

Краткий обзор положений руководства Американской академии дерматологии по лечению пациентов с вульгарным акне

В этом году в журнале Американской академии дерматологии (ААД) было опубликовано руководство по ведению пациентов с вульгарным акне (ВА). Этот новый международный документ основан на систематическом анализе данных доказательной медицины и предназначен для обеспечения оптимальной тактики ведения пациентов с различными стадиями угревой болезни. Варианты терапии разработаны в зависимости от степени тяжести ВА с учетом эффективности ранее проведенного лечения.

Дефиниция

ВА представляет собой хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся появлением открытых или закрытых комедонов (с черной или белой верхушкой соответственно) и воспалительным поражением кожных покровов (папулы, пустулы и узлы).

Эксперты ААД подчеркивают, что акне — это многофакторное заболевание, при котором поражаются сально-волосяные фолликулы кожи. Патогенез ВА окончательно не изучен, в настоящее время основными патогенетическими факторами развития заболевания считаются фолликулярный гиперкератоз, микробная колонизация *Propionibacterium acnes*, гиперпродукция секрета сальных желез, которые провоцируют запуск каскада воспалительных реакций, затрагивающих звенья как врожденного, так и приобретенного иммунитета. Алгоритм лечения ВА у подростков и пациентов молодого возраста представлен на рисунке.

Оценочные шкалы и классификация

Эксперты ААД поддерживают применение оценочных шкал в клинической практике, так как «их использование позволит разработать более специфическую классификацию заболевания, подобрать эффективную терапию, а также контролировать состояние пациента во время лечения». Несмотря на то что разработано множество оценочных шкал, учитывающих тип и тяжесть заболевания, количество акнеформных элементов, их анатомическое расположение и протяженность поражения, интенсивность рубцевания, качество жизни пациентов и другие психосоциальные факторы, в настоящее время не существует универсальной оценочной системы.

Рекомендации ААД

Клиницистам может быть удобно пользоваться согласованными оценочными/классификационными шкалами (учитывающими количество и тип поражения кожи, тяжесть заболевания, локализацию, интенсивность рубцевания) для облегчения подбора терапии и оценки эффективности лечения. В настоящее время не существует универсальной оценочной шкалы/классификационной системы, которая могла бы быть рекомендована для использования в клинической практике.

Значительный прогресс в области цифровых технологий, фотоаппаратуры, теледерматологии, вероятно, позволит разработать такую оценочную шкалу в ближайшее время.

Топическая терапия

В руководстве ААД подчеркивается, что для топического лечения ВА используются рецептурные и безрецептурные препараты, а выбор необходимого лекарственного

средства должен проводиться с учетом возраста пациента, локализации элементов сыпи, протяженности и тяжести поражения, предпочтений пациентов. Топические средства могут назначаться в виде монотерапии, а также в комбинации с другими местными или пероральными препаратами как при инициальной терапии, так и при поддерживающем лечении.

Рекомендации ААД

Топические ретиноиды играют важную роль в инициальном и поддерживающем лечении акне, они рекомендуются в виде монотерапии при первичном комедональном акне, в комбинации с топическим или пероральным антибиотиком назначаются пациентам со смешанными или первично воспалительными акнеформными элементами. БП (а также его комбинация с эритромицином/клиндамицином) является эффективным средством для лечения акне; он рекомендуется в качестве монотерапии при легком течении ВА, а в комбинации с топическим ретиноидом или системным антибиотиком используется при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания. БП эффективно предупреждает появление антибиотикорезистентных штаммов; он рекомендуется пациентам, получающим топическую или системную антибактериальную терапию. Топические антибактериальные препараты (эритромицин/клиндамицин) эффективно нивелируют проявления акне, но их применение в виде монотерапии не рекомендуется в связи с высоким риском развития антибиотикорезистентности. Допускается одновременное применение нескольких топических средств, воздействующих на различные аспекты патогенеза акне. Комбинированная терапия может назначаться большинству пациентов с ВА. Топический адапален, третиноин и БП могут использоваться для безопасного лечения акне у детей предпубертатного возраста. Азелаиновая кислота является эффективным средством вспомогательной терапии акне, она рекомендуется для лечения поствоспалительной диспигментации. Топический дапсон (5% гель) рекомендуется для лечения воспалительных акнеформных элементов, особенно у взрослых женщин. Данные доказательной медицины, подтверждающие целесообразность применения препаратов серы, никотинамида, резорцина, сульфатамида, алюминия хлорида, цинка в лечении акне, немногочисленны.

