

Т.В. Проценко, О.А. Проценко  
Донецкий национальный медицинский университет имени Максима Горького

## Системные изотретиноины: терапия выбора при тяжелых формах акне

**Цель работы** — оценить переносимость, эффективность и безопасность системного препарата изотретиноина «Акнетина» в лечении пациентов с акне среднетяжелой и тяжелой форм.

**Материалы и методы.** 112 пациентов с акне среднетяжелой и тяжелой форм, в том числе 59 мужчин и 53 женщины в возрасте от 15 до 46 лет. До, в процессе и после лечения оценивали общеклинические лабораторные показатели, состояние кожи, среднее количество воспалительных и невоспалительных элементов сыпи, общее состояние пациента.

**Результаты и обсуждение.** Применение препарата «Акнетин» привело к достижению стойкой клинической ремиссии в течение двух лет наблюдения у 78 (69,6 %) пациентов. Обострения констатированы у 34 (30,4 %) больных, но в меньшей степени выраженности, чем до начала приема «Акнетина», в основном у лиц с фоновой соматической патологией.

**Выводы.** Системный препарат изотретиноина «Акнетин» обеспечивает высокую клиническую эффективность, стойкий лечебный результат и может быть препаратом выбора при лечении пациентов с акне среднетяжелых и тяжелых форм.

### Ключевые слова

Акне, лечение, системный изотретиноин, «Акнетин».

Акне — одно из самых распространенных заболеваний кожи, встречающееся у 85–90 % населения [1, 4, 11]. Дебютируя преимущественно с пубертатного возраста, акне в последующем отличается длительным рецидивирующим течением с обострениями различной степени выраженности. У части лиц акне представляет лишь эстетическую проблему, но в 15–30 % случаев заболевание требует обязательного лечения, при этом у 2–7 % лиц остаются пожизненные явления постакне [3, 5, 8]. Принятые в настоящее время клинические протоколы лечения акне позволяют гарантировано избежать обезображивающих последствий болезни при правильной лечебной тактике и адекватном своевременном назначении болезнь-модифицирующей топической или системной терапии [4, 11]. Среди всех патогенетически обоснованных средств, обрывающих течение акне, ведущее место занимают ретиноиды, которые в зависимости от тяжести дерматоза, назначают топически или системно [2, 5, 8]. В то же время многофакторность обострений акне, влияние на метаболизм липи-

дов сально-волосяных фолликулов эндокринной и другой соматической патологии, особенно при тяжелых, поздних или персистирующих формах дерматоза, не всегда позволяют достичь желаемого результата лечебного воздействия [5, 9].

Цель работы — оценить переносимость, эффективность и безопасность системного препарата изотретиноина «Акнетина» в лечении пациентов с акне среднетяжелых и тяжелых форм.

### Материалы и методы

Под наблюдением находились 112 пациентов с акне среднетяжелых и тяжелых форм, в том числе 59 мужчин и 53 женщины в возрасте от 15 до 46 лет. Все больные до лечения подвергались комплексному клиничко-лабораторному обследованию в соответствии с клиническими протоколами [4]. До, в процессе и после лечения «Акнетин» оценивали общее состояние пациента, результаты ежемесячных общеклинических лабораторных показателей, состояние кожи, среднее количество воспалительных и невоспа-

лительных элементов сыпи по критериям Американской академии дерматологии [10].

Критерии включения в исследование: клинический диагноз акне среднетяжелой или тяжелой формы; мужчины или женщины (небеременные, некормящие) в возрасте от 12 лет; согласие пациента и/или родителей на участие в исследовании и готовность выполнять назначения врача, подписание информированного согласия.

Критерии исключения: акне с легким течением; соматическая патология, требующая медикаментозной терапии; хронические вирусные гепатиты В и С, неготовность пациента соблюдать рекомендации врача.

