Поздние акне у женщин: эпидемиология, клиническая картина, диагностика, рациональный выбор средств дерматокосметологического ухода

Т.А. БЕЛОУСОВА[1], М.В. ГОРЯЧКИНА

ПМГУ им. И.М. Сеченова

Late-onset acne in women: epidemiology, clinical picture, diagnosis, rational choice of dermocosmetics

T.A. BELOUSOVA, M.V. GORYACHKINA

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Ключевые слова: поздние акне у женщин, эпидемиология, клиническая картина, диагностика, рациональный уход, гамма Матидиан.

Key words: late-onset acne in women, epidemiology, clinical picture, diagnosis, rational care, Matidiane range.

Акне, или угревая болезнь (УБ), относится к одному из самых распространенных заболеваний кожи молодого возраста и наиболее часто в той или иной степени выраженности встречается в пубертатном периоде (практически у 100% юношей и 90% девушек). Пик заболеваемости приходится на 12—16 лет и у подавляющего большинства пациентов к 20—25 годам высыпания самостоятельно регрессирует. Однако у 3% мужчин и 5% женщин угревые высыпания могут наблюдаться и в более позднем возрасте. По клинической классификации, предложенной в 1994 г. G. Plewig и A. Kligman [1, 2], данную разновидность акне выделяют в особую группу – акне взрослых (*acne adultorum*).

К особенностям течения акне у взрослых относят:

— существенное преобладание женщин (в отличие от подростковой заболеваемости, которая примерно одинакова у обоих полов);

— наличие сопутствующей патологии, в большинстве случаев эндокринного характера, обусловливающей патогенетический фон для развития акне у женщин;

— клинико-анатомические особенности акне (локализация высыпания в области нижней трети лица, линии подбородка и шеи, как правило, преобладание воспалительных папул и пустул);

— высокую частоту сезонных обострений и обострений после инсоляции, низкую частоту на фоне диетических погрешностей;

— негативное влияние на качество жизни женщин, более выраженное по сравнению с мужчинами;

— значительную представленность экзогенных форм акне (медикаментозных, механических), а также экскориированных акне [1, 3].

В последние годы стали чаще встречаться проявления УБ у женщин 25 лет и старше, окончательно регрессирующие лишь с началом климактерического периода, получившие название поздние акне (*acne tarda*). По данным современных исследований, доля пациенток с акне в возрасте 25—40 лет составляет 40—54%. В исследованиях, проведенных [3—6], средний возраст пациенток с акне составил 31,8, 32,4 и 26,5 года соответственно. В многоцентровом исследовании, проведенном в США с 1990 по 1999 г., выявлено, что средний возраст женщин с угревыми высыпаниями увеличился с 26,5 до 40,5 года.

Одним из наиболее часто дискутируемых вопросов, посвященных *acne tarda* в разных публикациях, является возрастной рубеж перехода *acne vulgaris* в поздние акне. Большинство отечественных и зарубежных специалистов сходятся во мнении, что это 25 лет, вне зависимости, был ли это дебют заболевания, или это длительно текущие постоянно рециди-

© Т.А. Белоусова, М.В. Горячкина, 2012

Klin Dermatol Venerol 2012;4:73

[1]e-mail: rektorat@mma.ru

вирующие акне, продолжающиеся с подросткового периода. Таким образом, в зависимости от течения и дебюта заболевания *acne tarda* можно разделить на несколько подтипов. Наиболее распространенный вариант заболевания, встречающийся у 80% женщин, — непрерывные (персистирующие) акне, тянущиеся с пубертатного периода. Акне позднего дебюта, впервые возникающие у женщин в 25 лет и старше, по данным G. Dummont-Wallon и соавт. [3, 7, 8], отмечаются в 20% случаев, а F. Poli — в 41%. Рецидивирующие акне, или акне со «светлым промежутком», дебютирующие в подростковом возрасте как *acne vulgaris*, характеризуются длительным периодом ремиссии (несколько лет), а затем возобновившимися угревыми проявлениями в позднем возрасте в виде *acne tarda*.

В большинстве случаев пациентки с поздними угрями имеют легкую и среднетяжелую форму заболевания с небольшим количеством высыпаний. В основном преобладают папулезные и папулопустулезные элементы, редко узловато-кистозные формы угрей. У 20% женщин отмечаются регулярные предменструальные обострения в виде появления 1—3 свежих акне за 2—5 сут до начала очередной менструации с последующим полным регрессом высыпаний после окончания *menses*. У части больных угревая сыпь существует постоянно. Высыпания, как правило, локализуются в области лица (нижняя треть лица, линия подбородка, периоральная область) и шеи. Верхняя треть груди и спины, а также плечи поражаются реже. Различают две клинические формы поздних акне у женщин — воспалительную и ретенционную.

