

ISSN 2181-5534

ИНФЕКЦИЯ, ИММУНИТЕТ и ФАРМАКОЛОГИЯ



№ 4 / 2026

ИНФЕКЦИЯ, ИММУНИТЕТ И ФАРМАКОЛОГИЯ

Научно-практический журнал

4/2026

Журнал основан в 1999 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор – профессор Тулаганов А. А.

1. Атабеков Нурмат Сатиниязович – д.м.н., проф., Санитарно-эпидемиологической службы спокойствия и общественного здравоохранения РУз.
2. Абдихакимов Абдулла Нусратиллаевич – д.м.н., проф., директор Таш. обл. филиала научно-практ. спец. центра онкологии и радиологии РУз.
3. Аминов Салохиддин Джураевич – д.м.н., проф. зав. каф. фармакологии, физиологии ТашПМИ.
4. Аминжон Каримов – д.м.н., проф., каф. органического синтеза ТашФарМИ.
5. Богдасарова Эльмира Сергеевна – д.м.н., проф., ТашФарМИ.
6. Таджиев Ботир Мирхашимович – д.м.н., проф., директор РСНПМЦЭМИПЗ.
7. Тулаганов Рустам Турсунович – д.б.н., проф., каф. фармакологии и клинической фармации ТФИ.
8. Маматкулов Ибрагим Хамидович (зам. глав. редактора) – д.м.н., проф., директор НИИХиФ РУз.
9. Сабиров Джахонгир Рузиевич – д.м.н., доцент, заместитель директора детск. нац. мед. центра по науке, образованию и международным связям.
10. Нарзуллаев Нуриддин Умарович – д.м.н., проф., БухГМИ.
11. Максудова Лайло Масхутовна (зам. глав. редактора) – д.м.н., доцент, каф. офтальмол. центра развития проф. квалиф. мед. раб.
12. Касимов Одилжон Шодиевич – д.м.н. ведущий научный сотрудник ТашНИИВС.
13. Таджиев Мирхотам Мирхашимович – д.м.н., доцент каф. неврологии, детск. неврологии, мед. генетики ТашПМИ.
14. Облокулов Абдурашид Рахимович – д.м.н., проф., зав. каф. инф. болезней и детских инф. болезней БухГМИ.
15. Ибадова Гулнара Алиевна – д.м.н., проф., каф. инф., дет. инф. и паразит. заб. центра развития проф. квалиф. мед. раб.
16. Косимов Илхомжон Асомович – д.м.н., проф., каф. инф. болезней и детск. инф. заб., фтизиатрии и пульмонологии ТашПМИ.
17. Насиров Кабил Эркинович – д.б.н., с.н.с. Заведующий лаборатории электро-физиологии Института биофизики и биохимии Национального университета имени Мирзо Улутбека.
18. Ташмухамедова Шохиста Сабировна – д.б.н. профессор кафедры микробиологии и биотехнологии Национального университета РУз.
19. Кахоров Болта Абдугафарович – к.б.н., доц. кафедры физиологии человека и животных Национального университета РУз.
20. Зияева Шахида Тулаевна (ответственный секретарь) – к.м.н., доц. каф. фармакология, физиология ТашПМИ.
21. Ражабов Гулом Хурсанович – к.м.н., зав. лаб. института вакцин и сывороток РУз.

Зарубежные члены редколлегии:

22. Хамидова Гулзод Махсutowна – д.м.н., United RX. США. Штат Иллинойс.
23. Кравченко Ирина Эдуардовна – д.м.н., проф., кафедры инф. болезней ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» МЗ РФ.

Редакционный совет:

акад. Арипова Т.У. (Ташкент)
акад. РАН Кукес В.Г. (Москва)
акад. Тулегенова А.У. (Астана)
акад. Раменская Г.В. (Москва)
акад. Иноятова Ф.И. (Ташкент)

проф. Гариб Ф.Ю. (Москва)
проф. Сайфутдинов Р.Г. (Казань)
проф. Мадреимов А.М. (Нукус)
проф. Нуралиев Н.А. (Бухара)
проф. Туйчиев Л.Н. (Ташкент)

Ташкент – 2026

УДК: 616.53-008.811.1

ФАРМАКОТЕРАПИЯ РАЗНЫХ СТЕПЕНЕЙ ТЯЖЕСТИ АКНЕ**Исамухамедова Саида Салиховна - [ORCID](#)**

*Ташкентский Медицинский Университет, Ташкент,
AKFA Medline University Hospital (AMUH), Ташкент
saidakhonf@gmail.com*

Ключевые слова: акне, стратегия лечения, тяжелое течение акне, системные ретиноиды.

