

С.А. Масюкова<sup>1</sup>, В.В. Мордовцева<sup>1</sup>, Н.Н. Кахишвили<sup>1</sup>, Э.Г. Санакоева<sup>2</sup>,  
Л.С. Круглова<sup>3</sup>, Ю.П. Соколова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Медицинский институт усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО  
Московского государственного университета пищевых производств, Россия

<sup>2</sup> Институт усовершенствования врачей Медицинского учебно-научного клинического  
центра имени П.В. Мандрыка МО РФ, Россия

<sup>3</sup> Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии  
Департамента здравоохранения Москвы, Россия

## Клинический опыт лечения акне низкими дозами изотретиноина\*

Несмотря на значительные успехи в терапии акне, проблема совершенствования его лечения является весьма актуальной. В настоящее время препаратами первого выбора являются ретиноиды. Учитывая, что побочные эффекты системного изотретиноина дозозависимы, весьма важен поиск методик, позволяющих снизить ежедневную и курсовую дозу препарата и повысить комплаентность терапии больных акне.

**Цель исследования** — провести ретроспективный анализ амбулаторных карт и частоты обращения больных с учетом пола, возраста и клинического варианта течения заболевания и изучить эффективность лечения низкими дозами изотретиноина (ИТ) («Акнекутан»\*\*) при легкой и средней степени тяжести акне.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 20 584 амбулаторных карт больных, обратившихся на амбулаторный прием к дерматологам лечебно-профилактических учреждений Москвы в течение 10 лет (2003–2012 гг.). Лечение низкими и стандартными дозами изотретиноина проведено 98 больным акне. Пациентам с легкой и средней степенью тяжести назначали низкие дозы (не более 0,2–0,4 мг/кг массы тела) препарата в течение 4–7 мес в вечернее время после еды, а с тяжелой — 0,4–0,6 мг/кг массы тела (согласно рекомендациям фирмы-производителя). При выборе суточной дозы учитывались клиническая форма, степень тяжести, локализация, распространенность процесса и индивидуальная реакция пациента на лечение. Срок наблюдения за пациентами составил 6–8 мес.

**Результаты и обсуждение.** Эффективность лечения изотретиноином наблюдалась в 100 % случаях. При общей оценке динамики воспалительных элементов у пациентов с легкой степенью тяжести папулы и пустулы разрешались к концу 1-го месяца лечения, а у 70 % пациентов со средней степенью тяжести пустулы и папулы — к концу 3–4-го месяца. Клиническое выздоровление и разрешение воспалительных акне-элементов у пациентов с обыкновенными угрями средней степени тяжести при лечении «Акнекутаном» наступило уже через 3 мес. Побочные действия ретиноидов разной степени выраженности наблюдались у всех пациентов, принимавших «Акнекутан». При низкодозированном приеме изотретиноина значительно меньше побочных эффектов выявлено у пациентов с легкой и средней степенью тяжести. По данным отдаленных результатов лечения (через 6 мес), у пациентов, получивших монотерапию изотретиноином, клиническое выздоровление выявлено в 92,8 % случаев.

**Выводы.** Полученные результаты клинического применения препарата изотретиноин («Акнекутан») указывают на высокий уровень его безопасности и переносимости. Метод терапии низкими дозами изотретиноина является эффективным, патогенетически обоснованным при лечении больных обыкновенными угрями, поздними акне легкой и средней тяжести.

### Ключевые слова

Акне, изотретиноин, «Акнекутан», низкие дозы, лечение.

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в терапии акне, проблема совершенствования лечения, а также дальнейшее изучение причин развития заболевания остаются весьма актуальными. Препаратами первого выбора (рекомендации РОВД, 2011; Европейского союза по

\*Клиническая дерматология и венерология. — 2014. — № 1. — С. 68–74.

\*\* В Бельгии препарат зарегистрирован под торговым названием Isosupra Lidose и производится компанией «Laboratoires SMB S.A.». Торговое наименование «Акнекутана» в Украине — «Акнетин».

Таблиця 1. Дизайн дослідження

Время	Старт	1 мес	2 мес	3 мес	4 мес	5 мес	6 мес	7 и более мес
№ обследования	1	2	3	4	5	6	7	8 и более
Визит в клинику	+	+	+	+	+	+	+	+
Субъективная оценка состояния	+	+	+	+	+	+	+	+
Клиническое наблюдение	—	+	+	+	+	+	+	+
Назначение препарата	—	+	+	+	+	+	+	+
Наружная терапия (увлажнение)	—	+	+	+	+	+	+	+
Переносимость и побочные эффекты	—	+	+	+	+	+	+	+

лечению акне, 2012) являются ретиноиды — топические и системные [1–7, 18, 23].

Изотретиноин (ИТ) в России при акне неоправданно назначается с большой осторожностью, несмотря на более чем 30-летний опыт его применения в мировой практике [8–14]. Учитывая, что побочные эффекты ИТ дозозависимы, весьма актуальным является поиск методик, позволяющих снизить ежедневную и курсовую дозу препарата и повысить комплаентность терапии больных акне [15–17, 19–28].