Воспалительная форма поздних акне характеризуется появлением папулопустулезных элементов и в более редких случаях — узлов, приводящих к рубцам. Гиперсеборея выражена незначительно. По данным разных авторов, эта форма заболевания встречается у 58% женщин.

Ретенционная (невоспалительная) форма поздних акне характеризуется гиперсеборей, закрытыми и открытыми комедонами, а также наличием небольшого количества воспалительных элементов. Высыпания в большинстве случаев локализуются на лице, особенно в области лба [1, 4, 8, 9].

У больных с поздними акне, помимо угревых высыпаний, отмечаются признаки обезвоживания кожи вследствие предшествующего медикаментозного лечения и нерационального базисного ухода на фоне возрастных изменений кожи. Длительное торпидное течение УБ у этой группы больных характеризуется активными проявлениями постакне: рубцовыми изменениями и поствоспалительной гиперпигментацией. Поздние акне нередко сочетаются с рядом других изменений кожи и волос, описанных как MARSH-синдром (мелазма, акне, розацеа, себорея, гирсутизм) [2, 3, 10].

Акне — заболевания с высоким семейным накоплением (50%). В разных исследованиях подчеркнуто, что 50—53% пациентов с акне имеют отягощенный семейный анамнез. Выявлена общая закономерность: чем чаще встречаются и тяжелее протекают акне у предшествующих родственников, тем более тяжелое и торпидное течение заболевания будет у потомства [2].

Патогенетические механизмы УБ изучены давно. Выделяют четыре главных патогенетических звена, участвующих в развития заболевания. Инициальным является наследственно обусловленная гиперандрогения (ГА). ГА может проявляться в виде абсолютного увеличения количества андрогенов овариального или надпочечникового происхождения в крови и при экскреции с мочой. В исследованиях H. Seirafi и соавт. отмечена высокая роль ДГЭА-С – андрогена надпочечникового происхождения, в патогенезе *acne tarda* у женщин старше 25 лет, в другом исследовании, проведенном в России, выявлена значительная роль 17-ОНП — гормона, вырабатывающегося как в яичниках, так и в надпочечниках, в развитии торпидных акне у женщин. Причиной абсолютной ГА являются гормонально-эндокринные нарушения яичников и надпочечников функционального или опухолевого генеза. При отсутствии повышения уровня основных андрогенов в плазме крови, а также при нормальной связывающей способности ПССГ (полового секс-связывающего глобулина, связанный с ним тестостерон наименее активен), как правило, предполагают рецепторную форму ГА. Данную ГА условно можно назвать относительной. Причиной относительной ГА является повышение активности фермента 5 α-редуктазы I, которая переводит тестостерон в более активный метаболит дегидротестостерон (ДГТ), являющийся непосредственным стимулятором пролиферации и созревания себоцитов [10, 11].

Под воздействием гормонального фактора увеличивается объем кожного сала, в котором снижается концентрация незаменимой γ-линоленовой кислоты — основного регулятора дифференцировки кератиноцитов протока сально-волосяного фолликула (СВФ), и увеличивается экспрессия фермента трансглутаминазы. Это ведет к преобладанию процессов дискератоза и пролиферации над десквамацией эпителия СВФ, что в итоге приводит к фолликулярному гиперкератозу и закрытию протока СВФ, что клинически проявляется открытыми и закрытыми комедонами в зависимости от уровня закупорки СВФ [12, 13].

Обтурация комедоном протока СВФ создает благоприятные условия для размножения факультативных анаэробов *Propionibacterium acnes* и *Propionibacterium granulosum*, а также других представителей сапрофитной и условно-патогенной микрофлоры

(*Staphylococcus epidermidis, Aureus, Pityrosporum ovale*). Антигены микроорганизмов привлекают к СВФ из периферической крови мононуклеарные фагоциты и нейтрофилы, которые продуцируют интерлейкины 1α, 1β и 8, фактор некроза опухоли α, стимулируют систему комплемента. Эти провоспалительные цитокины активируют фермент циклооксигеназу, в результате чего из арахидоновой кислоты образуется главный медиатор воспаления – лейкотриен B_4, который стимулирует высвобождение гидролитических ферментов и монооксида азота из нейтрофилов и Т-лимфоцитов, моноцитов, эозинофилов. Разрушение стенки сальной железы с выходом ее содержимого в дерму обусловливает картину воспаления, что проявляется в виде папул, пустул, узлов и кист [12, 14].