В статье приводятся сведения о стратегии лечения акне в зависимости от степени тяжести заболевания. Помимо этого, на собственном материале приводится оценка эффективности малых доз системных ретиноидов у больных с тяжелыми формами акне. Основными особенностями терапии малых доз системными ретиноидами являются снижение суточной дозировки за счет длительного применения и, соответственно уменьшение побочных действий препарата.

Актуальность. Угревая болезнь (акне) представляет собой хроническое воспалительное поражение pilosebационных комплексов кожи, способное манифестировать в различные возрастные периоды [6, 20, 21]. Клиническая картина патологии полиморфна и включает в себя образование открытых и закрытых комедонов, папул, пустул, а в тяжелых случаях - узловатых элементов. Течение заболевания нередко осложняется явлениями постакне, которые проявляются в виде стойкой поствоспалительной гиперпигментации и формирования келоидных или атрофических рубцов [6, 20, 21].

Эпидемиологические показатели подтверждают повсеместную распространенность данной дерматологической проблемы. Статистические данные свидетельствуют о том, что до 90% лиц в возрасте от 12 до 24 лет сталкиваются с проявлениями акне. При этом патология часто сохраняет свое течение и у взрослых пациентов, поражая около 8% населения в возрастной группе 25–34 лет и 3% лиц в возрасте от 35 до 44 лет. Характерной особенностью эпидемиологии акне у взрослого населения является выраженная гендерная специфика, при которой заболеваемость среди женщин достоверно превышает аналогичные показатели у мужчин [6, 7, 20, 21].

Несмотря на многолетние клинические исследования, патогенетические механизмы угревой болезни продолжают детально изучаться и рассматриваются как результат сложного многофакторного взаимодействия. Фундаментальным звеном патогенеза выступает фолликулярный гиперкератоз. Данный процесс характеризуется избыточным утолщением рогового слоя в устьях волосяных фолликулов,

что нарушает естественную эвакуацию омертвевших клеток и создает первичные условия для обтурации пор с формированием микрокомедонов.

Вторым ключевым фактором является гиперсеборея, сопровождающаяся гиперактивностью сальных желез и избыточной выработкой кожного сала. Параллельно происходят качественные изменения секрета, приводящие к повышению его вязкости, что усугубляет процесс закупорки фолликулярных протоков.

Важнейшим модулятором воспалительного процесса выступает влияние андрогенов. Стимуляция секреции себума может провоцироваться как абсолютной гиперандрогенией, так и относительной, обусловленной повышенной чувствительностью андрогенных рецепторов клеток сальных желез на фоне нормального уровня гормонов в крови. Источником андрогенов в таких случаях обычно служат яичники или надпочечники. Подобный гормональный дисбаланс особенно часто диагностируется у женщин с сопутствующей эндокринной патологией, в частности при синдроме поликистозных яичников.

Значимую роль в патогенезе играют пропионибактерии акне (*Cutibacterium acnes*), являющиеся комменсалами нормальной микрофлоры кожи. В условиях фолликулярной обтурации и гиперсебореи создается благоприятная анаэробная среда для их активного размножения, что впоследствии инициирует каскад локальных воспалительных реакций. Развитие заболевания также имеет прочную генетическую обусловленность, где наследственные факторы определяют индивидуальную восприимчивость организма. Три-

ггерными механизмами, способными ухудшить течение патологии и спровоцировать обострения, выступают различные экзогенные воздействия. К ним принято относить психоэмоциональное перенапряжение, алиментарные погрешности, использование комедогенной косметической продукции и негативное влияние загрязненной окружающей среды [5, 6, 20, 21].

Современная стратегия ведения пациентов с угревой болезнью базируется на оценке степени тяжести дерматоза, что подразумевает возможность назначения как топических, так и системных фармакологических средств. Процесс определения тяжести состояния опирается на комплексную оценку площади поражения, глубины локализации высыпаний, количества морфологических элементов, а также степени психологического дискомфорта пациента и вероятности формирования стойких рубцовых изменений. Несмотря на то, что в клинической практике традиционно принято дифференцировать легкую, умеренную и тяжелую формы патологии, унифицированной общепризнанной системы оценки тяжести на сегодняшний день не разработано.