Цель исследования — провести ретроспективный анализ амбулаторных карт и частоты обращения больных с учетом пола, возраста и клинического варианта течения заболевания и изучить эффективность лечения низкими дозами ИТ («Акнекутана») при легкой и средней степени тяжести акне.

### Дизайн исследования

Для изучения заболеваемости акне проведен ретроспективный анализ 20 584 карт пациентов, обратившихся на амбулаторный прием к дерматологам ЛПУ г. Москвы за десять лет (2003–2012 гг.).

Эффективность лечения низкими дозами изотретиноина («Акнекутан») при легкой и средней степени тяжести акне оценивали на примере наблюдаемой группы из 98 пациентов с акне различной степени тяжести.

На каждого пациента составлялась индивидуальная карта, у всех было получено информированное согласие, а у женщин проведен тест на беременность и дано предупреждение о возможном тератогенном действии препарата (табл. 1). На первом визите клиническую картину оценивали по интенсивности основных признаков: площади поражения, появления свежих высы-

паний, степени выраженности акне-элементов (невоспалительные, воспалительные). Дерматологическая оценка степени тяжести акне проводилась согласно классификации, предложенной Американской академией дерматологии в модификации М.А. Самгина и С.А. Монахова (Самгин М.А. и соавт., 2005). Критерием степени тяжести служил преобладающий тип элементов и их количество. У лиц женского пола по показаниям проводили гормональное исследование с целью исключения гиперандрогении. Всем пациентам проводили биохимическое исследование крови до начала и в течение всего курса лечения ИТ.

Клиническую эффективность оценивали ежемесячно и после курса лечения по динамике интенсивности воспалительных проявлений акне, количества акне-элементов, площади поражения, отсутствию новых высыпаний и стойкой клинической ремиссии. Оценку непосредственных и отдаленных результатов лечения проводили по общепринятым в дерматологии критериям эффективности лечения: клиническое выздоровление (полный регресс воспалительных акне-элементов и отсутствие свежих высыпаний); значительное улучшение (регресс более 75 % воспалительных акне-элементов); улучшение (регресс более 50 % воспалительных акне-элементов); отсутствие эффекта.

**Методика лечения:** Изотретиноин («Акнекутан») — назначали пациентам с легкой и средней степенью тяжести низкими дозами  $\leq 0,2–0,4$  мг/кг веса на протяжении 4–7 мес в вечернее время сразу же после еды, а с тяжелой —  $0,4–0,6$  мг/кг веса (согласно рекомендациям компании-производителя). При выборе суточной дозы учитывались клиническая форма, степень тяжести, локализация, распространенность процесса и

индивидуальная реакция пациента на лечение. Срок наблюдения за пациентами составил от 6 до 8 мес. Большинство пациентов 78 (79,6 %) наблюдались нами более 6 мес.

**Результаты исследования**

В результате ретроспективного анализа 20584 карт пациентов, обратившихся на амбулаторный прием с 2003 по 2012 г., выявлено, что пациентов с акне было – 2601, что составило 12,6 % (рис. 1а). Из них обыкновенные угри были у 1898 пациентов, поздние акне – у 474, фолликулиты волосистой части головы и абсцедирующий и подрывающий фолликулит Гоффмана – у 229 пациентов. Женщины составляли большинство, их было в 1,5 раза больше, чем мужчин: 1558 (59,9 %) пациенток и 1043 (40,1 %) пациента (см. рис. 1б).

Пациенты с длительностью заболевания до 1 года составили 37,3 % (969 человек), 1–5 лет – 36,6 % (953 человека), 5–10 лет – 15,3 % (398), более 10 лет – 10,8 % (281). Мужчин с длительностью заболевания до 1 года было 316, женщин – 653, 1–5 лет – 435 и 518, 5–10 лет – 197 и 201, более 10 лет – 95 и 186 соответственно (рис. 2а). Возраст пациентов составлял от 12 до 49 лет (в среднем  $34,7 \pm 16,7$  года).

Наследственная предрасположенность к акне прослеживалась у 608 (23,4 %) мужчин и 955 (36,7 %) женщин. Более половины из них (56,7 %, 886 человек) отметили наличие акне у родственников первой степени родства. Отрицали наследственную предрасположенность 435 (16,7 %) мужчин и 603 (23,1 %) женщины (см. рис. 2б).

При изучении динамики заболеваемости акне отмечается тенденция к ее увеличению (234 пациента в 2003 г., 280 – в 2012 г.) (рис. 3а).

Результаты изучения распределения клинических форм заболевания свидетельствуют о тенденции к увеличению количества пациентов с поздними акне. Так, в 2003 г. поздние формы акне были зарегистрированы в 9,8 % случаев, в 2011 г. – в 22,0 %, в 2012 г. – в 23,2 % случаев (см. рис. 3б).

За амбулаторной помощью чаще обращались пациенты с обыкновенными акне (1898 человек, 72,9 %), поздние акне были зарегистрированы у 475 (18,3 %) пациентов, фолликулиты и перифолликулиты Гоффмана волосистой части головы – у 228 (8,8 %).

