

Современные возможности дерматокосметологического лечения пациенток с acne tarda

М.В. Каиль-Горячкина, Т.А. Белоусова[✉]
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава
России (Сеченовский Университет), Москва, Россия
[✉]belka-1147@mail.ru

В статье описаны эпидемиологические, этиопатогенетические и клинические особенности поздних акне у женщин. Говорится о высокой частоте психоэмоциональных нарушений у женщин с acne tarda. Отмечено, что поздние угри чаще появляются у женщин с эндокринной патологией на фоне гиперандрогении. Подчеркнута важность применения лечебно-косметических средств в комплексной терапии у пациенток с акне. Приведены основные составляющие средств базового ухода в зависимости от механизма их действия. Подробно освещены терапевтические возможности линии Себиаклир как высокоэффективного препарата в комплексной терапии acne tarda.

Ключевые слова: поздние акне, истинная и рецепторная гиперандрогения, лечебно-косметические средства, Себиаклир.

Для цитирования: Каиль-Горячкина М.В., Белоусова Т.А. Современные возможности дерматокосметологического лечения пациенток с acne tarda. Дерматология (Прил. к журн. Consilium Medicum). 2019; 3: 9–14. DOI: 10.26442/24143537.2019.3.190619

Modern possibilities of dermato-cosmetic treatment of female patients with acne tarda

M.V. Kail'-Goriachkina, T.A. Belousova[✉]
Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov
University), Moscow, Russia
[✉]belka-1147@mail.ru

The article provides epidemiological, etiopathogenetic and clinical features of late acne in women. It is a question of a high prevalence of psychoemotional disorders in women with acne tarda. It was noted that late acne arrears more often in women with endocrine pathology in the setting of hyperandrogenism. The article emphasizes an importance of using active cosmetics in the comprehensive treatment of female patients with acne. The main components of basic care according to the mechanism of their action are described. The therapeutic possibilities of the Sebiaclear line as highly effective drugs in the comprehensive treatment for acne tarda are described in detail.

Key words: late acne, true and receptor hyperandrogenism, active cosmetics, Sebiaclear.

For citation: Kail'-Goriachkina M.V., Belousova T.A. Modern possibilities of dermato-cosmetic treatment of female patients with acne tarda. Dermatology (Suppl. Consilium Medicum). 2019; 3: 9–14. DOI: 10.26442/24143537.2019.3.190619

В последние десятилетия неуклонно растет число пациенток, у которых угревые высыпания сохраняются или впервые выявляются в возрасте 25 лет и старше и окончательно регрессируют лишь с началом климактерического периода. По данным ряда исследований, средний возраст женщин с поздними акне составляет 35,5 года, и на их долю приходится от 40 до 54% случаев среди всех пациенток с акне. Таким образом, поздние акне – acne tarda в большинстве случаев характерны для лиц женского пола, недаром существует устоявшийся нозологический термин – adult female acne (AFA). Некоторые зарубежные авторы выделяют 2 подтипа AFA: от 25 до 44 лет и старше 45 лет в период, близкий к менопаузе, однако характеристики каждой группы пока еще полностью не изучены [1–5].

В большинстве случаев пациентки с acne tarda имеют легкую и среднетяжелую форму заболевания и характерное персистирующее течение. У 20% женщин отмечаются регулярные предменструальные обострения в виде появления 1–3 свежих акне-элемента за несколько дней до начала очередной менструации с последующим полным регрессом высыпаний после окончания menses. В основном преобладают немногочисленные воспалительные папулы и пустулы, локализованные в нижней части лица, с преимущественным поражением U-зоны (щеки, периоральная область, нижняя часть подбородка). Верхняя треть груди и спины, а также шея, как правило, не вовлекаются в патологический процесс. Комедоны, всегда присутствующие при акне у подростков, иногда могут отсутствовать у взрослых, узловато-кистозные формы угрей также встречаются крайне редко. Согласно классификации S. Preneau и B. Dreno от 2012 г. выделяют 2 клинические формы AFA: более распространенную воспалительную, поражающую около 58% женщин, и более редкую – ретенционную. Для женщин с поздними акне характерно частое проявление постакне в виде гиперпигментации и поствоспалительных рубчиков, локализующихся на открытых участках кожи, чаще всего на лице, обезображи-

вающих внешний вид и приносящих пациенткам помимо физических также и глубокие психические страдания. Кроме того, у больных с поздними акне помимо проявлений акне и постакне отмечаются признаки обезвоживания и сухости кожи вследствие предшествующего медикаментозного лечения и нерационального базисного ухода на фоне возрастных изменений кожи, что иногда осложняет назначение топической противоугревой терапии [6–10].

