

А.Д. Дюдюн<sup>1</sup>, Н.Ю. Резніченко<sup>2</sup>, Н.М. Поліон<sup>1</sup>, Ю.І. Кауке<sup>3</sup><sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Дніпро<sup>2</sup>Запорізький державний медичний університет<sup>3</sup>КУ «Запорізький обласний шкірно-венерологічний клінічний диспансер» ЗОР

## Ізотретиноїн як основна патогенетична терапія тяжкого перебігу вульгарних, конглобатних і рожевих вугрів

Однією з найбільш актуальних проблем сучасної дерматології є лікування вульгарних і рожевих вугрів, торпідних до топічної і системної терапії.

**Мет роботи** — визначити методи ефективної терапії тяжких форм вульгарних і рожевих вугрів.

**Матеріали та методи.** Проведено огляд літератури та аналіз результатів клінічних обстежень хворих на акне та розцефалію.

**Результати та обговорення.** Менеджмент рожевих вугрів та вугрової хвороби є складним завданням і у більшості випадків потребує консультації дерматовенеролога та інших спеціалістів (кушера-гінеколога, ендокринолога, гастроентеролога), проведення досліджень гормонального статусу, інструментального обстеження різних органів і систем організму. Лікування пацієнтів з акне та розцефалією передбачає використання комплексного підходу з призначенням системних ретиноїдів у випадках тяжкого перебігу та наявності резистентності до інших видів терапії.

Застосування оригінального препарату «Роаккут» забезпечує максиміальний терапевтичний ефект при вульгарних, конглобатних і рожевих вугрях, чинить дію на основні ланки патогенезу, дає можливість уникнути значних естетичних недоліків у вигляді формуваних рубців, що істотно покращує якість життя пацієнтів. Використання препарату «Роаккут» є золотим стандартом лікування тяжких форм вугрової хвороби, збезпечує регрес акне-елементів, зменшення або повне усунення себореї. Поліпшення клінічної картини тяжких форм акне пов'язане зі зниженням активності сальних залоз і гістологічно підтвердженим зменшенням їх розмірів. Доведено, що ізотретиноїн чинить протизпалювальну дію на шкіру. Для профілактики рецидивів з хворювання після досягнення курсової дози «Роаккуту» слід рекомендувати прийом його низьких доз протягом 3–6 міс.

**Висновки.** Використання оригінального препарату «Роаккут» має доведену підвищену ефективність у лікуванні середньо-тяжких і тяжких форм акне, навіть у випадках неефективності інших системних засобів.

### Ключові слова

Вульгарні акне, розцефалія, системні ретиноїди, «Роаккут».

Н сьогодні однією з важливих проблем дерматології та косметології є вугрові хвороби та рожеві вугрі (розцефалія) — захворювання сальних залоз і волосяних фолікулів, функціонують яких пов'язане з впливом багатьох чинників [10, 15].

Актуальність проблеми вугрової хвороби та розцефалії зумовлені великою поширеністю та серйозними косметологічними наслідками для пацієнтів. Так, у структурі дерматологічної патології поширеність розцефалії коливається від 5 до 15% з піком в осіб 40–50-річного віку [8, 15, 21]. Згідно з даними Н.С. Сирмис та співавт. [20], до розцефалії схильні 10–20% осіб у віці від 30 до

60 років переважно зі світлою шкірою кельтського походження.

Частота вугрової хвороби сягає у середньому 11–20%, тоді як у юнаків та дівчат у підлітковому віці спостерігається різке зростання захворюваності до 80–90% випадків. Її клінічний перебіг характеризується дуже повільною інволюцією патологічних елементів [8, 10, 15].

Після становлення репродуктивної функції частота вугрової хвороби зменшується, але при цьому у кожного 5-го пацієнта спостерігаються тяжкі вульгарні та конглобатні форми, які поглиблюються та піддаються терапії. Внаслідок цього розви-

в ються серйозні косметологічні дефекти у вигляді трофічних і гіпертрофічних рубців.

Несвоєчасне лікування клінічних форм виразок, вульгарних і конглобатних вугрів є причиною не лише естетичних дефектів шкіри, а й психосоціальних проблем [26]. Наслідком вульгарних, конглобатних і рожевих вугрів є психосоціальна депресія, розвиток дисморфофобії, депресії, зниження комунікабельності, успішності, продуктивності, усвідомлення, труднощі у працевлаштуванні, тоді як усунення естетичних дефектів шкіри сприяє регресу психопатологічних розладів.

Стосовно лікування конглобатних розчавлених існує багато невиправданих упереджень лікарів щодо використання системних ретиноїдів. З одного боку, прийом системних ретиноїдів може призводити до змін в організмі, посилювати депресію, тривогу, схильність до агресивності та (дуже рідко) викликати суїцидальні думки. Проте слід пам'ятати, що системні ретиноїди призначають у випадках тяжкого та резистентного перебігу захворювання, яке має на собі вплив як на емоційний стан, так і на психічний стан пацієнта. Крім того, психічні розлади не тільки прийому системних ретиноїдів виникають лише в осіб із відкритою або прихованою психічною патологією. Отже, необхідно бути обережним у призначенні системних ретиноїдів пацієнтам із депресією в анамнезі та здійснювати їх спостереження щодо виникнення депресії протягом лікування.

Проте щодо лікування психічно здорових осіб із тяжкою формою вульгарних і рожевих вугрів та/або резистентними до терапії не слід бути упередженими, обов'язково призначити системні ретиноїди («Роаккутан»). Покращення стану шкіри, регрес патологічних висипань не тільки стосовно «Роаккутану» має позитивний вплив на емоційний стан, настрій, зменшує відчуття тривоги.

Етіологія та патогенез розчавлених поки що до кінця не вивчені, що зумовлює потребу у проведенні подальших досліджень. Вітчизняні та зарубіжні вчені відзначають роль таких тригерних факторів [7, 12, 20, 27, 32]:

- 1) екзогенні чинники — несприятливі кліматичні умови, вплив високої та низької температури, сонячне випромінювання, вживання жирних і алкогольних напоїв, жирної їжі, куріння, стреси, нерцюзональне використання лікарських і косметичних засобів;
- 2) ендогенні чинники — схильність, атопія, порушення функціонування шлунково-кишкового тракту, гепатобіліарної, нервової, ендокринної, імунної систем, наявність вогнищ інфекції.

