

Применение изотретиноина при среднетяжелых и тяжелых формах акне: актуальные рекомендации

Л. С. Круглова¹, Н. В. Грязева¹, Е. В. Сидоренко²

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента России, Москва

²ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

РЕЗЮМЕ

В статье представлены данные о патогенезе акне, механизмах выбора терапии, тактике назначения изотретиноина и дальнейшего ведения пациентов. Даны ответы на важные вопросы, касающиеся назначения адекватной суточной дозы и обязательности набора суммарной дозы, безопасности препаратов, содержащих изотретиноин. Кроме того, обсуждается возможность назначения препаратов на основе витамина А (ретинола пальмитата) в больших дозах у пациентов с акне и связанные с этим нежелательные реакции. Статья иллюстрирована тремя клиническими примерами пациентов с диагнозом «акне» с описанием тактики ведения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: акне, изотретиноин, адапален, витамин А, эффективность, профиль безопасности, Сотрет.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Isotretinoin for moderate to severe acne: current recommendations

L. S. Kruglova¹, N. V. Gryazeva¹, E. V. Sidorenko²

¹Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of Russia, Moscow, Russia

²Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

SUMMARY

This article presents data on the pathogenesis of acne, the mechanisms of choosing therapy, the tactics of prescribing isotretinoin and further management of patients. Answers are given to important questions concerning the appointment of an adequate daily dose and the obligation to set of cumulative dose concerning the mandatory, the safety of drugs containing isotretinoin. In addition, the possibility of prescribing drugs based on vitamin A (retinol palmitate) in large doses in patients with acne and related adverse reactions is being discussed. The article is illustrated with three clinical examples of patients diagnosed with acne with a description of management tactics.

KEY WORDS: acne, isotretinoin, adapalene, vitamin A, efficacy, safety profile, Sotret.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Актуальность исследования

Научные достижения постоянно расширяют наши знания о патогенезе акне и вносят вклад в усовершенствование методов лечения, что отражается на клинической практике в плане тактики ведения пациентов в соответствии с требованиями современных стандартов.

Акне рассматривается как хроническое воспалительное заболевание кожи, которое встречается у 85 % подростков и около 20 % взрослых в возрасте до 40 лет [1]. Клиническая картина акне представлена типичными элементами, такими как открытые и закрытые комедоны, папулы, пустулы, узелки и кисты. Процесс чаще локализуется на лице, в тяжелых случаях могут отмечаться высыпания на туловище. Эволюция воспалительных элементов может протекать с формированием симптомов постакне (поствоспалительная гиперпигментация, рубцы).

Патогенез является многофакторным, включая гормональное влияние андрогенов наряду с избыточной выработкой кожного сала, нарушенной кератинизацией, воспалением и стимуляцией врожденной иммунной системы несколькими путями, включая гиперколонизацию бактериями *C. acnes* [2, 3].

Выбор метода терапии зависит от степени тяжести, эффективности предыдущего лечения и качества жизни пациентов. Тяжелые формы акне и среднетяжелые при неэффективности топической терапии подразумевают

назначение системной терапии. В последние годы изменилось отношение к целесообразности назначения системных антибиотиков при акне, особенно длительными курсами. Актуальные клинические рекомендации указывают, что ни местные, ни системные антибиотики не должны использоваться в качестве монотерапии для лечения акне [4, 5]. А проблема антибиотикорезистентности ограничивает их применение при акне [6]. В настоящее время существует множество методов терапии акне без использования антибиотиков с доказанной эффективностью и для врачей-клиницистов целесообразно выбирать тактику для лечения данного заболевания с наименьшим использованием антибиотиков [4]. Субантимикробная доза доксициклина (40 мг) используется при лечении акне ввиду его противовоспалительных свойств, но данный метод не был подробно изучен в отношении возможных последствий развития устойчивости к антибиотикам [7], в то же время данная дозировка не зарегистрирована в Российской Федерации.