Более детальная стратификация, дополненная выделением крайне тяжелой степени заболевания, представлена в Международном консенсусе Глобального альянса по лечению акне от 2018 года. Подобный подход позволяет клиницистам оптимизировать выбор терапевтической тактики. Следует отметить, что пациентам с умеренным течением дерматоза, помимо наружной терапии, как правило, требуется подключение системного лечения [6, 14, 17]. Для объективизации динами-

ки клинической картины и стандартизированной оценки результативности проводимого лечения в международной практике широко применяется

шкала IGA, имеющая рекомендацию Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) [6, 14, 17].

Таблица 1

Оценка степени тяжести акне

Степень тяжести	Выраженность клинических симптомов
I	Комедональное акне
II	Папуло-пустулезное акне от легкой до средней степени тяжести
III	Папуло-пустулезное акне тяжелой степени, узловатое акне средней степени тяжести (узлы до 0,5–1,0 см)
IV	Узловатое акне тяжелой степени, конглобатное акне (узлы размером более 1,0 см)

Таблица 2

Шкала общей оценки исследователем (IGA)

Степень	Клинические симптомы
0	Чистая кожа без воспалительных или ретенционных элементов
I	Почти чистая кожа. Единичные ретенционные высыпания и более одного воспалительного элемента
II	Легкая степень тяжести. Тяжелее степени I: несколько ретенционных и воспалительных элементов (только папулы / пустулы, узловые поражения отсутствуют)
III	Средняя степень тяжести. Тяжелее степени II: много ретенционных элементов и множественные воспалительные элементы, но не более одного небольшого узлового элемента
IV	Тяжелая степень тяжести. Тяжелее степени III: много ретенционных и воспалительных элементов, несколько узловых поражений

Терапия папуло-пустулезного акне легкой и среднетяжелой формы подразумевает преимущественное использование комбинированных наружных средств. Золотым стандартом и базисом патогенетического лечения в данном случае считается комбина-

ция ретиноида адапалена с бензоилпероксидом либо с клиндамицином. При обширной площади поражения кожи допустимо применение адапалена совместно с системными антибактериальными препаратами в качестве альтернативного варианта стартовой

терапии. Если патологический процесс приобретает распространенный характер, к терапевтической схеме третьей линии добавляют бензоилпероксид в комплексе с системными антибиотиками и адапаленом [9, 16, 18].

В лечении акне средней степени тяжести азелаиновая кислота рассматривается как препаратный резерв второго ряда. Препаратом выбора для купирования среднетяжелых и тяжелых воспалительных элементов неизменно остается системный изотретиноин. Возможными вариантами *alternaive*-терапии первой линии служат комбинации азелаиновой кислоты с адапаленом на фоне приема системных антибиотиков или схема, включающая системные антимикробные средства и азелаиновую кислоту. Бензоилпероксид применяется в качестве средства второй линии при легком и умеренном течении болезни, тогда как при тяжелых формах он выступает препаратом третьего выбора в сочетании с системной антибиотикотерапией. Следует подчеркнуть, что изолированное назначение местных антибиотиков при папуло-пустулезных высыпаниях легкой и средней степени строго не рекомендуется [1-5, 9, 16, 18].

Исторически системные антибактериальные препараты являлись основой лечения акне, особенно при среднетяжелых и тяжелых формах с выраженным воспалительным компонентом. В клинической практике доказана высокая эффективность тетрациклинового ряда (доксциклин, миноциклин), макролидов (эритромицин, азитромицин), а также комбинации триметоприма с сульфаметоксазолом, триметоприма, амоксициллина и цефалексина. Тем не менее назначение эритромици-

на в современных протоколах жестко ограничено из-за повсеместного распространения резистентных штаммов *Cutibacterium acnes* к данному действующему веществу [1-5, 9, 16, 18].

Применение базового тетрациклина на сегодняшний день также не является предпочтительным из-за недостаточной клинической эффективности и высокого риска развития побочных реакций. Фундаментальным требованием современной доказательной медицины является полный отказ от монотерапии системными антибиотиками. Кроме того, категорически запрещается одновременное назначение наружных и системных антибактериальных средств, поскольку такая тактика стремительно провоцирует развитие устойчивости бактериальной флоры к антимикробным препаратам [9, 10, 11, 15-18].