Найбільш повний перелік тригерних факторів розчавлених виведено у дослідженні Національного товариства з боротьби з розчавленими (National Rosacea Society, США) [36]:

- 1) харчові тригери: печінка, йогурт, сметана, сир (крім кисломолочного), шоколад, ваніль, соевий соус, дріжджі (крім дріжджового хліба), оцет, бекон, вівсяні каші, шинці, широколисті боби (у тому числі лимський квасоля, морські боби, горох), цитрусові, томати, бани, червоні сливи, родзинки, інжир, прянощі, продукти з високим вмістом гістаміну;
- 2) напої: алкогольні (особливо червоне вино, ігристе вино, пиво, бурбон, джин, горілка), кави, чай (кавовий сироп, кава, чай тощо);
- 3) емоційний вплив: стрес, тривога;
- 4) засоби догляду за шкірою: деякі косметичні засоби та спреї для волосся (особливо ті, що містять спирт, гліцерин, парфюми), спирти, цетон, будь-які засоби, які можуть спричинити почервоніння та печіння шкіри;
- 5) високі температури: сонце, перегрівання, перебування у занадто теплому приміщенні;
- 6) несприятливі погодні умови: пекуче сонце, сильний вітер, холод, підвищена вологість;
- 7) прийом медикаментів: інгібітори АПФ, блокатори кальцієвих каналів, холіноміметичні препарати (наприклад, пілоксіпін), опіати, тимоксифен, сілденфіл та його аналоги, нітриди, циклоспорин, топічні стероїди;
- 8) медичні стани: часті припливи, менопауза, хронічний кашель, синдром відміни кофеїну;
- 9) надмірні фізичні навантаження: нерцюзональне заняття спортом, тяжка фізична праця.

Роль кліщів родини *Demodecidae* у виникненні розчавлених до тепер залишається суперечливою. Наукові дискусії щодо специфічності нозології демодекозу та значення цієї інфекції для розвитку розчавлених ведуться вже тривалий час. Адже основним етіологічним чинником розчавлених є кліщі *Demodex folliculorum* та *Demodex brevis*, його клінічні вияви подібні до вульгарних та рожевих вугрів [13, 25, 27].

Кліщі *Demodex folliculorum* та *Demodex brevis* належать до родини *Demodecidae*, яка є складовою родини *Demodicoidea* з підряду *Trombidiformes* єдиного ряду *Acariformes*, спричинені ними ураження відносять до групи акризу [3]. Обидва види кліщів належать до постійних внутрішньошкірних облигатних паразитів людини, поширених по всій земній кулі в усіх кліматичних зонах [5, 11, 29].

*Demodex folliculorum* виявляють у невеликих волосяних фолікулах шкіри обличчя та тіла. Їх

кількість в одному фолікулі може не лічув ти від 3 до 18 особин, які перебувають у різних фазах розвитку [29, 31]. *Demodex folliculorum* як у незрілій, так і у зрілій формі харчується епітеліальними клітинами, спричиняє збільшення розмірів і гіперплазію фолікулів та сприяє посиленню кератинізації. *Demodex brevis* не всіх стадій розвитку наявний у сальних залозах, пов'язаних із невеликими волосяними фолікулами шкіри обличчя, так як статки мейбомієвих залоз. Їх кількість у одній з залоз лічує від 1 до 3 особин [5]. Як зрілі, так і незрілі особини харчуються клітинами залоз і при тяжкій інвазії можуть вплинути на формування поверхневого ліпідного шару. Секрет сальних залоз кліщів *Demodex spp.* має ферментативну й антигенну активність і є причиною алергічних реакцій, запальних явищ, деструктивних і проліферативних змін шкіри [21].

У будь-яких випадках наявності запальних форм розцілюють як протиприщотний терапію. Препарати вибору є антибіотики тетрациклінового ряду та протиприщотні іміди зольної групи, які глибоко впливають на *Demodex spp.*, проте не чинять дії на інші механізми виникнення рожевих вугрів. Саме тому у практиці кожного дерматолога зустрічаються випадки неефективності антипротиприщотного лікування розцілювання.

Отже, у випадках тяжкого перебігу рожевих вугрів єдиний ефективний метод терапії — призначення системного ізотретиноїну («Роаккутан»), який впливає на механізми виділення шкірного сала, гіперплазію у пілосебацийній зоні, та кож чинить протиприщотну дію.

Остатнім чинником вогні, які розглядають як причини розвитку вугрової хвороби та розцілювання, приділяють особливу увагу спадковості та генетичним чинникам. Так, згідно з даними A. Rebera [32], спадкову схильність мають третина пацієнтів із розцілювання (особливо з тяжким перебігом), хоч це не генетичне захворювання. При вугровій хворобі простежується певна спадкова схильність, особливо при тяжких формах захворювання. Генетично зумовленими є гіперандрогенія та підвищена чутливість клітин сальних залоз і волосяних фолікулів до похідних тестостерону та порушення хімічного складу шкірного сала.

Це свідчить про необхідність інтенсивної терапії (з застосування системного ізотретиноїну — «Роаккутан») вже на ранніх стадіях виникнення вугрової та рожевих вугрів у осіб з обтяженим родинним анамнезом щодо тяжких форм цього захворювання.

R.N. Smith та співавтори [33] приділяють особливу увагу лічбовим факторам розвитку

акне — на дмірному вживанню пацієнтами вуглеводів і жирів, так як кожний голошують на застосування низької лічбової дієти, так як гондо-тропні, естрогенні та кортикостероїдні гормони, препарати йоду, броду, літійу, хініну, рифампіцину. Окрім цього, Л.Д. Кожухов та співавтори [4] вказують на механізм подразнення шкіри як можливу причину розвитку акне при на дмірній інсоляції, застосування мінеральних масел і мазей, дьогтю та косметики на основі вазеліновій основі з наявності в осіб схильності до утворення комедонів.

У розвитку акне вживання мають порушення мікробіоценозу шкіри. Відомо, що шкіра має певний бактеріальний баланс не лише завдяки своїй цілісності, а й завдяки хімічному складу шкірного сала, що є визначальним для формування нормального мікробіоценозу. Підвищена продукція шкірного сала зі зменшенням вмісту ненасичених жирних кислот сприяє розмноженню умовно-патогенної флори [4, 15, 22].

Одні вчені [2, 4] вказують на тому, що основним патогенетичним чинником запальних форм вугрової хвороби є *Propionibacterium*, оскільки їх виявляють у вивідних протоках сальних залоз хворих на вугрову хворобу. Саме секрет сальних залоз є найбільш сприятливим середовищем для розмноження *P. acnes*, знизження рівня ненасичених жирних кислот послаблює бактеріцидні властивості шкірного сала. Інші дослідники [22] відзначають роль дріжджоподібних грибів *Malassezia* у виникненні елементів акне.

