

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный
специалист Департамента
здравоохранения города Москвы
по дерматовенерологии и
косметологии


Н.Н. Потехаев

«21» ноября 2019 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы №17



«30» ноября 2019 г.

**ТЕХНОЛОГИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ
ПАЦИЕНТОВ С ЭКСКОРИРОВАННЫМ АКНЕ НИЗКИМИ
ДОЗАМИ ИЗОТРЕТИНОИНА В СОЧЕТАНИИ С ЭРБИЕВЫМ
ЛАЗЕРОМ И ПСИХОКОРРИГИРУЮЩИМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ**

Методические рекомендации № 93

Москва 2019

УДК: 616.53.002.256; 621.373.826

ББК: 55.83

Организация-разработчик:

ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ г. Москвы МНПЦДК ДЗМ)

Авторы-составители:

Львов А.Н. – руководитель отдела клинической дерматовенерологии и косметологии ГБУЗ г. Москвы МНПЦДК ДЗМ, доктор медицинских наук, профессор

Потекаев Н.Н. – директор ГБУЗ г. Москвы МНПЦДК ДЗМ, доктор медицинских наук, профессор

Жукова О.В. – главный врач ГБУЗ г. Москвы МНПЦДК ДЗМ, доктор медицинских наук, профессор

Фриго Н.В. – заместитель директора по научной работе ГБУЗ г. Москвы МНПЦДК ДЗМ, доктор медицинских наук

Романов Д.В. – ведущий научный сотрудник отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», врач-психотерапевт отдела оказания специализированной помощи ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ, доктор медицинских наук, профессор

Игошина А.В. – аспирант ГБУЗ г. Москвы МНПЦДК ДЗМ

Миченко А.В. – ведущий научный сотрудник ГБУЗ г. Москвы МНПЦДК ДЗМ, кандидат медицинских наук

Рецензенты:

Демина О.М. – доцент кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, кандидат медицинских наук, доцент

Баткаева Н.В. – доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФНМО МИ РУДН, кандидат медицинских наук, доцент

Предназначение: В методических рекомендациях представлена ранее не применявшаяся технология комбинированной терапии пациентов с экскорируемыми акне, включающая применение изотретиноина в низких дозах, курсы лазерной терапии и психокорригирующего воздействия. Использование технологии способствует безопасному применению препаратов изотретиноина, в том числе у пациентов с сопутствующей соматической патологией. Разработанная технология обладает высокой эффективностью, позволяет предупреждать формирование и осуществлять коррекцию вторичных изменений кожи, снижает риск аутодеструктивного поведения, сокращает сроки лечения, увеличивает длительность ремиссии, способствует повышению качества жизни пациентов.

Методические рекомендации предназначены для врачей общей практики, врачей дерматовенерологов, психиатров, косметологов, лазеротерапевтов.

Методические рекомендации разработаны в рамках выполнения темы НИР «Разработка и внедрение в Московское здравоохранение инновационных методов и подходов к профилактике, диагностике и терапии заболеваний кожи и подкожно-жировой клетчатки»

Данный документ является интеллектуальной собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

СОДЕРЖАНИЕ

	Нормативные ссылки	4
	Определение	5
	Обозначения и сокращения	7
	ВВЕДЕНИЕ	8
I	ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ	10
1	Клинико-эпидемиологическая характеристика эксфоиированных акне	10
2	Клиническая картина эксфоиированных акне	11
3	Классификация эксфоиированных акне по степени тяжести	12
4	Особенности психосоматического статуса у пациентов с эксфоиированными акне	13
5	Терапия эксфоиированных акне	15
5.1	Терапия системными ретиноидами (изотретиноин) в режиме низких доз	17
5.2	Лазерное лечение	18
5.3	Психофармакотерапия	19
5.4	Косметический уход за кожей	20
6	Примеры применения технологии	21
	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	24
	Список использованных источников	25

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» (утв. приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 924н)

ГОСТ 2.105-95 Единая система конструкторской документации. Общие требования к текстовым документам

ГОСТ 7.9-95 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Реферат и аннотация. Общие требования

ГОСТ 7.0-99 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Информационно-библиотечная деятельность, библиография. Термины и определения

ГОСТ 7.32-2001 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Отчет о научно-исследовательской работе. Структура и правила оформления

ГОСТ ИСО 8601-2001 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Представление дат и времени. Общие требования

ГОСТ 7.1-2003 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления

ГОСТ 7.60-2003 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Издания. Основные виды. Термины и определения

ГОСТ Р 7.0.1-2003 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Издания. Знак охраны авторского права. Общие требования и правила оформления

ГОСТ Р 7.0.4-2006 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Издания. Выходные сведения. Общие требования и правила оформления

ГОСТ Р 7.0.49-2007 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Государственный рубрикатор научно-технической информации. Структура, правила использования и ведения

ГОСТ Р 7.0.53-2007 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Издания. Международный стандартный книжный номер. Использование и издательское оформление

ГОСТ Р 7.0.5-2008 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления

ГОСТ Р 7.0.12-2011 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическая запись. Сокращение слов и словосочетаний на русском языке. Общие требования и правила.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящем документе применяют следующие термины с соответствующими определениями:

Аутодеструктивные действия – непреднамеренные действия человека, отклоняющиеся от медицинских и психологических норм, угрожающее целостности организма (в данном случае – кожного покрова)

Двигательные навязчивости – движения, совершаемые против желания пациента, несмотря на прилагаемые для их сдерживания усилия

Дизестезия – спонтанные или вызванные определенным стимулом неадекватные ему, извращенные ощущения (например, прикосновение воспринимается как боль, болевой раздражитель – как температурный)

Качество жизни пациента – междисциплинарное понятие, характеризующее эффективность всех сторон жизнедеятельности человека, уровень удовлетворения материальных, духовных и социальных потребностей, уровень интеллектуального, культурного и физического развития, а также степень обеспечения безопасности жизни. Интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии.

Коэнестезиопатия – психологические расстройства, в основе которых лежит нарушение чувственного осознания соматического «Я», расстройство общего чувства тела

Невроз навязчивых состояний – группа симптомов, относящаяся к тревожным расстройствам, для которых характерным является формирование навязчиво возникающих в сознании мыслей и действий, принуждающих человека к обязательной их реализации

Обсессивно-компульсивные расстройства – психические расстройства, характеризующиеся наличием у пациента непроизвольно появляющихся навязчивых, мешающих или пугающих мыслей, от которых он постоянно и безуспешно пытается избавиться с помощью столь же навязчивых действий

Расстройства импульс-контроля – психические расстройства, при которых люди эпизодически, периодически или постоянно не могут сопротивляться импульсам, желанию или искушению выполнить действие, причиняющее им самим и/или другим людям некий ущерб или вред.

Сверхценный комплекс ипохондрии красоты – симптомокомплекс, в основе которого лежит доминирующее представление об эластичной, идеально гладкой коже как неременной составляющей здорового организма, как залога успеха в жизни

Сенсации – сильное, ошеломляющее впечатление или ощущение, вызываемое каким-то событием, действие.