По течению выделяют 3 подтипа поздних акне у женщин:

1. Стойкие (персистирующие) акне – наблюдаются у 80% женщин с началом в пубертате с постепенным переходом во взрослый возраст.

2. Акне с поздним началом – впервые появляются у женщин после 25 лет. Оба подтипа имеют сходную клиническую картину.

3. Рецидивирующие акне – развиваются у женщин в зрелом возрасте, имевших в анамнезе разрешившиеся подростковые акне, так называемое акне со светлым промежутком [1, 11].

Известно, что развитие и течение дерматоза во многом зависит от семейной (генетической) предрасположенности, а также типа, цвета кожи и национальных особенностей. Акне является генетически обусловленным наследственным мультифакториальным заболеванием с высоким семейным накоплением (50%). Генетические нарушения определяют течение заболевания и детерминируют тип секреции, количество, размеры, чувствительность сальных желез к различным агентам. В исследованиях Y. Pang и соавт., обследовавших 445 пациенток (238 с угревыми высыпаниями различной локализации и 207 без них), обнаружено, что короткая длина повторения гена CAG и специфические галотипы андрогенного рецептора связаны с риском развития акне и, следовательно, могут рассматриваться как достоверный маркер предрасположенности к акне. В ряде исследований, проведенных в Италии, определена степень риска угревой болезни у лиц, чьи ближайшие родственники (первая сте-

пень родства) страдали акне. Риск составил 3,41, т.е. у лиц, имеющих в отягощенный анамнез по акне риск развития заболевания, выше примерно 3,5 раза, чем у других представителей популяции без отягощенного семейного анамнеза [12, 13].

В многоцентровом исследовании, проведенном в США и Великобритании с участием монозиготных и дизиготных близнецов, как имеющих проявления акне, так и без проявлений заболевания, установлено, что в 81% случаев в развитии дерматоза ведущую роль играли генетические факторы и только в 19% случаев выявилась зависимость заболевания от факторов окружающей среды [14].

К ухудшению течения акне приводят следующие экзогенные факторы:

- Прием ряда лекарственных препаратов (глюкокортикоستيероиды, галогенсодержащие препараты, противотуберкулезные средства, антидепрессанты, противозипеллетические средства, ПУВА, комплексы витамина В, I поколение прогестинов).
- Использование косметических средств, обладающих комедогенным эффектом.
- Нерациональный уход за кожей и постоянная ее механическая травматизация.
- Стресс. От 50 до 71% женщин отмечают ухудшение кожного процесса на фоне или после перенесенного стресса. Стресс стимулирует активную выработку кортикотропин-рилизинг-гормона (КРТГ) в гипоталамусе, который активирует выделение в кровь адреноректорикотропного гормона, это приводит к повышению уровня надпочечниковых андрогенов, которые вызывают обострение акне. Кроме того, что КРТГ может действовать самостоятельно, так как себоциты сально-волосяного фолликула имеют рецепторы (CRHR-1, CRHR-2) к КРТГ и способны реагировать на его воздействие сразу после выделения гормона из гипоталамуса.
- Питание. Еда с высоким гликемическим индексом быстро усваивается, повышает в сыворотке крови уровень глюкозы и стимулирует увеличение выработки инсулина, который способствует связыванию андрогена с рецептором, стимулируя тем самым активность андрогензависимых клеток-мишеней (себоцитов). Употребление молока вызывает увеличение уровней инсулина и инсулиноподобного фактора роста 1, действуя совместно, эти 2 полипептида стимулируют 2 киназы и вызывают фосфорилирование фактора транскрипции FoxO1, который является косупрессором андрогеновых рецепторов. FoxO1 покидает ядро андрогензависимых клеток, открывая андрогеновые рецепторы. Этот процесс называется «сигнальный путь инсулина/инсулиноподобного фактора роста 1». Кроме того, молоко и молочные продукты содержат андрогены, а также другие вещества, способные превратиться в андрогены.
- Курение. Исследования показывают, что табак – основной фактор, ответственный за появление комедонов у пациенток с АФА. Комедональная форма преобладает у курильщиц и характеризуется наличием микро- и макрокомедонов и небольшим количеством воспалительных элементов, что побудило авторов описать эту клиническую форму как «лицо курильщика». Сальная железа чувствительна к ацетилхолину, который стимулируется никотином. Ацетилхолин приводит к клеточной модуляции и дифференцировке, вызывая гиперкератинизацию и влияя на выработку и состав кожного сала, а также уменьшает антиоксидантные агенты и увеличивает перекисное окисление компонентов кожного сала, таких как сквален.
- Негативное воздействие внешней среды (загрязнение кожи маслами, керосином, бензином, пылью производственного происхождения) [6, 13, 15–18].