Диагностический алгоритм включал сбор анамнеза и анализ предшествующей терапии; регистрацию сопутствующих заболеваний и стадии их активности; дерматологическое обследование с определением состояния кожи лица, подсчетом количества воспалительных (папул, пустул, узлов) и невоспалительных элементов сыпи (открытых и закрытых комедонов), общеклинические исследования (анализ крови, мочи, глюкоза, билирубин, трансаминазы), по показаниям общий мазок на флору для исключения урогенитальной, хеликобактерной инфекции желудка и двенадцатиперстной кишки. Инструментальное обследование (УЗИ органов малого таза и брюшной полости, щитовидной железы) проводили только в случаях отсутствия результатов обследования в течение текущего года. По показаниям назначали консультации гинеколога, эндокринолога, терапевта/гастроэнтеролога. Общеклиническое обследование проводили ежемесячно в течение всего курса приема «Акнетина».

Перед назначением «Акнетина» с пациентом обговаривали меры по предупреждению нежелательных последствий (исключение соляриев, ограничение инсоляции, фотозащита в солнечное время; исключение из рациона питания продуктов, содержащих витамин А (морковь, томаты); применение увлажняющих средств для предупреждения сухости кожи и слизистых оболочек). Акцентировано внимание на длительности лечения, времени наступления лечебного эффекта и временном риске развития побочных явлений. Если пациент был не готов к оговоренному режиму, прием системных ретиноидов начинать не рекомендовалось.

После обследования и исключения противопоказаний, подписания информированного согласия рассчитывали дозу «Акнетина» и определяли продолжительность лечения. Расчет дозы: 0,4–0,6–0,8–1,0 мг/кг массы тела в сутки. Стартовая и последующая ежедневная суточная доза зависела от формы и клинических особен-

ностей акне. Так, при преимущественном поражении лица, особенно у женщин с чувствительной кожей, стартовая доза составляла 0,4–0,5 мг/кг массы с последующим повышением, при необходимости — до 0,6–0,7 мг/кг массы тела. В случаях глубоких элементов на спине, поражения шеи определялась стартовая доза 0,6–0,8 мг/кг массы в сутки с коррекцией через 1 мес приема. Оптимальная куммулятивная доза «Акнетина», позволяющая изменить последующее течение акне, составила 100–120 мг/кг массы тела.

Пример расчета дозы «Акнетина»: *больная К.*, среднетяжелая форма акне с многочисленными воспалительными узлами на лице, спине. Масса тела — 82 кг. Расчет суточной дозы: 0,6 мг/кг массы × 82 кг = 49,2 мг «Акнетина» в сутки. С учетом дозы «Акнетина» в капсулах 16 и 8 мг пациентке был назначен «Акнетин» по 16 мг 3 раза в сутки, суточная доза — 48 мг.

Куммулятивная доза: 100 мг × 82 кг = 8200 мг; продолжительность лечения: 8200 мг : 48 мг/сут = 170,83 дня : 30 дней = 5,69 месяца, то есть продолжительность лечения составила не менее 5,5–6 мес.

Обязательно предупреждали пациента о приеме препарата во время еды или сразу после еды. Поскольку витамин А является жирорастворимым, его производные также лучше сопровождать приемом растительного или сливочного масла. Рекомендована рационализация питания: помимо продуктов с большим содержанием витамина А (морковь, тыква), исключение жирной пищи и легкоусвояемых углеводов, шипучих напитков (пепси, фанта, кола), молока, сгущенного молока. Целесообразно: утром — овсяная каша, вечером — печеные яблоки или кисломолочные продукты, в течение дня — достаточное количество жидкости (до 1,5–2 л), огурцы, кабачки, зелень, яблоки, рыба, нежирные сорта мяса (свинина нежелательна). Питание частое, дробное, небольшими порциями. Из сладкого — черный шоколад с большим содержанием какао.

Системная терапия включала гепатопротекторы (в течение первого месяца), курсами по 8–10 дней «Бионорм», содержащий целлюлозу, пре- и пробиотики.

Для ежедневного очищения кожи рекомендованы очищающие гели линий дерматокосметики (вначале — для проблемной жирной кожи, через 2–4 нед — для чувствительной). В течение первых 2–4 нед в некоторых случаях вечером назначали топические фиксированные комбинации («Дуак», «Изотрехсин»), со 2–4-й недели обязательны увлажняющие эмульсии или кремы, предпочтительно из линий дерматокосметики.