В клинической практике для местного лечения акне преимущественно используются БП, салициловая кислота, антибиотики и ретиноиды с/без БП, ретиноид с антибиотиком, азелаиновая кислота, сульфоны.

В руководстве подчеркивается: «Ретиноиды являются «сердцем» топической терапии акне, так как они обладают комедонолитическими и противовоспалительными свойствами, способствуют разрешению предшествующих микрокомедональных повреждений». Эти средства увеличивают эффективность местного лечения и позволяют

поддерживать чистоту кожных покровов даже после отмены терапии. Ретиноиды идеально подходят для терапии комедонального акне, а в сочетании с другими препаратами могут применяться для лечения всех форм патологии.

БП — это антибактериальный препарат, воздействующий на *P. acnes* и обладающий мягкими комедонолитическими свойствами. БП выпускается в различных формах (лосьон, пенка, крем, гель), которые после применения необходимо смыть или оставить на поврежденной поверхности кожи. Препараты БП на водной основе с низкой концентрацией действующего вещества (2,5-5%), в том числе смывающиеся формы, хорошо переносятся пациентами с чувствительной кожей. Результаты терапии следует оценивать не ранее чем через 5 дней.

В руководстве подчеркивается, что *топические антибактериальные средства* лучше назначать в комбинации с БП (как смывающимися, так и несмывающимися формами), поскольку данный шаг позволяет увеличить эффективность лечения и снизить вероятность появления штаммов бактерий, резистентных к антибиотикам. Монотерапия топическими антибактериальными препаратами не рекомендуется. Среди множества антибактериальных средств эксперты ААД отдают предпочтение клиндамицину (1% раствор, гель) и подчеркивают, что местное применение 2% эритромицина (крем, гель, лосьон, компресс) менее эффективно по сравнению с указанным линкозамидом из-за появления штаммов *P. acnes*, устойчивых к макролиду.

Описывая нюансы клинического применения *топических ретиноидов*, представители ААД уделили пристальное внимание третиноину (0,025-0,1% крем, гель или гель с микросферами), адапалену (0,1%, 0,3% крем или 0,1% лосьон), тазаротену (0,05%, 0,1% крем, гель или пена). В настоящее время широко используются следующие комбинированные препараты: 0,1% адапален и 2,5% БП (разрешен для пациентов > 9 лет), 1,2% клиндамицина фосфат и 0,025% третиноин (разрешен для пациентов >12 лет). При применении ретиноидов часто возникают побочные эффекты со стороны кожных покровов (сухость, шелушение, эритема, раздражение), выраженность которых может быть уменьшена посредством сокращения частоты аппликаций. Применение топических ретиноидов ассоциировано с риском фотосенсибилизации; одновременное ежедневное использование солнцезащитного крема может снизить вероятность появления солнечных ожогов.

Азелаиновая кислота (20%) может использоваться в лечении ВА, она обладает комедонолитическим, антибактериальным и противовоспалительным действием. Этот препарат назначается пациентам с чувствительной кожей или IV типом кожи по Фитцпатрику из-за способности азелаиновой кислоты осветлять участки депигментации.

Сульфоновые препараты (5% гель дапсона) применяются при ВА 2 раза в сутки. При наличии комедонов может быть показана сочетанная терапия дапсоном и ретиноидами. При одновременном использовании с БП дапсон может окисляться и вызывать оранжево-коричневое окрашивание кожных покровов, которое достаточно легко смывается.

Салициловая кислота (0,5 и 2% формы выпуска) является комедональным препаратом, эффективность которого эксперты ААД оценивают как ограниченную. Представители этой авторитетной организации сомневаются в целесообразности применения *препаратов серы, резорцина*, считая, что они не обладают достаточной доказательной базой.

Системные антибиотики

Системные антибиотики используются в лечении акне на протяжении многих лет. Они назначаются при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания и могут применяться в комбинации с топическими ретиноидами и БП. По мнению экспертов ААД, *тетрациклин, доксициклин, миноциклин, триметоприм/сульфаметоксазол, триметоприм, эритромицин, азитромицин, амоксициллин и цефалексин* являются наиболее эффективными антибиотиками для лечения ВА.