Кроме того, патогенные микроорганизмы, в частности *Propionbacteria acne*, выделяют липазы, протеазы, гиаулуронидазу, которые расщепляют липиды с выделением большого количества свободных жирных кислот. Вследствие этого в норме слабокислый pH кожи сдвигается в щелочную сторону, что ведет к уменьшению бактериостатических свойств кожного сала. Следует также учитывать, что кожа у взрослых пациенток с акне, как правило, комбинированная, с признаками дегидратации, как вследствие возрастных изменений, так и в результате нерационального базисного ухода или лечения [1, 2, 13].

Акне относится к особой группе кожных заболеваний – психосоматическим дерматозам, при которых велика роль психоэмоциональных нарушений, связанных с проблемой «дефекта внешности». На основании проведенного анкетирования членов Британской ассоциации дерматологов было установлено, что определенный вид дерматоза увеличивает риск суицидальных попыток. Элементы самоповреждающего поведения, в ряде случаев приведших к завершенному суициду, чаще наблюдались при акне, псориазе, экземе и крапивнице. Дисморфофобические расстройства у пациентов с угревыми высыпаниями подробно описаны [15, 16].

По данным J. Tan и соавт. [17], женский пол, зрелый возраст, длительность (более 5 лет) заболевания являются дополнительными факторами, оказывающими негативное влияние акне на качество жизни женщин и существенно снижающими его. S. Kellet [18] в своих исследованиях подчеркнул, что женщины с акне являются наиболее психологически уязвимыми. В многочисленных исследованиях [17—21] у женщин с акне выявлен более высокий уровень тревожности, чем у мужчин. Среди лиц с акне отмечается большое количество (64%) неработающих, социально нереализованных женщин с неустроенной личной жизнью.

Данные литературы, свидетельствующие о наличии взаимосвязи стрессогенных факторов с возникновением акне, противоречивы. Стресс является одним из существенных факторов, провоцирующих возникновение акне у женщин, и выявлялся как триггер в 34–50% случаев [3, 7]. В то же время, по данным V. Goulden и соавт. [2], только 12% из 71% женщин, у которых стресс вызвал акне, назвали его в качестве причины заболевания. Связь между стрессом и обострением акне объясняется выработкой нейромедиаторов, таких как субстанция Р, которая влияет на дифференцировку и деление себоцитов, стимулируя продукцию кожного сала. Кожа людей со склонностью к акне характеризуется обилием нервных окончаний, увеличенным числом нервных волокон, способных секретировать субстанцию Р, а также большим числом тучных клеток.

Выявлена роль табака в развитии акне. Отмечено, что курящие женщины имели более тяжелые формы акне, чем некурящие. В двух исследованиях, проведенных в 2009—2010 гг., подчеркивалось, что курение является главным фактором в развитии комедональных (невоспалительных) акне у женщин. Взаимосвязь этих факторов, по мнению авторов [23, 24], объясняется тем, что никотин увеличивает продукцию кожного сала и снижает концентрацию витамина Е.

До сих пор не существует единого мнения, вызывает ли использование косметических препаратов обострение акне. В ряде исследований показано, что применение тех или иных косметических средств (чаще нерациональное) у 62% женщин способно вызвать обострение угревых высыпаний. Данный фактор относится к одним из основных триггеров акне у женщин. В то же время в других исследованиях роль косметических продуктов в развитии и/или обострении акне была невелика (16%). Столь разные результаты исследований скорее можно объяснить широким спектром продукции, который обозначают термином «косметические средства», использованием разных косметических марок, правильным и неправильным подбором средства в зависимости от его основы и типа кожи пациентки [3, 22].

В качестве факторов, провоцирующих акне, часто называют ультрафиолет, диеты, но убедительных доказательств их влияния на течение дерматоза не найдено. Однако следует учитывать индивидуальные особенности пациента, а также помнить, что усиленный прием содержащих йод или бром медикаментов и продуктов питания, в том числе в больших количествах йодированной соли и морепродуктов, может привести к увеличению воспалительных высыпаний у больных акне [9].

Диагностическая и терапевтическая модель ведения пациенток с акне включает прежде всего полное и всестороннее исследование женщин с учетом не только дерматологического, но и гормонально-эндокринного профиля с обязательным привлечением гинеколога-эндокринолога. От результатов

исследования во многом будет зависеть тактика ведения пациентки. Современные подходы к лечению акне у женщин включают назначение системных и наружных препаратов, влияющих на разные звенья патогенеза акне (комбинированные оральные контрацептивы с антиандрогенным эффектом, местные и системные антибиотики, топические и системные ретиноиды и др.). Выбор методов лечения основывается на адекватной клинической оценке степени тяжести заболевания, характера высыпаний, типа кожи, наличия сопутствующей патологии, возраста пациентки. Системная терапия в большинстве случаев назначается при III—IV стадии заболевания или при упорном течении II стадии акне, а также при наличии нарушений в гормонально-эндокринном статусе при любой стадии заболевания.