Таблиця. Количественная оценка элементов сыпи у пациентов с акне до, в процессе и после лечения (среднее количество)

Время исследования	Открытые комедоны	Закрытые комедоны	Папулы	Пустулы	Узлы
До лечения	44,1 ± 10,2	43,4 ± 10,4	42,8 ± 12,8	47,8 ± 11,2	6,6 ± 1,8
Через 1 мес лечения	21,5 ± 4,2	24,4 ± 8,2	32,4 ± 0,8	11,8 ± 1,2	3,4 ± 0,8
Через 3 мес лечения	2,8 ± 1,4	4,3 ± 2,8	1,1 ± 0,6	1,1 ± 1,2	—
Через 6 мес лечения	1,2 ± 1,1	1,6 ± 1,8	0,6 ± 0,2	—	—

Мониторинг переносимости и эффективности лечения включал ежемесячные (по показаниям чаще) осмотры с оценкой состояния кожи и лабораторных общеклинических анализов (анализ крови с подсчетом форменных элементов, билирубин, трансаминазы).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась классическими математическими методами вариационной статистики с применением пакета программ Microsoft Excel 2000 на персональном компьютере.

### Результаты и обсуждение

Среди 112 пациентов (59 мужчин и 53 женщины) с акне среднетяжелых и тяжелых форм в возрасте от 14 до 46 лет (средний возраст —  $26,3 \pm 2,2$ ) года ранние акне установлены в 88 (78,6 %) случаях, поздние — в 24 (21,4 %).

Все пациенты ранее неоднократно лечились у дерматолога или косметолога, в том числе только наружными средствами — 52 (46,4 %), неоднократными курсами системных антибиотиков — 36 (32,1 %), системными ретиноидами — 4 (3,6 %), комбинированными оральными контрацептивами — 11 (20,8 %) из 53 женщин.

При оценке исходного состояния кожи и степени пораженности лица отмечено, что на фоне различной степени жирности кожи поражение лба было у 88 (78,6%) пациентов, носа — у 71 (63,4 %), щек — у 85 (75,9 %), подбородка — у 48 (42,9 %), шеи — у 41 (36,6 %), спины — у 63 (56,3 %). Среднее количество воспалительных и невоспалительных элементов сыпи представлено в таблице.

Переносимость «Акнетина» у всех больных была удовлетворительной. Анализ лабораторных показателей не выявил отклонений, требующих отмены препарата у 112 пациентов. У 3 (2,7 %) больных отмечена транзиторная билирубинемия, связанная с погрешностями питания, которая купировалась диетой и гепатопротекторами.

Новые папулы и пустулы на 2–4-й неделе лечения появились у 26 (23,2 %) пациентов.

Сухость кожи со 2–3-й недели отмечена в 21 (18,8 %) случае, в последующем — у 72 (64,3 %), выраженная — у 18 (16,1%), в основном у лиц, пренебрегавших увлажняющими средствами. Зуд кожи был у 37 (33 %) пациентов (только при сухости кожи) и полностью регрессировал на фоне использования смягчающих средств. Хейлит развился у 61 (54,5 %) больного, даже на фоне использования гигиенической помады, применяя специализированные бальзамы для губ из линий дерматокосметики эти явления были нивелированы.

Положительная динамика кожного процесса отмечена у всех пациентов на фоне приема «Акнетина». Жирность кожи видимо уменьшилась уже через 2 нед лечения практически у всех пациентов, регресс воспалительных и невоспалительных элементов сыпи отчетливо усиливался по мере продолжительности приема препаратов (см. таблицу). После трех месяцев лечения у части пациентов наблюдались лишь единичные воспалительные папулы и практически не появлялись пустулезные элементы, полностью регрессировали узловатые элементы (рисунок А, Б).

К окончанию курса приема «Акнетина» в наших наблюдениях ни один из 112 пациентов не высказывал неудовлетворенности результатом лечения. Отличный и хороший результат отметили 102 (91,1 %) больных, удовлетворительный — 10 (8,9 %). Все пациенты указывали на улучшение структуры и рельефа кожи и в целом эстетического вида кожи, отсутствие необходимости использовать матирующие средства.