Эксперты считают *тетрациклины* препаратами первой линии в терапии акне, за исключением случаев наличия противопоказаний к их назначению (беременность, возраст <8 лет, аллергия). *Макролиды* являются альтернативным классом препаратов, назначаемых при наличии противопоказаний к традиционным антибиотикам.

Течение	Легкое	Среднетяжелое	Тяжелое
Терапия первой линии	БП или топический ретиноид или топическая комбинированная терапия** БП + антибиотик или ретиноид + БП или ретиноид + БП + антибиотик	Топическая комбинированная терапия** БП + антибиотик или ретиноид + БП или ретиноид + БП + антибиотик или пероральный антибиотик + топический ретиноид + БП или пероральный антибиотик + топический ретиноид + БП + топический антибиотик	Пероральный антибиотик + топическая комбинированная терапия** БП + антибиотик или ретиноид + БП или ретиноид + БП + антибиотик или пероральный изотретиноин
Альтернативная терапия	Добавить БП или топический ретиноид (если еще не назначен) или рассмотреть возможность назначения альтернативного ретиноида или топического дапсона	Рассмотреть возможность назначения альтернативной комбинированной терапии или поменять пероральный антибиотик или добавить комбинированный пероральный контрацептив или спиронолактон (женщинам) или пероральный изотретиноин	Рассмотреть возможность замены перорального антибиотика или добавить комбинированный пероральный контрацептив или пероральный спиронолактон (женщинам) или пероральный изотретиноин

Примечание: БП — бензоилпероксид; ** препарат может быть назначен в виде фиксированной комбинации и в качестве монотерапии.

Рис. Алгоритм лечения ВА у подростков и пациентов молодого возраста

Продолжение на стр. 20.

Краткий обзор положений руководства Американской академии дерматологии по лечению пациентов с вульгарным акне

Продолжение. Начало на стр. 19.

Рекомендации ААД

Системные антибиотики используются при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания, а также при воспалительных формах акне, резистентных к топическому лечению. Доксциклин и миноциклин более эффективны, чем тетрациклин, но результативность доксициклина не превосходит таковую миноциклина. Несмотря на то что пероральные формы эритромицина и азитромицина могут использоваться в лечении акне, их применение ограничено у пациентов, которым противопоказаны тетрациклины (беременные женщины, дети <8 лет). Следует минимизировать прием эритромицина, т. к. его назначение ассоциировано с увеличением риска развития бактериальной резистентности. Применение других системных антибиотиков (не тетрациклинов и макролидов) не рекомендуется, т. к. их эффективность в лечении акне не доказана. Следует ограничить назначение триметоприма/сульфаметоксазола и триметоприма пациентам, не переносящим тетрациклиновые антибиотики или не ответившим на ранее проводимую терапию. Длительность лечения системными антибиотиками должна быть минимальной. С целью снижения риска развития антибиотикорезистентности повторный курс приема этих препаратов следует назначать не ранее чем через 3-4 мес. Монотерапия системными антибиотиками не рекомендуется. Топические препараты (ретиноиды или БП) следует назначать одновременно с приемом системных антибиотиков, а также после завершения системной антибактериальной терапии в качестве поддерживающего лечения.

При проведении системной антибиотикотерапии следует учитывать вероятность возникновения нежелательных явлений, несмотря на то что тяжелые побочные эффекты при лечении этого заболевания наблюдаются редко. Вагинальный кандидоз и лекарственная токсикодермия могут развиваться при приеме любого антибиотика; фотосенсибилизация чаще возникает при применении препаратов из группы тетрациклинов (это побочное действие в большей мере свойственно доксициклину, чем миноциклину). Доксициклин провоцирует появление нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, миноциклин — шума в ушах, головокружения, накопление пигмента в кожных покровах, зубов. Прием триметоприма/сульфаметоксазола может сопровождаться возникновением гастроинтестинальных расстройств, фотосенсибилизации, лекарственного дерматита, нарушением гематопоза (нейтропении, агранулоцитоза, апластической анемии, тромбоцитопении). Несмотря на то что эти побочные реакции регистрируются достаточно редко, при длительной терапии указанными препаратами необходимо контролировать показатели клинического анализа крови.

