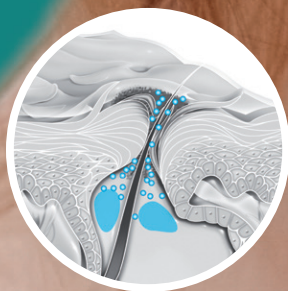


ПОЗДНИЕ АКНЕ У ЖЕНЩИН



ПОСЛЕДНИЕ НАУЧНЫЕ ДАННЫЕ

МНЕНИЕ ЭКСПЕРТА

Сейчас акне нередко встречается у людей, вышедших из подросткового возраста, и чаще у женщин, чем у мужчин.

Поздние акне у женщин характеризуются своеобразной клинической картиной, патофизиологическими особенностями и полостецифическими провоцирующими факторами.

Даже при незначительной или умеренной выраженности акне качество жизни женщин сильно страдает.

Все это обуславливает важность подбора лечения акне у взрослых с учетом не только выраженности акне, но и других особенностей указанной популяции.

Профессор Брижит Дрено

СОДЕРЖАНИЕ



| | |
|---|---------|
| 1 ОПРЕДЕЛЕНИЕ | стр. 4 |
| 2 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ | стр. 4 |
| 3 ТИПЫ | стр. 4 |
| 4 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ И СИМПТОМЫ | стр. 5 |
| 5 ПАТОГЕНЕЗ | стр. 6 |
| 6 ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ | стр. 6 |
| 7 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ | стр. 7 |
| 8 КЛАССИФИКАЦИЯ ПОЗДНИХ АКНЕ У ЖЕНЩИН ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ | стр. 8 |
| 9 АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ | стр. 9 |
| 10 УХОД ЗА КОЖЕЙ | стр. 10 |
| 11 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ | стр. 11 |
| СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | стр. 12 |



1 ОПРЕДЕЛЕНИЕ

О **акне взрослых женщин** (поздние акне у женщин) говорят в случае развития акне **после 25 лет**.

Поздние акне у женщин могут сохраняться непрерывно с подросткового возраста, проявляться в виде периодических обострений или развиваться впервые уже у взрослой женщины.

Независимо от того, уходят ли поздние акне у женщин корнями в детство или возникают впервые во взрослом возрасте, они представляют собой **серьезную проблему**, оказывающую **на женщин** выраженное психосоциальное влияние^[1].

2 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Две трети посещений дерматолога по поводу акне совершают женщины, при этом одна треть приходится на долю женщин старше 25 лет^[2].

В связи с различием в дизайне клинических исследований (при этом регистрируемые в них показатели ниже, чем при учете по сообщениям самих женщин) наблюдается широкий разброс распространенности поздних акне у женщин:



За последние 15–20 лет распространенность поздних акне у женщин в отдельных этнических группах **со светлой кожей** существенно выросла, при этом во всех возрастах после подросткового (≥ 20 лет) женщины страдают чаще мужчин^[5].

3 ТИПЫ

Выделяют три четких клинических подтипа поздних акне у женщин^[6, 7]:

Персистирующие акне:

Сохранение во взрослой жизни заболевания, начавшегося в подростковом возрасте

Рецидивирующие акне:

Регрессия после выхода из подросткового возраста и повторное проявление у взрослого

Акне с поздним началом:

Развитие акне после 25 лет. Как правило, имеет легкую или среднюю степень тяжести, хотя может наблюдаться и тяжелая форма акне^[6, 8, 9].



4 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ И СИМПТОМЫ

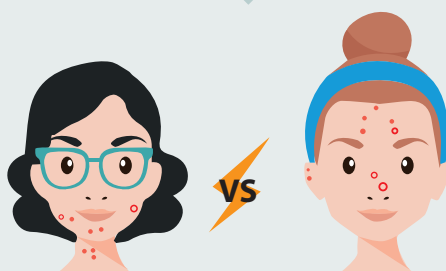
Для поздних акне у женщин характерны другие клинические проявления, **нежели у подростков**. Поздние акне у женщин обычно появляются постепенно и имеют легкую или среднюю степень тяжести, в то время как подростковые акне могут развиваться стремительно и протекать в тяжелой форме.