Тактильные иллюзии – мультимодальные феномены, возникающие в соматосенсорной сфере в результате особенностей восприятия

Телесные сенсации – психические расстройства, тягостные телесные ощущения при отсутствии или минимальной выраженности изменений в органах и тканях, выявляемых современными методами исследования

Телесные фантазии – проявление патологии основных этапов чувственного познания – процессов ощущения, восприятия, представления

Телесный дисморфизм – психическое расстройство, при котором человек чрезмерно обеспокоен и занят незначительным дефектом или особенностью своего тела.

Эксориированные акне – особая разновидность угревой болезни. В настоящее время открытым остается вопрос, нужно ли рассматривать эксориированные акне как самостоятельный дерматоз или заболевание является осложненной формой акне, или оно представляет собой классический психодерматоз, в основе которого лежат ассоциированные с соматической (в данном случае кожной) патологией первичные психические расстройства и маскируемые её проявления

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОРАЩЕНИЯ

СанПиН – санитарные правила и нормы
СТА I – степень тяжести акне 1
СТА II – степень тяжести акне 2
СТЭА – степень тяжести эксфолированных акне
СТЭА I – степень тяжести эксфолированных акне I
СТЭА II – степень тяжести эксфолированных акне II
СТЭА III – степень тяжести эксфолированных акне III
СТЭА IV – степень тяжести эксфолированных акне IV
ЭА – эксфолированные акне
Er:YAG – эрбиевый лазер
SMA – Space Modulated Ablation
АЛТ – аланинаминотрансфераза
АСТ – аспаратаминотрансфераза
ЛПНП – липопротеины низкой плотности
ЛПВП – липопротеины высокой плотности
ЛПОНП – липопротеины очень низкой плотности
SPF – солнцезащитный фактор
HADS – госпитальная шкала тревоги и депрессии
CGI-S – шкала общего клинического впечатления

ВВЕДЕНИЕ

Совершенствование технологий лечения эксфолированных акне (ЭА) является серьёзной медицинской и социальной проблемой, значимость которой, прежде всего, определяется распространением этой патологии и ненадежностью существующих методов терапии.

Акне – полиморфная группа заболеваний, включающая классические и атипичные формы, в том числе эксфолированные акне [8, 16]. Согласно эпидемиологическим данным анализа первичных обращений пациентов с жалобами на акне, обратившихся в специализированные кожно-венерологические учреждения амбулаторно-поликлинического звена крупного мегаполиса юга России в период 2000-2006 годов, на долю ЭА приходилось 15-20% случаев [3]. Кроме того, в последние десятилетия отмечено увеличение частоты встречаемости эксфолированных акне среди молодых мужчин.

Эпидемиология данного заболевания среди населения до конца не изучена. Предполагается, что распространенность ЭА имеет более обширный диапазон, чем считается в данный момент.

В настоящее время открытым остается вопрос, нужно ли рассматривать эксфолированные акне как самостоятельный дерматоз или заболевание является осложненной формой акне, или оно представляет собой классический психодерматоз, в основе которого лежат ассоциированные с соматической (в данном случае кожной) патологией первичные психические расстройства [17], маскирующие её проявления.

Эксфолированные акне являются хроническим психосоматическим дерматозом, провоцирующим ряд нозогенных реакций (депрессия, тревога, ипохондрические расстройства и другие [26]).

ЭА формируются с соучастием сверхценного комплекса, в основе которого находится доминирующее представление об эластичной, идеально гладкой коже как неперменной составляющей здорового организма, залога успеха в жизни. Безупречное состояние кожного покрова (особенно лица) является «стержнем» самооценки пациентов, предметом гордости и особой заботы. Соответственно, возникновение даже единичных (уродующих в понимании пациентов) кожных элементов является для пациентов «ключевым переживанием», воспринимается как трагедия и сопровождается формированием идей «полного очищения» кожи. Нанесение эксфолиаций имеет целью ликвидацию патологических элементов кожного покрова для восстановления красоты лица. У пациентов формируются признаки телесного дисморфизма с неудовлетворенностью состоянием кожного покрова. Характерным является рецидивирующее течение заболевания, резистентность к существующим методам лечения, отсутствие рекомендаций по комплексной терапии, а также индивидуальные особенности пациента и наличие сопутствующей патологии, что приводит к ограничению применения стандартной терапии и невозможности полного излечения ЭА.

При лечении акне широко применяются препараты изотретиноина – структурного аналога витамина А, относящегося к группе ретиноидов. Изотретиноин оказывает противовоспалительное, противосеборейное, дерматопротективное действие [12, 23]. Однако использование классических схем применения изотретиноина из расчета 0,5 мг на 1 кг веса в сутки сопряжено с развитием серьезных сопутствующих эффектов и рядом ограничений. Недостатком данной терапии является наличие побочного действия препаратов изотретиноина при приеме внутрь, который может проявиться в виде повышенной утомляемости, частых головных болей и повышении артериального давления, тошноты и рвоты, кровотечения из десен и их воспаления, сухости слизистых оболочек, болей в мышцах и суставах, шелушения кожи, высыпаний, зуда, покраснения, повышенного потоотделения, выпадения волос, нарушения слуха, развития конъюнктивита и помутнения роговицы. А также существуют ограничения к

применению препарата при гиперчувствительности, сахарном диабете, депрессии в анамнезе, ожирении, алкоголизме, печеночной недостаточности, гипервитаминозе А, выраженной гиперлипидемии, сопутствующей терапии тетрациклинами. Препарат противопоказан при беременности (возможно тератогенное и эмбриотоксическое действие) и грудном вскармливании. Все перечисленное существенно ограничивает применение изотретиноина по рекомендуемой схеме у многих пациентов.

Для лечения постэруптивных изменений кожи и коррекции эстетических дефектов применяют различные лазерные технологии [26]. Для коррекции постэруптивных элементов используют аблятивные лазерные технологии с применением эрбиевого лазера (длина волны 2940 нм). Излучение данного лазера поглощается водой и приводит к мгновенному нагреванию воды до состояния vaporизации. При послойном выпаривании ткани в области рубцовой деформации глубина рубца уменьшается. После эпителизации раневой поверхности постэруптивные элементы частично регрессируют [9]. В биофизической основе действия данного метода лечения лежит выраженное термического воздействия на кожу, что является противопоказанием к одномоментному применению с препаратами изотретиноина в классических дозировках 0,5 мг на 1 кг в сутки, что приводит к невозможности ранней профилактики и коррекции постэруптивных элементов. Лазерная коррекция рубцов-постакне возможно только через 6 месяцев после окончания курса изотретиноина. За этот период формируется значительное количество новых рубцов и эстетических дефектов кожи, которые значительно утяжеляют клиническую картину заболевания, приводят к серьезным психологическим проблемам, снижают социальную активность и качество жизни людей [1, 7,]. Дополнительным недостатком лазерного лечения в виде монотерапии является высокая частота рецидивов заболевания, связанная со значительным риском развития аутодеструктивного поведения в связи с отсутствием одномоментного назначения психотерапевтических методов коррекции.

С учетом мультифакторного генеза заболевания ведение пациентов должно рассматриваться в рамках интегративной медицины (модель «встречного движения» по Смулевичу А.Б. и соавт., 2011 год [16]), требующей участия нескольких специалистов.