Макролиды могут ассоциироваться с гастроинтестинальными расстройствами, причем эритромицин чаще провоцирует появление диареи, тошноты, абдоминального дискомфорта, чем азитромицин. Пенициллины, цефалоспорины способны вызывать реакции гиперчувствительности (от лекарственного дерматита до анафилаксии) и гастроинтестинальные нарушения (тошноту, диарею, абдоминальное вздутие и дискомфорт).

Рекомендации ААД

Эстрогенсодержащие КПК эффективно нивелируют проявления акне и рекомендуются для лечения воспалительной формы заболевания у женщин. Спиринолактон используется для лечения акне у некоторых пациенток. Пероральные кортикостероиды могут временно улучшить состояние пациентов с тяжело протекающей воспалительной формой акне уже в начале стандартного лечения. Пациентам с диагностированной гиперандрогенией для лечения акне рекомендуются низкие дозы пероральных кортикостероидов.

Гормональные препараты

Эксперты ААД подчеркивают, что среди множества комбинированных пероральных контрацептивов (КПК) только четыре препарата одобрены FDA для лечения акне:

- этинилэстрадиол/норгестимат;
- этинилэстрадиол / норэтистерон ацетат / фумарат железа;
- этинилэстрадиол/дроспиренон;
- этинилэстрадиол/дроспиренон/левомефолат.

Данные многочисленных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) подтверждают эффективность КПК в лечении как воспалительной, так и комедональной формы акне. В метаанализе, опубликованном экспертами Кокрановского сообщества в 2012 г., рассматривались результаты 31 РКИ, в которых сравнивались результативность различных КПК в лечении акне у женщин (n=12 579). В 9 РКИ сопоставлялась эффективность левоноргестрела, норэтистерона ацетата, норгестимата, дроспиренона, диногеста, хлормадинона ацетата с плацебо; оказалось, что все КПК, применявшиеся в этих испытаниях, эффективно нивелировали

проявления акне. В 17 РКИ анализировалась результативность нескольких КПК, но выявленные различия в лечении акне зависели от использованной формы выпуска и дозы препарата, а не от действующего вещества. В 1 РКИ эффективность КПК сравнивалась с таковой перорального антибиотика, но достоверные межгрупповые различия не зафиксированы.

Эксперты ААД рекомендуют сопоставлять риск терапии КПК с вероятностью того события, для профилактики которого они применяются: если КПК используются для контрацепции, то риск их применения сопоставляется с риском нежелательной беременности; если же КПК предназначаются для лечения акне, то риск, связанный с приемом этих препаратов, должен сопоставляться с вероятностью прогрессирования ВА.

Прием КПК ассоциирован с высоким кардиоваскулярным риском, наиболее часто терапия этими препаратами сопровождается венозными тромбозами и осложнениями (ВТО). В руководстве приводятся результаты метаанализа, подготовленного экспертами Кокрановского сотрудничества, доказывающие, что применение любого КПК ассоциировано с риском развития ВТО по сравнению с отсутствием приема этих препаратов. При терапии КПК возрастает вероятность возникновения инфаркта миокарда; этот риск увеличивается у курящих женщин, страдающих сахарным диабетом (СД) и гипертензией. Эксперты ВОЗ утверждают, что у здоровых, нормотензивных, некурящих и не страдающих СД женщин любого возраста, принимающих КПК, риск развития инфаркта миокарда не превышает популяционный. Терапия КПК ассоциирована с повышением вероятности возникновения ишемического и геморрагического инсульта; курение сигарет и гипертензия усугубляют ситуацию.

В руководстве подчеркивается, что терапия КПК может провоцировать возникновение рака грудных желез: относительный риск развития неоплазии указанной локализации при приеме КПК составляет 1,08 (95% доверительный интервал 1,00-1,17). Подобная взаимосвязь зафиксирована между применением КПК и возникновением рака шейки матки.

Мазок по Папаниколау и бимануальное гинекологическое обследование больше не являются обязательными исследованиями, которые необходимо проводить перед началом терапии КПК. Представители ААД считают, что указанные скрининговые методики предоставляют ценные сведения о состоянии здоровья женщины, но не позволяют выявить пациенток, которым не следует принимать КПК; поэтому перед назначением КПК можно не требовать проведения этих исследований. Обязательными являются тщательный сбор анамнеза и измерение артериального давления. Эксперты ААД подчеркивают, что анализ показаний и противопоказаний к назначению КПК позволит минимизировать риски, ассоциированные с приемом этих препаратов.