Таким образом, пероральный изотретиноин должен выступать терапией первой линии тяжелых форм акне (узловатое, кистозное и конглобатное), а также в клинических ситуациях, когда возникают рецидивы и отмечается неэффективность топической терапии [8]. Совсем недавно спектр использования перорального изотретиноина был расширен

Таблица 1

Показания для назначения системного изотретиноина

Тяжелые узловато-кистозные акне
Узловые высыпания от средней до тяжелой степени тяжести
Тяжелые папулопустулезные акне
Недостаточный эффект на предыдущее лечение
Склонность к образованию рубцов
Рецидив после прекращения терапии
Пациенты, испытывающие выраженный психологический стресс

Таблица 2

Факторы риска рецидива после терапии тяжелых акне [13–16]

Семейный анамнез выраженной себореи и акне
Мужской пол
Раннее начало процесса
Гиперсеборея
Наличие поражений на коже спины и туловища
Преобладание макрокомедонов
Наличие гормональных дисфункций у женщин
Влияние внешних факторов, урбанистического образа жизни
Недостаточная дозировка системного изотретиноина
Неправильный режим приема системного изотретиноина

и теперь включает умеренные воспалительные акне, после которых образуются рубцы, или если пациент испытывает выраженный психологический дискомфорт (табл. 1).

Изотретиноин – высокоэффективное средство лечения тяжелых форм акне, при этом для достижения кумулятивной дозы 120–150 мг/кг препарат принимают в суточной дозе 0,5–1,0 мг/кг в течение не менее 6 месяцев [9]. Лечение пероральным изотретиноином должно продолжаться до полного очищения кожи. Необходимо помнить, что задержка назначения адекватного лечения при тяжелых акне может привести к формированию рубцов, что будет влиять на качество жизни. Поэтому своевременное назначение адекватной терапии, в случаях тяжелых акне – это изотретиноин, – важный аспект удовлетворенности терапии пациентами.

J. Tap и соавт. провели систематический поиск литературы, чтобы оценить доказательства, подтверждающие эффективную кумулятивную дозу изотретиноина [10]. Авторы сообщили, что кумулятивная доза основана на данных исследований, которые не были предназначены для оценки роли кумулятивной дозы в частоте рецидивов, так как касались применения изотретиноина при различных степенях тяжести акне и формах заболевания (например, эксфолированные акне). Однако прослеживается корреляция с низкой дозировкой и частотой рецидивов при тяжелых формах. Проведено масштабное исследование сравнения клинической эффективности и противорецидивной активности низкой (0,1 мг/кг), средней (0,5 мг/кг) и высокой (1,0 мг/кг) суточной дозы системного изотретиноина. Было установлено, что, независимо от дозы, у большинства пациентов регистрируется выраженный клинический эффект в период 12–20 недель лечения. Наблюдение за пациентами продолжалось в течение последующих 18 месяцев после окончания курса, в результате которых была констатирована прямая корреляционная зависимость необходимости повторного проведения курса терапии изотретиноином от суточной дозы. Самая низкая потребность в повторном лечении была отмечена у пациентов, принимавших изотретиноин в дозе 1 мг/кг в сутки [11].

По данным С. С. Zouboulis и соавт. [12], к факторам риска рецидива акне после терапии системным изотретиноином относятся: низкая суточная доза СИ (0,1–0,2 мг/кг в сутки), отсутствие достижения кумулятивной дозы менее 120 мг/кг, поликистоз яичников, низкокалорийная диета. Обзор литературы позволил выделить ряд факторов риска рецидива после терапии тяжелых акне (табл. 2).

Почему важно набирать кумулятивную дозу

Таким образом, данные литературы показывают, что одними из факторов риска заболевания при тяжелых формах после курса системного изотретиноина могут быть нарушения режима приема препарата и его недостаточная дозировка. В исследованиях прошлого столетия было показано, что низкая дозировка изотретиноина приводит к недостаточному подавлению активности сальной железы и, как следствие, после окончания лечения акне могут появиться вновь [17]. Наблюдение за 1411 пациентами (15 исследований) в течение 10 лет показало, что при различных режимах суточного дози-

рования оптимальной кумулятивной дозой не только достижения ремиссии, но и профилактики рецидива является 120–150 мг/кг [18]. Это объясняется тем, что при данной дозировке происходит значимое уменьшение сальной железы (рис. 1).

Эффективность изотретиноина, как показывают практика и анализ литературы, составляет до 80–95 %, при этом результат лечения – это полный регресс высыпаний. По данным ряда авторов, после лечения изотретиноином в средней дозе 0,5 мг/кг в сутки полное излечение достигается у 70 % больных тяжелыми акне [19]. Риск возникновения рецидива тяжелых акне в 8,2 раза выше у пациентов, принявших кумулятивную дозу менее 100 мг/кг, чем у тех, кто принял более 100 мг/кг, а у 16–23 % таких пациентов может понадобиться дополнительная терапия [1, 20, 21].