Таким образом, лечение эксфолированных акне представляет собой трудную задачу и диктует необходимость комплексного лечения данного контингента больных.

I. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1. КЛИНИКО - ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКСКОРИИРОВАННЫХ АКНЕ

Заболеванием страдают преимущественно женщины в возрасте от 18 до 35 лет [4, 10, 21, 22, 24]. В большинстве случаев заболевание имеет наследственную предрасположенность с наличием аналогичных расстройств у членов семьи первой линии родства [19, 24, 30].

Для ЭА характерно, что в начале процесс протекает по типу угревой болезни, появление эксфолиативного компонента наблюдается позднее.

Дебют заболевания акне в большинстве случаев отмечен в юношеском возрасте 16-20 года, в то время как появление эксфолиированных акне превалирует в возрасте 21-30 лет.

Основные провоцирующие факторы, ставшие причиной дебюта заболевания:

- ✓ наличие даже единичных высыпаний акне (92%) у пациентов, стремящихся к поддержанию безупречного состояния лица как внутреннего «стержня» самооценки и уверенности в себе (72%);
- ✓ сильные эмоциональные переживания, стресс (41%);
- ✓ трагедии в личной жизни (безответная любовь, развод, расставания) (20%);
- ✓ неудачи на учебе или работе (17%)
- ✓ утрата или тяжелая болезнь близкого человека (8%).

В большинстве случаев (до 78% случаев) заболевание имеет хронический характер, на коже постоянно существуют хотя бы минимальные клинические проявления. В некоторых случаях (до 20%) кратковременные ремиссии длительностью от 1 до 4 месяцев могут наступать в период времени, когда пациенты переживают положительные эмоции (отдых на море, отпуск, длительное путешествие), а привычный негативный фактор отсутствует.

2. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭКСКОРИИРОВАННЫХ АКНЕ

Особенностью ЭА является наличие значительного количества аутодеструкций на лице при минимальном количестве элементов акне [16]. Для кожного статуса больных ЭА характерна типичная диссоциация между минимальными (фоновыми) проявлениями вульгарных угрей, как правило, невоспалительного характера и превалированием в клинической картине эксскориативных элементов.

В клинической картине фоновое заболевание акне представлено закрытыми и открытыми комедонами, милиумами, умеренным количеством папул и единичными пустулами. Тяжесть заболевания акне соответствует I и II степени тяжести акне (согласно классификации степени тяжести акне, предложенной Американской академией дерматологии [27]).

Эксскориативный компонент в клинической картине представлен многочисленными «свежими», розово-красными, различной глубины точечными ссадинами, покрытыми геморрагическими, а в случае присоединения вторичного инфекционного процесса - гнойными корками. Как правило, эксскориации приурочены к тем или иным элементам акне (милиум, открытые комедоны, папулы) и располагаются на их поверхности. Количество эксскориаций варьирует от единичных до множественных. Различные постэруптивные высыпания представлены в клинической картине очагами застойной гиперемии, очагами дисхромии (гиперпигментированные и депигментированные пятна), рубцами. Для ЭА характерна картина эволюционного полиморфизма, когда морфологические элементы находятся на разных стадиях своего развития.

Локализация кожного патологического процесса в большинстве случаев носит изолированный характер с расположением на лице. В более тяжелых случаях эксскориации могут быть рассеяны по двум и более областям (лицо, грудь, спина, верхние и нижние конечности, ягодицы).

3. КЛАССИФИКАЦИЯ ЭКСКОРИИРОВАННЫХ АКНЕ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

В зависимости от распространенности кожного процесса, выраженности эксориативных элементов и постэруптивных высыпаний в клинической картине нами разработана и предложена классификация степени тяжести АЭ (СТЭА) [2] (таблица 1).

Таблица 1 - Степени тяжести экскориированных акне

СТЭА	Локализация	Эксориации	Рубцы	Корки		Очаги дисхромии	Очаг и застойной гиперемии
				серозно-геморрагические	гнойные		
I	1 область	<10	<10	<5	нет	<5	<5
II	1, 2 области	10-20	10-20	5-10	нет	5-10	5-10
III	2-3 области	20-30	20-30	10-15	<5	10-15	10-15
IV	4 и более	>30	>30	>15	>5	>15	>15

СТЭА I – локализация процесса на одной области, количество эксориации <10, рубцов <10, серозно-геморрагических корок <5, очагов дисхромий <5, очагов застойной эритемы <5.

СТЭА II – локализация процесса на 1-2 областях, количество эксориации 10-20, рубцов 10-20, серозно-геморрагических корок 5-10, очагов дисхромий 5-10, очагов застойной эритемы 5-10.

СТЭА III – локализация процесса на 2-3 областях, количество эксориации 20-30, рубцов 20-30, серозно-геморрагических корок 10-15, очагов дисхромий 10-15, очагов застойной эритемы 10-15, гнойные корки <5.

СТЭА IV – локализация процесса на 4 и более областях, количество эксориации >30, рубцов >30, серозно-геморрагических корок >15, очагов дисхромий >15, очагов застойной эритемы >15, гнойные корки >5.

4. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ЭКСКОРИРОВАННЫМИ АКНЕ

Психопатологические механизмы формирования ЭА

Психопатологический механизм формирования ЭА гетерогенен и может реализоваться по компульсивному, импульсивному или сверхценному типу.

При *компульсивных/импульсивных невротических экскорациях* речь фактически идет о неврозе навязчивых состояний, при котором компульсивные действия ассоциированы не с obsessions, а с сенсорными кожными феноменами (ощущениями) – эпидермальной/интрадермальной дизестезией¹ и тактильными иллюзиями, а иногда – телесными фантазиями [10, 15]. При этом сенсации (в отличие, например, от невротических экскориаций) проецируются на объективно регистрируемые элементы угревой сыпи, а также искусственные кожные проявления (корочки, рубцы, ссадины), возникающие вследствие аутодеструктивных действий, сфокусированных на элементах акне.

При *компульсивных ЭА* саморасчесы развиваются по механизму двигательных навязчивостей [11]. Эпидермальная дизестезия описывается в виде тягостного «зуда», «напряжения» метафорически сравнивается с присутствием на поверхности кожи чего-то постороннего, «мешающего», «ноющего», «выпирающего» и отличаются «трехмерной» проекцией – сенсации экструзивного (от лат. *extrusion* – выталкивание, выдавливание) характера.

С кожными сенсациями ассоциированы навязчивые саморасчесы – собственно компульсивные экскориации («сенсорные феномены обсессивно-компульсивных расстройств» по S.H. Prado et al., 2008 [31]). На высоте коэнестезиопатий возникает стремление к самоповреждению, «выравниванию» кожи, попытки противостоять которому сопровождаются нарастанием аффекта тревоги. Непосредственно вслед за актом самодеструкции кожного покрова наступает облегчение – редуцируются сенсации и тревога, на время восстанавливается ощущение гладкости, ровности кожи.