Следует отметить, что более половины пациентов до обращения к дерматологу получали только различные виды косметологических процедур (233 – мужчин и 931 женщина). Другая группа женщин – 544 человека лечились само-

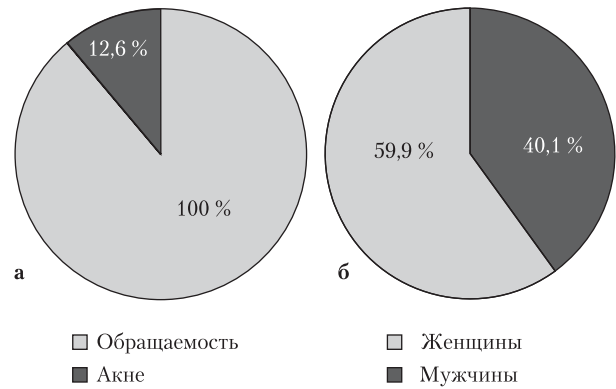


Рис. 1. Структура дерматологической патологии (а) и распределение пациентов с акне по полу (б)

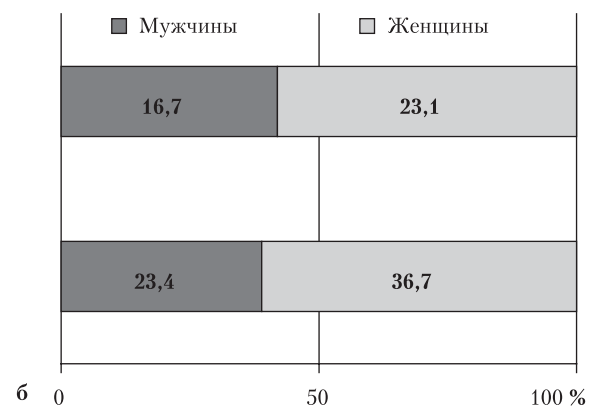
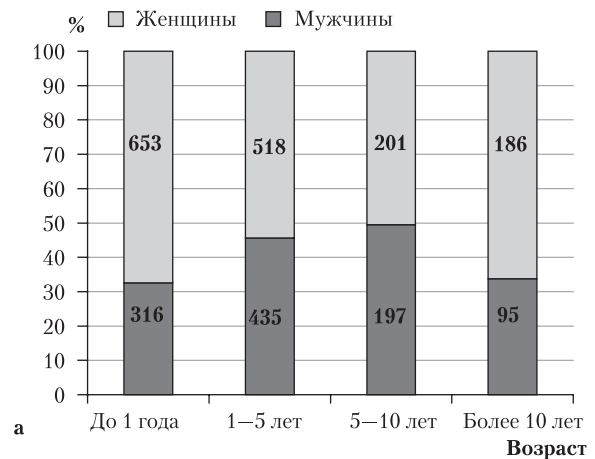


Рис. 2. Распределение пациентов с акне в зависимости от длительности заболевания и пола (а), наследственной предрасположенности и пола (б)

стоятельно («услышала от подруги», «реклама», «дали в аптеке») и 83 – лечение вовсе не проходили (рис. 4).

Под нашим наблюдением находились 98 пациентов: 38 (38,8 %) мужчин, 60 (61,2 %) жен-

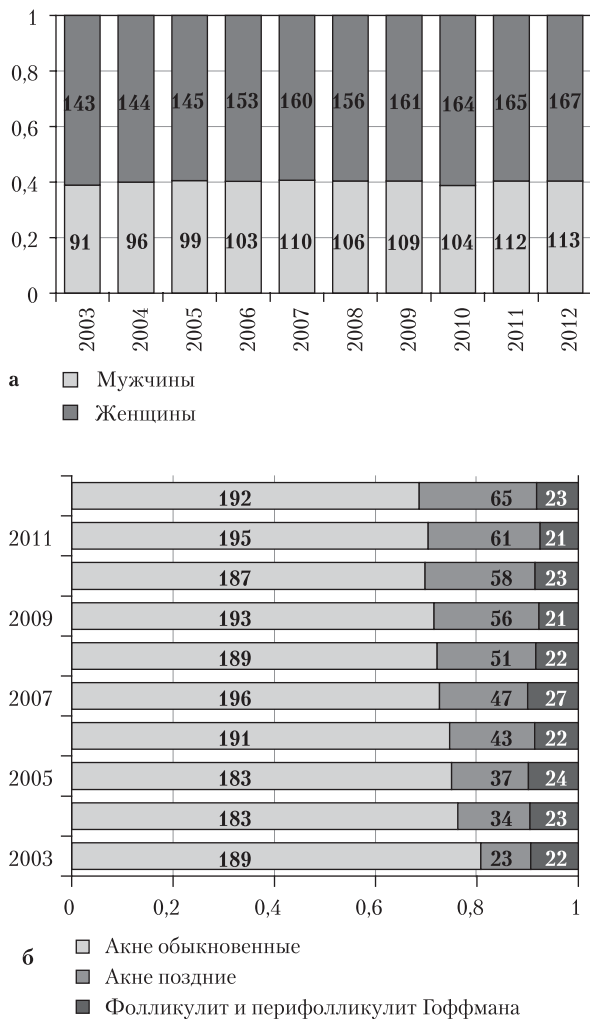


Рис. 3. Динамика обращаемости пациентов с акне за 10 лет (а) и заболеваемости в зависимости от форм акне (б)

цин: в возрасте от 17 до 32 лет. Преобладали лица женского пола 18–30 лет. Средний возраст пациентов составил (24,1 ± 0,8) года. Пик частоты обращений к врачу у женщин (72 % случаев) приходился на 21–30 лет, что указывает на более частую встречаемость поздних акне у женщин.