Сроки проведения системной антимикробной терапии должны строго регламентироваться инструкциями к препаратам, а пролонгированные курсы лечения крайне нежелательны. Несмотря на необходимость минимизации использования системных антибиотиков, в клинической практике возникают ситуации, когда альтернативные подходы неэффективны либо наружной терапии недостаточно. При назначении длительного лечения необходим строгий врачебный контроль и регулярная переоценка патогенетической обоснованности продления курса для сведения его продолжительности к безопасному минимуму. Первичная оценка терапевтического ответа на системные антибиотики проводится через 7–10 дней. Отсутствие клинического улучшения или признаков ремиссии в этот срок служит пока-

занием для коррекции лечебной стратегии и перехода на более агрессивные схемы лечения [9, 10, 11, 15-18].

Вопрос о целесообразности включения антибактериальных препаратов в терапевтические алгоритмы акне остается предметом активных дискуссий. Современные клинические руководства категорически не рекомендуют использовать антимикробные средства в виде монотерапии. В случае их назначения обязательным условием является комбинирование с бензоилпероксидом или адапаленом, что позволяет предотвратить формирование резистентности патогенной микрофлоры. Максимальная допустимая продолжительность курса системной антибиотикотерапии ограничивается четырехнедельным сроком [9, 10, 11, 15-18].

Тяжелые формы угревой болезни с выраженной склонностью к рецидивированию зачастую имеют прочную генетическую детерминацию. При подобной клинической картине стандартные методы терапии часто оказываются недостаточно эффективными для достижения стойкой и продолжительной ремиссии. Несмотря на то что наружные препараты (ретиноиды, азелаиновая кислота, антибактериальные средства и их комбинации) способны купировать острые проявления, упорное течение болезни на фоне базовой терапии несет серьезные риски. Во-первых, многократно возрастает вероятность формирования глубоких рубцовых изменений постакне. Во-вторых, персистирующее течение дерматоза оказывает крайне негативное воздействие на психоэмоциональное состояние пациентов, провоцируя развитие дисморфофобии, тяжелых де-

прессивных расстройств и склонности к суицидальному поведению [9, 10, 11, 15-18].

При выборе системного воздействия современный стандарт отдает безусловный приоритет пероральным ретиноидам, применение которых официально допускается с 12-летнего возраста. Системный изотретиноин демонстрирует высокую клиническую эффективность у подавляющего большинства пациентов с тяжелыми формами патологии, достоверно снижая интенсивность себореи, количество воспалительных элементов и выраженность рубцевания. Препарат показан также при среднетяжелом и тяжелом течении акне, демонстрируя особую ценность в ситуациях резистентности к другим методам лечения или при возникновении быстрых рецидивов непосредственно после отмены антибиотиков [9, 10, 11, 15-19].

Препараты данной группы демонстрируют высокую эффективность в коррекции гипертрофических и келоидных рубцов постакне вне зависимости от изначальной тяжести дерматоза. Поскольку системный изотретиноин (СИ) является липофильным соединением, его биодоступность значительно повышается при одновременном приеме с пищей. Для оптимизации процессов всасывания рекомендуется деление суточной дозировки на два приема, учитывая многофакторную зависимость абсорбции. В клинической практике пациентам массой тела до 50 кг обычно назначают однократный вечерний прием препарата. Следует отметить, что использование высоких дозировок СИ (от 60 мг и выше) в один прием характеризуется менее предсказуемой фармакокинетикой. Рациональ-

ное разделение такой дозы позволяет избежать резких пиковых концентраций действующего вещества в крови и минимизирует риск развития нежелательных побочных реакций. Пациентам необходимо строго рекомендовать исключить из рациона жирную рыбу и икру, а также полностью отказаться от приема поливитаминных комплексов и биологически активных добавок, содержащих витамин А, во избежание развития гипервитаминоза [9-11, 15-19].

Обязательным условием перед началом терапии является информирование пациента о выраженном тератогенном действии системных ретиноидов с обязательным документальным закреплением в форме информированного согласия. Безопасное планирование беременности возможно только после полного выведения препарата из организма. Период выжидания после завершения лечебного курса должен составлять время, необходимое для элиминации 99% изотретиноина, что клинически соответствует семи периодам его полувыведения [9-11, 15-19].