Стойкий клинический результат в течение двух лет наблюдения отмечен у 78 (69,6 %) пациентов, рецидивы наступили у 34 (30,4 %) больных, однако степень выраженности обострений была намного меньше, чем до начала приема «Акнетина».

Особо следует отметить отсутствие или незначительность явлений постакне после окончания курса лечения. Регресс пористости кожи сопровождался выравниванием ее рельефа, не было гиперпигментаций и/или застойных си-



Рисунок. А — больная К., 24 года. Акне, узловато-кистозная форма (4-я стадия) до лечения «Акнетинум»; Б — больная К., 24 года. Акне, узловато-кистозная форма (4-я стадия), через 3 мес приема «Акнетина»

нюшных пятен в области разрешившихся глубоких воспалительных элементов.

Мы проанализировали случаи рецидивов акне после окончания приема «Акнетина». У всех 34 пациентов (19 мужчин и 15 женщин) при повторном обследовании в связи с рецидивом акне выявлена та или иная соматическая патология, требующая медикаментозной коррекции. Так, хеликобактер-ассоциированный гастрит обнаружен у 11 (32,4 %) пациентов, почти в 3 раза чаще у мужчин, чем у женщин (8 и 3 соответственно); обострение тиреоидита с нарушением функции — у 10 (29,4 %) больных, почти одинаково часто у мужчин и женщин (6 и 4 соответственно); у 13 (86,7 %) из 15 женщин выявлена гинекологическая патология (урогенитальные инфекции и воспаление органов малого таза, нарушения менструального цикла, эндометриоз, растущая миома матки), требующая медикаментозной коррекции. Во всех этих случаях после консультации соответствующих специалистов была назначена необходимая системная терапия, на фоне которой дерматологические рекомендации ограничились лишь топическими болезнью-модифицирующими средствами — фиксированными комбинациями («Дуак», «Изотретиноин») и/или линиями дерматокосметики для проблемной жирной или проблемной комбинированной кожи. Лишь в 4 (11,8 %) случаях был назначен повторно «Акнетин» (1 мужчине и 3 женщинам), спустя 6 мес после окончания предыдущего курса, на фоне предполагаемой длительной гормональной коррекции соматической патологии. «Акнетин» был назначен в суточной дозе 0,4–0,6 мг в течение 6–7 мес, при этом с 4-го месяца у 1 из 4 пациентов перешли на интермиттирующий режим приема (2 раза в неделю). Критерием окончания приема препара-

та было достижение стойкого и выраженного клинического результата.

У 4 (21,5 %) мужчин рецидив акне был связан с началом приема спортивного питания и занятиями на тренажерах. Препараты спортивного питания отменили, назначили курс сорбентов, гепатопротекторов и наружной терапии фиксированными комбинациями не менее чем на 2 мес.

Анализируя данные литературы и результаты собственного опыта, можно отметить те вопросы, которые наиболее часто возникают в процессе работы и которые задают пациенты.

#### **В каких случаях можно столкнуться с рецидивом после курса терапии изотретиноином?**

- При недостаточной суточной и/или курсовой (кумулятивной) дозе изотретиноина для данного пациента. При анализе анамнеза в 4 наблюдениях выяснено, что у 2 пациентов суточная доза изотретиноина составляла всего лишь 10 мг, 2 пациента при адекватной суточной дозе получали лечение лишь 1 и 1,5 мес.
- При невыявленной и/или неконтролируемой медикаментозно фоновой патологии (эндокринологической, гинекологической или хронических инфекций). До начала лечения изотретиноином или при рецидиве после его окончания обязательно назначение общеклинического обследования, по показаниям — инструментального. При выявлении повышенных значений билирубина или хотя бы одной из трансаминаз обязательно исключение вирусного гепатита В или С; при эозинофилии в периферической крови, особенно в сочетании с повышением билирубина и/или трансаминаз, — исключение паразитарной инвазии. Анализ анамнеза также может иметь большое значение. Например, нарушения менструального цикла у женщин при акне

диктует необходимость повторного УЗИ органов малого таза (трансабдоминально и вагинально), на 5–7-й день менструального цикла, желателно со сравнительным анализом с результатами предыдущих исследований. В случае изжоги и другого дискомфорта, обострения гастрита целесообразно исключить хеликобактерную инфекцию по результатам дыхательного теста, исследования кала или определения антител в крови.

