нарушений иммунной системы в патогенезе розацеа. Отмечено, что у данных больных увеличено количество IgA, IgM и IgG. При этом у пациентов с эритематозной стадией розацеа выявлено повышение уровня Ig A и снижение количества В-лимфоцитов, а у больных с папулезной стадией уменьшается количество CD8+. При папулезной и пустулезной стадии наблюдается снижение В-лимфоцитов, CD4+ при повышенном содержании Ig A и IgM [7, 9].

Результаты экспериментальных исследований [10], проведенных с использованием новейших молекулярных методов, позволяют предположить, что именно изменения иммунного ответа участвуют в патогенезе сосудистых и воспалительных изменений у пациентов с розацеа. Таким образом, иммунопатологическая теория розацеа дает патогенетическое обоснование эффективности применения при лечении розацеа изотретиноина, иммуномодулирующие и противовоспалительные свойства которого давно известны.

Изотретиноин весьма успешно применяется в терапии тяжелых форм розацеа. В мультицентровом исследовании по лечению тяжелых форм папуло-пустулезной розацеа с оральным применением изотретиноина курсом 20 нед получены весьма успешные результаты [11, 12].

При трудноподдающейся терапии папуло-пустулезной розацеа изотретиноин в дозе 10 мг/сут при максимальной продолжительности курса 4 мес обеспечил уменьшение воспалительных процессов и эритемы уже на 9-й неделе лечения с дальнейшим улучшением к 16-й неделе [12, 13].

В крупномасштабном многоцентровом плацебо-контролируемом рандомизированном 12-недельном исследовании показана более высокая эффективность низких доз изотретиноина по сравнению с доксициклином при папуло-пустулезной и фиматозной формах розацеа [10]. Пациенты, получавшие изотретиноин, были разделены на три подгруппы в зависимости от суточной дозы препарата (0,1, 0,3 и 0,5 мг/кг соответственно). Пациенты другой группы в течение 14 сут принимали доксициклин по 100 мг/сут, а в дальнейшем — по 50 мг/сут. Наиболее оптимальным вариантом терапии оказался прием изотретиноина в суточной дозе 0,3 мг/кг. У этих пациентов ремиссия была достигнута в 24% случаев, в то время как среди принимавших доксициклин таких пациентов было 13,6%. Значительное клиническое улучшение отметили 32,6% больных, получавших изотретиноин, в то время как в группе доксициклина аналогичный результат был достигнут лишь у 24% пациентов [10].

Под нашим наблюдением находились 19 пациентов (8 мужчин, 11 женщин) в возрасте 37—60 лет

с папуло-пустулезной формой розацеа. Все пациенты ранее получали традиционную терапию без выраженного эффекта.

Все пациенты наружно получали гель азелаиновой кислоты в комбинации с кремом метронидазола (препарат розамет) в сочетании с лечебной косметикой, а также системно изотретиноин (*Акнекутан**).

Изначально доза изотретиноина составляла 16 мг/сут. Через 4–6 нед было достигнуто выраженное клиническое улучшение (отсутствие пустулезных элементов, уменьшение количества папул). Ежедневную дозу препарата снизили до 8 мг/сут и про-

должали лечение 4–8 нед. По окончании этого срока клинические проявления выражались в незначительной гиперемии, полном отсутствии пустулезных и папулезных высыпаний. В дальнейшем пациенты принимали препарат по 8 мг/сут через день, после чего частота приема сокращалась с 2 раз в неделю до полной отмены в течение 4–6 нед. Наружно в этот период использовалась только лечебная косметика.

Выраженное клиническое улучшение было достигнуто у всех пациентов (см. рисунок). Во время приема препарата побочных эффектов не отмечено.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности изотретиноина (*Акнекутана*) при лечении папуло-пустулезной формы розацеа.

*В Бельгии препарат зарегистрирован под торговым названием *Isosupra Lidose* и производится компанией «Laboratoires SMB S.A.»