Для того чтобы терапия акне у женщин была эффективной, важно не только грамотно назначить топическое или системное медикаментозное средство, но и правильно подобрать лечебно-косметический уход, который является базисным в терапии акне. Средства лечебной косметики назначаются как в составе противоугревой терапии, так и отдельно в зависимости от выраженности изменений в дерматологическом и гормонально-эндокринном статусе. Правильно подобранная гамма лечебно-косметических средств (ЛКС) как на момент приема системной медикаментозной терапии, так и после ее окончания позволяет добиться не только более быстрого наступления терапевтического эффекта, но и закрепить и по возможности пролонгировать результаты противоугревого лечения, а значит улучшить качество жизни женщины.

При назначении средства лечебной косметики пациенткам с *acne tarda* необходимо учитывать все патологические изменения их кожи, как правило, обезвоженной, комбинированной, с начальными признаками старения, иногда чувствительной, склонной к раздражению. Именно поэтому современные средства лечебного ухода за такой кожей должны быть гипоаллергенны, некомедогенны, не содержать парабенов, не иметь в составе активных веществ, способных вызвать шелушение, раздражение или дегидратацию кожи, а также сдвиг слабокислого pH в сторону закисления. ЛКС при акне должно активно адсорбировать себум, не нарушая баланса липидов и керамидов водно-липидной мантии, обладать антиоксидантным действием, так как оксидантный стресс препятствует активной регенерации кожи, обеспечивать длительное матирующее действие, оказывать увлажняющий эффект, а также сочетаться с декоративной косметикой и иметь легкую текстуру.

ЛКС линии *Матидиан* компании «Noreva» хорошо зарекомендовали себя в комплексной терапии акне у возрастных женщин благодаря уникальному составу, легкой текстуре, удобству применения, возможности сочетать с любыми противоугревыми препаратами топического и системного действия.

Гамма *Матидиан* состоит из четырех ЛКС: *Матидиан* дневной матирующий уход, *Матидиан* ночной уход, *Матидиан* оксигенирующая маска и *Матидиан* очищающий гель. Каждое из этих ЛКС дополняет и усиливает действие другого, а также содержит компоненты с учетом возрастных особенностей кожи женщины, что позволяет эффективно корректировать явления акне у данной группы пациенток.

Все средства гаммы имеют в своем составе уникальный комплекс Хроно Регул HD (в ночном уходе он более концентрированный), содержащий комбинацию очищенных фитостеролов, целенаправленно воздействующий на энзимы, ответственные за гиперпродукцию кожного сала. Таким образом, с поверхности кожи удаляются излишки себума (себорегулирующее действие) и поддерживается физиологический баланс кожи. Себорегулирующий эффект дневного ухода усиливается за счет «микродатчиков, связующих липиды», которые поверхностно дробят излишки кожного сала на микрокапли и аккуратно адсорбируют их, обеспечивая также и матирующий эффект. Эфиры ВНА, входящие в состав дневного и ночного ухода, мягко эксфолиируют кожу, стимулируя процессы регенерации и обновления эпидермиса, а также обеспечивают поросуживающий эффект, в результате чего происходит выравнивание микрорельефа кожи и она приобретает здоровый матовый оттенок. Специальный увлажняющий комплекс, входящий в состав дневного ухода, активно гидратирует кожу, препятствуя трансэпидермальной потере воды, и обеспечивает необходимое ежедневное увлажнение. Немаловажным является антиоксидантное действие экстракта белого лотоса, содержащегося во всех четырех продуктах гаммы, благодаря которому снижается оксидантный стресс в поврежденных тканях и улучшаются процессы регенерации и репарации. Антибактериальное действие гаммы обеспечивается за счет солей цинка, входящих в дневной уход, которые тормозят пролиферацию *P. acnes,* кроме того, цинк оказывает противовоспалительное и антисептическое действие, способствует эпителизации и ингибирует 5α-редуктазу, предотвращая трансформацию тестостерона в более активный метаболит ДГТ.