Згідно з результатами дослідження G. Agak та співавтори [23], для *P. acnes* характерна резистентність до ушкодження нейтрофілами та моноцитами, персистенція в фагоцитозних клітинах, де мікроорганізми тривають життя з тими, незважаючи на застосування антибіотиків запальних препаратів. Окрім цього, гіперпродукція шкірного сала не є змоги з безпечити необхідну концентрацію антибіотиків у протоках сальних залоз.

Тому у більшості випадків середньотяжкого і тяжкого перебігу акне немає стійкого ефекту від застосування системних антибіотиків запальних препаратів і виникає потреба у застосування системного ізотретиноїну — «Роаккутан». Його використання зменшує продукцію шкірного сала, опосередковано зменшуючи колонізацію пілосебацийної зони *P. acnes* та іншими умовно-патогенними мікроорганізмами. Тому при тяжкому перебігу вугрової хвороби та при конглобатних акне недоцільно розпочинати лікування з низько-ефективної антипротиприщотної терапії, слід

відразу призначити оригінальний ізотретиноїн — «Рокут н», який має найвищу ефективність, доведену у численних наукових дослідженнях.

Ферменти мікроорганізмів активують гідроліз тригліцеридів шкірного сала і розщеплюють його до вільних жирних кислот, які ушкоджують не лише епітеліоцити [4, 10, 15], а й вивідні протоки сальних залоз. Саме з цієї причини у пацієнтів із себорейною хворобою зустрічається акне. У зоні себореї одночасно знижуються бактеріцидні властивості шкірного сала, які залежать від рівня андрогенної активності шкіри, у жінок ще й від порушень менструального циклу, що підвищує сприйнятливості до негативної дії біогенних фізичних та хімічних чинників.

Слід зауважити, що пропіоновокіслі бактерії відіграють важливу роль у всіх фазах розвитку вульгарних і конглобатних акне. Крім того, вони стимулюють Th17-клітини, започинаючи імунологічну ланку патогенезу тяжких форм вугрової хвороби.

Згідно з G. Agak, M. Qin, J.W. Nobe [23], застосування системного ізотретиноїну («Рокут н») пригнічує диференціацію Th17-клітин, яку індукують пропіоновокіслі бактерії, та чинить вирішальний лікувальний ефект щодо вульгарних і конглобатних акне за відсутності позитивної динаміки навіть при проведенні інших системної та зовнішньої терапії.

Однією з головних причин розвитку вугрової хвороби є вплив андрогенів на секреторну активність сальних залоз, функціональний стан органів травлення, нейроендокринної та імунної систем, порушення обміну речовин [1, 2, 5].

В етіопатогенезі вугрової хвороби важливу роль відіграє хронічний ендокринний патологія (порушення менструального циклу внаслідок синдрому полікістозних яєчників, що супроводжується новуляцією і гірсутизмом, андроген-продукуючі пухлини, дисфункція кори надниркових залоз, дисбаланс фракцій тестостерону в чоловіків) і нейровегетативний дисбаланс із характерним гіпертонусом сальних залоз (підвищеність чутливості шкіри, хронічні інфекції, інтоксикації) [1, 5, 30].

Згальновизначено, що шкіра — це основна ланка метаболізму статевих стероїдних гормонів, головними органами-мішенями для них є епідерміс, волосяні фолікули та сальні залози, функціонування яких пов'язано з обміном статевих гормонів з резервуаром наявності рецепторів, де відбувається їх зв'язування [1, 4, 22]. Низький рівень статевих гормонів стимулює функціонування сально-волосяного фолікула (АКТГ, гормони кори надниркових залоз, андрогени, прогестерон), тоді, як естрогени, навпаки, пригнічують.

Саме гіперандрогенія (збільшення рівня вільного тестостерону, 4-андростендіону, дегідроепіандростерону та прогестерону, підвищення активності ферменту 5 $\alpha$ -редуктази та чутливості андрогенних рецепторів на поверхні сальної залози) зумовлює гіперпродукцію шкірного сала, що у свою чергу сприяє підвищенню проліферації кератиноцитів фолікулів та порушенню їх диференціації з подальшим розвитком гіперкератозу фолікулів та утворенням комедонів.

Причини розвитку гіперандрогенії в жінок можуть бути генетичні, гіпоталамо-гіпофізарні, яєчникові, надниркові порушення. Також, гіперандрогенність характерна для осіб у період статевого дозрівання, для жінок постпубертального віку з наявністю генетичної схильності, гіпоталамо-гіпофізарних, яєчникових та надниркових порушень (так як синдром полікістозних яєчників, гіперплазія надниркових залоз, пухлини головного мозку, яєчників, надниркових залоз), циклічних гормональних змін, пов'язаних із менструальним циклом, зриваючись фізіологічного підвищення рівня прогестерону у другій фазі менструального циклу [1, 4, 10, 15].

У зв'язку з цим пацієнтам із тяжкими, резистентними до стандартної терапії формами акне, зокрема в передпубертальному та постпубертальному віці, необхідно рекомендувати додаткове обстеження та визначення рівня вільного тестостерону, 4-андростендіону, дегідроепіандростерону та глобуліну, що зв'язує статеві стероїди, деяким хворим — проведення ультрasonic дослідження яєчників і надниркових залоз, КТ і МРТ головного мозку з метою визначення подальшої тактики ведення та проведення патогенетично обґрунтованого лікування.

У пацієнтів із гіперандрогенними симптомами їх клінічними виявленнями у вигляді тяжкої форми акне найбільш оптимальним для лікування, в подальшому і для профілактики утворення комедонів є комбіноване застосування антиандрогенних препаратів системного ізотретиноїну («Рокут н») тривалістю не менше 4–6 місяців (до отримання курсової дози), особливо з наявністю великої кількості критичних комедонів та схильності до утворення кіст сальних залоз. Після отримання курсової дози слід переходити на підтримуючу дозу «Рокут н» (20 мг на тиждень) для зменшення гостроти хвороби. Доцільність застосування «Рокут н» зумовлена механізмом його дії, який полягає у пригніченні активності сальних залоз із гістологічно доведеним зменшенням їх розмірів. Це забезпечує високу ефективність ізотретиноїну як у лікуванні пацієнтів із вульгарними та конглобатними акне, так і з тяжким перебігом себорейного дерматиту [1].

Антидрогенні препарати з звичайними причинами чинять термін 6 місяців із можливим поступовим використанням низькодозованих комбінованих оральних контрацептивів.