- При приеме гормональных препаратов (стероидные акне), спортивного питания с гормональным компонентом. Контролировать эту причину можно тщательным сбором анамнеза не только при обострении, но и при каждом мониторинговом визите. Ни один препарат внутрь пациент не должен принимать без согласования с лечащим врачом, за исключением ургентных ситуаций. Например, в наших наблюдениях был случай приема женщиной БАД с целью гормональной коррекции, которые содержали провитамин А. На 2-й неделе его приема появились раздражение и повышенная чувствительность кожи лица.
- При начале курсового лечения «Акнетином» в возрасте 12 лет. Нестабильность гормонального фона до 16–18 лет, в дальнейшем возможны новые гормональные всплески, в более старшем возрасте могут повторяться эпизоды акне. При этом гиперандрогения в таком раннем возрасте, приводящая к формированию тяжелой формы акне, которая требует системной терапии изотретиноином, может быть обусловлена не столько физиологическими процессами, сколько надпочечниковым генезом, связанным с метаболическими нарушениями и др. Поэтому использование в этом возрасте «Акнетина» скорее может быть исключением из правила, целесообразнее назначить на 4–6 мес топические фиксированные комбинации, чередуя с дерматокосметикой или в сочетании с ней.

#### Что делать в случае рецидива?

- Прежде всего оценить степень тяжести акне, как правило, это будет более легкая форма, чем до назначения первого курса.
- Проанализировать анамнез и возможные триггерные факторы рецидива акне (питание, уход, медикаменты, витамины, симптомы других болезней, выявление и лечение другой патологии, перименструальный характер обострений у женщин). В наших наблюдениях были случаи масляных акне на спине после массажа, расцененные как рецидив дерматоза.

- Обязательно назначить повторное общеклиническое, по показаниям инструментальное обследование пациента (объем см. выше), на время которого рекомендовать топические болезнь-модифицирующие средства (фиксированные комбинации с ретиноидами и др.).
- При выявлении фоновой, возможно, триггерной соматической патологии, — ее лечение по заключению соответствующих специалистов и топическая терапия.
- В случае неэффективности топических средств можно повторить курс изотретиноина не ранее чем через 8 нед после окончания первого курса терапии, учитывая эффект «последствия» препарата.
- Повторный курс назначают в суточной и курсовой дозе, рассчитанной на килограмм массы тела, но в пределах нижних их значений. Например, для пациента с массой тела 60 кг суточная доза может составлять минимум  $0,4 \text{ мг} \times 60 \text{ кг}$  ( $24 \text{ мг/сут}$  по 8 мг 3 раза или утром 8 мг, в обед — 16 мг), а курсовая —  $100 \text{ мг} \times 60 \text{ кг}$  (6000 мг, продолжительность —  $6000 \text{ мг} : 24 \text{ мг/сут} = 250 \text{ дней} : 30 \text{ дней} = 8,3 \text{ мес.}$ ).

#### В чем особенности течения и лечения акне на лице, спине и туловище?

- Они обусловлены разными анатомическими особенностями топографических регионов.
- Так, сальные железы в области спины расположены более глубоко, более крупных размеров, с большим количеством долек. Поэтому акне такой локализации прогностически более неблагоприятны, протекают более длительно, более резистентны к терапии и при среднетяжелых и тяжелых формах дерматоза требуют системных ретиноидов. При хорошей переносимости стартовой суточной дозы  $0,4 \text{ мг/кг}$  массы тела через 1 мес можно переходить на большие суточные дозы, например,  $0,6–0,8 \text{ мг/кг}$  массы тела. Поскольку изотретиноин характеризуется вариабельностью метаболизма, необходимо подбирать индивидуальную суточную дозу  $0,4–1,0 \text{ мг}$  под обязательным ежемесячным контролем переносимости и эффективности.
- Кожа лица отличается большим количеством сальных желез трех типов, расположенных на различной глубине, с возможным поэтапным вовлечением в патологический процесс. Кожа изначально более тонкая, чем на спине, из-за внешних воздействий чаще формируется повышенная чувствительность к экзо- и эндогенным факторам. Для лечения акне лица будет достаточна суточная доза  $0,4–0,6 \text{ мг}$ . Поскольку препарат характеризуется кум-