ЛИТЕРАТУРА

1. *Spoendlin J., Voegel J.J., Jick S.S., Meier C.R.* A study on the epidemiology of rosacea in the U.K. *Br J Dermatol* 2012; 167: 3: 598–605.
2. *Berg M., Liden S.* An epidemiological study of rosacea. *Acta Dermatol Venereol* 1989; 69: 419–423.
3. *Chosidow O., Cribier B.* Epidemiology of rosacea: updated data. *Ann Dermatol Venereol* 2011; 138: Suppl 3: S179–S183.
4. *Halder R.M., Brooks H.L., Callendar V.D.* Acne in ethnic skin. *Dermatol Clin* 2003; 21: 4: 609–615.
5. *Новоселов В.С., Новоселов А.В., Богадельникова А.Е.* Место фотопротекторов в дерматологической практике. *Consilium Medicum* 2008; 1: 9–12.
6. *Корсунская И.М., Тамразова О.Б., Бигвава С.* Гель «Скинорен» в терапии розацеа. *Рос журн кож и вен бол* 2005; 3: 37–40.
7. *Черкасова М.В., Сергеев Ю.В., Лобанова Е.В. и др.* Состояние системы гемостаза и показателей иммунитета у больных розацеа. *Вестн дерматол и венерол* 1999; 6: 28–30.
8. *Курдина М.И.* Розацеа (Часть I. Этиология, патогенез, клиника). *Эстетич мед* 2004; 3: 4: 366–372.
9. *Скрипкин Ю.К., Хамаганова И.В., Иконникова Н.А.* Розамет (метронидазол) 1% крем в комплексной терапии розацеа. *Вестн дерматол и венерол* 2005; 3: 55–56.
10. *Gollnick H., Blume-Peytavi U., Szabo E.L. et al.* Systemic isotretinoin in the treatment of rosacea — doxycycline and placebo-controlled, randomized clinical study. *J Dtsch Dermatol Ges* 2010; 8: 7: 505–515.
11. *Hoting E., Paul E., Plewig G.* Treatment of rosacea with isotretinoin. *Int J Dermatol* 1986; 25: 660–663.
12. *Park H., Del Rosso J.Q.* Use of Oral Isotretinoin in the Management of Rosacea. *J Clin Aesthetic Dermatol* 2011; 4: 9: 54–61.
13. *Erdogan F.G., Yurtsever P., Aksoy D., Eskioglu F.* Efficacy of low-dose isotretinoin in patients with treatment-resistant rosacea. *Arch Dermatol* 1998; 134: 7: 884–885.

Для заметок

Акнекутан

Высокая эффективность

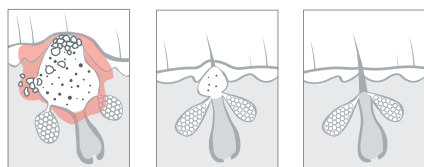
Акнекутан – инновационная оральная форма изотретиноина с экстрабиодоступностью (защищенная патентом технология LIDOSE®). Акнекутан обладает высокой эффективностью по отношению к тяжелым и резистентным формам акне.

Меньшее число побочных эффектов

Акнекутан – инновационная оральная форма изотретиноина с экстрабиодоступностью (LIDOSE®), которая позволяет уменьшить содержание неактивного изотретиноина в препарате, а значит, и снизить число местных побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта.

Большая доступность для пациентов

Акнекутан производится в соответствии с мировыми стандартами качества GMP, но при этом он дешевле обычных форм изотретиноина за счет инновационной технологии LIDOSE®, а значит – доступен для большего числа пациентов.



Акнекутан –
эффективный препарат для лечения
тяжелых и резистентных форм акне.
Выписывается по рецепту врача.



«ЯДРАН» Галенский Лабораторий, Хорватия. Российское представительство
г. Москва, Ломоносовский пр-т, д. 38, офис 3, 30, тел./факс: (495) 970-18-82, 970-18-83
www.jadran.ru