Акне легкой степени тяжести имели 28 (28,6 %), средней степени — 57 (58,2 %), тяжелой — 13 (13,2 %) человек (рис. 5а). При этом у женщин преобладала средняя степень тяжести (31 случай, 54,4 %), в то время как тяжелая степень была выявлена преимущественно у мужчин (9 человек, 69,2 %). Эти данные указывают на то, что мужчины обращались за врачебной помощью при более тяжелых формах заболевания и на более требовательное отношение к внешности (лицу) женщин. Обыкновенные угри, папулопустулезная форма заболевания диагностированы у 53 (54,1 %) человек, поздние акне — у 32

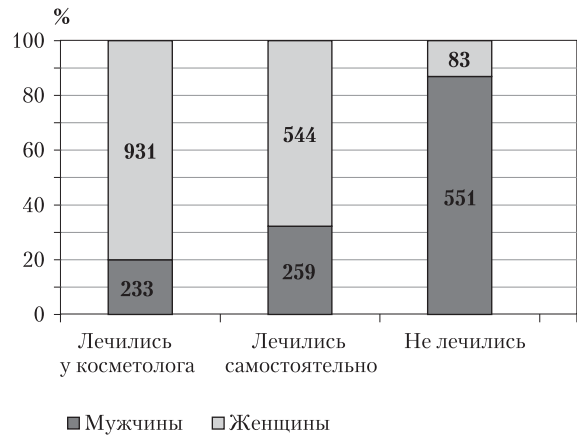


Рис. 4. Распределение пациентов с акне в зависимости от предшествующего лечения и пола

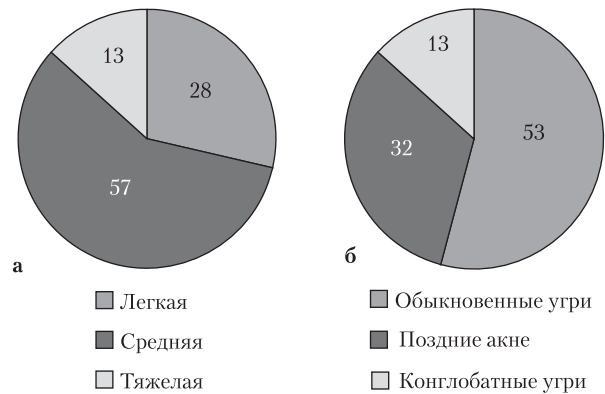


Рис. 5. Распределение пациентов в зависимости от степени тяжести (а) и клинических форм (б) заболевания

(32,6 %), конглобатные акне — у 13 (13,3%) (см. рис. 5б).

Длительность заболевания у наблюдавшихся нами больных варьировала от 1 года до 7 лет. У большинства пациентов длительность заболевания составила более 5 лет, среди них преобладали пациенты со средней степенью тяжести акне. У половины пациентов с акне отмечались высыпания на лице. При распространенном процессе вовлекались также спина, грудь и шея. Поражение кожи лица, груди и спины одновременно отмечено у наиболее молодых пациентов ((23,8 ± 1,7) года), поражение только кожи лица — у наиболее старших (27,5 ± 1,2 года; p = 0,085).

Анамнестический опрос пациентов показал, что наиболее часто обострение акне отмечалось в осенне-зимний период — у 36,3 % больных, в летний — у 22 %, при нарушении в режиме и характере питания — в 45 %. Обострения, связанные с менструальным циклом, наблюда-