Профиль безопасности применения системного изотретиноина

Изотретиноин является физиологически активным метаболитом витамина А (ретинола). Профиль безопасности изотретиноина хорошо изучен и в многочисленных исследованиях, и в его применении уже не один десяток лет в широкой клинической практике. Стандартный курс лечения изотретиноином акне средней и тяжелой степени, как правило, хорошо переносится и обладает благоприятным профилем безопасности. Нежелательные реакции со стороны кожи (ксероз) и слизистых оболочек (хейлит) возникают часто, являются обратимыми, хорошо поддаются увлажняющей местной терапии и не требуют отмены препарата. Ксероз, трещины и экзема – частые нежелательные реакции, связанные с нарушением барьерной функции кожи, обусловленной дисбалансом между потерей и сохранением влаги, а также потерей антиоксидантного барьера. Происходит потеря контакта между десмосома-

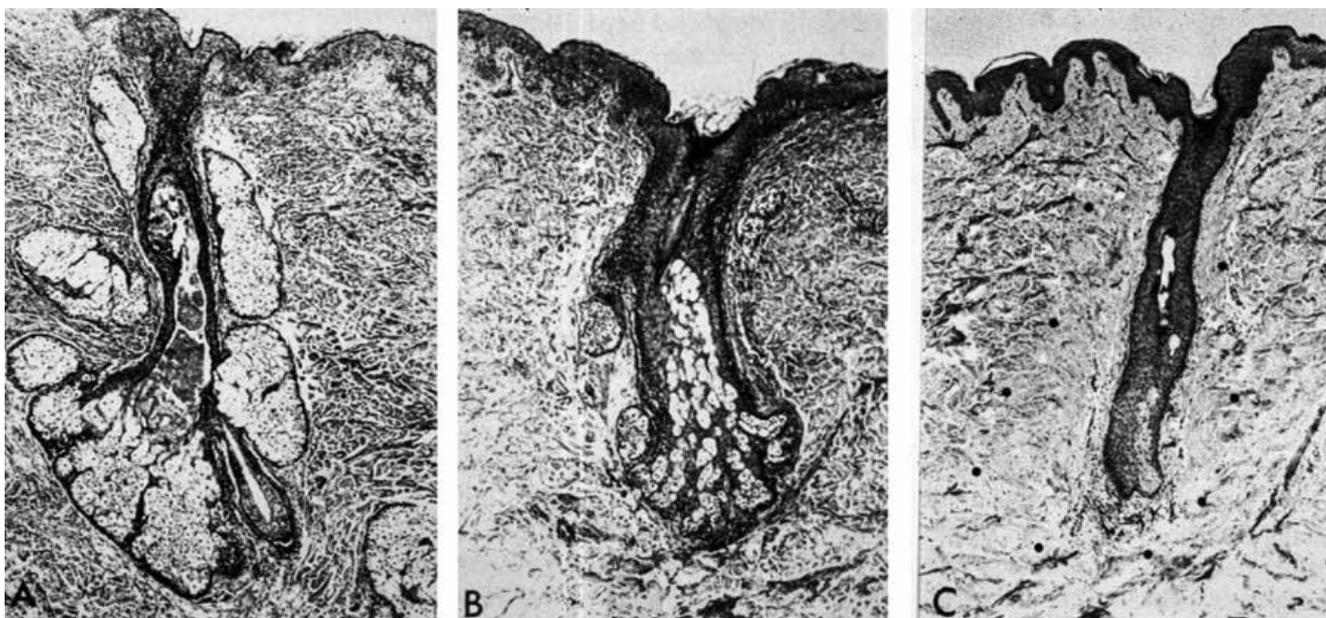


Рисунок 1. Сальная железа в начале лечения, спустя 20 недель лечения, при кумулятивной дозе 120–150 мг/кг [17].

ми и уменьшение количества тонофибрилл. Корнеоциты легко отделяются от наружной части рогового слоя, что объясняет шелушение, которое отмечается у пациентов.