При *импульсивных ЭА* саморасчесы развиваются по механизму расстройств импульс-контроля [11]. Описания интрадермальной дизестезии носят метафорический характер: зуд сравнивается с пронизывающей болью, с прокалыванием кожи изнутри («как будто иголки впиваются», «словно укусы насекомых»), чувством набухающих и «будто прорывающихся из глубины подкожных узелков». Проявлениям зуда по типу интрадермальной дизестезии свойственны телесные сенсации пенетрирующего интрузивного (от лат. *intrusio* – внедрение) характера – ощущения повреждения целостности кожного покрова, нарушения его гомогенности, проникновения внутрь, в толщу кожи [18]. На пике телесных сенсаций возникает «непреодолимый импульс» [20] к самоповреждению кожи (расчесы наносятся как бы произвольно, автоматически), что сопровождается чувством внутреннего напряжения, дисфорическим аффектом. Непосредственно вслед за актом деструкции кожного покрова наступает разрядка – зуд редуцируется, возникает ощущение внутреннего удовлетворения, «наслаждения от расчесов» [17].

В случаях, когда ЭА формируются с соучастием *сверхценного комплекса*, саморасчесы в отличие от компульсивных/импульсивных ЭА, возникающих в связи с кожными ощущениями, развиваются по идеаторному механизму – на базе ипохондрии

¹ Термины «эпидермальная дизестезия» и «интрадермальная дизестезия» образованы двумя понятиями, из которых первое – «эпидермальный» (лат. *epi* – над-, гр. *derma* – кожа) либо «интрадермальный» (лат. *intra* – внутри, гр. *derma* – кожа) подчеркивают пространственную проекцию патологических сенсаций, либо «выступающих» из поверхности кожного покрова, либо «распространяющихся» в глубину кожного покрова, соответственно. В свою очередь «дизестезия» (*dysaesthesia* – неприятное, болезненное ощущение) подчеркивает отличие остро возникающих гетерономных сенсаций от гомономных тактильных ощущений, свойственных соматоформному зуду.

красоты [6, 15, 16, 28]. Речь идет о патологии образа тела по типу ипохондрии красоты. При этом кожные сенсации, как правило, отсутствуют. Основа симптомокомплекса – доминирующие представления об эластичной, идеально гладкой коже как неременной составляющей здорового организма, залога успеха в жизни. Безупречное состояние кожного покрова (особенно лица) является «стержнем» самооценки пациентов, предметом гордости и особой заботы (тщательный уход, многочасовые косметические процедуры и др.). Соответственно возникновение даже единичных (уродующих в понимании больных) кожных элементов является для пациентов «ключевым переживанием», воспринимается как трагедия и сопровождается формированием идей «полного очищения» кожи [6]. Нанесение эксфолиаций имеет целью ликвидацию патологических элементов кожного покрова для восстановления красоты лица, а не избавления от тягостных сенсаций.

У пациентов формируются признаки телесного дисморфизма с неудовлетворенностью состоянием кожного покрова. Они постоянно ощупывают кожу, стремясь обнаружить высыпания. При этом аутодеструктивные действия реализуются по механизму, свойственному феномену одержимости – удаление препятствующего функционированию здорового организма болезненного образования. Возникает потребность в искоренении всего «инородного» («белый стержень», «творожистая масса», «бугорок», «камушки»). Поскольку многократные процедуры «очищения» не приводят к желаемому эффекту, пациенты продолжают наблюдать за состоянием кожи, регистрируя малейшие изменения, часами рассматривают себя перед зеркалом, производят всевозможные манипуляции по самостоятельному удалению угревых высыпаний в нестерильных условиях.

5. ТЕРАПИЯ ЭКСКОРИИРОВАННЫХ АКНЕ

Технология комбинированной терапии пациентов с эксфолированными акне разработана в рамках модели интегративной медицины, с одновременным ведением пациента несколькими специалистами: дерматологом, психиатром, физиотерапевта, лазеротерапевтом [29].

Для успешной терапии необходимо провести оценку степени тяжести заболевания, психоэмоционального статуса пациента и наличие сопряженного с дерматологическим заболеванием психического расстройства, выявить наличие сопутствующей патологии, уточнить ранее проводимое лечение и его эффективность.

На консультации пациента, предъявляющего жалобы на угревые высыпания на лице, врачу необходимо оценить наличие или отсутствие в клинической картине эксфолиаций, постэруптивных элементов. При отсутствии данных элементов в кожном статусе ведение и терапия проводится в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению угревой болезни. В случае наличия эксфолиаций, постэруптивных элементов в клинической картине ведение пациента рекомендуется в рамках «интегративной медицины» с участием нескольких специалистов (дерматолог, психиатр, физиотерапевт (лазеротерапевт) (рисунок 1).