Питання класифікації вугрової хвороби та рожевих вугрів залишається відкритим. Насьогодні не існує єдиної класифікації розце. Згідно з класифікацією О.І. Рижкової (1976) виділяють 4 стадії з хворювання [6, 7, 12, 13, 19]:

- 1) еритема тозна — для неї характерні спочатку тріангулярні, потім стійкі центральні фізіологічні еритеми, які у подальшому поширюються на щоки, лоб, підборіддя і навіть шию, та появу телеангіектазії переважно у центральній зоні обличчя, відчуття свербіння, печіння, жри;
- 2) папулоз — супроводжується появою переважно на щоках, лобі, підборідді дисемінованих або згрупованих з папульних папул та тілі стійкої еритеми, відчуттям свербіння, печіння;
- 3) пустулоз — характеризується появою пустулозних висипів, які поширюються з центральної зони обличчя на шкіру лоба, щік та навіть шиї, грудної клітки, з вушних та інших ділянок шкіри, та кожироженим на браком обличчя;
- 4) інфільтративно-продуктивний — з утворенням інфільтратів, з папульних вузлів, пухлиноподібних розростань (ринофіми, метастазми, гнатозифіми, отофіми, блефарозифіми).

Насьогодні у світі найчастіше використовують класифікацію розце. Насціональному товаристві з боротьби з розце (National Rosacea Society, США), з пропозицією експертів J. Wilkin, M. Dahl, M. Detmar та інших. Комітету по класифікації та стадіях розце [34]. Згідно з цією класифікацією виділяють 4 субтипи з хворювання:

- еритема тозна-телеангіектична;
- папуло-пустулозна;
- фіма тозна;
- окулярний (офтальморозце).

Окрім класичних клінічних форм розце, деякі вчені виокремлюють їх типові форми: стероїдну, гриметивну, гриметозну (люпоїдну), конглобатну, фульмінантну, розце з солідним персистуючим набряком, офтальморозце [6, 13]. Стероїдні розце виникають у результаті тривалого, з звичайним безконтрольного, застосування топічних кортикостероїдних засобів, характеризуються наявністю вогнищ яскраво-червоної еритеми, численних папулопустулозних елементів висипів, телеангіектазій (рис. 1), при цьому відзначається синдром «відміни» — за гострення висипів після припинення прийому кортикостероїдних препаратів.

Гриметивні розце та кожирожі є ускладненнями насціональної системної або топічної терапії антибіотиками з насобовими, насвідок чого виникають фолікуліти з гриметивною флорою — переважно родини *Enterobacteriaceae* (*Escherichia coli*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Proteus mirabilis*) [12, 13, 19]. Гриметозні форми розце характеризуються утворенням червоно-бурих мілірних папул або невеликих вузлів у періоральній та пероральній зонах, які можуть поширюватись за межі шкіри обличчя, уржує переважно імуноскомпрометованих пацієнтів із ВІЛ-інфекцією, туберкульозом, іншими тяжкими хронічними захворюваннями [12, 19, 31].

Конглобатні форми з хворювання виявляються утворенням вузлів темно-червоного, синюшного кольору з можливим утворенням фістул та тілі гіперемії, появи папул, пустул, телеангіектазій [1, 7, 12]. Фульмінантні форми розце характеризуються блискучим перебігом, гострим початком з хворювання з формуваним вроженом набряком шкіри обличчя, появою великої кількості папул, пустул, вузлів, які можуть зливатись між собою з утворенням конгломератів, можливе підвищення температури тіла, загноєння інтоксикаційні явища [19]. Розце з солідним персистуючим набряком (хвороба Морбіганна) характеризується хронічним персистуючим набряком верхньої половини обличчя, звисанням верхніх повік та дочними щілинами, натягненням та пруженням шкіри в зоні насдперенісся, відсутністю суб'єктивних відчуттів, наспізніх стадіях з хворювання — стійкою інфільтрацією та фіброзом шкіри [22]. Окулярні форми з хворювання (офтальморозце) може бути єдиним виявом з хворювання або супроводжувати ураження шкіри, проявляється блефаритом, кон'юнктивітом, іритом, іридоциклітом, кератитом, хлязіоном [22].

Слід звернути увагу, що рідше розце набігає та частіше реєстрували серед жіночого населення, ніж серед чоловічого. Однак чоловіки насвідміну від жінок більш влстиві тяжкі форми з хворювання з проліферативними процесами у шкірі, гіперплазією насльоз, формуваним фіма тозного підтипу з хворювання [20].

Наявність у пацієнта тяжкої форми розце (папуло-пустулозна, фіма тозна, конглобатна, фульмінантна рожева вугрі, розце з солідним персистуючим набряком) є прямим показанням для призначення системного ізотретиноїну («Роаккутан») [9, 20]. Несвоєчасне призначення «Роаккутану» у тяжких випадках призводить до прогресування з хворювання, збільшення кількості з папульних елементів висипу, незворотніх фіма тозних розростань, стійкого фіброзу (при

Таблиця. Класифікація тяжкості акне (American Academy of Dermatology)

Ступінь тяжкості	Комедони (відкриті або закриті)	Пупки, пустули	Вузли, кісти	Зміна кольору	Рубці, пігментні зміни, келоїди	Психосоціальні ускладнення
I (легкий)	Мало (< 10)	Пупки < 10	Відсутні	Відсутнє	Відсутні +	+
II (середній)	Більше (10–25)	Пупки (10–20), поодинокі пустули	Відсутні	Помітне	Відсутні ++	+
III (тяжкий)	Більше (26–50)	Пупки, пустули (21–30)	< 5	Виржене	+++ +	++
IV (дуже тяжкий)	Дуже багато (> 50)	Пупки, пустули – дуже багато (> 30)	> 5	Дуже виржене	+++ ++	+++

Примітка. + — наявність змін легкого ступеня; ++ — наявність змін середнього ступеня; +++ — наявність змін тяжкого ступеня.

хворобі Морбіган), то кожодозначеного погіршення якості життя пацієнта.

Стосовно класифікації акне, то до цього часу немає єдиної згодою прийнятої класифікації, що можна пояснити великою кількістю етіологічних факторів, поліморфністю клінічної картини захворювання, неоднорідністю оцінки ролі різних елементів для визначення тяжкості захворювання.

Серед міжнародних класифікацій акне найбільш уживається класифікація, розроблена G. Plewig та A. Kligman [30]:

1. Неонатальні вугрі.
2. Меланома вугрі: конглобатні вугрі меланом.
3. Підліткові вугрі: комедональні, пупко-пустульозні, конглобатні, *acne inversa*, *acne fulminans*, твердий персистуючий набряк обличчя при акне, механічні вугрі.
4. Вугрі дорослих: локалізовані на спині, тропічні, постменструальні вугрі у жінок, постменструальні, синдром мускулізації у жінок, полікістоз яєчників, андрогеном в гіттих, надлишок андрогенів у чоловіків, ХХУ-соціо-вміш конглобатні, допінгові, тестостерон-індуковані блисквичні вугрі у надто високих підлітків чоловічої статі.
5. Контактні вугрі: косметичні, *acne vulgaris* спровоковані нанесенням помади, хлоракне; жирні та смоляні вугрі.
6. Комедональні вугрі як слідок впливу фізичних чинників: одиничні комедони (хвороба Фрідмана-Рашко); солярні комедони; мейоракне; *acne vulgaris* як слідок іонізуючої радіації.