Во время лечения могут наблюдаться общие нежелательные реакции: головная боль, усталость и зрительные расстройства, включая нарушения зрения в ночное время, кератит и помутнение роговицы, которые являются дозозависимыми. Редко отмечаются клинически незначимые отклонения при лабораторных исследованиях, не требующие отмены препарата. Однако необходимо определять исходные показатели функции печени и ли-

пидного обмена, а затем повторить их через 4–6 недель, в дальнейшем – каждые 3 месяца. Два эффективных метода контрацепции (барьерные средства + комбинированные оральные контрацептивы) должны использоваться как минимум в течение одного месяца до начала лечения изотретиноином, во время всего курса и в течение одного месяца после прекращения терапии. Рекомендации по приему системного изотретиноина представлены в *таблице 3*.

У некоторых пациентов отмечается ухудшение кожного процесса в первый месяц лечения.

Таблица 3
Рекомендации по приему системного изотретиноина

Подробный анамнез	Сопутствующая соматическая патология Прием препаратов, витаминов, БАДов (могут содержать витамин А) Если назначался изотретиноин, каковы были доза и длительность применения?
Обследование	Липидный профиль (триглицериды, холестерин, ЛПВП, ЛПНП) Печеночные ферменты (АСАТ, АЛАТ, щелочная фосфатаза)
Информирование пациентов	Прогнозируемые побочные эффекты и их коррекция Обязательная контрацепция (подписание информированного согласия) Соблюдение дозы, режима и длительности применения препарата
Улучшение переносимости терапии	Разделение суточной дозы системного изотретиноина на два приема (утро и вечер) На протяжении 1 месяца приема (в среднем 2–4 недели) назначение системного кортикостероида в низкой дозе (10–20 мг в преднизолоновых единицах) Возможно назначение дозы 0,2–0,3 мг/кг на месяц приема с последующим повышением дозы до 0,5–1,0 мг/кг
Сроки терапии, ожидаемый результат	Длительность курса терапии не менее 24 недель
Сопроводительная терапия	Использование специализированной дерматокосметики (бережное очищение, увлажнение, фотозащита) Глазные капли и гели особенно полезны для пациентов, которые носят контактные линзы или живут в районах с высоким уровнем загрязнения воздуха. Также следует носить солнцезащитные очки
Диета	Исключить из рациона жирную рыбу, продукты, содержащие витамин А Соблюдение диеты, ассоциированной с акне (исключение легкоусвояемых углеводов)
Косметологические процедуры	Не рекомендуется проведение механической дермabrasии и абляционного лазера 6 месяцев после окончания приема Аппаратные (неабляционные) и инъекционные методы можно проводить во время курса
Эпиляция	Предпочтительнее использовать холодный воск или бритву Удаление волос с помощью интенсивного импульсного света (IPL) и неодимового лазера нужно проводить с осторожностью
Профилактика рецидива	После курса изотретиноина целесообразно проведение поддерживающей терапии (адапален, азелаиновая кислота)
Профилактика постакне	Адекватная степени тяжести терапия акне



Рисунок 2. Пациент Р. Акне тяжелой степени тяжести (узловатое): до терапии препаратом Сотрет и через 5 месяцев приема препарата.

Несмотря на данные рекомендации по применению изотретиноина в клинической практике, мы сталкиваемся с назначениями врачами витамина А для лечения пациентов с акне. Аргументация данной позиции, что витамин А более безопасный, чем изотретиноин. Однако, как показывает обзор литературы, прием витамина А в больших дозах приводит к развитию печеночной недостаточности с исходом в фиброз, остеопорозу, также предполагается негативное влияние на почки и легкие [22, 23]. Помимо этого, нельзя сравнивать эффективность изотретиноина и витамина А при акне, эффективность последнего весьма сомнительна.

В настоящее время обнаружен новый механизм развития нежелательных реакций при приеме витамина А, а именно ингибирование UDP-глюкуронизилтрансфераз, которые являются основными ферментами метаболизма лекарств II фазы, ответственными за метаболическое устранение глюкуронизации многих ксенобиотиков (например, клинических препаратов, трав, загрязняющих веществ и т.д.) и эндогенных веществ (например, билирубина, эстрогена, желчных кислот и т.д.). Таким образом, вещества в организме не метаболизируются и оказывают токсическое действие [24]. Следовательно, целесообразность назначения витамина А при акне вызывает большие сомнения, и для лечения нельзя им заменять прием изотретиноина.