Традиционной стартовой дозировкой СИ считается 0,5 мг на 1 кг массы тела в сутки перорально с последующим возможным повышением дозы до 1 мг/кг в сутки или до максимально переносимой пациентом величины спустя месяц от начала лечения. Ориентировочная продолжительность базовой терапии варьирует от 16 до 24 недель и более, а целевая кумулятивная доза составляет 120–150 мг на 1 кг массы тела. Однако современная дерматологическая практика демонстрирует обоснованный переход к инновационным режимам с использованием низких доз ретиноидов (0,2–0,3 мг/кг), применение

которые не требует обязательного достижения указанной стандартной кумулятивной дозировки [8-11, 15-19].

Независимо от выбранной патогенетической тактики, комплексное ведение пациентов с угревой болезнью должно обязательно включать применение специализированных дерматокосметических средств для бережного очищения и восстановления гидролипидного баланса кожи. Успешность проводимого лечения оценивается по степени редукции морфологических элементов. Уменьшение количества высыпаний на 90% и более от исходного уровня расценивается как клиническое излечение, тогда как показатель в 75–90% соответствует стойкой клинической ремиссии. При использовании наружных средств, содержащих адапален, азелаиновую кислоту или бензоилпероксид, первые признаки положительной динамики обычно становятся заметными спустя 4–8 недель регулярного применения, а выраженный и стойкий терапевтический эффект формируется к концу третьего месяца лечения [8-11, 15-19].

Цель исследования: Изучить результативность применения низких доз системных ретиноидов (препарат «Изона») для лечения пациентов с тяжелыми формами акне, а также акне, не поддающегося другим методам лечения.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 65 пациентов (27 мужчин и 38 женщин), проходивших амбулаторное лечение в Университетской клинике «Akfa Medline University Hospital». Средний возраст участников составил $21,3 \pm 1,2$ года. Распределение пациентов по полу и возрасту с учетом тяжести акне представлено в таблице 3.

Табл.3

Распределение больных с акне в зависимости от пола и возраста

Возраст, лет	Пол		количество больных	
	мужчины	женщины	абс, число	%
14-20	21	20	41	63,1
21-33	6	18	24	36,9
всего	27	38	65	100

Критерии включения:

- Диагностированная тяжелая форма акне.

- Подписанное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения:

- Предшествующее лечение системными ретиноидами или антиандрогенными препаратами.

- Применение системных антибиотиков или топических ретиноидов в течение последних трех месяцев.

- Клинически значимые отклонения в результатах гематологического и/или биохимического анализа крови.

- Беременность и лактация

- Хроническая печеночная недостаточность или синдром Жильбера.

Для оценки тяжести и распространенности акне использовался индекс ADI, учитывающий количество комедонов, папул, пустул и узлов.

Всем пациентам назначался системный ретиноид – изотретиноин («Изо-на» – в виде монотерапии в дозировке 20 мг в сутки. Учитывая кумулятивные действия препарата, его доза составляла 120-150 мг/кг, а продолжительность терапии 11-12 месяцев (в среднем 49,9 ± 2,2 недели).

Тяжелая форма акне была диагностирована у 56,9% пациентов, а акне,

устойчивое к другим видам терапии, – у 40,1%.

На каждого участника исследования была заведена амбулаторная карта, в которой фиксировались все посещения врача. У всех пациентов было получено письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты исследования и их обсуждение. Клиническое обследование кожных покровов выявило превалирование воспалительных морфологических элементов у подавляющего большинства лиц в исследуемой группе. Морфологически воспаление проявлялось множественными мелкими папулами и папуло-пустулами (диаметром до 0,5 см) насыщенно-розовой окраски. Характерными визуальными признаками высыпаний выступали неровные контуры и незначительное возвышение над общим уровнем кожи. Дополнительно у 20% обследованных (8 пациентов) диагностировались единичные узловатые или кистозные образования. Весь контингент пациентов демонстрировал клиническую картину выраженной себореи с наличием множественных открытых и закрытых комедонов. Важным наблюдением явилось отсутствие постакне изменений и

рубцовой деформации тканей, несмотря на продолжительный анамнез заболевания.