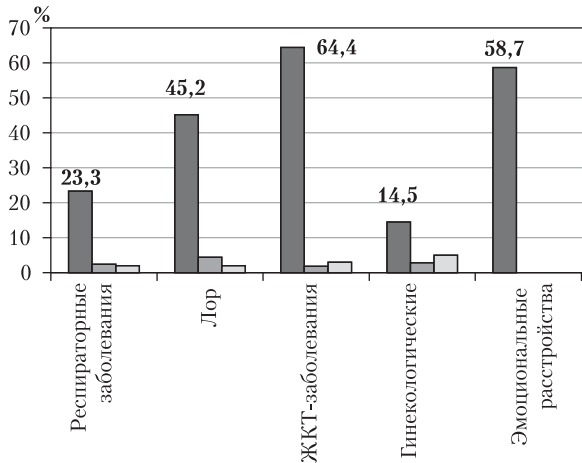


Рис. 6. Сопутствующие заболевания у больных акне

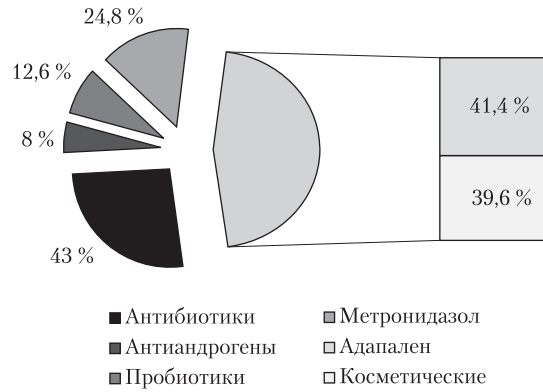


Рис. 7. Распределение пациентов с акне в зависимости от предшествовавшей терапии

Таблица 2. Эффективность лечения изотретиноином в зависимости от степени тяжести акне

Степень тяжести акне	Легкая (n = 28)	Средняя (n = 57)	Тяжелая (n = 13)
Суточная доза изотретиноина (мг/кг)	≤ 0,2 мг/кг	0,2–0,4 мг/кг	0,4–0,6 мг/кг
Кумулятивная доза (мин.-макс.) (мг/кг)	28–38	44–108	118–136,5
Максимальная длительность терапии (месяцы)	7	7	8
Эффективность лечения	100 %	100 %	100 %

лись у 14,5 % пациенток. Связь обострений со стрессом отмечали более половины (58,7 %) пациентов. Из сопутствующих заболеваний наиболее часто выявлялась патология желудочно-кишечного тракта, выявленная у 64,4 % пациентов ( $p = 0,001$ ), лор-патология у 45,2 % и респираторные заболевания — у 23,3 % (рис. 6).

При сборе анамнеза более трети пациентов ранее получали лечение антибиотиками, из них 43 % — пероральными (тетрациклины, макролиды, пенициллины), антиандрогенные препараты («Джес», «Ярина») ранее принимали 8 % пациентов, пробиотики — 12,6 %, метронидазол — 24,8 %. Для наружной терапии в 41,4 % случаев использовались лосьон с 1 % раствором левомецетина, «Зинерит», а также молочко Видаля, препараты серы и адапален, метронидазол, разные средства ухода за жирной кожей. Косметические процедуры (массаж жидким азотом, «чистки», пилинги, маски) проводили 39,6 % пациентов (рис. 7). Все обследованные больные указывали на недостаточную эффективность ранее проводимого лечения и быстрое возобновление высыпаний после окончания курса терапии, поэтому при составлении программы лечения учитывались требования пациентов, комплаентность, высокая эффективность препаратов, минимизация побочных эффектов терапии.

Эффективность терапии ИТ отражена в табл. 2. Клиническое выздоровление отмечено у всех больных (в 100 % случаев).

В ходе клинического наблюдения за пациентами первым признаком терапевтической эффективности ИТ было уменьшение жирности кожи более чем у 1/3 пациентов на 2–3-й неделе. С 10–12-й недели отмечался регресс воспалительных (комедонов) и воспалительных (пустул и папул) элементов (наиболее отчетливо — в области лица), количество комедонов значительно уменьшилось. Заметное улучшение состояния кожи в большинстве случаев наблюдалось через 12–14 нед.

При общей оценке динамики воспалительных элементов у пациентов с легкой степенью тяжести папулы и пустулы разрешались к окончанию 1-го месяца лечения, а у 70 % пациентов со средней степенью тяжести — только к концу 3–4-го месяца (рис. 8).

Клиническое выздоровление и разрешение воспалительных акне-элементов у пациентов с обыкновенными угрями средней степени тяжести при лечении «Акнекутаном» наступило уже через 3 мес.

Побочные действия ретиноидов разной степени выраженности наблюдались у всех пациентов, принимавших «Акнекутан». Наиболее часто