Очаги поздних акне у женщин (глубоко залегающие стойкие узелки размером $< 0,5$ см) располагаются в основном в **нижней трети лица**, в периоральной области и на подбородке, в виде буквы U, а также под линией челюсти, на передней поверхности шеи и иногда на груди^[10]. Характерная для поздних акне у женщин локализация в подчелюстной области наблюдается лишь у 11 % взрослых женщин^[11].

Очаги поздних акне у женщин представлены **воспалительными элементами** (отмечаются у 58 % женщин), папулами, пустулами и узелками легкой или средней степени тяжести с наличием множества открытых комедонов и микрокист и небольшого количества закрытых комедонов^[11]. Часто встречается поствоспалительная гиперпигментация, у 20 % женщин с акне остаются рубцы^[12]. В одном из исследований акне у взрослых поражения были представлены в основном комедонами у 85 % участников^[13].

Микрокомедоны (микроскопические пробки из корнеоцитов на ранней стадии формирования очага акне) считаются **предшественниками**, способными давать начало как невоспалительным, так и воспалительным элементам и влиять **на процесс путем модулирования дифференцировки и пролиферации кератиноцитов**^[14]. Начинающееся воспаление воронки фолликула и образование микрокомедона являются наиболее ранними этапами образования очага при диффузном подтипе акне у подростков и взрослых. Кроме того, выявлена связь между наличием комедонов и микрокомедонов и образованием воспалительных очагов в области нижней челюсти^[15].

ИМЕЮТСЯ ОТЛИЧИЯ ОТ АКНЕ У ПОДРОСТКОВ

| | | |
|---|--|--|
| <p>Акне у взрослых (в основном у женщин)</p> <p>U-ЗОНА</p> <p>Шея – линия челюсти – подбородок</p> <p>Ретенционные элементы: в основном воспалительные, комедоны в небольшом количестве или отсутствуют</p> |  | <p>Акне у подростков (как у девушек, так и у юношей)</p> <p>T-ЗОНА</p> <p>Нос – лоб – уши</p> <p>Ретенционные элементы: множественные комедоны и воспалительные элементы</p> |
|---|--|--|

5 ПАТОГЕНЕЗ

Патогенез поздних акне у женщин особенно сложен, в его основе лежат генетическая предрасположенность, влияние андрогенов и состав микробиома кожи.

От генетической предрасположенности зависят число, размер и активность сальных желез, их гормональный контроль, врожденный иммунитет и развитие фолликулярного гиперкератоза. Наличие поздних акне у родственников первой степени родства повышает вероятность развития персистирующих поздних акне на лице^[16].

Андрогены стимулируют выработку кожного сала, воздействуя на рецепторы сальных желез, и играют важную роль в развитии поздних акне у женщин, о чем свидетельствует хороший ответ на лечение гормональными препаратами и применение таких средств, как оральные контрацептивы и антиандрогенные препараты у женщин с нормальным уровнем андрогенов^[17–21].

Cutibacterium asnes — ключевая бактерия в патогенезе акне.

Области кожи с усиленным салоотделением колонизированы в основном *C. asnes* фило типа IA, в то время как другие фило типы (IB, II и III) представлены в очагах акне незначительно или совсем отсутствуют.

C. asnes участвует в стимуляции фолликулярного гиперкератоза, изменении состава кожного сала и развитии воспалительной реакции, опосредованной Toll-подобными рецепторами. Колонизация *C. asnes* может привести к постоянной стимуляции врожденного иммунитета, появлению и усугублению воспалительных проявлений^[11–22].

6 ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ

Сообщается, что отдельные **факторы внешней среды** способны провоцировать развитие или усиление проявления поздних акне у женщин. К их числу относятся табак, солнечное излучение, косметические средства, стресс, лекарственные препараты и питание^[7–10, 23, 24]. Влияя на звенья патогенеза (описанные в п. 5), эти внешние факторы способствуют формированию акне.