Анализ пространственного распределения патологического процесса продемонстрировал преимущественное вовлечение зон себорейной локализации. Изолированное поражение лица было установлено у 29,2% пациентов (19 человек). Сочетанное распространение высыпаний на лицо

и спину встречалось у 23,1% обследованных (15 человек). Наиболее обширная площадь поражения, охватывающая лицо, верхнюю половину груди и спину, регистрировалась почти у половины группы (44,6% или 29 пациентов). Максимальная топография элементов, дополнительно включающая кожу живота, была зафиксирована лишь в единичных случаях (3,1% или 2 пациента).

Табл.4.

Распределение больных с акне по локализации высыпаний

локализация	Количество больных	
	Абс. число	%
лицо	19	29,2
лицо, спина	15	23,1
лицо, спина, грудь	29	44,6
лицо, спина, грудь, живот	2	3,1
всего	65	100

Табл.5.

Сопутствующие заболевания у больных с акне

Сопутствующие заболевания	Количество больных	
	Абс. число	%
ДЖВП	18	27,7
Поликистоз яичников	9	13,8
Хронический гастрит	8	12,3
Хронический тонзиллит	6	9,2
Атопический дерматит	7	10,8
Гайморит	5	7,7

Анализ соматического и гинекологического анамнеза позволил выявить ряд часто сопутствующих патологий в исследуемой группе. Наибольшую распространенность демонстрировали

дискинезия желчевыводящих путей и синдром поликистозных яичников. Реже диагностировались хронические воспалительные процессы, включая гастрит и тонзиллит, а также атопи-

ческий дерматит и гайморит. При сборе анамнеза жизни установлено, что у 40% обследованных (26 человек) применялись нерациональные и агрессивные схемы ухода за кожей лица. Регулярное использование абразивных скрабов и спиртосодержащих лосьонов выступало дополнительным триггером, раздражающим кожные покровы и усугубляющим течение дерматоза.

Согласно дизайну исследования, всем пациентам была назначена изолированная системная терапия препаратом «Изона» в суточной дозировке 20 мг. Лечебная тактика разрабатывалась с учетом необходимости достижения целевой кумулятивной дозы изотретиноина в пределах 120–150 мг на 1 кг массы тела. В связи с этим общая продолжительность терапевтического курса составила от 11 до 13 месяцев (в среднем $49,9 \pm 2,2$ недели). Оценка клинической эффективности проводилась амбулаторно в ходе каждого контрольного визита. Критериями оценки служили субъективные ощущения пациентов и объективные дерматологические показатели, включающие динамику количества комедонов, папулопустулезных элементов и узлов, а также степень выраженности поствоспалительной гиперпигментации и рубцовых дефектов. Начиная с трехмесячного этапа терапии инициировалось проспективное динамическое наблюдение за пациентами с интервалом один раз в два месяца.

Исходный клинический статус пациентов характеризовался присутствием множественных мелких папул конической формы насыщенно-розового цвета. Также визуализировались

пустулы с напряженной покрывкой и мутным содержимым наряду с единичными плотными узлами багрово-синюшного оттенка, не имеющими признаков флюктуации. Данные изменения затрагивали кожу лица, грудной клетки и спины, что сопровождалось расчетом индекса ADI на уровне $9,8 \pm 0,4$.

Ранний этап терапии, а именно первая неделя приема препарата, у большинства пациентов (61,5%) сопровождался транзиторным обострением дерматоза. Данный феномен проявлялся вспышкой появления новых узелковых и гнойничковых элементов в области лица и спины. В последующие 8–12 недель непрерывного лечения отмечалась позитивная динамика в виде стойкого уменьшения количества воспалительных инфильтратов. Уже к завершению первого месяца терапии у подавляющего большинства пациентов констатировалось существенное улучшение состояния кожных покровов, купирование острого воспалительного процесса и снижение выраженности себореи. К окончанию третьего месяца системного лечения у большинства лиц была достигнута полная или близкая к полной клиническая ремиссия угревой болезни.

В течение 6 месяцев проспективного наблюдения у небольшого числа пациентов (около 10%) наблюдались рецидивы акне, которые были менее выраженными, чем до начала лечения. Эти рецидивы успешно купировались с помощью топических препаратов. У большинства пациентов ремиссия сохранялась в течение всего периода наблюдения (рис. 1).