Визначають 4 ступені тяжкості залежно від кількості вирженості висипання та психосоціальних ускладнень (таблиця).

У клінічній практиці найбільш зустрічаються акне, які уражують осіб пубертатного віку — дівчат 12–13 років та хлопців

13–14 років. У певній частині підлітків юнацькі акне мають легкий перебіг у вигляді комедональної форми, іноді — у вигляді поодиноких запальних акне (пупок та пустул). Проте у більшості випадків реєструють пупко-пустульозну форму захворювання, для якої характерне утворення численних запальних елементів акне, що потребує проведення топічної та системної антибіотичної терапії.

Одним із найбільш тяжких проявів акне є конглобатні акне (*acne conglobata*), при яких, окрім комедонів, пупків та пустул, спостерігаються вузли, кісти з гнійним вмістом та абсцеси, глибоко розтшовані як у шкірі обличчя, так і на спині та грудях (рис. 2).

До дуже тяжких форм акне належать інверсні акне (*acne inversa*), які зустрічаються у вигляді сімейних та спорадичних форм. При інверсних акне уражуються як скляні з лози, так і вторинно — покривні потові з лози, які тісно пов'язані з волосяними фолікулами. Як слідок розриву стінки волосяного фолікула з утворенням вирженого інфільтрату розвивається синдром фолікулярної оклюзійної тридактомії (рис. 3), який включає такі 3 або 4 симптоми: конглобатні акне, гідрденіт, абсцедуючий фолікуліт голови, пілонідальний синус.

Блисквичні акне (*acne fulminans*) — найбільш тяжкі форми акне, що уражують юнаків пубертатного віку та характеризуються миттєвою появою на значній площі шкіри спини, грудях, плечей (окрім обличчя) великої кількості запальних елементів акне, кіст та вузлів із проявами загальної інтоксикації та розвитком у подальшому численних рубцевих змін на шкірі (рис. 4). У виникненні блисквичних акне вживають роль відіграють інфекційно-алергічні та механізми інтоксикації, що потребує проведення відповідної корекції [18].



Рис. 1. Пцієнтк Н., 52 роки.  
Стероїдні розце

Виникли у результаті дворічного використання топічного кортикостероїдного засобу.



Рис. 2. Хвор В., 35 років. Кістозні кне як пок з ння до призн чення «Ро ккут ну»

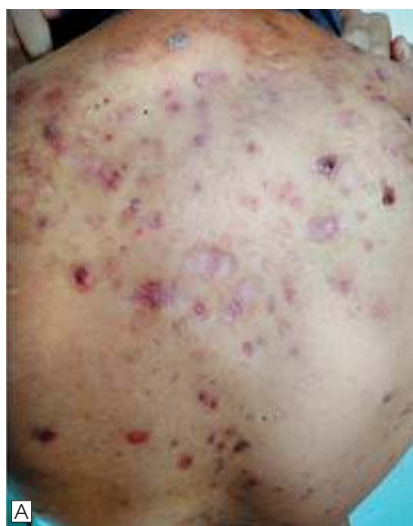


Рис. 3. Хворий Т., 35 років. Синдром фолікулярної оклюзійної трі ди як пок з ння до комбінов ного призн чення «Ро ккут ну» т д псону

А — конглобатні акне; Б — абсцедуючий та підриваючий фолікуліт голови; В — гідраденіт.



Рис. 4. Хворий П., 23 роки. Блиск вичні кне



Рис. 5. Пцієнт Л., 25 років

Численні атрофічні рубці як результат несвоєчасного призначення системного ізотретиноїну.



Рис. 6. Пцієнтк С., 20 років.  
Дігноз: юнцькі кне, п пуло-  
пустульозн форм, тяжк  
форм

А — до лікування; Б — через 2 міс  
від початку лікування препаратом  
«Роаккутан».



Рис. 7. Пцієнтк С., 19 років.  
Дігноз: юнцькі кне, п пуло-  
пустульозн форм, тяжк  
форм

А — до лікування; Б — через 2 міс  
від початку лікування препаратом  
«Роаккутан».



Рис. 8. Пцієнт С., 24 роки.  
Дігноз: юнцькі кне, п пуло-  
пустульозн форм, тяжк  
форм

А — до лікування; Б — через 2 міс  
від початку лікування препаратом  
«Роаккутан».

Клінічні вияви пізніх кне ч стіше спостері-  
г ються у жінок 25—40 років у вигляді відкритих  
і з критих комедонів, п пул, пустул, рідше —  
вузлів і кіст з лок ліз цієї н обличчі, іноді — н  
спині т грудях. Слід п м'ят ти, що у більшості  
вип дків вони є м ркер ми тяжких ендокринних  
і гінекологічних з хворюв нь, томут кі п цієнти  
потребують поглибленого гормон льного і ультр  
р звукового дослідження т огляду кушер -  
гінеколог .

Т ким чином, як з зн ч лося вище, розвиток  
і перебіг вугрової хвороби з лежить від б г тьох  
як екзогенних, т к і ендогенних чинників, у  
зв'язку з чим у лікув нні кне у б г тьох вип дк  
х виник ють зн чні труднощі.

Несвоеч сно розпоч т бо не декв ти тер -  
пія вугрової хвороби призводить до тр нсфор-  
м ції з хворюв ння в більш тяжку форму т  
розвитку ускл днень у вигляді трофічних чи  
гіпертрофічних рубців (рис. 5), що супроводжу-



ється порушеннями психологічного статусу та соціальною дезадаптацією хворих, особливо молодого віку [1].

Вибір тактики лікування пацієнтів з кне має враховувати особливості клінічної картини, основні патогенетичні ланки та ступінь тяжкості захворювання [4, 5, 15], його метаболізм — ліквідність запального процесу, нормалізація мікробіологічних, себomotorних і гормональних порушень, а також з урахуванням розвитку серйозних косметологічних наслідків [17, 20].