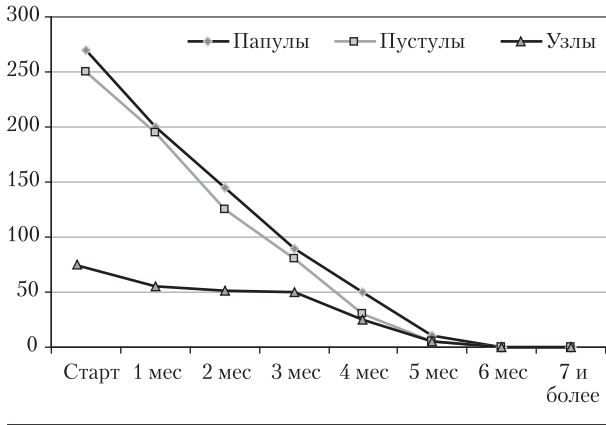


Рис. 8. Динамика оценки воспалительных элементов

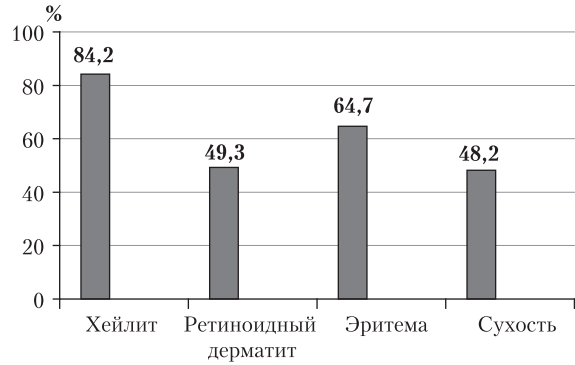


Рис. 9. Побочные эффекты при приеме ретиноидов

Таблица 3. Клиническая эффективность лечения изотретиноином у больных акне по данным отдаленных результатов лечения в сроки до 6 месяцев

	Больные папуло-пустулезной формой акне (n = 67)	Больные конглобатной формой акне (n = 11)
Клиническое выздоровление	62 (92,6 %)	10 (90,9 %)
Клиническое улучшение	5 (7,4 %)	1 (9,1 %)
Улучшение	—	—
Без эффекта	—	—
Итого	67 (100 %)	11 (100 %)

встречались хейлит — у 84,2 % пациентов, сухость кожи (ксероз кожи) и слизистых оболочек — у 48,2 %, ретиноидный дерматит — у 49,3 %, эритема — у 64,7 % (рис. 9). В единичных случаях встречались носовые кровотечения, конъюнктивит, миалгия. Назначение увлажняющего крема на лицо, туловище и/или бальзама для губ в течение 2–3 нед, а также исключение использования агрессивных моющих средств, ношения синтетической одежды приводило к регрессу подобных симптомов без снижения дозы препарата.

Значимых отклонений основных показателей биохимических исследований (трансаминаз, щелочной фосфатазы, креатинина) в процессе наблюдения не зарегистрировано.

При низкодозированном приеме ИТ значительно меньше побочных эффектов наблюда-

лось у пациентов с легкой и средней степенью тяжести.

При оценке отдаленных результатов эффективности монотерапии ИТ через 6 мес клиническое выздоровление отмечено у 92,8 % пациентов (табл. 3).

Таким образом, клинические результаты изучения эффективности применения препарата ИТ («Акнекутан») указывают на высокий уровень его безопасности и переносимости. Метод терапии низкими дозами ИТ является патогенетически обоснованным. Данные длительного наблюдения в процессе лечения и отдаленные результаты свидетельствуют о его высокой эффективности при лечении больных обыкновенными угрями, поздними акне легкой и средней степени тяжести.

**Список литературы**

1. Аравийская Е.Р. Дерматозы лица в практике дерматокосметолога // Kosmetikinternational.— 2008.— № 5.— С. 20–30.
2. Ахтямов С.Н., Аравийская Е.А. и др. Об использовании малых доз Роаккутана при лечении акне // Пластическая хирургия и косметология.— 2012.— № 1.— С. 132–140.

3. Боровая А.С., Олисова О.Ю. Дифференцированный подход к лечению вульгарных угрей системным изотретиноином // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология.— 2012.— № 6.— С. 20–24.
4. Волкова Е.Н., Осипова Н.К., Григорьева А.А., Платонов В.В. Прогрессивные технологии ведения больных с угревой болезнью // Клинич. дермат. и косметол.— 2010.— № 1.— С. 74–78.