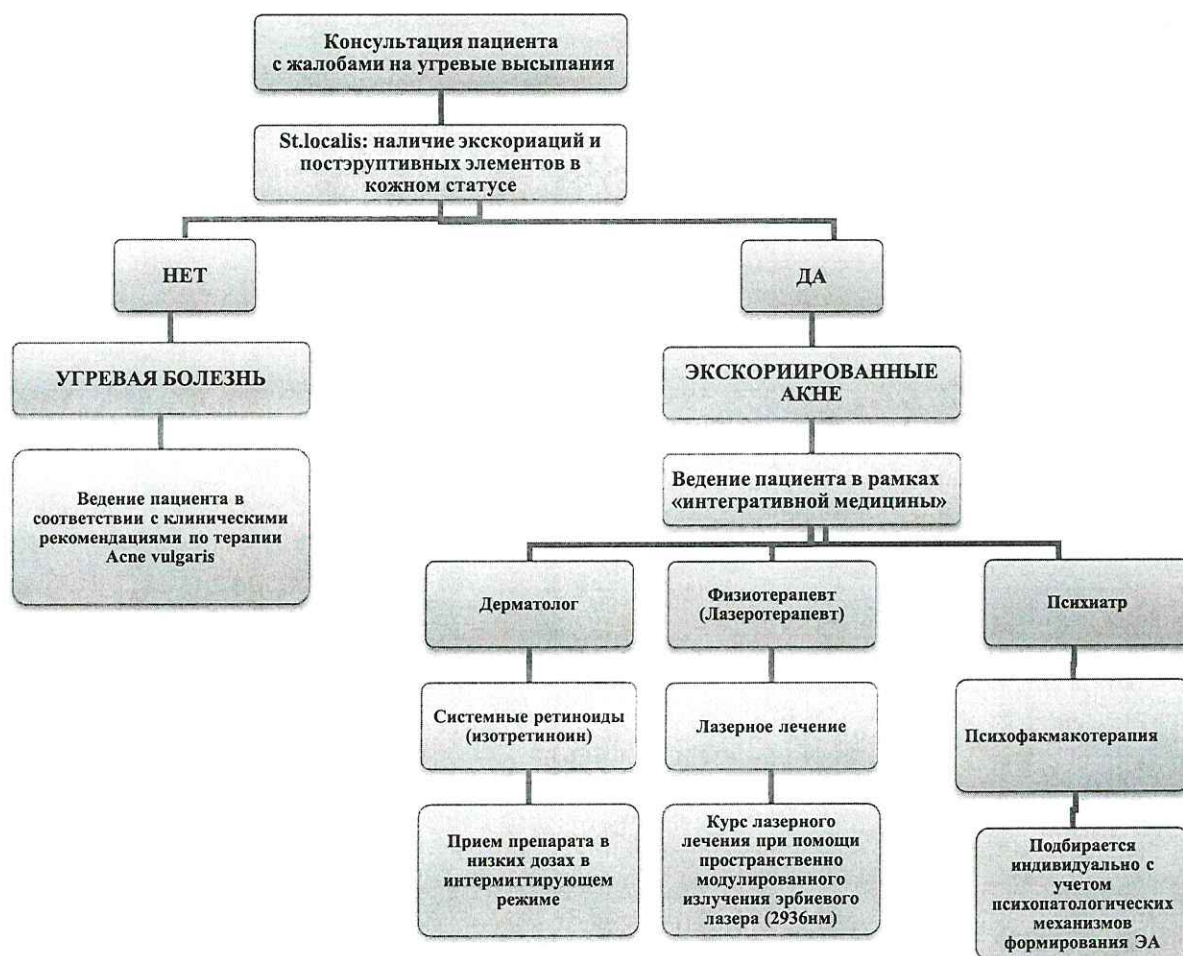


Рисунок 1 - Алгоритм ведения пациентов с ЭА

При наличии эксфолированных акне рекомендуется назначение изотретиноина в низких дозах по интермиттирующей схеме. Данная схема применения изотретиноина

позволяет с одной стороны достигнуть выраженного терапевтического результата в терапии угревой болезни, с другой стороны позволяет нивелировать риск развития побочных эффектов от действия препарата, а также расширяет возможность применения препарата у пациентов, которым прием препарата в классических дозах противопоказан.

Психиатр проводит оценку психосоматического состояния больного на предмет сопряженных с ЭА психических расстройств, выставляет синдромальный диагноз и выполняет подбор необходимых психокорректирующих методов лечения в соответствии с лежащими в основе аутодеструктивных действий психопатологических механизмов формирования аутодеструктивного поведения больного.

Для лечения эксфолиации, коррекции пострэптивных элементов, а также профилактики формирования рубцов-постакне пациент направляется на консультацию к врачу физиотерапевту (лазеротерапевту). Пациенту рекомендуется проведение курса лазерного лечения при помощи пространственно модулированного излучения эрбиевого лазера (2936нм).

5.1. Терапия системными ретиноидами (изотретиноина) в режиме низких доз

Препараты изотретиноина применяются в низких дозах по интермиттирующей схеме. В зависимости от производителя препарата доза изотретиноина может быть 8 мг или 10 мг. Кратность приема препарата по интермиттирующей схеме: 1-4 неделя прием ежедневно, 5-8 неделя прием 5 дней в неделю, 9-12 неделя прием 3 раза в неделю, 13-16 неделя прием 2 раза в неделю, 17-20 неделя прием 1 раз в неделю. Длительность приема составляет 5 месяцев [5] (рисунок 2).

Системные ретиноиды			Режим приема	
Действующее вещество	Доза в сутки		Длительность (недели)	Кратность приема (количество дней в неделю)
Изотретиноин	8 мг	➔	1-4 неделя	Ежедневно
			5-8 неделя	5 дней
	9-12 неделя		3 дня	
	13-16 неделя		2 дня	
	17-20 неделя		1 день	
	10 мг			

Рисунок 2 - Режим применения изотретиноина в интермиттирующем режиме в низких дозах

Противопоказания к назначению препарата: беременность, период кормления грудью, печеночная недостаточность, гипервитаминоз А, выраженная гиперлипидемия, сопутствующая терапия тетрациклинами, повышенная чувствительность к препарату или его компонентам, детский возраст до 12 лет. С осторожностью препарат назначают при сахарном диабете, нарушении липидного обмена, ожирении, алкоголизме.

Беременность – абсолютное противопоказание для терапии изотретиноином. Пациенты должны принимать адекватные методы контрацепции в течении курса приема препарата. Перед началом терапии пациенты женского рода должны сделать тест на наличие беременности.

Перед началом терапии необходимо провести исследование биохимических параметров крови, включающих АСТ, АЛТ, билирубин, креатинин, холестерин, триглицериды, щелочную фосфатазу, ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП.

В процессе терапии рекомендуется контролировать функцию печени через 1 месяц после начала лечения, а затем каждые три месяца.

5.2. Лазерное лечение

Лазерные методы назначаются пациентам с ЭА для коррекции постэруптивных элементов, рубцов, а также с целью ранней профилактики риска формирования симптомокомплекса постакне.

Для проведения лазерного лечения применяется лазерной платформе Multiline, оснащенная излучателем эрбий со SMA-модулем (Er:YAG + SMA модуль) (ISO 9001:2015, регистрационное удостоверение РФ №ФСЗ 2010/08046). Излучение эрбиевого лазера (2936нм) пространственно модулируется таким образом, чтобы на обрабатываемой поверхности образовалась упорядоченная структура максимумов и минимумов плотности энергии. Выбор оптимальных значений плотности энергии от 2 до 3 Дж/см² и оптимальной длительности импульса позволяет получить локальные области микроабляции с глубиной абляции не больше толщины эпидермиса. Плотность микроразрушения составляет до 10 000 на см². В результате микроабляции происходит формирование акустических волн. Особенностью метода является не термическое воздействие на ткани, а интерференционное акустическое микротравмирование ткани, что позволяет его одномоментное применение с препаратами изотретиноина.

Протокол проведения процедуры. Процедура воздействия эрбиевым лазером проводится в положении пациента лежа на кушетке в помещении лазерного кабинета, соответствующего требованиям СанПиН. Кожа в области обработки очищается, обрабатывается 20%-м водным раствором «хлоргексидина», тщательно высушивается. На глаза пациенту надевают защитные свинцовые очки. Параметры воздействия: лазерный излучатель эрбий (Er:YAG) с длиной волны 2936 нм, оснащенный SMA-модулем, диаметр насадки 5мм, энергия импульса 0,1 - 2 Дж, частота следования импульсов 2-3 Гц, длительность импульса 0,1 - 0,3мс, плотность энергии 2-3 Дж/см.кв. Обработка поверхности проводится в сканирующем режиме с перекрытием пятен на 1/3 в один проход. Время воздействия: 5-20 минут.

После процедуры пациенту рекомендуется не травмировать зону обработки в течение 3 дней, избегать воздействия УФ-излучения в течение двух недель, исключить посещение бани, сауны в течение двух недель.

Процедура назначается курсом, включающим 3 процедуры. Интервал между процедурами составляет 2 месяца.

5.3. Психотерапия

Важным аспектом терапии пациентов с ЭА является рекомендация консультации врача-психиатра. Пациентов необходимо обследовать на предмет сопряженных с ЭА психических расстройств с последующим подбор психокорректирующих методик, направленных на редукцию наиболее очевидных «поведенческих расстройств» – саморасчесов.

Психотропных препараты применяются по показаниям в соответствии со спецификой кожной патологии и психосоматическими особенностями ЭА.

Психотерапевтические средства назначаются дифференцированно в зависимости от психопатологической структуры симптомокомплекса, лежащего в основе аутодеструктивных действий пациента – *компульсивного, импульсивного, сверхценного* [13].