Останнім часом відзначається високі резистентність ювенільних кне до лікування топічними засобами та системними антибіотиками [28]. У таких випадках слід призначити системні ретиноїди, саме «Роаккут». Несвоєчасне призначення цього препарату може призвести до формування тяжких форм запальних кне — кіст і вузлів, утворення рубців, постзапальних гіперпігментних плям, поширення висипу. Саме тому вкрай важливо розпочати терапію препаратом «Роаккут» вже на початку важкого перебігу кне, незважаючи на сезон року. У разі появи великої кількості пупуло-пустульозних висипів кне слід призначити «Роаккут» на влітку, оскільки без відповідного лікування до осені можуть сформуватися спотворюючі трофічні, гіпертрофічні чи келоїдні рубці (див. рис. 5). При цьому слід пам'ятати про фотосенсибілізаційну дію ізотретиноїду та рекомендувати повністю уникати ультрафіолетового опромінення під час лікування. Таким чином, терапія «Роаккутом» покращує середньотяжкому і важкому перебігу ювенільних кне у випадках відсутності ефекту від інших видів лікування.

Основним методом лікування конглобатних кне є призначення «Роаккуту», оскільки використання інших методів терапії з звичайне дає очікуваного результату (див. рис. 2). Зволікання із призначенням ізотретиноїду у подальшому зумовлює необхідність у використанні хірургічних методів лікування та призводить до значних рубцевих змін шкіри.

Пацієнтам із поєднанням конглобатних кне та бсцедуючого і підриваючого фолікуліту та перифолікуліту голови Гофмана необхідно проводити комбіноване лікування препаратом «Роаккут» (доза лежить від мси тіл) та дпсоном у дозі від 50 до 150 мг/добу (з лежно від тяжкості перебігу патологічного процесу).

Для лікування інверсних кне слід з'ясувати винятково «Роаккут», оскільки антибактеріальна терапія хоч і чинить позитивний ефект, проте у більшості випадків не зупиняє рецидивів захворювання. Курс лікування пре-

паратом «Роаккут» забезпечує не лише усунення симптомів кне, а й тривалу ремісію. Для досягнення стійкого терапевтичного ефекту рекомендовано використовувати «Роаккут» протягом 5–6 міс (до отримання кумулятивної дози).

Лікування блисквичних кне необхідно розпочинати з призначення пероральних кортикостероїдів у дозі 0,5 мг/кг/добу (у перерхунку на дозу преднізолону), знижуючи її поступово протягом 3–4 тиж. Із 2–3 тиж відпочатку лікування призначають «Роаккут» до досягнення курсової дози з метою зупинення рецидиву захворювання.

Системне лікування пізніх кне у жінок необхідно проводити з урахуванням гінекологічного анамнезу (передменструальні гостренні вугрової хвороби, дисменорея, захворювання твоєї сфери та ін.) після обстеження та консультації кушера-гінеколога (з звичайно потребує призначення комбінованих оральних контрацептивів та антиандрогенних засобів). З наявності великої кількості пупуло-пустульозних кне, вузлів та кіст необхідно обов'язково призначити «Роаккут», оскільки відтермінування з'ясування системних ретиноїдів для лікування пізніх кне часто призводить до значних естетичних дефектів та погіршення якості життя пацієнток.

Таким чином, тяжкі форми ювенільних та пізніх кне, конглобатні, блисквичні, інверсні кне, а також тяжкі форми рожевих вугрів із великою кількістю пупуло-пустульозних елементів, фім, поширених висипів є показаннями для невідкладного з'ясування ізотретиноїду.

У пацієнтів із середньотяжкою формою кне з умови низького терапевтичного ефекту від лікування топічними ретиноїдами та системними антибіотиками необхідно використовувати системні ретиноїди.

Таким чином, препаратом вибору для лікування тяжких форм вульгарних і рожевих вугрів, а також резистентних до інших видів терапії є «Роаккут».

У багатьох пацієнтів виникає з'ясування щодо переваг препарату «Роаккут» порівняно з іншими лікарськими засобами. Насамперед це пов'язано з доступністю та кваліфікованою «достовірною» інформацією з Інтернету, яка не підтверджена науковими дослідженнями та практичним досвідом. Тому частин хворих навіть із дуже тяжкою формою кне та розчарування, чи несподівано необхідно використовувати системні ретиноїди.

Слід звернути особливу увагу, що «Роаккут» — це оригінальний препарат із доведеною найвищою ефективністю у лікуванні середньо-

тяжких і тяжких форм кне, н віть у вип дк х неефективності інших ситемних з собів. Поліпшення клінічної к ртини тяжких форм кне пов'яз не зі зниженням ктивності с льних з - лоз і гістологічно підтвердженим зменшенням їх розмірів. Окрім того, доведено протиз п льну дію ізотретиноїну н шкіру. «Ро ккут н» як брендовий преп р т є н йбільш вивченим серез ретиноїдів. Висок клінічн ефективність цього преп р ту підтверджен б г торічним пр ктичним досвідом.

У ст тті н ведено кільк вип дків використ ння преп р ту «Ро ккут н» у п цієнтів із резистентними до лікув ння кне (рис. 6–8).

У більшості вип дків кне т роз це дост тньо одного курсу тер пії преп р том «Ро ккут н». Вип дки рецидивів вугрової хвороби т рожевих вугрів після повноцінного курсу лікув ння цим преп р том укр й рідкісні. Для профілі ктики рецидивів з хворюв ння після досягнення курсової дози преп р ту слід рекомендув ти прийом його низьких доз (20 мг н тиждень) протягом 3–6 міс. Використ ння преп р -

ту «Ро ккут н» є золотим ст нд ртом лікув ння тяжких форм вугрової хвороби, з безпечує регрес елементів кне, зменшення бо повне усунення себореї.

Т ким чином, менеджмент вугрової хвороби т рожевих вугрів є скл дним з вд нням і з зви ч й потребує консульт ції не тільки дерм товенеролог , й інших спеці лістів ( кушер -гінеколог , ендокринолог , г строентеролог ), проведено численних досліджень гормон льного ст ну, інструмент льного обстеження різних орг нів і систем орг нізму. Лікув ння цієї п тології потребує комплексного підходу з призн ченням системних ретиноїдів у вип дк х тяжких і резистентних до інших видів тер пії форм.

З стосув ння оригін льного преп р ту «Ро ккут н» з безпечує м ксим льний тер певтичний ефект при вульг рних, конглоб тних і рожевих вугр х, вплив є н основні л нки п тогенезу цих з хворюв нь, д є змогу з побігти серйозним естетичним недолік м у вигляді формув ння рубців, що зн чно покр щує якість життя п цієнт .