В настоящее время выделяют 4 основных патогенетических механизма, участвующих в развитии акне: гиперандрогения (истинная, связанная с повышенной секрецией яичниковых и/или надпочечниковых андрогенов, или рецепторная, связанная с повышенной активностью фермента 5 α -редуктазы), фолликулярный гиперкератоз выводящего протока сально-волосяного фолликула, микробное обсеменение (главным образом *Propionibacterium acnes*) и воспаление, причем воспалению отводится ведущая роль. Считается, что около 28% воспалительных элементов образуются de novo. Кроме того, обнаружено, что не все штаммы *P. acnes* патогенные. Выявлено, что у пациентов с акне характерно преобладание штаммов RT4 и RT5, тогда как у здоровых людей – RT6. Кроме того, исследование с участием MLST (мультилокусное секвенирование-типирование; метод генетического типирования организмов) позволили классифицировать штаммы *P. acnes* на 6 флотипов (IA1, IA2, IB, IC, II и III) в зависимости от их способности индуцировать продукцию провоспалительных молекул. Выявлено, что IA флотип наиболее тесно связан с угревым поражением кожи [19–22].

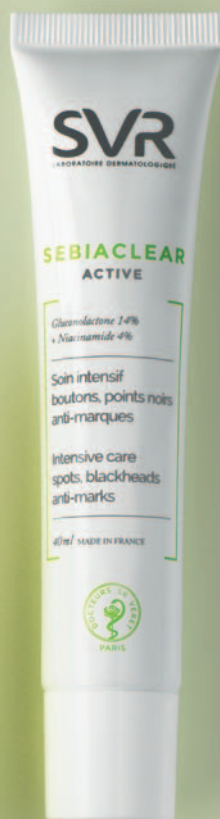
Особая локализация процесса на открытых участках кожи доставляет пациентам глубокие психоэмоциональные переживания. Около 90% больных, страдающих акне, испытывают эстетический дискомфорт, 62% имеют трудности в общении с другими людьми, 45% отмечают сложности на работе или учебе. Известно также, что пациенты с акне демонстрируют наибольший уровень тревоги и депрессии по сравнению с другими медицинскими патологиями, включая даже больных с онкологическими заболеваниями. В многочисленных исследованиях в России и за рубежом выявлено, что пациентки с акне имеют широкий спектр психоэмоциональных нарушений, в ряде случаев сочетающихся с тревожной, ипохондрической, астеноневротической, депрессивной симптоматикой. Причем отмечено, что у женщин вне зависимости от тяжести течения дерматоза выраженность тревожно-депрессивной симптоматики в большинстве случаев выше по сравнению с мужчинами. Выявлено, что женский пол, зрелый возраст, длительность заболевания более 5 лет являются дополнительными факторами, оказывающими негативное влияние на качество жизни женщин [23–27].

Диагностическая модель ведения женщин с акне включает в себя прежде всего тщательный сбор анамнеза, а также всестороннее обследование пациенток с учетом не только дерматологического, но и прежде всего их гормонально-эндокринного профиля.