Модифицируемые факторы



Немодифицируемые факторы



Усиление высыпаний перед менструацией более характерно в старшем возрасте и наблюдается примерно у половины взрослых женщин с акне^[25, 26]. Такие обострения связаны с увеличением содержания воды в стенке фолликула в последнюю неделю менструального цикла и более выражены на фоне применения обладающих андрогенным эффектом оральных контрацептивов на основе прогестерона (первого и второго поколения), чем при использовании более современных контрацептивных препаратов^[27, 28].

7 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

У взрослых женщин акне могут оказывать выраженное влияние на различные аспекты жизни, в том числе психологическое благополучие, социальную активность и повседневную деятельность, что в итоге приводит к снижению самооценки, тревоге, депрессии и даже суицидальным мыслям. **Качество жизни (КЖ)** значительно страдает даже у женщин со слабой выраженностью проявлений^[29].

Таким образом, эффективное лечение должно быть направлено в том числе на **как можно более раннее** улучшение КЖ пациентки.

КЖ — это уровень **эмоционального, физического, социального и функционального благополучия человека**. К наиболее распространенным шкалам для оценки КЖ относятся:^[30]

- ✓ Дерматологический индекс качества жизни (DLQI)
- ✓ Опросник о КЖ в связи с внешним видом (BeautyQoL)
- ✓ Опросник Всемирной организации здравоохранения для оценки КЖ
- ✓ Опросник о самовосприятии при жирной коже
- ✓ Опросник Skindex
- ✓ Опросник оценки качества жизни при акне (Acne-QoL)



8 КЛАССИФИКАЦИЯ ПОЗДНИХ АКНЕ У ЖЕНЩИН ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Традиционные методы **оценки тяжести акне** разрабатывались в первую очередь для применения у подростков^[31]. При этом они недостаточно учитывают специфику поздних акне у женщин, в частности, различия выраженности проявлений в разных областях лица, использование оральных контрацептивов и косметических средств.

Недавно на основе Всемирной шкалы тяжести акне (GEA) **была разработана составная Шкала** оценки акне у взрослых (AFAST)^[32]. Она включает оценку акне на всей поверхности лица на базе GEA (шкала 1, *таблица 1*) и **дополнительную шкалу для нижнечелюстной области** (шкала 2, *таблица 2*).

Таблица 1. Шкала 1: оценка степени тяжести акне на лице по шкале GEA. По материалам^[32]

| | | |
|---|--|--|
| 0 | Чистая или почти чистая кожа | Остаточная пигментация и эритема |
| 1 | Почти чистая кожа, почти без высыпаний | Отдельные открытые или закрытые комедоны и единичные папулы |
| 2 | Легкая степень | Заметные элементы, поражающие менее половины лица. Немногочисленные открытые и закрытые комедоны, папулы и пустулы |
| 3 | Средняя степень | Поражено более половины лица. Многочисленные папулы, пустулы, открытые или закрытые комедоны. Допускается наличие одиночного узла. |
| 4 | Тяжелая степень | Поражено все лицо, имеются многочисленные папулы, пустулы, открытые или закрытые комедоны и единичные узлы. |
| 5 | Очень тяжелая степень | Выраженные воспалительные элементы по всему лицу, имеются узлы. |

Таблица 2. Шкала 2 для оценки тяжести акне в подчелюстной области. По материалам^[33]

| | |
|---|--|
| 0 | Отсутствие очагов акне либо только эритема или поствоспалительная гиперпигментация |
| 1 | Отдельные папулы, пустулы и (или) комедоны |
| 2 | Немногочисленные папулы, пустулы и (или) комедоны, занимающие менее 25 % оцениваемой зоны, легко заметные, допускается наличие единичного узла или кисты |
| 3 | Многочисленные папулы, пустулы и (или) комедоны, занимающие не менее 25 % оцениваемой зоны и (или) не менее двух узлов или кист |

Этот новый инструмент позволяет дерматологам более точно оценивать **поражение всего лица и нижнечелюстной зоны**, облегчая подбор **наиболее подходящего** лечения^[33].