#### Список літер тури

- Ахтямов С.Н., Бутов Ю.С. Пр ктическ я дерм токосметология: Учебное пособие.— М.: Медицин , 2003.— 400 с.
- Дюдю А.Д., Свирид С.Г., Полион Н.Н. Применение днболол , мер тин и л ктовит форте в комплексной тер пии больных с кне // Новости медицины и ф рм ции в Укр ине.— 2005.— № 16.— С. 10–14.
- Дюдю А.Д., Федотов В.П., З х ров С.В. и др. Особенности комплексного лечения больных кнеподобными, эритем тоскв мозными пор жениями кожи лиц с кле щевой инв зией Demodex folliculorum // Дерм товенерол. Косметол. Сексоп тол.— 2010.— № 3–4.— С. 194–197.
- К лужн Л.Д., Ш рм з н С.І., Коп ниця О.М. Лікув ння вульг рних вугрів: Метод. рекоменда.— К., 2002.— 32 с.
- Клименко А.В. Оптиміз ція диференційов ної ді гностики вугрової хвороби ( кне), роз це і демодикозу із злученням методики послідовного ст тистичного н лізу клінічних симптомокомплексів, прит м нних цим дерм тоз м // Дерм товенерол. Косметол. Сексоп тол.— 2008.— № 3–4 (11).— С. 12–28.
- Ког н Б.Г., Степ ненко В.І. Обгрунтув ння р ціон льної системи лгоритмів обстеження т ст нд ртів комплексного лікув ння хворих н роз це , демодикоз і дерм тит періор льний // Укр. журн дерм тол, венерол, косметол.— 2003.— № 2.— С. 17–27.
- Курдин М.І. Роз це (Ч сть 1. Этиология, п тогенез, клиник ) // Эстетическ я медицин .— 2004.— № 4.— С. 366–372.
- Кут севич Я.Ф., М шт ков И.А., Б гмет А.Н. Микробиоценоз кожи у больных угревой болезнью и пути его коррекции // Укр. журн. дерм тол., венерол., косметол.— 2003.— № 1 (8).— С. 43–47.
- Кут севич Я.Ф., М шт ков И.А., Олейник И.А. Место системных ретиноидов в лечении роз це // Укр. журн. дерм тол., венерол., косметол.— 2013.— № 1 (48).— С. 113–117.
- М вров І.І. Р ціон льн ді гностик т лікув ння в дерм тології т венерології.— К.: Здоров'я Укр їни, 2007.— 344 с.
- М ркевич А.П. Пр зитоценология: теоретические и при кл дные проблемы.— К.: Н ук. думк , 1985.— 248 с.
- Поляк Я.А. Клинические проявления роз це // Дерм товенерол. Косметол. Сексоп тол.— 2007.— № 1–4 (10).— С. 370–373.
- Потек ев Н.Н. Роз це .— М.: ЗАО «Изд тельство БИНОМ», 2000.— 144 с.
- Резніченко Н.Ю. Вплив недост тнього вжив ння овочів і фруктів н ст н шкіри т з г льний ст н здоров'я чоловіків // З порожский мед. журн.— 2015.— № 88.— С. 83–86.
- Резніченко Н.Ю. Суч сні погляди н проблему т лікув ння вугрової хвороби.— З поріжжя: «Просвіт», 2008.— 108 с.
- Резніченко Н.Ю., Резніченко Ю.Г., Резніченко Г.І., П щенко І.В. Віт мінопрофіл ктик т віт мінотер пія мешк нців промислових центрів.— К.: ТОВ «Людопринт Укр їн », 2013.— 108 с.
- Резніченко Ю.Г., Резніченко Н.Ю., Резніченко Г.І., Ярцев М.О. Корекція дисбіотичних ст нів у мешк нців індустрі льних центрів.— З поріжжя: «Просвіт», 2013.— 148 с.
- Резніченко Ю.Г., П нтюшенко Л.І., Резніченко Н.Ю. Хронічні лергічні з хворюв ння шкіри: суч сні уявлення про етіоп тогенез т підходи до вибору оптим льної тер пії // Дерм товенерол., косметол., сексоп тол.— 2012.— № 1–4.— С. 247–254.
- С оськин В.А., Бильченко А.А. Роз це : особенности п тофизиологии, клиники и лечения // Клін. імунол. Алергол. Інфектол.— 2012.— № 8 (57).— С. 5–13.
- Сирм йс Н.С., Устинов М.В., Киселев Л.Ф. Ср внительн я клиническ я эффективность современных методов тер пии при торпидно протек ющих форм х роз це // Укр. журн. дерм тол., венерол., косметол.— 2013.— № 4 (51).— С. 155–160.
- Степ ненко В.І., Ів нов С.В. Крем «Роз мет» у лікув нні роз це , б л нопоститу т вульвов гініту // Укр. журн. дерм тол., венерол., косметол.— 2014.— № 2 (53).— С. 119–125.
- Федотов В.П. Лекции по клинической дерм товенерологии.— І том.— Днепропетровск: «Свидлер А.Л.», 2010.— 398 с.

23. Agak G., Qin M., Nobe J.W. Propionibacterium acnes Induces an IL-17 Response in Acne Vulgaris that Is Regulated by Vitamin A and Vitamin D // J. Invest. Dermatol.— 2014.— Vol. 134 (2).— P. 366–373.
24. Aziz N., Khachemoun A. A man wuth changes on nose // J. Am. Acad. Dermatol.— 2007.— Vol. 57.— P. 551–553.
25. Baker B. Low-Dose, Pulsed Oral Isotretinoin May Clear Resistant Rosacea // Skin Allergy News.— 1999.— Vol. 30 (12).— P. 23.
26. Collier C.N., Harper J.C., Cafardi J.A. The prevalence of acne in adults 20 years and older // J. Am. Acad. Dermatol.— 2008.— Vol. 58 (1).— P. 56–59.
27. Kogan B.G., Stepanenko V.I., Gorgol V.T., Pavlyshin A.V. Role of Demodex mites and Helicobacter infection in etiopathogenesis of rosacea, demodicoses, perioral dermatitis and acne disease // Eur. Acad. Dermatol. Venerol.— 2003.— Vol. 15 (3).— P. 165.
28. Mills O.J., Thornsberrу C., Cardin C.W. et al. Bacterial resistance and therapeutic outcome following three months of topical acne therapy with 2% erythromycin gel versus its vehile // Acta Derm. Venereol.— 2002.— Vol. 82.— P. 260–265.
29. Nutting W.B. Demodicidae-status and prognostics // Acarologia.— 1964.— Vol. 6.— P. 441–454.
30. Plewig G., Kligman A.M. Acne and rosacea.— Berlin (Germany): Springer-Verlang, 2000.— 460 p.
31. Poli R., Dreno B., Verschogy M. An epidemiological study of acne in female adults: results of a survey conducted in France // JEADV.— 2001.— Vol. 15.— P. 541–545.
32. Rebora A. Management of rosacea // Am. J. Clin. Dermatol.— 2002.— Vol. 317 — P. 489–496.
33. Smith R.N., Mann N.J., Braue A. The effect of a high-protein, low glycemic-load diet versus a conventional, high glycemic-load diet on biochemical parameters associated with acne vulgaris: a randomized, investigator-masked, controlled trial // J. Am. Acad. Dermatol.— 2007.— Vol. 57 (2).— P. 247–256.
34. Wilkin J., Dahl M., Detmar M. et al. Standard classification of rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea // J. Am. Acad. Dermatol.— 2002.— Vol. 46 (4).
35. Zaenglein A.I., Pathy A.I., Schlosser B.J. et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris // J. Am. Acad. Dermatol.— 2016.— Vol. 1.— P. 1–33.