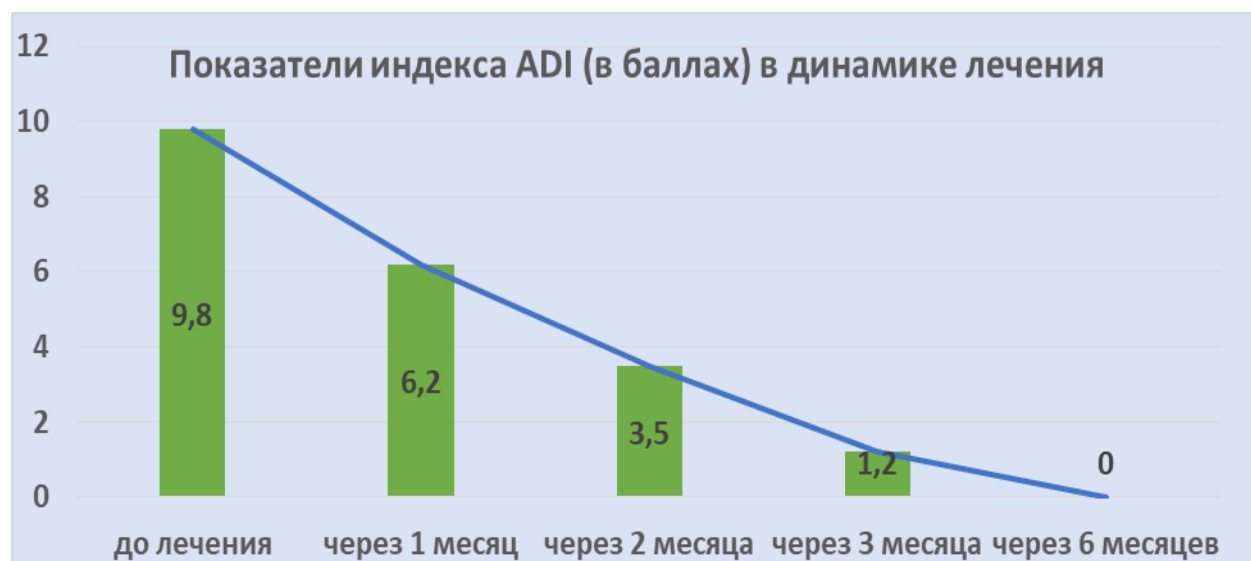


Рис. 1. Показатели индекса ADI у пациентов с акне в динамике лечения

Выводы:

1. У пациентов с акне преобладали воспалительные элементы в виде папул и папуло-пустул, а также комедоны и себорея.

2. Локализация высыпаний варьировала, но чаще всего поражались лицо, грудь и спина.

3. У пациентов часто встречались сопутствующие заболевания, такие как дискинезия желчевыводящих путей и поликистоз яичников.

4. Предшествующая терапия часто была неэффективной, кратковременной или приводила к раздражению кожи.

5. Монотерапия изотретиноином препаратом «Изона» в дозировке 20 мг в сутки (кумулятивное действие препарата составляла 120-150 мг/кг, продолжительность терапии 11-13 месяцев) была эффективной в большинстве случаев, приводя к ремиссии акне с минимальными побочными эффектами и высоким качеством жизни.

6. В начале лечения возможно обострение, но в дальнейшем наблюдается положительная динамика.

7. Основными особенностями терапии данным препаратом являются снижение суточной дозировки за счет длительного применения и соответственно уменьшение побочных действий препарата.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Варламова М.Н., Гребенюк В.Н., Шахова Е.В. Современные аспекты терапии акне // Лечащий врач. 2021;9:42-48.
2. Глибина М.В., Романцов М.Г. Современные подходы к терапии акне // Клиническая фармакология и терапия. 2022;31(4):5-12.
3. Захарова Е.В., Матушевская Е.В. Современные подходы к терапии акне // Клиническая дерматология и венерология. 2020;19(1):4-12.
4. Кубанова А.А., Волкова Е.Н., Зудин Б.И. Акне и розацеа. Современные методы терапии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 240 с.
5. Монахов К.Н., Самцов А.В. Акне: современные аспекты патогенеза и

терапии // Вестник дерматологии и венерологии. 2022;98(2):18-27.

6. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. Кожные и венерические болезни: руководство для врачей. – М.: МИА, 2020. – 888 с.

7. Титова Е.А., Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Особенности терапии акне у женщин // Клиническая дерматология и венерология. 2023;22(3):35-42.