9 АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ

На основании согласованного мнения экспертов по акне Poli и соавт. предложили **алгоритм лечения акне**, легко применимый в повседневной клинической практике дерматологов^[34]. Предлагаемый алгоритм охватывает четыре основных аспекта ежедневного лечения акне: сопротивляемость бактериям, контрацепцию, уход за кожей и местное лечение. Он учитывает **специфичность поздних акне у женщин**: выраженность акне в нижнечелюстной области служит основным фактором, определяющим наиболее подходящее лечение (таблица 3).

Таблица 3. Алгоритм лечения поздних акне у женщин. По материалам^[34]

| | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Шкала 1 (лицо, шкала GEA для ювенильного акне) | 0-я степень | 1-я степень | 2-я степень | 3-я степень | 4-я степень | 5-я степень |
| Шкала 2 (подчелюстная область, шкала AFAST) | 0-я степень | 1-я степень | 2-я степень | 3-я степень | | |

Выбор лечения определяется большей степенью тяжести из двух шкал.

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|--|---|---|
| 1-я линия | Особое лечение не требуется. При необходимости — поддерживающее лечение местными препаратами ретиноидов или азелаиновой кислоты | Местное комбинированное лечение (ретиноид и антибактериальное средство) | Местное комбинированное лечение и пероральные антибиотики тетрациклинового ряда. При признаках гиперандрогении — антиандрогенные препараты для приема внутрь | Антиандрогенные препараты для приема внутрь и местное комбинированное лечение | Изотретиноин внутрь |
| 2-я линия | Нет | Местное комбинированное лечение и прием внутрь антибиотиков тетрациклинового ряда, антиандрогенных препаратов или солей цинка | Антиандрогенные препараты для приема внутрь и местное комбинированное лечение. При отсутствии эффекта — изотретиноин внутрь | Изотретиноин внутрь. При наличии противопоказаний к изотретиноину возможен прием внутрь антиандрогенных препаратов и местное комбинированное лечение. | При наличии противопоказаний к изотретиноину — антиандрогенные препараты внутрь и местное комбинированное лечение |
| Поддерживающее лечение | Ретиноиды или азелаиновая кислота местно | | | | |
| Контрацепция | Рекомендации не даются. | Оральные контрацептивы 3-го/4-го поколения. Следует избегать прогестеронсодержащих внутриматочных систем. | | | |
| Рекомендации по косметическому уходу | Использование мягкого кислотного очищающего средства (pH около 5) и некомедогенного увлажняющего крема, следует исключить пудровые средства. Чтобы избежать поствоспалительной гиперпигментации и фототоксических реакций, следует применять солнцезащитное средство от UVA и UVB лучей с фактором защиты 30+. Необходимо обеспечить профилактику образования гипертрофических рубцов в зонах предшествующего воздействия пилингов или лазерной терапии. | | | | |



Если у пациента установлена непереносимость ретиноидов или бензоилпероксида, **следует использовать местные антибиотики в комбинации с бензоилпероксидом или ретиноидом** в зависимости от того, какой именно препарат не переносит пациент. Однако следует максимально ограничивать применение антибиотиков, чтобы избежать усиления резистентности^[34].

Кроме того, при поздних акне важно лечить **кожу всей поверхности лица** местным применением препарата с широким спектром действия, имеющего как противовоспалительные, так и комедонолитические свойства^[14].

Алгоритм не включает лечение вторичных акне при эндокринных заболеваниях, требующих специфической гормональной терапии.

Акне часто рецидивируют. Чтобы свести к минимуму вероятность рецидива после завершения курса лечения, часто требуется **поддерживающая терапия**. Длительность терапии подбирается с учетом эффективности, переносимости и приверженности пациента.

К рекомендуемым поддерживающим средствам относят азелаиновую кислоту, третиноин и адапален^[35].

10 УХОД ЗА КОЖЕЙ

Лечение акне может вызывать **сухость, раздражение**, нарушение кожного барьера, увеличение трансэпидермальной потери влаги и воспаление, что в конечном итоге **снижает приверженность** к назначенному лечению.

Уходовая косметика для использования при акне включает очищающие средства для жирной или чувствительной кожи, **регуляторы выработки кожного сала, противомикробные средства, продукты с противовоспалительным и кератолитическим действием, увлажняющие и солнцезащитные средства** (помогают предотвратить поствоспалительную гиперпигментацию).