5. Кубанова А.А. Клинические рекомендации по ведению больных акне.— М.: Дэкс-Пресс, 2010.
6. Львов А.Н., Кириллоков А.В. Роккутан в терапии угревой болезни: стандартные режимы терапии и новая схема низких доз // Рус. медицин. журн.— 2008.— Т. 16.— № 23.— С. 1541—1547.
7. Масюкова С.А., Санакоева Э.Г., Ильина И.В. Системная терапия изотретиноином различных клинических форм акне // Клини. дерм. и венерология.— 2012.— № 3.— С. 12—19.
8. Майорова А.В., Шаповалов В.С., Ахтямов С.Н. Угревая болезнь в практике врача-дерматокосметолога.— М.: Фирма Кавель, 2005.
9. Олисова О.Ю., Пинсон И.Я., Верхогляд И.В. и др. Комбинированное лечение акне // Клиническая дерматология и венерология.— 2011.— № 6.— С. 63—66.
10. Потекаев Н.Н., Горячкина М.В., Белоусова Т.Л. Акне (угревая болезнь): современный взгляд на проблему // Concilium Medicum. Дерматология.— М., 2008.— № 1.— С. 12—16.
11. Самгин М.А., Монахов С.А. Акне (лекция) // Рос. журн. кожных и венерич. болезней.— 2005.— № 3.— С. 55.
12. Самцов А.В. Акне и акнеформные дерматозы.— М., 2009.— С. 32—45.
13. Тлиш М.М. Опыт лечения больных акне препаратом Акнекутан // Вестник дерматологии и венерологии.— 2011.— № 3.— С. 110—112.
14. Юцковская Я., Дворянинова И., Таран М. Поздние акне: помощь косметолога // Kosmetikinternational.— 2011.— № 6.— С. 28—33.
15. Akman A., Durusoy C., Senturk M. et al. Treatment of acne with intermittent and conventional isotretinoin: a randomized, controlled multicenter study // Arch. Dermatol. Res.— 2007.— Vol. 299 (10).— P. 467—473.
16. Bérard A., Azoulay L., Koren G. et al. Isotretinoin, pregnancies, abortions and birth defects: a population-based perspective // Br. J. Clin. Pharmacol.— 2007.— Vol. 63 (2).— P. 196—205.
17. Dréno B., Bettoli V., Ochsendorf F. et al. An expert view on the treatment of acne with systemic antibiotics and/or oral isotretinoin in the light of the new European recommendations // Eur. J. Dermatol.— 2006.— Vol. 16 (5).— P. 565—571.
18. Goldsmith L.A., Bologna J.L., Callen J.P. et al. American Academy of Dermatology Consensus Conference on the safe and optimal use of isotretinoin: summary and recommendations // J. Am. Acad. Dermatol.— 2004.— Vol. 50 (6).— P. 900—906.
19. Hansen S.R., Mikkelsen C.S., Kroon S. Systemic treatment of acne // Tidsskr. Nor. Laegeforen.— 2011.— Vol. 131 (2).— P. 133—135.
20. Keri J., Shiman M. An update on the management of acne vulgaris // Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.— 2009.— Vol. 17 (2).— P. 105—110.
21. Layton A. The use of isotretinoin in acne // Dermatoclinol.— 2009.— Vol. 1 (3).— P. 162—169.
22. Lee J.W., Yoo K.H., Park K.Y. et al. Effectiveness of conventional, low-dose and intermittent oral isotretinoin in the treatment of acne: a randomized, controlled comparative study // Br. J. Dermatol.— 2011.— Vol. 164 (6).— P. 1369—1375.
23. Nast A., Dréno B., Bettoli V. et al. European Dermatology Forum. European evidence-based (S3) guidelines for the treatment of acne // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.— 2012.— Vol. 26, N 1.— P. 1—29.
24. Radtke M.A., Schäfer I., Augustin M. Pharmacoeconomy in acne — evaluation of benefit and economics // J. Dtsch. Dermatol. Ges.— 2010.— Vol. 8 (1).— P. S105—S114.
25. Sardana K., Garg V.K. Efficacy of low-dose isotretinoin in acne vulgaris // Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.— 2010.— Vol. 76.— N 1.— P. 7—13.
26. Simpson R.C., Grindlay D.J., Williams H.C. What's new in acne? An analysis of systematic reviews and clinically significant trials published in 2010—2011 // Clin. Exp. Dermatol.— 2011.— Vol. 36.— N 8.— P. 840—843.
27. Sinclair W., Jordaan H.F. Global Alliance to Improve Outcomes in Acne: Acne guideline 2005 update // SAfr. Med. J.— 2005.— Vol. 95 (11 Pt. 2).— P. 881—892.
28. Whitney K.M., Ditte C.M. Management strategies for acne vulgaris // Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.— 2011.— Vol. 4.— P. 41—53.

С.А. Масюкова<sup>1</sup>, В.В. Мордовцева<sup>1</sup>, Н.Н. Кахшвілі<sup>1</sup>, Е.Г. Санакоєва<sup>2</sup>, Л.С. Круглова<sup>3</sup>,  
Ю.П. Соколова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Медичний інститут удосконалення лікарів ФДБЗО ВПО Московського державного університету харчових виробництв, Росія

<sup>2</sup>Інститут удосконалення лікарів Медичного навчально-наукового клінічного центру імені П.В. Мандрика МО РФ, Росія

<sup>3</sup>Московський науково-практичний центр дерматовенерології та косметології Департаменту охорони здоров'я Москви, Росія

## Клінічний досвід лікування акне низькими дозами ізотретиноїну

Незважаючи на значні успіхи в терапії акне, проблема вдосконалення його лікування є досить актуальною. На сьогодні препаратами першого вибору є ретиноїди. Враховуючи, що побічні ефекти системного ізотретиноїну дозозалежні, дуже важливим є пошук методик, які дають змогу знизити щоденну та курсову дозу препарату і підвищити комплаєнтність терапії хворих на акне.

**Мета дослідження** — провести ретроспективний аналіз амбулаторних карт та частоти звернення хворих з урахуванням статі, віку і клінічного варіанта перебігу захворювання та вивчити ефективність лікування низькими дозами ізотретиноїну (ІТ) («Акнекутан») при легкому та середньому ступенях тяжкості акне.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз 20584 амбулаторних карт хворих, які звернулися на амбулаторний прийом до дерматологів лікувально-профілактичних закладів Москви протягом 10 років (2003—2012 рр.). Лікування низькими і стандартними дозами ізотретиноїну проведено 98 хворим на акне.