А.Д. Дюдюн<sup>1</sup>, Н.Ю. Резниченко<sup>2</sup>, Н.М. Полион<sup>1</sup>, Ю.И. Каукэ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Днепропетровск я медицинск я к демия МЗ Укр ины», Днепр

<sup>2</sup>З порожский госуд рственный медицинский университет

<sup>3</sup>КУ «З порожский обл стной кожно-венерологический клинический дисп нсер» ЗОС

## Изотретиноин как основная патогенетическая терапия тяжелого течения вульгарных, конглобатных и розовых угрей

Одной из н иболее кту льных проблем современной дерм тологии является лечение вульг рных и розовых угрей, торпидных к топической и системной тер пии.

**Цель р боты** — определить методы эффективной тер пии тяжелых форм вульг рных и розовых угрей.

**М тери лы и методы.** Проведены обзор литер туры и н лиз результ тов клинических обследов ний больных кне и роз це .

**Результ ты и обсуждение.** Менеджмент розовых угрей и угревой болезни является сложной з д чей и в большинстве случ ев требует консульт ции дерм товенеролог и других специ листов ( кушер -гинеколог , эндокринолог , г строэнтеролог ), проведения исследований гормон льного ст тус , инструмент льного обследов ния р зных орг нов и систем орг низм . Лечение п циентов с кне и роз це предусм трив ет использование комплексного подход с н зн чением системных ретиноидов в случ ях тяжелого течения и н личия резистентности к другим вид м тер пии.

Применение оригинального преп р т «Ро ккут н» обеспечив ет м ксим льный терапевтический эффект при вульг рных, конглобатных и розовых угрях, ок зыв ет действие н основные звенья п тогенез , д ет возможность предотвратить зн чительные эстетические недост тки в виде формиров ния рубцов, что зн чительно улучш ет к чество жизни п циентов. Применение преп р т «Ро ккут н» является золотым ст ндр том лечения тяжелых форм угревой болезни и обеспечив ет регресс кне-элементов, уменьшение или полное устр нение себореи. Улучшение клинической к ртины тяжелых форм кне связ но со снижением ктивности с льных желез и гистологически подтвержденным уменьшением их р змеров. Док з но, что изотретиноин ок зыв ет противовосп ительное действие н кожу. Для профил ктики рецидивов з болев ния после достижения курсовой дозы «Ро ккут н » следует рекомендов ть прием его низких доз в течение 3–6 мес.

**Выводы.** Использование оригинального преп р т «Ро ккут н» имеет док з нную н ибольшую эффективность в лечении средне-тяжелых и тяжелых форм кне, д же в случ ях неэффективности других системных средств.

**Ключевые слов :** вульг рные кне, роз це , системные ретиноиды, «Ро ккут н».

A.D. Dyudyun<sup>1</sup>, N.Yu. Reznichenko<sup>2</sup>, N.M. Polion<sup>1</sup>, Yu.I. Kauke<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SI «Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine», Dnipro

<sup>2</sup>Zaporizhzhya State Medical University

<sup>3</sup>CI «Zaporizhzhya Regional Dermatovenerological Clinical Dispensary» of Zaporizhzhya Regional Council

## Isotretinoin as main pathogenetic therapy for severe course of acne vulgaris, acne conglobata and rosacea

One of the most pressing problems of modern dermatology is the treatment of acne vulgaris, acne conglobata and rosacea, torpid to topical and systemic therapy.

**Objective** – to determine methods for the effective treatment of severe forms of acne vulgaris and rosacea.

**Materials and methods.** A review of literature and analysis of the results of clinical examinations of patients with acne and rosacea were conducted.

**Results and discussion.** The management of rosacea and acne is a difficult task and usually requires the consultation of a dermatologist and other specialists (obstetrician-gynecologist, endocrinologist, gastroenterologist), hormonal status studies, instrumental examination of various organs and systems of the body. Treatment of acne and rosacea requires an integrated approach with prescription of systemic retinoids in case of severe course and resistance to other types of therapy. The use of the original medicine *Roaccutane* provides the maximum therapeutic effect for acne vulgaris, acne conglobata and rosacea, has an effect on most of the links in the pathogenesis of these diseases, and helps to prevent significant aesthetic deficiencies such as scar formation, which significantly improves the quality of life of patients. The use of *Roaccutane* provides a regression of acne elements, reduction or complete elimination of seborrhea and is the golden standard in the treatment of severe forms of acne. Improvement of the clinical picture of severe forms of acne is associated with a decrease in the activity of the sebaceous glands and histologically confirmed decrease of their sizes. The anti-inflammatory effect of isotretinoin on the skin is proven. To prevent the occurrence of relapses of the disease upon reaching the course dose of *Roaccutane*, it is recommended to take its low doses for 3–6 months.

**Conclusions.** The use of the original drug Roaccutane has proven to be the most effective in the treatment of moderate and severe acne, even in cases of inefficiency of other systemic agents.

**Key words:** acne vulgaris, rosacea, systemic retinoids, *Roaccutane*. □

### Дні про вторів:

**Дюдун Анатолій Дмитрович**, д. мед. н., проф., з в. к. федр. шкірних т. венеричних хвороб ДЗ «Дніпропетровськ медичн. к. демія МОЗ Укр. їни»

**Резніченко Наталія Юріївна**, д. мед. н., проф. к. федр. дерм. товеноерології т. косметології з курсом дерм. товеноерології і естетичної медицини ФПО З порізького держ. вного медичного університету  
69063, м. З поріжжя, вул. Ак демік Амосов, 67

E-mail: nreznichenkog@gmail.com

**Поліон Наталія Микол. ївна**, к. мед. н., доц., сист. к. федр. шкірних т. венеричних хвороб ДЗ «Дніпропетровськ медичн. к. демія МОЗ Укр. їни»

**Кукучка Юлія Ігорівна**, лік. р-дерм. товеноеролог КУ «З порізький обл. сний шкірно-венерологічний клінічний дисп. нсер» ЗОР