8. Admani S., Jacob C. Low-dose isotretinoin in the treatment of acne vulgaris. *Dermatologic Clinics*. 2020;38(2):229-236.

9. Aschoff R., Möller S., Haase R., Kuske M. Tolerability and efficacy of clindamycin/tretinoin versus adapalene/benzoyl peroxide in the treatment of acne vulgaris. *J Drugs Dermatol*. 2021;20(3):295-301.

10. Blasiak R.C., Stamey C.R., Burkhart C.N., et al. Current and emerging over-the-counter treatments for acne vulgaris. *Journal of Drugs in Dermatology*. 2016;15(7):798-802.

11. Gollnick H., Bettoli V., Lambert J., et al. A consensus-based practical and daily guide for the treatment of acne patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2016;30(9):1480-1492.

12. Habeshian K.A., Cohen B.A. Current issues in the treatment of acne vulgaris. *Pediatrics*. 2020;145(2):225-230.

13. Hayashi N., Akamatsu H., Iwatsuki K., et al. Japanese Dermatological Association Guidelines: guidelines for the treat-

ment of acne vulgaris 2017. *J Dermatol*. 2018;45(8):898-935.

14. Marson J.W., Baldwin H.E. New concepts, concerns, and creations in acne. *Dermatol Clin*. 2019;37(1):1-9.

15. Marson J.W., Baldwin H.E. An overview of acne therapy, part 2: hormonal therapy and isotretinoin. *Dermatol Clin*. 2019;37(2):195-203.

16. Melnichenko O.O., Sakaniya L.R., Semenova Yu.V., Korsunskaya I.M. Topical antibiotics in the treatment of acne tarda. *Consilium Medicum. Dermatology (Suppl)*. 2016;3:16-17. (In Russ.).

17. Ogé L.K., Broussard A., Marshall M.D. Acne vulgaris: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 2019;100(8):475-484.

18. Otlewska A., Baran W, Batycka-Baran A. Adverse events related to topical drug treatments for acne vulgaris. *Expert Opin Drug Saf*. 2020;19(4):513-521.

19. Seidler E.M., Kimball A.B. Use of isotretinoin for acne. *Dermatologic Clinics*. 2016;34(2):205-214.

20. Tan J.K., Tang J., Fung K., et al. Prevalence of common skin diseases in outpatients seen by dermatologists in Canada. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*. 2021;25(1):53-59.

21. Zaenglein A.L., Pathy A.L., Schlosser B.J., et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2016;74(5):945-973.e33.

SUMMARY PHARMACOTHERAPY OF VARIOUS SEVERITY OF ACNE

Isamukhamedova Saida Salikhovna

*Tashkent Medical University, Tashkent,
AKFA Medline University Hospital
(AMUH), Tashkent*
saidakhonf@gmail.com

Keywords: *acne, treatment strategy, severe acne, systemic retinoids.*

The article provides information on acne treatment strategies depending on the severity of the disease. In addition, based on our own data, an assessment of the effectiveness of low doses of systemic retinoids in patients with severe forms of acne is presented. The main features of low-dose systemic retinoid therapy are a reduction in the daily dosage due to prolonged use and, accordingly, a decrease side effects of the drug.

REZUME HUSNBUZARNING TURLI OG'IRLIK DARAJALARIDA FARMAKOTERAPIYA

Isamuxamedova Saida Solixovna

*Toshkent Tibbiyot Universiteti, Toshkent,
AKFA Medline University Hospital (AMUH),
Toshkent*
saidakhonf@gmail.com

Kalit so'zlar: *husnbuzar, davolash strategiyasi, og'ir shakldagi husnbuzarlari, sistem retinoidlar.*

Maqolada husnbuzarlarni og'irlik darajasiga qarab davolash strategiyalari haqida ma'lumotlar keltirilgan. Bundan tashqari, o'z materiallariga asoslanib, og'ir shakldagi husnbuzarlari bo'lgan bemorlarda sistem retinoidlarning kichik dozalarining samaradorligi baholanadi. Sistem retinoidlarning kichik dozalari bilan davolashning asosiy xususiyatlari - bu uzoq muddatli foydalanish hisobiga kunlik dozani kamaytirish va shunga mos ravishda preparatning nojo'ya ta'sirlarini kamaytirishdir.