Противорецидивная терапия после курса изотретиноина

Несмотря на высокую эффективность системного изотретиноина, актуальным остается вопрос рецидивов заболевания и возможности их профилактики. Согласно современным рекомендациям топический адапален может быть препаратом выбора для поддерживающего лечения после курса системным изотретиноином [25, 26].

Адапален – метаболит ретиноида, обладает комедонолитическим и противовоспалительным действием, нормализует процессы кератинизации и эпидермальной дифференцировки. Механизм действия адапалена основан на взаимодействии со специфическими γ -рецепторами эпидермальных клеток кожи. В результате действия адапалена происходит снижение сцепленности эпителиальных клеток в устье сально-волосяного фолликула и уменьшение образования микрокомедо-

нов. Адапален оказывает противовоспалительное действие *in vitro* и *in vivo*, воздействуя на факторы воспаления путем ингибирования миграции лейкоцитов в очаге воспаления и метаболизма арахидоновой кислоты.

Клинический пример 1

Пациент Р., 16 лет. Болеет акне с 13 лет. Получал терапию системными антибиотиками (длительные многократные курсы), топическими препаратами, использовал спиртовые болтушки без выраженного долгосрочного эффекта. При последнем обращении был назначен витамин А (ретинола пальмитат) в дозе 200 000 МЕ в сутки. На третьи сутки приема витамина А появились боль в правом подреберье, желтушность склер, выраженная сухость кожи и слизистых, ухудшение течения акне. В биохимическом анализе крови повышены печеночные трансаминазы, щелочная фосфатаза.

На приеме: акне тяжелой степени тяжести, выраженный ксероз кожных покровов, хейлит, желтушность склер. Пациенту был отменен витамин А, проведена детоксикационная терапия. После отмывочного периода через месяц был назначен изотретиноин (Сотрет) в дозе 0,5 мг/кг в сутки, через месяц приема после контроля биохимического анализа крови суточная доза была повышена до 0,7 мг/кг в сутки до достижения кумулятивной дозы 150 мг/кг. Через 6 месяцев приема была достигнута клиническая ремиссия, препарат отменен и пациент переведен на поддерживающую терапию топическим ретиноидом – крем с 0,1 %-ным адапаленом (Адаклин) на протяжении 6 месяцев. Наблюдение в течение 12 месяцев показало отсутствие рецидива.

Клинический пример 2

Пациентка А., 18 лет. Болеет акне в течение 7 лет. Неоднократно получала курсы топической терапии, контрацептивы с незначительным временным эффектом. Диагноз: акне папуло-пустулезное среднетяжелой степени тяжести. Учитывая рецидивирующее течение заболевания, отсутствие ремиссии, был назначен изотретиноин (Сотрет) в дозе 0,5 мг/кг в сутки на протяжении 6 месяцев с достижением кумулятивной дозы 120 мг/кг. После отмены препарата – поддерживающая терапия адапаленом (Адаклин) на протяжении 12 месяцев. Наблюдение в течение 12 месяцев показало отсутствие рецидива.



Рисунок 3. Пациентка А. Акне среднетяжелой степени тяжести: до терапии препаратом Сотрет и через 3 и 6 месяцев приема препарата.

Клинический пример 3

Пациентка С., 21 год. После посещения косметолога и механической чистки лица по поводу комедонов отметила появление элементов акне, которые не купировались топической терапией. Диагноз на момент обращения: тяжелая степень тяжести акне (конглобатное акне). Учитывая тяжесть процесса, резко наступившее обострение, был назначен изотретиноин (Сотрет) в дозе 0,7 мг/кг в сутки и дексаметазон в дозе 1,5 мг в сутки – первый месяц терапии, затем кортикостероид был отменен и пациентка продолжила прием изотретиноина в дозе 0,7 мг/кг в сутки на протяжении 8 месяцев до достижения кумулятивной дозы 150 мг/кг. После окончания основного курса терапии системным изотретиноином и достижения клинического эффекта (отсутствие новых воспалительных элементов) рекомендована поддерживающая терапия адапаленом (Адаклин) на протяжении 12 месяцев. Наблюдение в течение 12 месяцев показало отсутствие рецидива.

