

Фузідерм

крем/мазь/гель



СИКОЗ
ЕРИТРАЗМА
УГРЕВІВАЯ БОЛЕЗНЬ
ПЮДЕРМІЧЯ

Видаляючи зайве



Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Фузідерм®.

Склад: 1 г гелю містить 20 мг фузидієвої кислоти, 1 г крему містить 20 мг фузидієвої кислоти, 1 г мазі містить 20 мг натрію фузидату. Фармакотерапевтична група. Антибіотики та хіміотерапевтичні препарати для застосування в дерматології. Код АТС D06A X01. Показання. Фузідерм призначають в якості монотерапії або в комбінації з системною терапією, для лікування первинних або вторинних інфекцій шкіри та м'яких тканин, що викликані чутливими штамми мікроорганізмів, в тому числі: вугрові висипання, сикоз шкіри бороди, ериത്രазма, інфіковані рани та опіки, імпетиго, фолікуліт, пароніхії, інфікований контактний дерматит, інфікований екземоподібний дерматит та інші. Протипоказання. Гіперчутливість до фузидієвої кислоти та інших компонентів препарату, інфекції шкіри та м'яких тканин у дітей до 1 місяця. Спосіб застосування та дози. Препарат необхідно наносити дорослим та дітям старше 1 місяця тонким шаром на уражені ділянки шкіри 2 – 3 рази на добу протягом 7 діб. Лікування вугрів необхідно проводити протягом 14 днів. Можна застосовувати Фузідерм® під пов'язку – у даному випадку Фузідерм® можна застосовувати рідше (1 – 2 рази на добу). Побічні реакції. Фузідерм® дуже добре переноситься хворими. Зрідка можуть спостерігатися реакції підвищеної чутливості у вигляді почервоніння та свербіжу шкіри.

Р.п.: №UA/3093/01/01, UA/3093/02/01, UA/3093/03/01.

 **МЕГАКОМ**
Сприяємо здоров'ю

З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції для медичного застосування. Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів охорони здоров'я.



Диагностика и лечение акне в практике семейного врача

Рекомендации Американской академии дерматологии (AAD) и Американской академии семейных врачей (AAFP)

Акне (acne vulgaris) – самая распространенная кожная патология, хроническое воспалительное заболевание, при котором поражается сально-волосяная единица. Чаще всего акне наблюдается у подростков; в странах Запада оно диагностируется у 80-90% лиц в возрасте 10-19 лет. Примерно половина этих пациентов будут продолжать страдать акне в третьей и четвертой декаде жизни, а 4% – и в возрасте старше 40 лет.

Классификация

Акне обычно классифицируют на легкое, среднетяжелое и тяжелое; определение тяжести имеет ключевое значение для выбора лечения. Легкое акне проявляется только на лице открытыми и закрытыми комедонами (черными и белыми точками соответственно) с единичными воспалительными очагами (рис. 1). При акне средней тяжести наблюдается большее количество воспалительных папул и пустул, при этом акнеформные элементы определяются также на туловище. Наконец, тяжелое акне характеризуется наличием узелков и кист при обширном поражении туловища.

Клиническая картина

Типичные признаки акне включают себорею (повышенную секрецию кожного сала), микрокомедоны, папулы, пустулы, узелки и в тяжелых случаях рубцы. Внешний вид элементов зависит от цвета кожи. Заболевание может ассоциироваться с существенными психологическими и социальными проблемами.

Рубцы при акне возникают вследствие воспаления в дермальном слое кожи и определяются у 95% пациентов. Чаще всего рубцы развиваются при тяжелом узелково-кистозном акне, но могут встречаться при любой форме заболевания. В свою очередь, наиболее частым типом рубца является атрофический, реже наблюдаются гипертрофические и келоидные рубцы (последние обычно формируются на туловище). Узелково-кистозное акне часто приводит к поствоспалительной гиперпигментации

Этиология

Предрасположенность отдельных лиц к акне в значительной степени объясняется генетическим компонентом, что было продемонстрировано в исследованиях с участием близнецов и родственников первой линии. Генетическая склонность к развитию заболевания, по-видимому, является полигенной. Идентифицирован ряд генов, связанных с акне, включая гены TNF, IL-1 α и CYP11A1.