Всем взрослым женщинам с акне следует использовать мягкое **не содержащее мыла очищающее средство** с pH, близким к 5,5, и некомедогенное увлажняющее средство без масел. **Увлажняющие средства** могут смягчать негативное воздействие местного лечения и перорального применения изотретиноина, предотвращая нарушение эпидермального барьера, что крайне важно для уменьшения выраженности воспаления.

Пациенткам необходимо рассказывать о том, что **эффективность лечения акне может снижаться при использовании комедогенной косметики**, в частности, пудровых средств. В то же время **корректирующий макияж и маскирующие средства** могут использоваться в ходе лечения, поскольку они повышают качество жизни, усиливают защиту от солнца и решают проблему нерегулярности ухода за собой, часто встречающуюся у женщин^[36–38].





По мнению Всемирной организации здравоохранения, повышение эффективности **мер по обеспечению приверженности к лечению** может **повлиять на здоровье населения** в гораздо большей степени, чем усовершенствование тех или иных лекарственных средств^[7, 39].

На практике приверженность к лечению акне зачастую низка^[1].

Длительность заболевания, его психологическое воздействие, стресс и неверие в эффективность дальнейшего лечения **снижают мотивацию** взрослых пациенток продолжать лечение, что может объяснять недостаточный ответ на терапию^[40].