Заключение

На сегодняшний день основные вопросы применения изотретиноина при акне касаются расширения показаний для его применения (легкие формы, эксфолированные акне), дозировок (суточные или кумулятивные дозы) и длительности приема, а также тактики ведения пациентов после

окончания курса терапии в свете предотвращения рецидивов заболевания. Собственный опыт показывает, что при тяжелых и среднетяжелых акне препаратом выбора является изотретиноин. В таких случаях практическим врачам следует придерживаться стандартного режима дозирования и длительности приема препарата, что снижает риски рецидива заболевания. Еще одним обсуждаемым вопросом является целесообразность применения поддерживающей терапии после основного курса системного ретиноида.

Проведенные наблюдательные исследования показали эффективность применения топического ретиноида адапалена после окончания курса изотретиноина в отношении снижения риска рецидива заболевания. При этом целесообразно длительное применение адапалена – ежедневно на протяжении 6–12 месяцев.

Список литературы / References

1. Gollnick H. Acne and related disorders. In: Elzouki AY, Harfi HA, Nazer H, Oh W, Stapleton FB, Whitley RJ, eds. *Textbook of Clinical Pediatrics*. Berlin: Springer; 2012: 1447–1466.
2. Thiboutot D, Gollnick H, Bettoli V, et al. New insights into the management of acne: an update from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne group. *J Am Acad Dermatol*. 2009; 60: S1–S50.
3. Paugam C, Corvee S, Saint-Jean M, et al. *Propionibacterium acnes* phylotypes and acne severity: an observational prospective study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017; 31: e398–e399.
4. Dreno B, Thiboutot D, Gollnick FI, et al. Antibiotic stewardship in dermatology: limiting antibiotic use in acne. *Eur J Dermatol*. 2014; 24: 330–334.
5. Thiboutot D, Dreno B, Gollnick FI, et al. A call to limit antibiotic use in acne. *Journal of drugs in dermatology: JDD*. 2013; 12: 1331–1332.



Рисунок 4. Пациентка С. Акне тяжелой степени тяжести: до терапии препаратом Сотрет и через 4 и 8 месяцев приема препарата.

- Pulcini C, Gyssens IC. Flow to educate prescribers in antimicrobial stewardship practices. *Virulence*. 2013; 4: 192–202.
- Bikowski JB. Subantimicrobial dose doxycycline for acne and rosacea. *Skinmed*. 2003; 2: 234–245.
- Gollnick HP, Bettfoll V, Lambert J, et al. A consensus-based practical and daily guide for the treatment of acne patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016; 30 (9): 1480–1490.
- Cunliffe WJ, van de Kerkhof PC, Caputo R, et al. Roaccutane treatment guidelines: results of an international survey. *Dermatology*. 1997; 194: 351–357.
- Tan J, Knezevic S, Boyal S, Waterman B, Janik T. Evaluation of evidence for acne remission with oral isotretinoin cumulative dosing of 120–150 mg/kg. *J Cutan Med Surg*. 2016; 20: 13–20.
- Strauss JS, Rapini RP, Shalita AR, Konecky E, Pochi PE, Comite H, Exner JH. Isotretinoin therapy for acne: results of a multicenter dose response study. *J Am Acad Dermatol*. 1984; 10 (3): 490–496. [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(84\)80100-0](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(84)80100-0)
- European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. CC Zouboulis, N Desai, L Emtestam, RE Hunger, D Ioannides, I Juhász. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2015. 29 (4), 619–644.
- Rademaker M. Making sense of the effects of the cumulative dose of isotretinoin in acne vulgaris. *Int J Dermatol*. 2016; 55: 518–523.
- Lehucher-Ceyrac D, de La Salmoniere P, Chastang C, Morel P. Predictive factors for failure of isotretinoin treatment in acne patients: results from a cohort of 237 patients. *Dermatology*. 1999; 198: 278–283.
- Ballanger F, Baudry P, N'Guyen JM, Khammari A, Dreno B. Heredity: a prognostic factor for acne. *Dermatology*. 2006; 212: 145–149.
- Amichai B, Shemer A, Grunwald MH. Low-dose isotretinoin in the treatment of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 2006; 54: 644–646.
- Layton AM, Cunliffe WJ. Guidelines for optimal use of isotretinoin in acne. *J Am Acad Dermatol*. 1992; 27: S2–7.
- Leyden J. J. et al. The use of isotretinoin in the treatment of acne vulgaris: clinical considerations and future directions. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2014 Feb; 7 (2 Suppl): S3–S21.
- Strauss J. S. et al. *J Am Acad Dermatol*. 2001; 45: 187–195. White GM, et al. *Arch Dermatol*. 1998; 134: 376–378.
- James Q. Del Rosso. *J. Clin. Aesthet. Dermatology*. 2012; 5: 17–24. Nast A, et al. *J EADV*. 2012; 26 (1): 1–29.
- Goodfield M. J. D. et al. *British Journal of Dermatology* 2010; 162: 1172–1179.
- Penniston K. L. Tanumihardjo S. A. The acute and chronic toxic effects of vitamin A. *Am J Clin Nutr*. 2006 Feb; 83 (2): 191–201.
- Russell R. M. The vitamin A spectrum: from deficiency to toxicity. *Am J Clin Nutr*. 2000 Apr; 71 (4): 878–84.
- Xin L., Yun-Feng C., et al. The inhibition of UDP-glucuronosyltransferases (UGTs) by vitamin A. *Xenobiotica*. 2017 May; 47 (5): 376–381.
- Круглова Л. С. Акне и розацеа. Под редакцией Кругловой Л. С. ГЭОТАР-Медиа. 2021. 207 с. Круглова Л. С. Acne and rosacea. Edited by L. S. Kruglova GEOTAR-Media. 2021. 207 p.
- Круглова Л. С., Грязева Н. В., Бондаренко В. В. Терапия и профилактика поствоспалительной пигментации акне у взрослых. *Медицинский алфавит*. 2021. № 9. С. 72–78. Kruglova L. S., Gryazeva N. V., Bondarenko V. V. Therapy and prevention of post-inflammatory acne pigmentation in adults. *Medical Alphabet*. 2021. No. 9. P. 72–78.