При компульсивных ЭА в качестве базисных препаратов назначают Алимемазин 5-10 мг в сутки или Кветиапин 25-75 мг в сутки, а в качестве дополнительных препаратов назначают Пароксетин 20-40 мг в сутки или Эсциталопрам 10-20 мг в сутки.

При импульсивных ЭА в качестве базисных препаратов назначают Алимемазин 10-15 мг в сутки или Кветиапин 50-200 мг в сутки, а в качестве дополнительного препарата назначают Перициазин 1-10 мг в сутки.

При сверхценных ЭА назначают Рисперидон 2-6 мг в сутки (таблица 2).

Таблица 2 - Дифференцированная психотерапия в зависимости от клинической структуры психопатологического симптомокомплекса

Компульсивные ЭА	Импульсивные ЭА	Сверхценные ЭА
Базисные: Алимемазин (5-10мг) Кветиапин (25-75мг)	Базисные: Алимемазин (10-15мг) Кветиапин (50-200мг)	Базисные: Рисперидон (2-6мг)
Дополнительные: Пароксетин (20-40мг) Эсциталопрам (10-20мг)	Дополнительные: Перициазин (1-10мг)	

Общая длительность комбинированной терапии ЭА индивидуальна и составляет от 5 до 6 месяцев.

5.4. Косметический уход за кожей

Подбор косметических средств для ежедневного домашнего ухода производится индивидуально с учетом особенностей кожи пациента. Предпочтение следует отдавать средствам лечебно-профилактической косметики, разработанной для ухода за проблемной кожей. Следует исключить использование абразивных веществ, спиртосодержащих лосьонов и жирных кремов и мазей. В солнечный период рекомендуется применение кремов с SPF 30, 50.

Пациентам рекомендовано соблюдение диеты (исключить газированные напитки, сладкое, шоколад, трансжиры, цельное молоко, фаст-фуд, мучную продукцию), питаться регулярно и правильно.

6. Примеры применения технологии

Пример №1. Пациентка А., 28 лет. Диагноз: Экскориированные акне средней степени тяжести. Сопутствующая соматическая патология: хронический гастрит. По характеру с детства была тревожная, обстоятельная, аккуратная. Анамнез заболевания: считает себя больной с 16 лет, когда впервые появились высыпания. С 20 лет в области высыпаний начала испытывать неприятные ощущения в виде выбухания, «подзуживания», стала «счесывать» элементы сыпи. Не могла остановиться, пока полностью не «выровняет» кожу, не добьётся кажущейся гладкости. Неоднократно консультирована дерматологом, в разное время проводилась терапия наружными препаратами ретиноидов, антибиотиками, химическими пилингами, чистками. Отмечала лишь временное улучшение.

Дерматологический статус: кожный патологический процесс симметричный, локализован на щеках, представлен умеренным количеством закрытых комедонов, расположенных на неизменной коже, единичными папулами, множественными эксфолиациями, рубцами различной степени зрелости, застойными поствоспалительными пятнами.

Психический статус. Жалуется на невозможность противостоять «привычке» расчесывать и выдавливать элементы акне. Сообщает, что каждый раз чувствует новый «прыщ» как «вулкан, возвышающийся над поверхностью», «ноющий», «зудящий», «требующий, чтобы его убрали». Осознает болезненный характер собственных действий, однако говорит, что попытки противостоять им вызывают усиление тревоги, нарастание ощущений в области высыпаний. Непродолжительное облегчение испытывает лишь после расчесов и выдавливания, когда на время восстанавливается чувство «гладкости», «правильности» кожи.

Уровень тревоги по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS - 10 баллов. Заключение: Компульсивные ЭА.

Пациентке назначена комплексная терапия:

1. Препараты изотретиноина по схеме: 8 мг в сутки в один прием в течение 4 недель; затем 8 мг каждые 5 дней в неделю в течение 4 недель; затем 8 мг каждые 3 дня в неделю в течение 4 недель; затем 8 мг каждые 2 дня в неделю в течение 4 недель; затем 8 мг один раз в неделю в течение 4 недель. Длительность приема 5 месяцев.
2. Осуществлено воздействие на постэруптивные элементы (рубцы, эксфолиации, застойные пятна) при помощи пространственно модулированного излучения эрбиевого лазера (Er/YAG) с длиной волны 2936 нм. Проведено 3 процедуры. Интервал между процедурами составил 2 месяца.
3. Проведена психофармакотерапия: пароксетин 20 мг/сутки утром в течение 2 мес, алимемазин 5 мг на ночь.

После применения предлагаемой технологии лечения отмечалась положительная динамика. Комедоны, застойные пятна, эксфолиации регрессировали; мелкие рубцы регрессировали, глубокие рубцы уменьшились в диаметре, их глубина значительно уменьшилась. Новых высыпаний, эксфолиаций нет. Уровень тревоги по HADS снизился до 5 баллов. У пациентки была констатирована клиническая ремиссия. Наблюдение пациентки в течение 16 месяцев показало отсутствие рецидива.

Пример №2. Пациентка В., 26 лет. Диагноз: Угревая болезнь папулопустулезная форма, легкой степени тяжести, эксфолиированные акне. Сопутствующая соматическая патология не выявлена. По характеру с детства демонстративная, обидчивая, плаксивая, склонная к перепадам настроения, внезапным неожиданным «выходкам». Часто ссорилась со сверстниками и родителями, устраивала истерики, скандалы.

Анамнез заболевания: считает себя больной с 15 лет, когда впервые появились высыпания. В этот же период изменилась по характеру – стала более раздражительная,

конфликтная, вспыльчивая. Могла «выместить злость» на младшей сестре, ударить ее, в сердцах – сломать что-то из вещей.

На этом фоне в 16 лет стала расчесывать и выдавливать элементы угревой сыпи, испытывая в области акне «нестерпимый» зуд, словно «иглы прокалывают кожу изнутри». К 18 годам годам клиническая картина ухудшилась, несмотря на проводимое дерматологическое лечение. Из проводимого лечения применяла наружные мазевые препараты, антибиотикотерапию внутрь, чистки, химические пилинги, методы нетрадиционной терапии, гирудотерапию. От приема препаратов изотретиноина отказалась из-за развития выраженных побочных явлений (сухость, жжение, раздражение, гиперемия и шелушение кожи).

Дерматологический статус: кожный патологически процесс симметричный, локализован на щеках, подбородке, висках, представлен множеством папуло-пустул, закрытых комедонов, единичными инфильтратами, эксориациями, рубцами различной степени зрелости.

Психический статус. Жалуется на мучительный зуд в области угрей, напоминающий прокалывающие ощущения, словно что-то прорывается изнутри кожи, пронизывая ее насквозь. Во время приступов таких ощущений не в состоянии сдержаться – «словно теряя над собой контроль», в состоянии гнева раздражает высыпания, не может успокоиться, пока не пойдет кровь. Лишь после этого испытывает не только временное облегчение, но и удовольствие, которое сравнивает с утолением жажды. Сообщает, что ощущения возникают приступами, часто вечером, из-за чего долго не может уснуть. Жалуется на подавленность, плаксивость, раздражительность. Аппетит не снижен. По шкале общего клинического впечатления CGI-S выраженность дисфории – 5 баллов. По госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS выраженность депрессии – 17 баллов.