Спиринолактон — это антагонист альдостерона, проявляющий выраженную антиандрогенную активность

Рекомендации ВОЗ по применению КПК

Не рекомендуются	С осторожностью или при тщательном наблюдении
Беременность Наличие рака грудных желез Грудное вскармливание на протяжении первых 6 нед после родов Возраст ≥ 35 лет и курение большого количества сигарет (≥ 15 сигарет/сут) Гипертензия: систолическое артериальное давление ≥ 160 мм рт. ст., диастолическое — ≥ 100 мм рт. ст. СД с поражением органов-мишеней Длительность СД > 20 лет Перенесенный тромбоз глубоких вен или тромбоз легочной артерии Хирургическое вмешательство с длительной иммобилизацией Ишемическая болезнь сердца, порок сердца с осложнениями Нарушение мозгового кровообращения в анамнезе Головная боль (мигрень) с локальными неврологическими проявлениями в любом возрасте; у лиц старше 35 лет — с аурой или без таковой) Активный вирусный гепатит Тяжелый декомпенсированный цирроз Опухоль печени (доброкачественная или злокачественная)	Грудное вскармливание (6 нед — 9 мес после родов) Послеродовой период (< 21 дня) Возраст ≥ 35 лет и умеренное курение (< 15 сигарет/сут) Гипертензия в анамнезе (в том числе во время беременности), невозможность проведения мониторинга Гипертензия: систолическое артериальное давление — 140-159 мм рт. ст., диастолическое — 90-99 мм рт. ст. или контролируемая гипертензия Головная боль: мигрень без неврологических проявлений у лиц < 35 лет Гиперлипидемия (определить тип и тяжесть) Рак грудных желез в анамнезе (> 5 лет без прогрессирования) Патология билиарного тракта Легкий компенсированный цирроз Перенесенный холестаз, индуцированный приемом КПК Сопутствующий прием препаратов, способных вызвать токсическое поражение печени

за счет уменьшения продукции тестостерона и конкурентного ингибирования связывания тестостерона и дигидротестостерона с андрогенными рецепторами, расположенными в коже. Терапия спиринолактоном, как правило, хорошо переносится, вероятность появления нежелательных эффектов зависит от использованной дозы препарата. Наиболее распространенными побочными действиями спиринолактона являются усиление диуреза (29%), нарушение менструального цикла (22%), болезненность (17%) и гипертрофия грудных желез, усталость, головная боль и головокружение. Гиперкалиемия — это серьезный побочный эффект, который достаточно редко развивается у молодых здоровых женщин с нормальной функцией печени, надпочечников и почек. Клинически незначительное повышение уровня калия наблюдается у 13,7% пациенток.

Монотерапия низкими дозами преднизолона (5-15 мг/сут) или его комбинация с КПК, содержащими высокие дозы эстрогена, эффективно нивелирует проявления акне и себореи. Применение преднизолона в качестве препарата первой линии терапии ограничено наличием значительных побочных эффектов. Преднизолон в дозе 0,5-1 мг/кг/сут используется для лечения системных и кожных проявлений молниеносного акне, а также для терапии и профилактики фульминантноподобного акне, индуцированного изотретиноином.

Рекомендации ААД

Пероральный изотретиноин рекомендуется для лечения тяжелого нодулярного акне. Пероральный изотретиноин может использоваться для лечения резистентного акне средней степени тяжести, а также для терапии ВА, протекающего с образованием рубцов или психосоциальными расстройствами. Низкие дозы изотретиноина могут использоваться для лечения акне и увеличения безопасности терапии (снижения вероятности появления побочных эффектов). Прерывистая терапия изотретиноином не рекомендуется. Рутинный скрининг состоит в оценке функциональных проб печени, определении сывороточной концентрации холестерина, триглицеридов; его проведение рекомендуется перед началом лечения и после достижения ответа на назначенную терапию. Рутинное выполнение клинического анализа крови не рекомендуется. Все пациенты, получающие изотретиноин, должны придерживаться положений программы iPLEDGE, предназначенной для снижения тератогенного риска. Женщинам детородного возраста, принимающим изотретиноин, следует предоставить информацию о существующих различных эффективных методиках контрацепции. Врачам, назначающим изотретиноин, следует наблюдать за состоянием пациентов в отношении появления симптомов воспалительных заболеваний кишечника и депрессии, предоставлять информацию о большом о потенциальных рисках, связанных с приемом изотретиноина.