Инновационным средством гаммы является оксигенирующая маска. Помимо перечисленных компонентов, в ее состав входят каолин (белая глина) и инкапсулированные молекулы кислорода. Основное преимущество каолина перед другими видами глин заключается в том, что он подходит даже для самой чувствительной кожи. Каолин адсорбирует излишки кожного сала и улучшает питание кожи. Известно, что жирная кожа менее насыщена кислородом, поэтому в состав маски включены инкапсу-

лированные молекулы кислорода, транспортируемые в эпидермальные клетки благодаря технологии «fiflow». Таким образом, маска способствует уменьшению пористости и жирности кожи, поглощая избыточные жир и грязь, скопившиеся на поверхности кожи. При этом она насыщает кожу полезными минералами и кислородом, уменьшая клеточную гипоксию, стимулирует обмен в клетках и их регенерацию, увлажняет, питает кожу, улучшая цвет лица. Оксигенирующая маска потенцирует действия дневного и ночного ухода и надолго возвращает коже комфорт, приятное ощущение мягкости, нежности и защиты.

Преимуществом гаммы *Матидиан* является наличие очищающего и отшелушивающего геля, предназначенного для ежедневной гигиены лица и тела. В его состав, помимо уникального комплекса Хроно Регул HD и экстракта белого лотоса, входят очищающие микросферы, которые способствуют глубокому и бережному очищению пор, а также соли меди, обладающие стягивающим, оздоравливающим и противовоспалительным действием. Таким образом, средства гаммы *Матидиан* предназначены для дерматокосметологической коррекции у пациенток с возрастными акне. Они могут использоваться как в качестве монотерапии, так и в составе комплексного лечения в сочетании с системными и местными препаратами. ЛКС линии *Матидиан* гипоаллергенны, не содержат парабенов, не обладают тератогенным эффектом, их можно использовать летом, так как они не оказывают фотосенсибилизирующего действия.

Под нашим наблюдением находились 25 пациенток с *acne tarda* в возрасте 25—33 лет (средний возраст 28 лет). Давность заболевания варьировала от 1 года до 15 лет и в среднем составила 7,5 года. У 10 (40%) женщин отмечались акне позднего дебюта, впервые возникшие в возрасте 25 лет и старше, у 15 (60%) наблюдались персистирующие акне, тянущиеся с пубертатного периода. У всех пациенток высыпания локализовались на лице и были представлены немногочисленными комедональными и папулопустулезными элементами. Пациентки предъявляли жалобы на сальность, пористость, грязновато-серый оттенок, неприятный запах кожи, периодическое чувство стянутости и раздраженности. Всем пациенткам было проведено комплексное исследование с учетом гормонально-эндокринного (гормоны крови, стероидный профиль мочи, ультразвуковое исследование — УЗИ органов малого таза) и дерматологического статуса (себометрия, корнеометрия, исследование микрорельефа поверхности кожи с помощью оптического видеомониторинга).

При обследовании гормонального спектра крови повышение уровня андрогенов (17-ОПГ, тестостерона, ДГЭА-С) выявлено у 60% женщин, в стероидном профиле мочи уровень андрогенов был повышен у 76% женщин, у 52% по УЗИ отмечалось изменение морфофункционального состояния яичников (синдром поликистозных яичников). При исследовании функции сальных желез у 92% женщин обнаружены отклонения от нормальных показателей себуметрии (выше верхней границы нормы — 220 мкг/см^2, в среднем 240,0±3,4 мкг/см^2). У 68% пациенток методом корнеометрии выявлено нарушение гидратации кожи (в среднем 54,0±2,5 мкг/см^2 при норме больше 60 мкг/см^2), что свидетельствует о ее обезвоживании вследствие агрессивного лечения или неправильно подобранного ухода. Нами также обнаружены изменения параметров микрорельефа кожи у 48% женщин, проявляющиеся в основном увеличением объема неровностей и в меньшей степени — объема шероховатостей и шелушения. Причем выявлена прямая корреляция между длительностью течения акне и нарушениями параметров микрорельефа кожи у пациенток.

После обследования все пациентки были разделены на две группы. Первую группу составили 19 женщин с гормонально-эндокринной патологией, которым был назначен низкодозированный монофазный дроспиренонсодержащий КОК джес (дроспиренон 3 мг, этинилэстрадиол 0,02 мг) сроком на 6 мес (курсом 24/4: первые 24 таблетки — активное вещество, 4 последние — плацебо, т.е. препарат применялся без перерыва в течение 28 сут) в сочетании с ЛКС линии *Матидиан*. Утром пациентки на предварительно очищенную гелем линии *Матидиан* кожу наносили дневной уход, а вечером на очищенную гелем кожу — ночной уход. Помимо этого, все пациентки 2 раза в неделю использовали оксигенирующую маску, которую наносили на очищенную кожу нежными массажными движениями на 3—5 мин, после чего тщательно смывали водой. Во 2-ю группу вошли 6 пациенток без патологии в гормонально-эндокринном статусе, которым использовали только гамму средств *Матидиан* по той же схеме, что и женщинам из 1-й группы.