Статья поступила / Received 24.09.21

Получена после рецензирования / Revised 28.09.21

Принята в печать / Accepted 04.10.21

Сведения об авторах

Круглова Лариса Сергеевна, д.м.н., проф., зав. кафедрой дерматовенерологии и косметологии¹. E-mail: kruglovals@mail.ru. ORCID: 0000-0002-5044-5265

Грязева Наталья Владимировна, к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии¹. E-mail: tytnik@yandex.ru. ORCID: 0000-0003-3437-5233

Сидоренко Елизавета Евгеньевна, врач-дерматовенеролог терапевтического отделения, ст. лаборант кафедры кожных и венерических болезней². E-mail: liza_11.94@mail.ru. ORCID: 0000-0002-9954-2920

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента России, Москва

²ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Автор для переписки: Круглова Лариса Сергеевна. E-mail: kruglovals@mail.ru

About authors

Kruglova Larisa S., DM Sci, professor, head of Dept of Dermatovenereology and Cosmetology¹. E-mail: kruglovals@mail.ru. ORCID: 0000-0002-5044-5265

Gryazeva Natalya V., PhD Med, associate professor at Dept of Dermatovenereology and Cosmetology¹. E-mail: tytnik@yandex.ru. ORCID: 0000-0003-3437-5233

Sidorenko Elizaveta E., dermatovenerologist of Therapeutic Dept, senior laboratory assistant at Dept of Skin and Venereal Diseases². E-mail: bondarenko@inline.ru. ORCID: 0000-0003-0177-3673

¹Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of Russia, Moscow, Russia

²Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

Corresponding author: Kruglova Larisa S. E-mail: kruglovals@mail.ru

Для цитирования: Круглова Л. С., Грязева Н. В., Сидоренко Е. В. Применение изотретиноина при среднетяжелых и тяжелых формах акне: актуальные рекомендации. *Медицинский алфавит*. 2021; (27): 20–25. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-27-20-25>

For citation: Kruglova L. S., Gryazeva N. V., Sidorenko E. V. Isotretinoin for moderate to severe acne: current recommendations. *Medical alphabet*. 2021; (27): 20–25. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-27-20-25>





Сотрет
Изотретиноин

УДАРНАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ, МИНИМУМ РЕЦИДИВОВ¹

Капсулы 10 мг №30 и 20 мг №30

- ✓ **Первая линия терапии среднетяжелых и тяжелых форм акне согласно федеральным и международным рекомендациям^{2,3}**
- ✓ **Помогает обеспечить клиническое выздоровление у 90% пациентов^{1,5-6}**
- ✓ **Снижает риски возникновения рубцов, улучшая качество жизни пациента¹⁻⁴**
- ✓ **Международный опыт применения: более 10 лет в США и странах Европы^{1,3,5,6}**



Сотрет изъяны!