Заключение: Импульсивные ЭА.

Пациентке назначена комплексная терапия:

1. Препараты изотретиноина по схеме: 8 мг в сутки в один прием в течение 4 недель; затем 8 мг каждые 5 дней в неделю в течение 4 недель; затем 8 мг каждые 3 дня в неделю в течение 4 недель; затем 8 мг каждые 2 дня в неделю в течение 4 недель; затем 8 мг один раз в неделю в течение 4 недель. Длительность приема 5 месяцев

2. Осуществлено воздействие на постэруптивные элементы (рубцы, эксориации, застойные пятна) при помощи пространственно модулированного излучения эрбиевого лазера (Er/YAG) с длиной волны 2936 нм. Проведено 3 процедуры. Интервал между процедурами составил 2 месяца

3. Проведена психофармакотерапия: кветиапин до 50 мг/сутки на ночь (титрация дозы в течение недели с 12,5 мг), перициазин по 1 мг 2 раза/сутки.

Длительность лечения – 5 мес. После применения предлагаемого способа лечения отмечалась достоверная положительная динамика. Папулопустулы, комедоны, застойные пятна, эксориации регрессировали; мелкие рубцы регрессировали, глубокие рубцы уменьшились в диаметре, их глубина значительно уменьшилась. Новых высыпаний, эксориаций не появлялось. Дисфория редуцировалась, балл депрессии по HADS снизился до 6. У пациентки была констатирована клиническая ремиссия. Наблюдение пациентки в течение 20 месяцев показало отсутствие рецидива.

Пример №3. Пациентка Э., 38 лет. Диагноз: Эксориированные акне. Сопутствующая соматическая патология: хронический гастрит.

По характеру с детства сдержанная, «себе на уме», деятельная, практичная, целеустремленная. В то же время – скупая на эмоции, «отстраненная», в том числе от родственников, склонная «держат переживания в себе». Стремилась преуспеть в учебе, быть всегда первой, прежде всего «для себя самой», «для самоуважения», а не ради одобрения окружающих. С подросткового возраста особое значение придавала внешнему виду – стремилась поддерживать идеальный «строгий образ серьезной леди», что

касалось и состояния кожи, за которой регулярно ухаживала, не только посещая косметологов, но и самостоятельно.

Анамнез заболевания: считает себя больной с 22 лет, когда впервые появились единичные угревые элементы, которые сразу начала удалять, воспринимая их как постоянно «мешающую жить катастрофу». Беспокоят рубцовые изменения и застойные пятна на месте удаленных образований. Неоднократно консультирована дерматологами и смежными специалистами; назначенная терапия, со слов больной, эффекта не дала. Применяла наружные мазевые препараты, косметический уход и химические пилинги.

Дерматологический статус: кожный патологический процесс симметричный, локализован на щеках, подбородке, висках. Представлен множеством эксфолиаций, рубцами различной степени зрелости, застойными пятнами, единичными папулами.

Психический статус. Жалуется на «уродующие» прыщи, в связи с которыми не чувствует себя полноценным человеком. Говорит, что нисколько не озабочена мнением окружающих о косметическом дефекте, тогда как небезупречное состояние кожи лица влияет на самовосприятие, «рушит» собственный идеальный образ. Несмотря на легкую степень акне в виде единичных элементов, называет их катастрофой, заявляет о необходимости «полного очищения» кожи. Говорит, что выдавливает акне для восстановления красоты лица, которое теперь не соответствует внутреннему «виртуальному образу». Кроме того, жалуется на подавленность, тоскливое настроение, неотвязные размышления о «безвозвратно потерянном лице», усиливающие вечером, мешающие уснуть. Сообщает, что никаких неприятных ощущений в области акне не испытывает, даже при их выдавливании часто «словно не чувствует боли» - «душевная боль из-за них сильнее».

Выраженность сверхценного комплекса по CGI-S – 5 баллов, депрессии по HADS – 16 баллов. Заключение: ЭА со сверхценным комплексом ипохондрии красоты.

Пациентке назначена комплексная терапия:

1. Препараты изотретиноина по схеме: 8 мг в сутки в один прием в течение 4 недель; затем 8 мг каждые 5 дней в неделю в течение 4 недель; затем 8 мг каждые 3 дня в неделю в течение 4 недель; затем 8 мг каждые 2 дня в неделю в течение 4 недель; затем 8 мг один раз в неделю в течение 4 недель. Длительность приема 5 месяцев.

2. Осуществлено воздействие на постэруптивные элементы (рубцы, эксфолиации, застойные пятна) при помощи пространственно модулированного излучения эрбиевого лазера с длиной волны 2936 нм. Проведено 3 процедуры. Интервал между процедурами составил 2 месяца.

3. Психотерапия: рисперидон 2 мг/сутки утром (титрация дозы с 0,5 мг в течение недели).

Длительность лечения – 5 мес. После применения предлагаемого способа лечения отмечалась достоверная положительная динамика. Папулопустулы, комедоны, застойные пятна, эксфолиации регрессировали, мелкие рубцы регрессировали, глубокие рубцы уменьшились в диаметре, их глубина значительно уменьшилась. Новых высыпаний, эксфолиаций нет. Выраженность сверхценного комплекса по CGI-S снизилась до 2 баллов, депрессии по HADS – до 4 баллов. У пациентки была констатирована клиническая ремиссия. Наблюдение пациентки в течение 24 месяцев показало отсутствие рецидива.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В методических рекомендациях освещены особенности клинической картины ЭА, варианты течения заболевания, коморбидности дерматологического заболевания акне с психическими расстройствами, обоснована необходимость ведения пациентов в рамках интегративной медицины и комплексного подхода к лечению.

Освещена классификация степени тяжести эксориированных акне (СТЭА) с учетом выраженности клинических проявлений, локализации и распространенности кожного процесса.

Подробно описаны три психопатологических механизма формирования ЭА и даны рекомендации по подбору терапии.

Разработана технология комбинированной терапии пациентов с эксориированным акне низкими дозами изотретиноина в сочетании с эрбиевым лазером и психокорригирующим воздействием.

Технология заключается в том, что пациентам с эксориированными акне назначается комплексная терапия с одномоментным пероральным приемом изотретиноина в низких дозах по интермиттирующей схеме, воздействием на очаги поражения пространственно модулированным излучением эрбиевого лазера (Er/YAG) с длиной волны 2936 нм и психокорригирующим воздействием (по показаниям). Препараты изотретиноина применяются по схеме: 8 мг в сутки независимо от массы тела в один прием в течение 4 месяцев; затем 8 мг каждые 5 дней в неделю; затем 8 мг каждые 3 дня в неделю; затем 8 мг каждые 2 дня в неделю; затем 8 мг один раз в неделю, при этом ступенчатая коррекция дозы осуществляется ежемесячно. Лазерное воздействие осуществляется при помощи пространственно модулированного излучения эрбиевого лазера с длиной волны 2936 нм, энергией импульса 0,1 - 2 Дж, частотой следования импульсов 2-3 Гц, длительностью импульса 0,1-0,3 мс, плотностью энергии 2-3 Дж/см², обработкой поверхности в сканирующем режиме с перекрытием пятен на 1/3 в один проход; время воздействия лазера составляет 5-20 минут; курс - 3 процедуры, проводимых с интервалом 2 месяца. Психокорригирующее воздействие на пациентов осуществляется по показаниям дифференцированно, в зависимости от психопатологической структуры симптомокомплекса, лежащего в основе аутодеструктивных действий (компульсивный, импульсивный, сверхценный). Общая длительность терапии с использованием способа индивидуальна и составляет от 5 до 6 месяцев.