На фоне лечения отмечалась положительная динамика кожного процесса. Прекратилось появление комедональных и папулопустулезных элементов, особенно у женщин 1-й группы. Наблюдалось значительное уменьшение жирности кожи: она становилась более матовой и ровной, исчезал ее серовато-асфальтовый оттенок. Результаты подтверждены данными себуметрии: у пациенток обеих групп показатели достоверно снизились и к концу лечения достигли нормальных значений (составили в 1-й группе в среднем 207,0±4,5 мкг/см^2, во 2-й — 211,0±1,3 мкг/см^2).

По данным корнеометрии, у всех женщин обнаружено повышение увлажненности кожи, а у женщин с исходно низкими параметрами корнеометрии — их нормализация, в среднем показатели корнеометрии в обеих группах не отличались и составили



а б

Рис. 1. **Пациентка *К.* (28 лет) с *acne tarda* (больна с 16 лет): макрофотография кожи до (а) и после (б) лечения.**

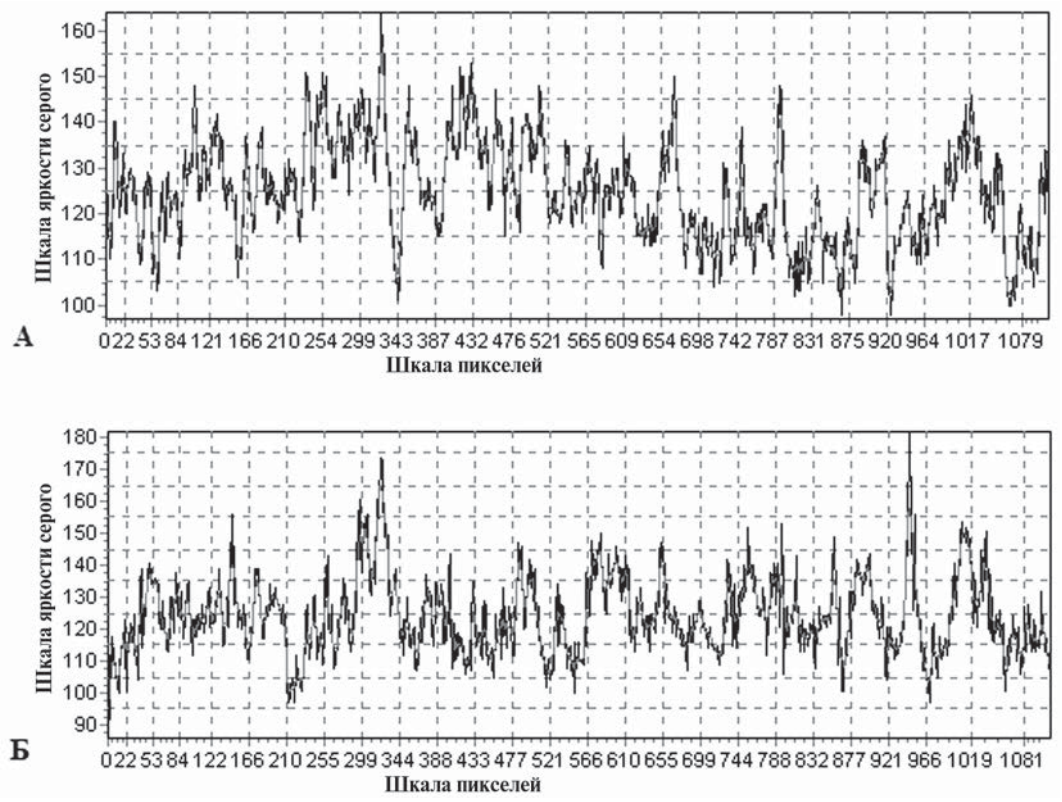

Рис. 2. **Профиль микрорельефа кожи.**

65,0±1,7. Пациентки также отмечали улучшение тургора и эластичности кожи. Это свидетельствует о восстановлении барьерной функции эпидермиса, которая была достигнута в результате адекватного подбора ЛКС линии *Матидиан*.