Сотрет, МНН: изотретиноин. **Лекарственная форма:** капсулы 10 мг, 20 мг. **Показания к применению:** тяжелые формы акне (узелково-кистозные, конглобатные формы акне с риском образования рубцов), акне, не поддающиеся другим видам терапии. **Противопоказания (Полная информация – см. инструкцию по медицинскому применению препарата Сотрет):** беременность/период грудного вскармливания; женщины детородного потенциала, если только состояние женщины не удовлетворяет всем критериям Программы по предотвращению беременности; повышенная чувствительность к изотретиноину или другим компонентам препарата Сотрет в анамнезе; аллергия на арахис и сою в анамнезе; печеночная недостаточность; тиреоидит; гиповитаминоз А; выраженная гипотензия; острая почечная недостаточность; другие заболевания; возраст до 12 лет. **С осторожностью:** депрессия в анамнезе, сахарный диабет, ожирение, нарушение липидного обмена, алкоголизм. **Способ применения и дозы (Полная информация – см. инструкцию по медицинскому применению препарата Сотрет):** внутрь, во время еды один или два раза в день. Лечение изотретиноином следует начинать с дозы 0,5 мг/кг/сутки. У большинства пациентов доза увеличивается до 1,0–1,5 мг/кг (на курс лечения) не обладает существенным дополнительным преимуществом. Продолжительность терапии у конкретных пациентов меняется в зависимости от суточной дозы. Полной ремиссии акне обычно удается добиться за 16–24 недели лечения. **Дополнительное действие (Полная информация – см. инструкцию по медицинскому применению препарата Сотрет):** назофарингит; носовое кровотечение; сухость слизистой оболочки носовой полости; повышение активности печеночных трансаминаз, зуд, эритематозная сыпь, дерматит, жжение, сухость кожи, локализованная эксфолиация; сухость кожи, артралгия, миалгия, боль в спине, повышение показателя триглицеридов в крови, снижение показателя липопротеидов высокой плотности, увеличение показателя холестерина в крови, увеличение показателя глюкозы в крови, гематурия, протеинурия. **Срок годности (Полная информация – см. инструкцию по медицинскому применению препарата Сотрет):** 2 года. **Условия отпуска:** отпускают по рецепту. **Полная информация** представлена в инструкции по медицинскому применению препарата Сотрет ЛП-000828-120121.

* Системный изотретиноин входит в рекомендации по лечению акне. В течение 18 месяцев после окончания терапии в дозе 1 мг/кг/сутки отмечен рецидив в 10% случаев⁷. 1. Leyden J. et al. The Use of Isotretinoin in the Treatment of Acne Vulgaris. Supplement to The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology. Feb 2014; 2: 1–7. 2. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология. 2015. Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. – 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Деловой экспресс, 2016. — 768 с. 3. Nast, (2016). European Evidence-based (S3) Guideline for the Treatment of Acne. *European Dermatology Forum*, 1–56. 4. Инструкция по медицинскому применению препарата Сотрет ЛП-000828-120121. 5. Tan J. K. L., Perspectives on Isotretinoin and the Canadian Consensus Guidelines on Treatment of Acne. *Skin Therapy Letters*. 2000; 6(2): 1–6. 6. Orica C. et al. Clinical and microbiological comparisons of isotretinoin vs. tetracycline in acne vulgaris. *Acta Derm Venereol*. 2007; 87(3): 246–54.

Возможные нежелательные реакции обычно являются дозозависимыми и носят обратимый характер⁷

За дополнительной информацией просьба обращаться в Представительство компании с ограниченной ответственностью «Сан Фармасьютикал Индустриз Лимитед» (Индия) г. Москва
Адрес: 107023, Москва, Электрозаводская ул., д. 27, стр. 8, офисы 29,30.
Телефон: +7 (495) 234-56-11; факс: +7 (495) 234-56-19; www.sunpharma.com.

При возникновении возможных нежелательных реакций (НР) на препараты компании Сан Фарма просьба информировать об этом медицинский отдел компании Сан Фарма в России по телефону: +7 (495) 234 56 11 (доб. 4) или по электронной почте: drugsafety.russia@sunpharma.com

ИНФОРМАЦИЯ ТОЛЬКО ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