Существенный вклад в развитие акне может вносить гормональная активность. В пубертатном периоде вследствие повышающихся уровней андрогенов (тестостерона,

дигидротестостерона, дегидроэпиандростерон-сульфата) фолликулярные железы увеличиваются в размерах и продуцируют больше кожного сала. Помимо андрогенов, с акне связаны инсулиноподобный фактор роста 1 и гормон роста. У женщин старше 21 года акне может развиваться в период беременности и на фоне синдрома поликистозных яичников.

Ведущей инфекционной причиной акне считают *Propionibacterium acnes*, хотя точная роль этого микроорганизма не установлена. Одни подтипы *P. acnes* обнаруживаются у лиц с нормальной кожей, другие выделяются у пациентов с тяжелым воспалительным акне. Кроме того, с акне ассоциируется поражение кожи паразитическими клещами рода *Demodex*.

Среди факторов образа жизни следует отметить курение, которое повышает риск развития акне. С увеличением количества сигарет, выкуриваемых за день, повышается тяжесть заболевания. Связь между диетой и развитием акне остается неясной. Продемонстрировано, что рацион с высокой гликемической нагрузкой усугубляет течение акне. Влияние таких продуктов, как шоколад и соль, не доказано. Тем не менее шоколад может содержать большое количество сахара и, соответственно, приводить к высокой гликемической нагрузке. В ряде исследований показана связь акне с инсулинорезистентностью и ожирением. Витамин B₁₂ при приеме в дозах, превышающих рекомендованные суточные, может служить триггером появления акнеформных элементов или усугублять существующие.

Патофизиология

Акне развивается вследствие блокады кожных фолликулов, чему способствуют повышенная секреция кожного сала (прежде всего под действием андрогенов), избыточное отложение кератина с формированием комедонов, колонизация фолликула *P. acnes* и локальное высвобождение провоспалительных цитокинов.

Наиболее ранними патологическими изменениями являются накопление кератина и кожного сала в волосяном фолликуле с образованием микрокомедона. Последний может увеличиваться в размерах с формированием открытого или закрытого комедона. Черный цвет открытого комедона возникает вследствие окисления кожного

пигмента меланина. В последующем при активном размножении комменсальных бактерий, преимущественно *P. acnes*, развивается воспалительная реакция в пределах фолликула и вокруг него с формированием воспалительных элементов (папул, инфицированных пустул и узелков), что может приводить к покраснению, гиперпигментации и образованию рубцов.

Диагностика

Акне диагностируется путем выявления специфических кожных элементов, таких как комедоны (рис. 1), папулы, пустулы и узелки (рис. 2-4). Акнеформные очаги чаще всего появляются на лице, шее, груди и спине, т. е. на коже с высокой концентрацией сальных желез.

Акне следует дифференцировать от розацеа, фолликулита, фолликулярного кератоза, периорального дерматита, ангиофибромы и других заболеваний (табл. 1). Важными факторами, помогающими установить правильный диагноз, являются наличие

комедонов и возраст пациента. Периоральный дерматит и фолликулярный кератоз чаще встречаются в детском возрасте, а розацеа – у пациентов старше 30 лет. Для розацеа также характерно покраснение лица при пребывании на жаре, употреблении алкоголя или острой пищи.

Лечение

Историческая справка. В Древнем Египте, Древней Греции и Древнем Риме для лечения акне использовали серу. В 1920-х гг. в качестве лекарственного препарата применялся бензилпероксид. В 1970-х гг. была обнаружена эффективность третиноина, в 1980-х гг. был синтезирован изотретиноин, предназначенный для перорального приема. Позднее было установлено, что изотретиноин является тератогеном. В США в период 1982-2003 гг. было зарегистрировано более 2 тыс. беременностей на фоне приема изотретиноина, которые в большинстве случаев закончились спонтанным абортom. При этом родились около 160 детей с врожденными пороками.

Местное лечение. Топические ретиноиды являются универсальными препаратами для лечения акне (табл. 2). Они предотвращают появление и уменьшают количество

Продолжение на стр. 28.