Пациентки отмечали выраженное улучшение текстуры кожи в виде уменьшения неровности, грубости, толщины, исчезал неприятный запах. Кожа приобретала естественный розовато-телесный оттенок, становилась более гладкой и тонкой, что было подтверждено данными оптического видеомониторинга **(рис. 1)**. После лечения у пациенток во всех группах отмечалось достоверное изменение параметров микрорельефа кожи. У всех женщин наблюда-

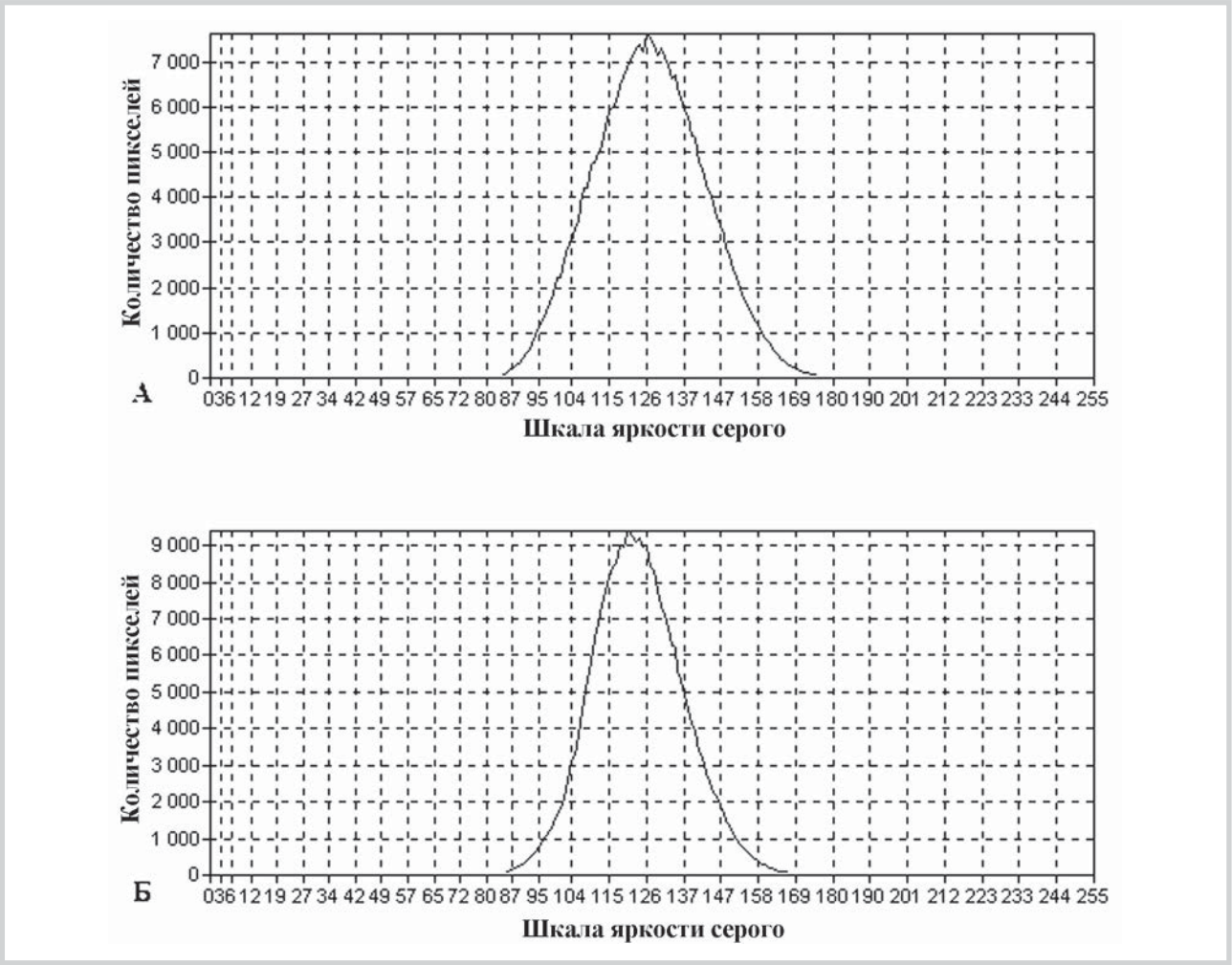

Рис. 3. **Гистограмма.**

лись снижение исходно повышенных параметров шероховатости, шелушения и объема неровностей кожи (SEr, SEsc и Volume) и повышение уровня гладкости, что и было подтверждено после цифровой обработки увеличенных снимков, полученных методом оптического видеомониторинга. Как видно на **рис. 2**, профиль микрорельефа кожи становился более однородным, при этом количество пикселей темного цвета сокращалось (график «спускается» по оси ординат ниже), т.е. уменьшались количество и глубина неровностей (темный цвет на снимке). График распределения пикселей на снимке кожи от светлого к темному цвету **(рис. 3)** становился уже, сдвигался в сторону светлого цвета (после терапии), что также свидетельствует об уменьшении количества пикселей темного цвета (неровности, шероховатости, шелушение) и увеличении объема гладкости кожи.

У женщин с патологией в гормонально-эндокринной системе после лечения наблюдалась нормализация гормонально-эндокринного статуса (снижение исходно повышенного уровня андрогенов в гормональном спектре крови и в стероидном профиле мочи, эхо-признаки первой фазы цикла по УЗИ).