Подбор наиболее подходящей тактики лечения, просто, точно и прицельно воздействующей на поздние акне у женщин, поможет пациенткам соблюдать схему лечения тщательнее и дольше.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Dreno, B., et al., Female type of adult acne: *Physiological and psychological considerations and management*. J Dtsch Dermatol Ges, 2018. 16(10): p. 1185-1194.
2. Yentzer, B.A., et al., *Acne vulgaris in the United States: a descriptive epidemiology*. Cutis, 2010. 86(2): p. 94-9.
3. Beylot, C., et al., *Propionibacterium acnes: an update on its role in the pathogenesis of acne*. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2014. 28(3): p. 271-8.
4. Tan, A.U., B.J. Schlosser, and A.S. Paller, *A review of diagnosis and treatment of acne in adult female patients*. Int J Womens Dermatol, 2018. 4(2): p. 56-71.
5. Collier, C.N., et al., *The prevalence of acne in adults 20 years and older*. J Am Acad Dermatol, 2008. 58(1): p. 56-9.
6. Holzmam, R. and K. Shakery, *Postadolescent acne in females*. Skin Pharmacol Physiol, 2014. 27 Suppl 1: p. 3-8.
7. Williams, C. and A.M. Layton, *Persistent acne in women : implications for the patient and for therapy*. Am J Clin Dermatol, 2006. 7(5): p. 281-90.
8. Preneau, S. and B. Dreno, *Female acne - a different subtype of teenager acne?* J Eur Acad Dermatol Venereol, 2012. 26(3): p. 277-82.
9. Ramos-e-Silva, M., S. Ramos-e-Silva, and S. Carneiro, *Acne in women*. Br J Dermatol, 2015. 172 Suppl 1: p. 20-6.
10. Knaggs, H.E., et al., *Post-adolescent acne*. Int J Cosmet Sci, 2004. 26(3): p. 129-38.
11. Bagatin, E., et al., *Adult female acne: a guide to clinical practice*. An Bras Dermatol, 2019. 94(1): p. 62-75.
12. Silpa-Archa, N., et al., *Postinflammatory hyperpigmentation: A comprehensive overview: Epidemiology, pathogenesis, clinical presentation, and noninvasive assessment technique*. J Am Acad Dermatol, 2017. 77(4): p. 591-605.
13. Capitanio, B., et al., *Underestimated clinical features of postadolescent acne*. J Am Acad Dermatol, 2010. 63(5): p. 782-8.
14. Saurat, J.H., *Strategic Targets in Acne: The Comedone Switch in Question*. Dermatology, 2015. 231(2): p. 105-11.
15. Muguet Guenot, L., et al., *Confocal microscopy in adult women with acne*. Int J Dermatol, 2018. 57(3): p. 278-283.
16. Goulden, V., C.H. McGeown, and W.J. Cunliffe, *The familial risk of adult acne: a comparison between first-degree relatives of affected and unaffected individuals*. Br J Dermatol, 1999. 141(2): p. 297-300.
17. Zouboulis, C.C., et al., *Beyond acne: Current aspects of sebaceous gland biology and function*. Rev Endocr Metab Disord, 2016. 17(3): p. 319-334.
18. Harper, J.C., *Evaluating hyperandrogenism: a challenge in acne management*. J Drugs Dermatol, 2008. 7(6): p. 527-30.
19. Lucky, A.W., et al., *Acne vulgaris in premenarchal girls. An early sign of puberty associated with rising levels of dehydroepiandrosterone*. Arch Dermatol, 1994. 130(3): p. 308-14.
20. Lucky, A.W., et al., *Predictors of severity of acne vulgaris in young adolescent girls: results of a five-year longitudinal study*. J Pediatr, 1997. 130(1): p. 30-9.
21. Lolis, M.S., W.P. Bowe, and A.R. Shalita, *Acne and systemic disease*. Med Clin North Am, 2009. 93(6): p. 1161-81.
22. Dréno, B., et al., *Cutibacterium acnes (Propionibacterium acnes) and acne vulgaris: a brief look at the latest updates*. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2018. 32: p. 5-14..
23. Goulden, V., S.M. Clark, and W.J. Cunliffe, *Post-adolescent acne: a review of clinical features*. Br J Dermatol, 1997. 136(1): p. 66-70.
24. Poli, F., B. Dreno, and V.-M. of the European, *An epidemiological study of acne in female adults: results of a survey conducted in France*. Journal of the European..., 2001.
25. Stoll, S., et al., *The effect of the menstrual cycle on acne*. J Am Acad Dermatol, 2001. 45(6): p. 957-60.
26. Geller, L., et al., *Perimenstrual flare of adult acne*. J Clin Aesthet Dermatol, 2014. 7(8): p. 30-4.
27. Salvaggio, H.L. and A.L. Zaenglein, *Examining the use of oral contraceptives in the management of acne*. Int J Womens Health, 2010. 2: p. 69-76.
28. Arowojolu, A.O., et al., *Combined oral contraceptive pills for treatment of acne*. Cochrane Database Syst Rev, 2012(7): p. CD004425.
29. Rapp, D.A., et al., *Anger and acne: implications for quality of life, patient satisfaction and clinical care*. Br J Dermatol, 2004. 151(1): p. 183-9.
30. Chernyshov, P.V., *The Evolution of Quality of Life Assessment and Use in Dermatology*. Dermatology, 2019. 235(3): p. 167-174.
31. Lehmann, H.P., et al., *Acne therapy: a methodologic review*. J Am Acad Dermatol, 2002. 47(2): p. 231-40.
32. Dreno, B., et al., *Development and evaluation of a Global Acne Severity Scale (GEA Scale) suitable for France and Europe*. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2011. 25(1): p. 43-8.
33. Auffret, N., et al., *AFAST - Adult Female Acne Scoring Tool: an easy-to-use tool for scoring acne in adult females*. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2016. 30(5): p. 824-8.
34. Poli, F., et al., *AFAST: an adult female acne treatment algorithm for daily clinical practice*. Eur J Dermatol, 2018. 28(1): p. 101-103.
35. Dreno, B., et al., *Adult female acne: a new paradigm*. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2013. 27(9): p. 1063-70.
36. Hayashi, N., et al., *Make-up improves the quality of life of acne patients without aggravating acne eruptions during treatments*. Eur J Dermatol, 2005. 15(4): p. 284-7.
37. Peuvrel, L., et al., *Evaluation of quality of life after a medical corrective make-up lesson in patients with various dermatoses*. Dermatology, 2012. 224(4): p. 374-80.
38. Seite, S., et al., *Interest of corrective makeup in the management of patients in dermatology*. Clin Cosmet Investig Dermatol, 2012. 5: p. 123-8.
39. Sabaté, E., *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. 2003, World Health Organization
40. Gollnick, H.P., et al., *A consensus-based practical and daily guide for the treatment of acne patients*. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2016. 30(9): p. 1480-90.