Изотретиноин

Пероральный изотретиноин, изомер ретиноевой кислоты, разрешен в США для лечения тяжелого резистентного акне у лиц старше 30 лет.

Эксперты ААД акцентировали внимание на нюансах клинического применения изотретиноина. В руководстве подчеркивается, что при тяжелом течении заболевания стартовая доза препарата составляет 0,5 мг/кг/сут; после завершения месячного курса лечения и при условии хорошей переносимости изотретиноина доза препарата может быть увеличена до 1,0 мг/кг/сут.

Терапия изотретиноином может сопровождаться появлением побочных действий со стороны кожи и слизистых оболочек, опорно-двигательного аппарата, органа зрения. При использовании стандартных доз нежелательные явления кратковременны и разрешаются самостоятельно после отмены препарата. В редких случаях изотретиноин провоцирует развитие воспалительных заболеваний кишечника, депрессии/тревожности/изменение настроения, кардиоваскулярной патологии, нарушает минерализацию костной ткани, способствует колонизации *S. aureus*. Ранее отмечались спорадические случаи изменения настроения, включая депрессию, суицидальную направленность мышления и попытки суицида у пациентов, получающих изотретиноин. В настоящее время нет данных доказательной медицины, подтверждающих наличие достоверной взаимосвязи между приемом изотретиноина и развитием депрессии, тревожности, изменением настроения или появлением суицидальных мыслей.

Доказаны тератогенные свойства изотретиноина: прием этого препарата во время беременности приводит к появлению врожденных аномалий у плода. Поэтому в США разработана и внедрена программа iPLEDGE, направленная на снижение вероятности тератогенного воздействия изотретиноина на плод. Эксперты FDA настаивают, чтобы все пациенты, принимающие этот изомер ретиноевой кислоты (как мужчины, так и женщины), были включены в программу iPLEDGE и выполняли ее положения.

Zaenglein A.L., Pathy A.L., Schlosser B.J. et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. J Am Acad Dermatol. 2016; 74: 945-73.

Подготовила Лада Матвеева





Дерива водний гель (Deriva aqueous gel)

Склад: діюча речовина: adapalene; 1 г містить **адапалену** 1 мг; допоміжні речовини: динатрію едетат, карбомер 940, пропіленгліколь, метилпарагідроксибензоат (Е 218), полоксамер 407, феноксіетанол, натрію гідроксид, вода очищена. **Лікарська форма.** Гель. Білого кольору однорідний непрозорий гель. **Фармакотерапевтична група.** Препарати для лікування акне. Ретиноїди для місцевого лікування акне. **Код АТС** D10A D03. **Показання.** Місцеве лікування звичайних вугрів (acne vulgaris). **Протипоказання.** Підвищена чутливість до адапалену або до інших компонентів препарату. **Особливі застереження.** Невідомо, чи секретується адапален у грудне молоко, тому застосування препарату у період годування груддю не рекомендоване. Оскільки всмоктування засобу через шкіру майже не відбувається, вплив діючої речовини на швидкість реакцій малоімовірна. Безпека та ефективність застосування препарату у дітей віком до 12 років не досліджувались, тому його не слід використовувати дітям віком до 12 років. **Спосіб застосування та дози.** Дерива водний гель застосовувати для місцевого лікування вугрів у дорослих і дітей віком від 12 років. Гель слід наносити тонким шаром на чисту, суху шкіру у місцях висипів 1 раз на добу на ніч. Протягом перших тижнів лікування можливе загострення вугрового процесу внаслідок впливу діючої речовини на осередки ураження, невидимі раніше. У такому разі не слід припиняти лікування, терапевтичний ефект спостерігається через 8-12 тижнів від початку лікування. Також можливе відчуття свербіжів і печіння шкіри одразу після нанесення гелю, яке з часом минає. **Побічні ефекти.** Алергічні реакції, реакції фоточутливості, відчуття поколювання, почервоніння, лущення, сухість, свербіж і печіння шкіри у місці застосування, часто спостерігається свербіж і печіння шкіри одразу після нанесення гелю, а також загострення вугрового процесу, подразнення шкіри у перші тижні лікування. **Умови зберігання.** Зберігати при температурі не вище 25 °С. Зберігати у недоступному для дітей місці. Не заморозувати! **Категорія відпуску.** Без рецепта. **Назва і місцезнаходження виробника.** Гленмарк Фармасьютикалз Лтд./Glenmark Pharmaceuticals Ltd. Plot No. E-37/39, M.I.D.C., Industrial Estate, Satpur, Nasik-422 007, Maharashtra, India/ Дільниця № E-37/39, Ем.Ай.Ді.Сі., Сатпур, Насік-422 007, Махараштра, Індія. Р.П. №UA/9164/01/01 від 21.10.2013 до 21.10.2018.