Таблица 1. Дифференциальный диагноз акне

Диагноз	Отличительные особенности
Бактериальный фолликулит	Быстрое появление высыпаний; распространение при расчесывании или бритье; переменное распределение сыпи
Лекарственно-индуцированное акне	Применение андрогенов, аденокортикотропного гормона, бромидов, кортикостероидов, оральных контрацептивов, йодидов, изониазида, лития, фениитоина
Гнойный гидраденит	Двойной комедон; начинается как болезненный фурункул; формирование дренажных синусов
Потница	Появление сыпи после физической нагрузки или пребывания на жаре; нефолликулярные папулы, пустулы и везикулы
Периоральный дерматит	Папулы и пустулы только на подбородке и носогубных складках; чистая зона вокруг красной каймы
«Псевдофолликулит парикмахера»	Наблюдается у мужчин с волнистыми волосами, которые часто бреются
Розацеа	Эритема и телеангиэктазии; нет комедонов
Себорейный дерматит	Жирные чешуйки и желто-красные сливающиеся макулы или папулы

Таблица 2. Топические ретиноиды для лечения акне

Препарат	Категория безопасности при беременности (FDA)	Побочные эффекты	Лекарственные формы
Адапален	C	Покраснение, покалывание, сухость, зуд в местах нанесения	Крем, лосьон (0,1%), гель (0,1%; 0,3%), адапален/бензоилпероксид гель (0,1%/2,5%)
Тазаротен	X		Крем, гель (0,05%; 0,1%)
Третиноин	C		Крем (0,025%; 0,05%; 0,1%), гель (0,01%; 0,025%; 0,05%), гель с микросферами (0,04%; 0,1%)



Рис. 1. Невоспалительные очаги акне, состоящие из открытых и закрытых комедонов



Рис. 2. Воспалительные очаги акне легкой степени, состоящие из комедонов, папул и пустул



Рис. 3. Очаги акне с умеренно выраженным воспалением: комедоны, множественные папулы и пустулы, единичные узлы



Рис. 4. Очаги акне с выраженным воспалением: комедоны, множественные папулы, пустулы и узлы, рубцы



Диагностика и лечение акне в практике семейного врача

Рекомендации Американской академии дерматологии (AAD) и Американской академии семейных врачей (AAFP)

Продолжение. Начало на стр. 27.

существующих комедонов, что позволяет эффективно использовать их в монотерапии при невоспалительном акне. Ретиноиды также обладают некоторыми противовоспалительными свойствами, что обосновывает их применение при воспалительном акне (в комбинации с антибиотиками). Из топических ретиноидов лучше всего переносится адапален. Существуют ограниченные доказательства того, что тазаротен эффективнее адапалена и третиноина. Разные лекарственные формы топических ретиноидов по эффективности не отличаются.

Топические антибиотики применяются в основном в лечении легкого и среднетяжелого воспалительного акне. Лучше всего

при этом заболевании изучены клиндамицин и эритромицин (табл. 3). Антибиотики могут использоваться в монотерапии, но более эффективны в комбинации с топическими ретиноидами. Чтобы минимизировать вероятность развития резистентности, к топическим антибиотикам рекомендуется добавлять бензоилпероксид.

В таблице 4 представлены другие топические средства, которые могут использоваться при акне. Азелаиновая кислота может назначаться беременным; препарат обладает противомикробными и антикомедогенными свойствами и демонстрирует эффективность при легком и среднетяжелом воспалительном и смешанном акне.

Дапсон — первый в своем классе топический препарат для лечения акне, одобренный

за последние 10 лет. Несмотря на принадлежность к антибиотикам, свое действие препарат реализует в основном за счет противовоспалительных эффектов. В клинических исследованиях дапсон минимально превосходил плацебо в уменьшении воспалительных и невоспалительных элементов, при этом прямые сравнительные исследования с другими топическими препаратами не проводились. В отличие от дапсона для перорального приема топические лекарственные формы препарата не вызывают гемолитической анемии и тяжелых реакций со стороны кожи.