мулятивним действием как для клинического эффекта, так и риска нежелательных реакций (а на лице это прежде всего формирование повышенной чувствительности), целесообразно для достижения быстрого результата назначать большие суточные дозы (0,8–1,0 мг/сут). Из-за риска побочных эффектов может возникнуть необходимость перерыва или прекращения лечения, что нивелирует все предшествующие результаты. Контроль ухода и топических средств, наносимых на лицо по любому поводу, обязателен.

- Назначение системного изотретиноина преследует цель не столько быстрого эффекта, как длительного и стойкого клинического результата.

### Изотретиноин и беременность

- Абсолютным противопоказанием для применения изотретиноина является беременность.
- Если беременность наступает в период лечения изотретиноином (в любой дозе и даже в течение непродолжительного времени), существует высокий риск рождения ребенка с тяжелыми пороками развития.
- Женщина детородного возраста должна постоянно применять эффективные методы контрацепции в течение одного месяца до начала лечения изотретиноином, во время лечения и в течение месяца после его завершения.
- Противозачаточные средства необходимо рекомендовать даже тем женщинам, которые обычно не применяют контрацепции из-за бесплодия.
- Женщинам фертильного возраста лечение изотретиноином целесообразно начинать на

2–3-й день нормального менструального цикла.

- В период лактации изотретиноин не назначают.
- В соответствии с инструкцией по медицинскому применению препарата «Акнетин» период его полувыведения составляет от 7 до 39 часов, изотретиноин отсутствует в организме в физиологическом состоянии, возвращение к эндогенным концентрациям ретиноидов происходит приблизительно через 2 нед после прекращения лечения изотретиноином.

Таким образом, своевременное и рациональное использование системных ретиноидов в лечении среднетяжелых и тяжелых форм акне может существенно повысить эффективность терапии, обеспечивает не только лечебный эффект, но и сохранение и улучшение эстетического вида кожи, предупреждает развитие постакне.

### Выводы

1. Системный препарат изотретиноина «Акнетин» обеспечивает высокую клиническую эффективность и стойкий лечебный результат в течение двух лет наблюдения у 69,9 % пациентов.
2. Клиническая эффективность системного изотретиноина, его безопасность и переносимость зависят от адекватного выбора суточной и курсовой дозы и соблюдения режима лечения.
3. Обследование пациента (общеклиническое, инструментальное), выявление и лечение фоновой соматической патологии до назначения ретиноидов существенно снижает риск развития возможных рецидивов.
4. Длительный прием системных ретиноидов требует обязательного ежемесячного клинко-лабораторного контроля переносимости и эффективности терапии.