Дерива С гель (Deriva C gel)

Склад: діючі речовини: **адапален**, кліндаміцин; 1 г гелю містить адапалену 1 мг, кліндаміцину (у вигляді кліндаміцину фосфату) 10 мг; допоміжні речовини: динатрію едетат, карбомер 940, пропіленгліколь, метилпарагідроксибензоат (Е 218), полоксамер 407, феноксіетанол, натрію гідроксид, вода очищена. **Лікарська форма.** Гель. **Фармакотерапевтична група.** Препарати для лікування акне для місцевого застосування. **Код АТС** D10A D53. **Клінічні характеристики.** Показання. Місцеве лікування звичайних вугрів (acne vulgaris). **Протипоказання.** Підвищена чутливість до адапалену, кліндаміцину або до інших компонентів препарату, а також лінкоміцину, Ентерит, виразковий коліт, коліт, асоційований з антибіотиками (в анамнезі), хвороба Крона. **Спосіб застосування та дози.** Застосовувати дорослим і дітям віком від 12 років. Гель наносити тонким шаром на чисту суху шкіру у місцях висипів 1 раз на добу, на ніч. Протягом перших тижнів лікування можливе загострення вугрового процесу внаслідок впливу діючої речовини на осередки ураження, невидимі раніше. У такому разі не слід припиняти лікування, терапевтичний ефект спостерігається через 8-12 тижнів від початку лікування. **Побічні реакції.** Почервоніння, лущення, сухість, свербіж і печіння шкіри у місці нанесення гелю одразу після його нанесення, яке минає у подальшому. Алергічні реакції, реакції фоточутливості, акне, відчуття поколювання, грамнегативний фолікуліт, шлунково-кишкові розлади, біль в животі, кропив'янка, підвищена жирність шкіри, контактний дерматит, печіння очей, зрідка спостерігаються побічні реакції у вигляді діареї, діареї з домішками крові та коліту (включаючи псевдомембранозний коліт). **Застосування у період вагітності або годування груддю.** Оскільки адекватних клінічних випробувань щодо безпеки застосування препарату у вагітних жінок не проводилось, не слід застосовувати гель у цей період. Застосування препарату у період годування груддю протипоказане. **Діти.** Безпека та ефективність застосування препарату дітям віком до 12 років не встановлені, тому не слід застосовувати препарат дітям віком до 12 років. **Умови зберігання.** Зберігати при температурі не вище 25 °С. Не заморозувати! Зберігати у недоступному для дітей місці. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Гленмарк Фармасьютикалз Лтд./Glenmark Pharmaceuticals Ltd. Plot No. E-37/39, M.I.D.C., Industrial Estate, Satpur, Nasik-422 007, Maharashtra, India/ Дільниця № E-37/39, Ем.Ай.Ді.Сі., Сатпур, Насік-422 007, Махараштра, Індія. Р.П. №UA/9245/01/01 від 21.10.2013 до 21.10.2018.

Примітка. Повна інформація про лікарський засіб викладена в інструкції для медичного застосування препарату. Перед застосуванням лікарського засобу обов'язково слід проконсультуватися з лікарем, ознайомитися з інструкцією для медичного застосування препарату та повним переліком протипоказань і можливих побічних ефектів. Інформація актуальна станом на вересень 2016 р. і призначена для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників.



Цвєтущій вид

 **glenmark**