При подозрении на наличие гормонально-эндокринной патологии необходимо направить женщину на консультацию к гинекологу-эндокринологу для дальнейшего совместного междисциплинарного ведения пациентки. Минимальный перечень исследований, который в принципе может рекомендовать и дерматолог, включает в себя: гормональный спектр крови на 3–5-й день менструального цикла (определяют уровни лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, эстрадиола, пролактина, 17-ОН-прогестерона, дегидроэпиандростерона-сульфата, свободного тестостерона, кортизола, полового стероидсвязывающего глобулина), стероидный профиль мочи (лучше во II фазу менструального цикла), ультразвуковое исследование органов малого таза (проводят на 5–7-й день менструального цикла). При необходимости обследования дополняются исследованием гормонов щитовидной железы, ультразвуковым исследованием надпочечников и щитовидной железы, проведением проб с дексаметазоном, а также магнитно-резонансной/компьютерной томографией черепа. При наличии сопутствующих заболеваний со стороны желудочно-кишечного тракта,

SVR

LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



SEBIACLEAR [СЕБИАКЛИР]

СМЕШАННАЯ, ЖИРНАЯ КОЖА С ТЕНДЕНЦИЕЙ К АКНЕ

АКТИВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ДЕРМАТОЛОГИИ
ВЫСОКИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ДЛЯ МАКСИМАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФОРМУЛЫ ДЛЯ ОПТИМАЛЬНОЙ ПЕРЕНОСИМОСТИ
ПРОТЕСТИРОВАНО НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ КОЖЕ



PARIS

SVR. ДЕРМАТОЛОГИЯ – ЭТО КРАСОТА

Уполномоченный представитель изготовителя (дистрибьютор):
ООО «Асэнтус», Москва, ул. Электродная, 13. Тел.: (495) 644-46-13

 @svrussia

Реклама
Товар сертифицирован

ЛОР-органов и др. показаны консультации соответствующих специалистов.

Для исследования дерматологического статуса пациентов с акне помимо клинической оценки степени тяжести заболевания можно использовать неинвазивные дерматологические методы исследования, которые помимо объективизации патологического процесса также служат критерием эффективности и безопасности топической терапии при акне. Наиболее целесообразно использовать следующие методы: себометрию, pH-метрию, корнеометрию.

Выбор методов лечения поздних акне у женщин основывается на адекватной клинической оценке степени тяжести заболевания, характера высыпаний, типа кожи, возраста пациентки, результатов гормонально-эндокринного обследования, наличия сопутствующей патологии. Основной акцент в терапии акне у женщин делается прежде всего на назначение рациональной топической противогревой терапии, так как у пациенток с поздними угрями преобладают в основном нетяжелые формы заболевания. Она включает местные антибиотики, топические ретиноиды, азелаиновую кислоту, бензоил пероксид в виде моно- или комбинированных препаратов. Системная терапия присоединяется при неэффективности наружного лечения, а также при наличии нарушений в гормонально-эндокринном статусе при любой степени тяжести заболевания после консультации с гинекологом-эндокринологом и включает в себя прежде всего назначение комбинированных оральных контрацептивов с антиандрогенным эффектом (так как у пациенток выявляется высокая частота эндокринопатий), системных ретиноидов, системных антибиотиков. Медикаментозное лечение часто дополняется косметологическими и физиотерапевтическими методами терапии (дарсонвализацией, криомассажем, поверхностными пилингами, фотодинамической терапией, плазмотерапией и др.).

Для того чтобы эффективно лечить больных с акне и предотвратить дальнейшее прогрессирование воспалительных изменений на коже, необходимо не только грамотно назначить системную/местную медикаментозную терапию, но и адекватно подобрать препараты лечебной косметики (ЛК). В их состав должны входить ингредиенты, которые будут обеспечивать адекватный уход за возрастной кожей, а также воздействовать на те или иные патогенетические звенья заболевания. Поэтому всегда нужно знать их состав (см. таблицу). Стоит помнить, что пациенток с поздними угрями в большинстве случаев необходимо исследовать, порой длительно, консультировать со смежными специалистами, а это занимает определенное количество времени. Поэтому женщины с *acne tarda* особенно нуждаются в адекватном уходе за кожей и грамотном назначении топических противогревых средств, способных в той или иной степени нивелировать проявление дерматоза. В отличие от подросткового акне, поздние акне характерны гиперсеборей и комедоны, поздние акне проявляются в основном папулезными и папуло-пустулезными элементами, поэтому наличие противовоспалительного компонента в лекарственном средстве является обязательным.