Бензоилпероксид — безрецептурный бактерицидный агент, доступный в разнообразных лекарственных формах и в различных концентрациях. Уникальность этого препарата состоит в том, что он не вызывает развития резистентности. Бензоилпероксид наиболее эффективен при легком и среднетяжелом смешанном акне при назначении с топическими ретиноидами. Кроме того, его можно использовать в комбинации с пероральными и топическими антибиотиками для снижения риска бактериальной резистентности.

При наличии устойчивой к лечению патогенной флоры можно применять фузидовую кислоту в виде 2% крема. Фузидовая кислота обладает бактериостатической, а в высоких концентрациях, создаваемых при местном применении, и бактерицидной активностью, преимущественно в отношении грамположительных бактерий. Как и в случае с бензоилпероксидом, за все годы клинического применения фузидовой кислоты практически не отмечали снижения чувствительности микроорганизмов к препарату.

Еще одним безрецептурным средством, применяющимся при акне, является салициловая кислота. Тем не менее по антикомедогенной эффективности она уступает топическим ретиноидам. Высококачественные клинические исследования с продуктами, содержащими салициловую кислоту, не проводились.

Пероральная терапия. Антибиотики для перорального приема (табл. 5) эффективны в лечении среднетяжелого и тяжелого акне. Наиболее изученными препаратами являются тетрациклин и эритромицин. Однако на основании экспертного консенсуса про сравнительной эффективности Американская академия дерматологии рекомендует вместо тетрациклина применять доксициклин и миноциклин. При непереносимости или наличии противопоказаний к назначению тетрациклина могут использоваться триметоприм/сульфаметоксазол или триметоприм в виде монопрепарата. Как уже указывалось, для снижения потенциала резистентности пероральные антибиотики рекомендуется комбинировать с бензоилпероксидом.

После получения желаемого эффекта пероральные антибиотики можно отменить и назначить поддерживающую терапию топическими ретиноидами, которые у большинства пациентов эффективно предотвращают рецидив. Если акне изначально классифицировалось как тяжелое, к поддерживающей терапии можно добавить бензоилпероксид и/или антибиотики.

При тяжелом акне и акне, резистентном к топическому лечению, может применяться изотретиноин перорально. Как правило, препарат назначается в дозе 0,5-1,0 мг/кг/сут в течение 20 нед или до достижения кумулятивной дозы 120 мг/кг. Первичное усугубление

кожных элементов можно минимизировать, если начать лечение с дозы 0,5 мг/кг/сут или более низкой. Кумулятивные дозы <120 мг/кг ассоциируются с повышенной частотой рецидива, а дозы >150 мг/кг — с высокой частотой побочных эффектов без дополнительной пользы. Примерно 40% пациентов, получивших рекомендуемую кумулятивную дозу, достигают длительной ремиссии, еще 40% нуждаются в поддерживающей терапии топическими препаратами или пероральными антибиотиками, около 20% больных требуется повторный курс лечения изотретиноином. Пациенты с акне средней тяжести могут отвечать на более низкие дозы (0,3 мг/кг/сут) при более низкой частоте побочных эффектов.

Необходимо помнить о том, что изотретиноин является мощным тератогеном и ассоциируется с врожденными пороками лица, глаз, ушей, черепа, центральной нервной и кардиоваскулярной систем, тимуса и парашитовидных желез. Поэтому лечение препаратом можно начинать только после получения отрицательного результата теста на беременность. Тест затем необходимо повторять 1 раз в месяц, непосредственно по окончании лечения и через 1 мес после приема последней дозы. Изотретиноин может усугублять депрессию и повышать риск суицида, однако причинная связь не установлена. Во время лечения препаратом следует мониторировать лабораторные показатели — общий анализ крови, липиды и печеночные ферменты.

Для лечения акне одобрены различные эстрогенсодержащие оральные контрацептивы. Эти препараты считаются средствами второй линии, однако могут использоваться и в первой линии терапии у женщин, у которых акне развилось впервые во взрослом возрасте или усугубилось в перименопаузе.