Пацієнтам з легким і середнім ступенями тяжкості призначено низькі дози (не більше ніж 0,2—0,4 мг/кг маси тіла) препарату протягом 4—7 міс у вечірній час після їди, а з тяжким — 0,4—0,6 мг/кг маси тіла (згідно з рекомендаціями фірми-виробника). Під час вибору добової дози враховувалися клінічна форма, ступінь тяжкості, локалізація, поширеність процесу та індивідуальна реакція пацієнта на лікування. Термін спостереження за пацієнтами становив 6—8 міс.

**Результати та обговорення.** Ефективність лікування ізотретиноїном спостерігалася у 100 % випадків. При загальній оцінці динаміки запальних елементів у пацієнтів з легким ступенем тяжкості папули і пустули розрешувалися

до кінця 1-го місяця лікування, а в 70 % пацієнтів із середнім ступенем тяжкості — до кінця 3–4-го місяця. Клінічне одужання і розршення запальних акне-елементів у пацієнтів зі звичайними вуграми середнього ступеня тяжкості після лікування «Акнекутаном» настало вже через 3 міс. Побічні дії ретиноїдів різного ступеня вираженості спостерігалися у всіх пацієнтів, що приймали «Акнекутан». У разі низькодозованого прийому ізотретиноїну значно менше побічних ефектів виявлено в пацієнтів з легким і середнім ступенями тяжкості. Згідно з віддаленими результатами лікування (через 6 міс), у пацієнтів, які отримали монотерапію ізотретиноїном, клінічне одужання настало в 92,8 % випадків.

**Висновки.** Отримані результати клінічного застосування препарату ізотретиноїн («Акнекутан») свідчать про високий рівень його безпеки та переносності. Метод терапії низькими дозами ізотретиноїну є ефективним, патогенетично обґрунтованим у лікуванні хворих на звичайні вугри, пізні акне легкого та середнього ступенів тяжкості.

**Ключові слова:** акне, ізотретиноїн, «Акнекутан», низькі дози, лікування.

S.A. Masyukova<sup>1</sup>, V.V. Mordovtseva<sup>1</sup>, N.N. Kakhishvili<sup>1</sup>, E.G. Sanakoeva<sup>2</sup>, L.S. Kruglova<sup>3</sup>,  
Yu.P. Sokolova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medical Institute for Postgraduate Training of Physicians, Moscow State University of Food Productions

<sup>2</sup>Institute for Postgraduate Training of Physicians, P.V. Mandryka Medical Training and Research Clinical Center, Ministry of Defense of the Russian Federation

<sup>3</sup>Moscow Research and Practical Center for Dermatovenereology and Cosmetology, Moscow Healthcare Department

## Clinical case of acne treatment with low-dose isotretinoin

Despite significant advances in the treatment of acne, the problem associated with therapy improvement still remains very important. Retinoids are currently the first-choice drugs. Since side effects of isotretinoin are dose-related, it is very important to search for techniques that would reduce the daily and course doses and increase the compliance in acne patients.

**Objectives.** To do the retrospective analysis of out-patients medical records and frequency of patients' visits according to the sex, age and clinical variant of disease; to study the effectiveness of treatment with low doses of isotretinoin (Acnecutan) in patients with mild and moderate acne.

**Materials and methods.** A retrospective analysis of 20,584 patients who had made an outpatient visit to a dermatologist in Moscow medical institutions within 10 years (2003–2012). Treatment with low- and standard-dose isotretinoin was conducted in 98 acne patients. Low doses (less than 0.2–0.4 mg/kg body weight) of the drug were prescribed for 4–7 months to be taken after the evening meal to patients with mild and moderate acne, while the doses of 0.4–0.6 mg/kg body weight were prescribed to patients with severe acne (as recommended by the manufacturer). When determining the daily dose, allowance was made for the clinical form, severity, location, prevalence of the process, and the individual response of patients to treatment. The follow-up was 68 months.

**Results and discussion.** The effectiveness of treatment with isotretinoin was observed in 100% of cases. Under overall evaluation of the dynamics of inflammatory elements in patients with mild severity, papules and pustules resolved by the end of the 1st month of treatment, while in 70% of patients with moderate severity — in the end of the 3rd or 4th month. Clinical recovery and resolution of inflammatory acne elements in patients with acne vulgaris of moderate severity were achieved after Acnecutan therapy for 3 months. Side effects of various severity caused by retinoids were observed in all patients who received Acnecutan. A significantly smaller number of side effects was observed in patients with mild to moderate severity when low-dose administration of isotretinoin was employed. According to the long-term results of treatment (6 months) in patients who received isotretinoin monotherapy, clinical improvement was achieved in 92.8% of cases.

**Conclusions.** The results of the clinical use of isotretinoin (Acnecutan) indicate a high level of safety and tolerability. Therapy with low-dose isotretinoin is effective and pathogenetically justified for treating patients with acne vulgaris and late-onset acne of mild to moderate severity.

**Key words:** acne, isotretinoin, Acnecutan, low doses, treatment. □

### Дані про авторів:

<sup>1</sup> E-mail: skin-net@mail.ru

<sup>2</sup> E-mail: info@2cvkg.ru

<sup>3</sup> E-mail: dgma@list.ru