Кожа у пациенток с поздними угрями часто раздражена и обезвожена, поэтому она нуждается в бережном очищении и увлажнении мягкими очищающими средствами, не нарушающими кожный липидный барьер и не изменяющими физиологический pH кожи.

ЛК для ухода за кожей больных с акне широко представлены на нашем фармацевтическом рынке. Однако вопрос об эффективном выборе средств ЛК у пациенток с акне до сих пор остается актуальным. Наше внимание привлекла гамма средств Себиаклир, включающая в себя несколько инновационных средств: Себиаклир Актив

крем-уход, Себиаклир Мат + Поры гель-уход, Себиаклир Цикапил, Себиаклир мицеллярная вода, Себиаклир пенящийся мусс, Себиаклир солнцезащитный крем. Продукты Себиаклир содержат уникальную комбинацию активных веществ в соответствующих концентрациях, способных эффективно воздействовать на проявления угревой болезни при различных типах кожи: жирной, склонной к воспалению, комбинированной, склонной к акне, чувствительной жирной. В составе косметики нет парабенов, спирта, АНА-кислот, способных вызвать раздражение, поэтому данная линия идеально подходит пациенткам с чувствительной и раздраженной кожей. Средства ЛК не обладают тератогенным эффектом, а значит, являются полностью безопасными, их можно использовать летом, так как они не оказывают фотосенсибилизирующего действия. Благодаря физиологическому pH линия Себиаклир минимизирует раздражающее действие на кожу.

Себиаклир Актив крем-уход – первое средство лечебно-косметической гаммы Себиаклир. Крем содержит в своем составе 4% ниацинамид, или витамин РР, который оказывает выраженное противовоспалительное и себорегулирующее действие. По некоторым данным, противовоспалительное действие ниацинамида по эффективности идентично топическим антибиотикам, в частности 1% клиндамицину. Помимо этого, ниацинамид способствует регрессу очагов гиперпигментации, характерных для постакне, и улучшает тургор и эластичность кожи, препятствуя трансэпидермальной потере воды. Следующим компонентом крема является 14% глюконолактон – полигидроксикислота растительного происхождения, по своей форме молекула глюконолактона не содержит карбоксильной группы, следовательно, вещество не проявляет раздражающих свойств. Глюконолактон имеет более объемную молекулу (178 дальтон), чем АНА (например, гликолевая кислота 76 дальтон), поэтому медленнее проникает в кожу, оставаясь в роговом слое, и не вызывает при этом ощущение покалывания или жжения, характерного для α -гидроксикислот, а также повышенной чувствительности к солнцу. Глюконолактон обладает мягким отшелушивающим и выраженным противовоспалительным эффектом, способствует сужению пор и выравниванию рельефа кожи. Глюконолактон укрепляет барьерные свойства кожи, защищает ее от агрессивных факторов окружающей среды, эффективно увлажняет и восстанавливает, что необходимо пациенткам с поздними угрями, так как кожа у этих больных часто бывает повреждена вследствие предыдущей противогревой терапии, нерационально подобранных средств декоративной косметики или внешних факторов. Салициловая кислота – третий компонент Себиаклир Актив крема-ухода, как известно, является мощным кератолитиком, а также обладает противовоспалительным, антисептическим и ранозаживляющим действием. Таким образом, Себиаклир Актив крем-уход предназначен для жирной, воспаленной кожи с явлениями постакне. Крем наносится на предварительно очищенную кожу лица 1–2 раза в сутки самостоятельно или совместно с любыми топическими противогревыми средствами. В своем составе он не содержит масел, имеет нелипкую структуру и поэтому может прекрасно использоваться под макияж.