У взрослых женщин определенный эффект можно получить при назначении спиронолактона, который при использовании в высоких дозах блокирует рецепторы андрогенов. Препарат может применяться в монотерапии или в комбинации с оральными контрацептивами. Учитывая отсутствие убедительной доказательной базы, спиронолактон следует рассматривать как препарат второй или третьей линии. Спиронолактон является калийсберегающим диуретиком и может вызывать тяжелую гиперкалиемию. Кроме того, необходимо учитывать его потенциальные тератогенные эффекты.

В таблице 6 представлены **другие методы лечения**, которые с разной эффективностью применялись в лечении акне.

Рекомендации пациенту

Чтобы повысить эффективность лечения акне и предотвратить рецидив, пациенту следует придерживаться таких рекомендаций.

- Умываться (принимать душ) 2 раза в день и после обильного потения.
- Очищающие средства наносить с помощью кончиков пальцев. Не применять мочалки, губки и другие средства, которые могут раздражать кожу.
- Бережно относиться к своей коже — отдавать предпочтение средствам, не содержащим алкоголь, вяжущие компоненты, тонеры и эксфолианты.
- Не тереть кожу, не пользоваться скрабами.
- Умываться водой комнатной температуры.
- Регулярно (при наличии жирных волос — ежедневно) мыть голову с шампунем.
- Не выдавливать кожные элементы.
- В течение дня не прикасаться к лицу без необходимости.
- Сократить пребывание на солнце, не посещать солярий.
- Обратиться к врачу в случае неэффективности применяемых средств, при формировании гиперпигментации или рубцов, появлении психологических проблем.

Список литературы находится в редакции.

Подготовил **Алексей Терещенко**

Препарат	Категория безопасности при беременности (FDA)	Побочные эффекты	Лекарственные формы
Клиндамицин	B	Покраснение, покалывание, сухость, зуд, жжение, повышенная жирность кожи в местах нанесения	Пена, гель, лосьон, раствор (1,0%) Клиндамицин/бензоилпероксид гель (1%/5%; 1,2%/2,5%) Клиндамицин/третиноин гель (1,2%/0,025%) Гель, раствор, мазь (2%)
Эритромицин	B		Эритромицин/бензоилпероксид гель (3%/5%)

Препарат	Категория безопасности при беременности (FDA)	Побочные эффекты	Лекарственные формы
Азелаиновая кислота	B	Гипопигментация, жжение, покалывание, зуд	Крем 20%, гель 15%
Бензоилпероксид	C	Сухость кожи, локальная эритема	Крем, гель, лосьон (2,5-10%)
Дапсон	C	Повышенная жирность, шелушение, сухость, покраснение кожи	Гель 5%
Салициловая кислота	C	Сухость, легкое раздражение кожи	Крем, пена, гель, лосьон, мазь, паста, шампунь, мыло, раствор (0,5-3%)
Фузидовая кислота	-	Реакции повышенной чувствительности	Крем 2%

Антибиотик	Категория безопасности при беременности (FDA)	Побочные эффекты	Дозировка
Доксициклин	D	Фоточувствительность, внутричерепная гипертензия, раздражение пищевода	50-100 мг 1-2 р/сут
Эритромицин	B	Диспепсия	250-500 мг 2-4 р/сут
Тетрациклин	C	Диспепсия, фоточувствительность, внутричерепная гипертензия	250-500 мг 1-2 р/сут
Триметоприм/сульфаметоксазол	C	Аллергические реакции	160/800 мг 2 р/сут

Метод	Доказательства
Акупунктура	Эффективность не доказана
Отказ от употребления шоколада и сахара	Эффективность не доказана
Терапия с биологической обратной связью	Может улучшать ответ на медикаментозное лечение
Химический пилинг (с использованием гликолевой и салициловой кислоты)	Эффективность не доказана
Удаление комедонов	Может быть эффективным при резистентных к лечению комедонах и обеспечивать краткосрочное уменьшение количества невоспалительных элементов
Введение стероидов внутрь очага	Может улучшать течение крупных кистозных очагов
Микродермоабразия	Эффективность не доказана
Масло чайного дерева (<i>Melaleuca alternifolia</i>)	При легком и среднетяжелом акне уменьшает общее количество папул, пустул и комедонов
Лазеротерапия	Эффективность не доказана