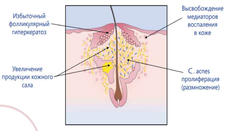


АНТИБИОТИКИ В ТЕРАПИИ АКНЕ

Акне является одним из самых распространенных дерматозов. Основными факторами в патогенезе акне выступают воспаление внутри и в окружности сальной железы, гиперроговая кожного сала, фолликулярный гиперкератоз и размножение бактерии *Cutibacterium acnes* (*C. acnes*), стафилококков, стрептококков и т.д. Воспаление при акне первично и предшествует фолликулярному гиперкератозу, а *C. acnes* принимают активное участие и в формировании микрокомедонов.



Для лечения узловатых акне умеренной и тяжелой степени, конглобатных акне среднетяжелой и тяжелой форм рекомендовано назначение антибактериальных препаратов перорально[1].

АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ИЗ ГРУППЫ ТЕТРАЦИКЛИНОВ, ВКЛЮЧАЮЩИЕ ДОКСИЦИКЛИН, ТЕТРАЦИКЛИН, **МИНОЦИКЛИН**, ЯВЛЯЮТСЯ **ОСНОВНЫМИ В ТЕРАПИИ АКНЕ.**

При назначении антибиотиков необходимо учитывать весь спектр их антимикробного действия, поскольку *C. acnes* – не единственный микроорганизм, ответственный за развитие воспаления у пациентов с акне.
Длительность терапии составляет в среднем 6–8 недель.

На сегодняшний день основной проблемой длительной антибиотикотерапии является антибиотикорезистентность патогенной флоры, в связи с чем предпочтение следует отдавать препаратам не только с широким спектром антимикробного действия, прямым противовоспалительным действием, но и с низкой резистентностью бактерий[2].

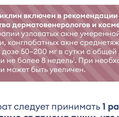
МИНОЛЕКСИН® (АО «АВВА РУС», Россия), действующим веществом которого является миноциклин, относится к полусинтетическим антибиотикам 2-го поколения группы тетрациклинов[2]. Препарат обладает широким спектром антимикробного действия, воздействует на грамположительные и грамотрицательные бактерии, в том числе штаммы, устойчивые к пенициллинам и цефалоспоринам (стафилококки, стрептококки и др.), *C. acnes*[2].
Миноцикин[2] отличается целым рядом преимуществ, является препаратом первой линии для лечения среднетяжелых и тяжелых форм *acne vulgaris* и включен в европейские[3] и американские[4] рекомендации по лечению акне.

Миноциклин одобрен FDA и рекомендован Американской академией дерматологов для лечения пациентов с акне[5].



МОЖНО ВЫДЕЛИТЬ ОСНОВНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ПРЕПАРАТА МИНОЛЕКСИН[2,6,7]:

- **является самым жирорастворимым антибиотиком среди всех тетрациклиновых** (легко проникает через липидный слой бактерий), благодаря чему практически не несет риска возникновения антибиотикорезистентных штаммов;
- обладает **высокой липофильностью** (быстрое клиническое улучшение);
- в сравнении с тетрациклином и доксициклином концентрация миноциклина в коже **на 47% выше**, чем в сыворотке крови, так как он отличается способностью к кумуляции в дерме;
- у миноциклина **отсутствует перекрестная резистентность** с другими препаратами тетрациклинового ряда;
- оказывает **прямое противовоспалительное действие** (более быстрое клиническое улучшение на всех этапах формирования акне);
- имеет **низкую фоточувствительность** по сравнению с другими тетрациклинами (препарат выбора в солнечное время года);
- **единственный препарат тетрациклинового ряда**, который выпускается в **дозировке 50 мг.** Применение Миноклексина 50 мг в сутки позволяет предотвратить развитие нежелательных явлений и провести полный курс терапии!



Torok et al. провели исследование, в которое включили 233 пациента с акне разной степени тяжести. Пациенты получали Миноклексин® (1, 2 или 3 мг миноциклина на 1 кг массы тела) или плацебо ежедневно в течение 12 недель. По результатам исследования число воспалительных элементов в группе пациентов, получавших Миноклексин®, уменьшилось на **46,6–56,8%**, причем не наблюдалось дозозависимого эффекта. Таким образом, в данном исследовании была подтверждена возможность дозирования препарата из расчета 1 мг на 1 кг массы тела больного ежедневно, одобренная FDA (Food and Drug Administration) в США в 2006 г.[8]

В исследовании Е.С. Снарской в результате проведенной терапии препаратом Миноклексин® у **20 (91%)** больных вульгарными акне средней степени тяжести была достигнута клиническая ремиссия, у **2 (9%)** больных – значительное улучшение. У **5 (83,3%)** больных с тяжелым течением вульгарных акне отмечалось значительное улучшение и у **1 (16,7%)** больного – улучшение. Терапия препаратом сопровождалась значительным улучшением качества жизни пациентов, при этом хорошо переносилась[9].

Миноциклин включен в рекомендации Российского общества дерматовенерологов и косметологов (РОДВК) для терапии узловатых акне умеренной и тяжелой степени, конглобатных акне среднетяжелой и тяжелой форм в дозе 50–200 мг в сутки с общей длительностью терапии не более 8 недель. При необходимости курс терапии может быть увеличен.

Препарат следует принимать **1 раз в день независимо от приема пищи, что удобно для пациентов и положительно сказывается на их приверженности терапии.**

МИНОЛЕКСИН® РАЗРЕШЕН К ПРИМЕНЕНИЮ С 8 ЛЕТ[6].

МИНОЛЕКСИН® – МИНИМУМ РИСКА ПРИ МАКСИМАЛЬНОМ РЕЗУЛЬТАТЕ!

Список литературы

1. Акне вульгарные: Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов и косметологов, 2020.
2. Снарская Е.С., Кунецкая Е.В., Минакова М.Э. Миноклексин и его место в стандартах лечения вульгарных угрей. Поликлиника. 2014;3.
3. Nast A, Dréno B et al. European evidence-based (S3) guideline for the treatment of acne. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2016;30(8):1261-8.
4. Zaenglein AL, Pathy AL, Schlosser BJ et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. Journal of the American Academy of Dermatology. 2016;74(5):945-73.
5. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Миноклексин®. Рег. уд. № П13-001666.
6. Ochsendorf F. Systemic antibiotic therapy of acnevulgaris. J Dtsch Dermatol Ges. 2006;4(10):828-41.
7. Leyden JJ, Del Rosso JQ. Oral antibiotic therapy for acne vulgaris: Pharmacokinetic and pharmacodynamic perspectives. J Clin Aesthet Dermatol. 2011;4(2):40-7.
8. Torok HM. Extended-release formulation of minocycline in the treatment of moderate-to-severe acne vulgaris in patients over the age of 12 years. J Clin Aesthet Dermatol. 2013;6(7):19-22.
9. Снарская Е.С. Антибактериальная терапия вульгарных акне. Вестник дерматологии и венерологии. 2019;95(5):58-67.