Следующее средство гаммы – Себиаклир Мат + Поры гель-уход. Крем содержит те же ингредиенты, что и Себиаклир Актив крем-уход. Однако концентрация глюконолактона у него меньше (4%), и в его состав также включены растительные полисахариды, препятствующие дегидратации кожи и обеспечивающие дополнительное длительное увлажнение, необходимое для чувствительной кожи пациента с акне. Поэтому средство предназначено для комбинированной кожи, склонной к акне, с нарушен-

Основные активные вещества, содержащиеся в лечебно-косметических средствах, применяемых при акне

Механизм действия	
Себорегуляторы	Производные цинка, витамин А и его аналоги, кислоты (салициловая, азелаиновая, липоидгидроксикислота и пр.), растительные экстракты (лопуха, кедр папайи, тыквы и др.), ниацинамид
Регуляторы пролиферации и дифференцировки кератиоцитов	Липолевая и линоленовая кислоты, масло буравчика, авокадо, фосфатидилхолин и др.
Кератолитические средства	Салициловая кислота, АНА, ВНА, комбинация АНА с аминокислотами, азелаиновая кислота, бодяга, сера, ферменты (папин, бромелайн) и др.
Противовоспалительные	Линолевая и γ -линоленовая кислоты, глюконолактон, растительные экстракты (алоэ вера, ромашки, календулы, липы, шалфея, люцерны, черного тополя, огурца, зеленого чая), ниацинамид пантенол, аллантоин, бисаболл, цинк и др.
Антимикробные и антисептические	Триклозан, триклокарбан, сера, мирамистин, цинк, растительные экстракты (ромашки, календулы, лопуха, розмарина, зеленого чая, хвой еловой, киви, апельсина), эфирные масла лимона, кедр, бергамота, чайного дерева, гвоздики, салициловая кислота
Сорбенты жира	Кремний, силикаты алюминия и кальция, глина

ной функцией кожного барьера и повышенной сенситивностью. Крем наносится на кожу 1–2 раза в сутки самостоятельно или совместно с любыми топическими противогревыми средствами. Может служить прекрасной основой под макияж, снижая чувствительность кожи к декоративной косметике.

При локальных появлениях акне показан Себиаклир Цикапил, состоящий из 14% глюконолактона и салициловой кислоты. ЛК также способствует устранению очагов постакне (гиперпигментаций). Крем наносится на отдельные акне-элементы 2–4 раза в сутки самостоятельно или совместно с любыми местными противогревыми средствами. Для эффективного очищения кожи в линейке Себиаклир разработано 2 средства: Себиаклир мицеллярная вода и пенящийся мусс, в зависимости от предпочтений пациента. Мицеллярная вода больше подходит для жирной кожи, ее также можно использовать для очищения области контура глаз и губ, она не требует предварительного мытья лица и смывания водой. В своем составе содержит глюконолактон и мицеллярный раствор. Себиаклир пенящийся мусс в большей степени предназначен для жирной чувствительной кожи. Он аккуратно удаляет избыток себума и загрязнения с кожи лица, не пересушивая и не раздражая ее. Компоненты мусса: глюконолактон и нежная очищающая основа. Мусс требует смывания водой, и его нельзя использовать для контура глаз, одна-

ко он подходит для очищения не только кожи лица, но и других зон кожного покрова.

Большая удача гаммы Себиаклир – солнцезащитный крем с оптимальным фактором защиты SPF50, разработанный специально для кожи с явлениями акне. В состав крема включены: глюконолактон, ниацинамид, салициловая кислота, комплекс MAT SR, UVA/UVB-фильтры. По своей сути крем является средством 2 в 1. Благодаря наличию современных фильтров крем эффективно защищает кожу от вредного воздействия солнца. Себорегулирующие, противовоспалительные и антисептические компоненты крема способствуют регрессу акне-элементов, предотвращают обезвоживание кожи и улучшают ее эластичность.

Таким образом, линия Себиаклир включает в себя сбалансированную гамму средств от очищающих гелей до солнцезащитного крема, что позволяет составить программу рационального ухода с учетом индивидуальных особенностей кожи пациентов, а также в зависимости от базовой медикаментозной терапии у женщин при поздних акне. Препараты ЛК Себиаклир воздействуют на патогенетические звенья акне, обладают выраженным кератолитическим, себостатическим и противовоспалительным, фотопротективным действием. Наличие сбалансированной гаммы средств, входящих в линию Себиаклир, позволяет обеспечить выраженный комфорт коже у больных с акне и добиться успеха в лечении.