### Список литературы

1. Адашкевич В.П. Акне и розацеа.— СПб: Ольга, 2000.— 130 с.
2. Волкова Е.Н., Осипова Н.К. Прогрессивные технологии ведения больных с акне и постакне // Рос. журн. кожн. и венер. болезней.— 2009.— № 5.— С. 53–57.
3. Карымов О.Н., Кутуева Л.И., Ашапкин В.В. и др. Акне зрелого возраста: молекулярно-генетический анализ // Экспер. и клин. дерматокосметол.— 2011.— № 1.— С. 25–31.
4. Клинические рекомендации. Дерматовенерология / Под ред. А.А. Кубановой.— М.: ДЭКС-Пресс, 2007.— С. 143–153.
5. Ключарева С.В., Нечаева О.С. Современная терапия акне // Клин. дерматол. и венерол.— 2011.— № 3.— С. 9–31.
6. Мохаммад С., Кузина З.А., Волошин Р.Н. Препараты изотретиноина в комплексном лечении вульгарных угрей // Клин. дерматол. и венерол.— 2011.— № 4.— С. 71–74.
7. Проценко Т.В. Местная терапия акне vulgaris с применением фиксированных комбинаций лекарственных средств // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2010.— № 1 (36).— С. 50–58.
8. Устинов М.В., Сирмайс Н.С. К вопросу о лечении угревой болезни // Клиническая дерматология и венерология.— 2011.— № 5.— С. 70–72.
9. Addor F.S., Schalka S. Acne in adult women: epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects // An. Bras. Dermatol.— 2010.— Vol. 85 (6).— P. 789–795.
10. Barrat H., Hamilton F., Car G. et al. Outcome measures in acne vulgaris: systemic review // Br. J. Dermatol.— 2009.— Vol. 153.— P. 445–448.
11. Katsambas A.D., Lotti T.M. European Handbook of Dermatological Treatments.— Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1999.— P. 376–383.

Т.В. Проценко, О.А. Проценко

*Донецький національний медичний університет імені Максима Горького*

## Системні ізотретиноїди: терапія вибору при тяжких формах акне

**Мета роботи** – оцінити переносність, ефективність і безпеку системного препарату ізотретиноїду «Акнетину» в лікуванні пацієнтів з акне середньотяжкої і тяжкої форм.

**Матеріали та методи.** 112 пацієнтів з акне середньотяжкої і тяжкої форм, зокрема 59 чоловіків і 53 жінки віком від 15 до 46 років. До, в процесі і після лікування оцінювали загальноклінічні лабораторні показники, стан шкіри, середню кількість запальних та незапальних елементів висипу, загальний стан пацієнта.

**Результати та обговорення.** Застосування препарату «Акнетин» сприяло досягненню стійкої клінічної ремісії протягом двох років спостереження у 78 (69,6 %) пацієнтів. Загострення констатовано у 34 (30,4 %) хворих, але меншого ступеня вираженості, ніж до початку прийому «Акнетину», переважно в осіб з фоновою соматичною патологією.

**Висновки.** Системний препарат ізотретиноїду «Акнетин» забезпечує високу клінічну ефективність, стійкий лікувальний результат і може бути препаратом вибору для лікування пацієнтів з акне середньотяжких і тяжких форм.

**Ключові слова:** акне, лікування, системний ізотретиноїд, «Акнетин».

T.V. Protsenko, O.A. Protsenko

*M. Gorky Donetsk National Medical University*

## Systemic isotretinoin: therapy of choice for severe acne

**Purpose** – to assess tolerance, efficacy and safety of systemic isotretinoin drug «Aknetin» in treatment of patients with moderate and severe acne forms.

**Materials and methods.** 112 patients with moderate and severe acne forms, including 59 men and 53 women aged 15 to 46 years. General clinical laboratory parameters, skin, the average number of inflammatory and noninflammatory acne items, general condition of the patient were assessed before, during and after treatment.

**Results and discussion.** The use of «Aknetin» drug contributed to achievement of sustained clinical remission within two years of observation in 78 (69.6 %) patients. Aggravation was registered in 34 (30.4 %) patients, but it was of less severity than before starting to take «Aknetin», mainly in patients with background somatic pathology.

**Conclusions.** Systemic isotretinoin drug «Aknetin» provides high clinical efficiency, stable therapeutic results and may be the drug of choice for treatment of patients with moderate and severe acne forms.

**Key words:** acne, treatment, systemic isotretinoin, «Aknetin».

□

---

### Дані про авторів:

**Проценко Тетяна Віталіївна**, д. мед. н., проф., зав. кафедри дерматовенерології та косметології Донецького національного медичного університету імені Максима Горького

**Проценко Олег Анатолійович**, д. мед. н., доцент, проф. кафедри дерматовенерології та косметології Донецького національного медичного університету імені Максима Горького  
83000, м. Донецьк, просп. Ілліча, 16. Тел. (062) 334-02-26