Все женщины отмечали хорошую текстуру кремов (быстро впитываются, не оставляют жирного блеска), возможность сочетания с декоративной косметикой, в частности в качестве основы под макияж, приятный запах, возможность применения целой гаммы средств (дневной, ночной уход, оксигенирующая маска, очищающий гель). Ни у одной больной не наблюдалось раздражений, стянутости кожи, а также аллергических реакций на препараты.

Выводы

Женщинам, страдающим поздними акне, необходимо проводить комплексное обследование, помимо дерматологического, включающее исследование гормонально-эндокринного, гинекологического и психоэмоционального статуса, для назначения патогенетической терапии с учетом выявленных нарушений, что позволяет значительно повысить качество их жизни.

Лечебно-косметическая гамма препаратов *Матидиан* обладает высокой эффективностью и без-

опасностью и предназначена для применения у женщин с жирной, комбинированной, чувствительной и обезвоженной кожей при *acne tarda*, что существенно расширяет арсенал топических дерматокосметологических препаратов для ведения этой группы пациенток.

Комплексное применение ЛКС линии *Матидиан* позволяет обеспечить максимальный комфорт зрелой коже при поздних акне у женщин. Данные ЛКС прекрасно сочетаются с другими видами противоугревой терапии и декоративным макияжем.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В.* Руководство по дерматокосметологии. М: Фолиант 2008.
2. *Самцов А.В.* Акне и акнеформные дерматозы. М 2009.
3. *Dumont-Wallon G., Dreno B.* Specificity of acne in women older than 25 years. Presse Med 2008; 37: 585—591.
4. *Williams C., Layton A.M.* Persistent acne in women: implications for the patient and for therapy. Am J Clin Dermatol 2006; 7: 281—290.
5. *Del Rosso J.Q., Bikowski J., Baum E.* Prevalence of truncal acne vulgaris: a population study based on private practice experience. J Am Acad Dermatol 2007; 56: AB3.
6. *Эллинг. Д.* Секреты дерматологии. СПб 1999; 513.
7. *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—545.
8. *Rivera R., Guerra A.* Management of acne in women over 25 years of age. Acta Dermosifiliogr 2009; 100: 33—37.
9. *Preneau S., Dreno B.* Female acne – a different subtype of teenager acne? J Eur Acad Dermatol Venereol 2012; 26: 3: 277—282.
10. *Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М., Рагимова З.Ю. и др.* Синдром гиперандрогении в практике акушера-гинеколога, дерматолога, эндокринолога. Руководство для врачей. М: ГЭОТАР-Медиа 2009.
11. *Seirafi H., Farnaghi F., Vasheghani-Farahani A. et al.* Assessment of androgens in women with adult-onset acne. Int J Dermatol 2007; 46: 1188—1191.
12. *Монахов С.А., Иванов О.Л.* Акне. Методическое пособие для врачей. М 2010.
13. *Webster G.F.* Acne vulgaris. Br J Dermatol 2002; 325: 475—479.
14. *Jappe U., Igham E., Henwood J., Holland K.T.* Propionibacterium acne and inflammation in acne: P acnes has T-cell mitogenic activity. Br J Dermatol 2002; 146: 202—209.
15. *Cotterill J.A., Cunliffe W.* Suicide in dermatological patients. Br J Dermatol 1997; 137: 2: 246—250.
16. *Bowe W., Leyden J.J., Crerand C.E. et al.* Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. J Am Acad Dermatol 2007; 57: 2: 222—230.
17. *Tan J.K., Li Y., Fung K. 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—242.
18. *Bodermer W.* Psychosodermatology. Med J 2001; 6: 297—302.
19. *Kellett S.C., Gawkrodger D.J.* The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. Br J Dermatol 1999; 140: 273—282.
20. *Монахов С.А.* Дифференцированная терапия акне с учетом тяжести кожного процесса и спектра психоэмоциональных расстройств: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2005; 24.
21. *Горячкина М.В.* Роль психоэмоциональных факторов в развитии акне. Дерматология 2008; 2: 8—12.
22. *Goulden V., Clark S.M., Cunliffe W.J.* Post-adolescent acne: a review of clinical features. Br J Dermatol 1997; 136: 66—70.
23. *Capitanio B., Sinagra J.L., Ottaviani M. et al.* Acne and smoking. Dermatoendocrinol 2009; 1: 129—135.
24. *Capitanio B., Sinagra J.L., Bordignon V. et al.* Underestimated clinical features of postadolescent acne. J Am Acad Dermatol 2010; 63: 782—788.