Литература/References

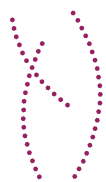
1. Bagatin E, Freitas THP, Rivitti-Machado MC et al. Adult female acne: a guide to clinical practice. *Anais Brasil Dermatol* 2019; 94 (1): 62–75.
2. Dréno B, Thiboutot D, Layton AM et al. Global Alliance to Improve Outcomes in Acne Large-scale international study enhances understanding of an emerging acne population: adult females. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29: 1096–106.
3. Zeichner JA, Baldwin HE, Cook-Bolden FE et al. Emerging Issues in Adult Female Acne. *J Clin Aesthet Dermatol* 2017; 10: 37–46.
4. Tangheiti EA, Kawata AK, Daniels SR et al. Understanding the burden of adult female acne. *J Clin Aesthet Dermatol* 2014; 7: 22–30.
5. Rivera R, Guerra A. Management of acne in women over 25 years of age. *Actas Dermosifiliogr* 2009; 100: 33–7.
6. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В. Руководство по дерматокосметологии. Фолиант. 2008. / Araviiskaia E.R., Sokolovskii E.V. Rukovodstvo po dermatokosmetologii. Foliant. 2008. [in Russian]
7. Preneau S, Dreno B. Female acne – a different subtype of teenager acne? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26 (3): 277–82.
8. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В. Патфизиологические изменения и клинический подход к чувствительной коже при акне. *Вестн. дерматологии и венерологии (Прил.)*. 2013; 1: 33–5. / Araviiskaia E.R., Sokolovskii E.V. Patofiziologicheskie izmeneniia i klinicheskii podkhod k chuvstvitel'noi kozhii pri akne. *Vestn. dermatologii i venerologii (Pril.)*. 2013; 1: 33–5. [in Russian]
9. Самцов А.В. Акне и акнеформные дерматозы. М., 2009. / Samtsov A.V. Akne i akneformnye dermatozy. M., 2009. [in Russian]
10. Silpa-Archa N, Kohli I, Chaowattanapanit S et al. Postinflammatory hyperpigmentation: A comprehensive overview: Epidemiology, pathogenesis, clinical presentation, and noninvasive assessment technique. *J Am Acad Dermatol* 2017; 77: 591–605.
11. Федеральные клинические рекомендации. Дерматология. 2015 Болезни кожи, инфекции, передаваемые половым путем. М., 2016; с. 10–5. / Federal'nye klinicheskie rekomendatsii. Dermatologiya. 2015 Bolezni kozhi, infektsii, peredavaemye polovym putem. M., 2016; s. 10–5. [in Russian]
12. Pang Y et al. Combination of short CAG and GGN repeats in the androgen receptor gene is associated with acne rick in North East China. 2008.
13. Дэнби Ф.У. Акне. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. / Denbi F.U. Akne. M.: GEOTAR-Media, 2018. [in Russian]
14. Bataille V, Snieder H, MacGregor AJ et al. The Influence of Genetics and Environmental Factors in the Pathogenesis of Acne: A Twin Study of Acne in Women. *J Invest Dermatol* 2002; 119: 1317–22.
15. Kang D, Shi B, Erfe MC et al. Vitamin B12 modulates the transcriptome of the skin microbiota in acne pathogenesis. *Sci Transl Med* 2015; 7: 293.
16. Yang YS, Lim HK, Hong KK et al. Cigarette smoke-induced interleukin-1 alpha may be involved in the pathogenesis of adult acne. *Ann Dermatol* 2014; 26: 11–6.
17. Poli F, Dreno B, Verschoore M. An Epidemiological study of acne in female adults: results of a survey conducted in France. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001; 15: 541–5.
18. Дворянцева Е.В. Диета, андрогены и акне: в чем связь? *Дерматология (Прил. к журн. Consilium Medicum)*. 2017; 4: 10–2. / Dvoryankova Ye.V. Diet, androgens and acne: what's the relation? *Dermatology (Suppl. Consilium Medicum)*. 2017; 4: 10–2. [in Russian]
19. Fitz-Gibbon S, Tomida S, Chiu BH et al. Propionibacterium acnes Strain Populations in the Human Skin Microbiome Associated with Acne. *J Invest Dermatol* 2013. DOI: 10.1038.
20. Доброхотова Ю.Э., Джобова Э.М., Рагимова З.Ю. и др. Синдром гиперандрогении в практике акушера-гинеколога, дерматолога, эндокринолога. *Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. / Dobrokhotova Ju.E., Dzjobova E.M., Ragimova Z.Yu. i dr. Sindrom giperandrogenii v praktike akushera-ginekologa, dermatologa, endokrinologa. Rukovodstvo dlia vrachei. M.: GEOTAR-Media, 2009. [in Russian]*

21. Williams HC, Dellavalle RP, Garner S. Acne vulgaris. Lancet Lond Engl 2012; 379: 361–72.
22. Kircik LN. Evolving concepts in the pathogenesis of acne vulgaris. J Drugs Dermatol 2014; 13 (6): 56.
23. Tan JK et al. Divergence of demographic factors associated with clinical severity compared with quality of life impact in acne. J Cutan Med Surg 2008; 12 (5): 235–42.
24. Bodermer W. Psychosodermatology. Med J 2001; 6: 297–302.
25. Горячкина М.В. Роль психоэмоциональных факторов в развитии акне. Concilium Medicum. Дерматология. 2008; 2: 8–12. / Goriachkina M.V. Rol' psikhoemotsional'nykh faktorov v razvitiu akne. Concilium Medicum. Dermatology. 2008; 2: 8–12. [in Russian]
26. Монахов С.А. Дифференцированная терапия акне с учетом тяжести кожного процесса и спектра психоэмоциональных расстройств. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. / Monakhov S.A. Differentsirovannaiia terapiia akne s uchetom tiazhesti kozhnogo protsessa i spektra psikhoemotsional'nykh rasstroistv. Aftoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2005. [in Russian]
27. Аравийская Е.Р. Современный взгляд на лечение акне: состояние проблемы и новые возможности. Лечащий врач. 2003; 4: 12–5. / Araviskaia E.R. Sovremennyy vzgliad na lechenie akne: sostoianie problemy i novye vozmozhnosti. Lechashchii vrach. 2003; 4: 12–5. [in Russian]

Сведения об авторах

Каиль-Горячкина Мария Владимировна – канд. мед. наук, врач-дерматолог клиники кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова». E-mail: ultra1147@mail.ru

Белюсова Татьяна Алексеевна – канд. мед. наук, доц. каф. кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова». E-mail: belka-1147@mail.ru



IFDC MOSCOW
2019

3–4 октября 2019 года

IX Межрегиональный форум дерматовенерологов и косметологов

Здание Правительства Москвы

www.mosderma.ru

Форум проводится под патронатом:

- Правительство Москвы
- Департамента здравоохранения города Москвы

Организаторы:

- Национальный альянс дерматологов и косметологов
- Кафедра кожных болезней и косметологии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
- Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ



Конгресс-оператор:
ООО «КСТ Интерфорум»

г. Москва, Обручева 30/1, стр. 2
телефоны +7 (495) 419-08-68, +7 (495) 722-64-20
info@kstinterforum.ru • www.kstinterforum.ru

Основные направления:

- Организационно-правовые вопросы оказания помощи по профилю «дерматовенерология» и «косметология» в Москве: стратегия развития здравоохранения и совершенствование нормативной базы
- Фундаментальные исследования в дерматовенерологии
- Новое в диагностике, лечении и профилактики заболеваний кожи
- Аллергология и иммунология
- Современные тенденции диагностики, лечения и профилактики инфекций, передаваемых половым путем
- Клиническая и лабораторная микология
- Детская дерматология
- Трихология: актуальные вопросы диагностики, терапии и реабилитации
- Дерматоонкология
- Эстетическая медицина: техники, протоколы, технологии
- Комбинированные и сочетанные методы в косметологии: контурная инъекционная пластика, ботулинотерапия, мезотерапия, пилинги, PRP, тредлифтинг
- Лазеро- и фототерапия в дерматологии и косметологии