Терапия оказывает выраженный противоугревой, противовоспалительный, дерматопротективный эффект, а также локальное воздействие на постакне, существенно снижает риск аутоагрессивного поведения и формирования эстетических дефектов кожи, обеспечивает повышение эффективности лечения ЭА, способствует увеличению периода ремиссии, снижению частоты рецидивов, приводит к значительному улучшению качества жизни пациентов.

В 2019 году технология была защищена патентом на изобретение № 2699061 «Способ лечения эксориированных акне» (авторы: Потекаев Н.Н., Львов А.Н., Жукова О.В., Игошина А.В., Романов Д.В., Фриго Н.В.).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Игошина, А.В. Комплексная терапия эксфолированных акне с применением пространственно-модулированного излучения эрбиевого лазера / Игошина А.В., Львов А.Н. // Сборник тезисов XI Международный форум дерматовенерологов и косметологов IFDC. - 2018. - С. 75-76.
2. Игошина, А.В. Перспективы применения лазерных технологий и изотретиноина в терапии эксфолированных акне / Игошина А.В., Львов А.Н. // Сборник тезисов XII Международный форум дерматовенерологов и косметологов IFDC. - 2019. - С. 36-37.
3. Куршакова, Е.М. Сущностные отличия системы санаторного и поликлинического восстановительного лечения больных индуративной и эксфолированной формой акне: диссертации к.м.н. - М., 2011. – 149 с.
4. Львов, А.Н. Дерматозы, коморбидные с психическими расстройствами: классификация, клиника, терапия и профилактика. // дисс. док. мед. наук. - М., 2006. - 226 с.
5. Львов, А.Н. Перспективы в терапии акне: аналитический обзор / Львов А.Н., Корняк М.С., Игошина А.В., Назаренко А.Р. // Клиническая дерматология и венерология. - 2019. - т.18. - №2. - С. 115-128.
6. Матюшенко, Е. Н. Дисморфофобия в дерматологической практике (аспекты клиники, типологии и терапии): автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Матюшенко Екатерина Николаевна. – М., 2013. – 24 с.
7. Потекаев, Н.Н. Психосоматические расстройства и качества жизни при хронических дерматозах фасциальной локализации и их динамика на фоне применения медицинского камуфляжа / Потекаев Н.Н., Львов А.Н., Жукова О.В., Хлыстова, М.А. Кочетков, А.В. Игошина // Клиническая дерматология и венерология - 2017. - 16(5). - С. 58-72.
8. Потекаев, Н.Н., Аравийская Е.А., Соколовский Е.В., Красносельских Т.В. Акне и розацеа. - М, 2007. – 216 с.
9. Потекаев, Н.Н., Круглова ЛС. Лазеры в дерматологии и косметологии. - М.: МДВ, - 280 с.
10. Романов, Д.В. Психические расстройства в дерматологической практике. - Дисс. док. мед. наук. - М. 2014. - 353 с.
11. Романов, Д.В. Психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова в отсутствие дерматологической патологии: лекции по психосоматике / Романов Д.В; Под общ. ред. Смулевича А. - М.: Медицинское информационное агенство, 2014. - С. 176-192.
12. Самгин, М.А., Львов А.Н., Потекаев Н.С. и др. // Росс журн кожн вен бол 2002; 3: 60–65; Geiger JM; Saurat JH // Dermatol Clin, 1993 Jan, 11;1: 117–29.
13. Смулевич, А. Б. Психические расстройства в клинической практике / А.Б. Смулевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 720 с.; Смулевич, А. Б. Ипохондрия sine materia как психосоматическая проблема (на модели ипохондрических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова) / А. Б. Смулевич, И. Ю. Дороженок, Д. В. Романов, А. Н. Львов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. –2012. – №1.
14. Смулевич, А.Б. Дерматозойный (зоопатический) бред. / А.Б Смулевич, В.А. Концевой, И.Ю. Дороженок, А.Н. Львов, В.И. Фролова // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004. - №6. - С. 267-269.
15. Смулевич, А.Б. Психопатология психических расстройств в дерматологической клинике (модель психической патологии, ограниченной пространством кожного покрова) / Смулевич А.Б., Дороженок И.Ю., Романов Д.В., Львов А.Н. // Психические расстройства в общей медицине. - 2012. - №1. С.4-14.

16. Смулевич, А.Б., Львов А.Н., Иванов О.Л. Патомиии: психопатология аутоагрессии в дерматологической практике. - М. 2012. - 149с.
17. Терентьева, М.А. Невротические эксориации в рамках психических расстройств (клиника, патопсихология, терапия): дис. канд. мед. наук: Терентьева Марина Алексеевна. – М., 2007. – 163 с.
18. Тхостов, А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.
19. Bienvenu, OJ, Samuels JF, Wuyek LA, Liang KY, Wang Y, Grados MA, Cullen BA, Riddle MA, Greenberg BD, Rasmussen SA, Fyer AJ, Pinto A, Rauch SL, Pauls DL, McCracken JT, Piacentini J, Murphy DL, Knowles JA, Nestadt G: Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychol Med* 2012; 42:1–13.
20. Burt, V. K. Impulse control disorders not elsewhere classified : Comprehensive Textbook of Psychiatry / V. K. Burt, J. W. Katzman; B.J. Sadock, V.A. Sadock (eds.). – Edn. 6th. – Baltimore: Williams & Wilkins, 2000. – P. 1701—1713.
21. Capriotti, M. R., Ely, L. J., Snorrason, I., & Woods, D. W. Acceptance-Enhanced Behavior Therapy for Excoriation (Skin-Picking) Disorder in Adults: A Clinical Case Series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2015, 22(2), 230–239.
22. Flessner, CA, Woods DW: Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking. *Behav Modif* 2006; 30:944–963
23. Geiger, JM; Saurat JH // *Dermatol Clin*, 1993 Jan, 11;1: 117–29.
24. Grant, JE, Menard W, Phillips KA: Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28:487–493.
25. Grant, J. E. Impulse-control disorders in adolescent psychiatric inpatients: co-occurring disorders and sex differences / J. E. Grant, K. A. Williams, M. N. Potenza // *J. Clin. Psychiatr.* – 2007. – №68. – P. 1584-1592.
26. Harth, W., Gieler U., Kusnir D., Tausk F.A. *Clinical Management in Psychodermatology* 2009.-298p.
27. <https://www.aad.org/member/practice/clinical-quality/guidelines/acne>.
28. Ladee, G. A. *Hypochondriacal syndromes.* / Amsterdam – London – New-York. – 1966
29. Lvov, A.N. Experience of complex therapy of acne excoriee / Igoshina A.V., Michenko A.V., Lvov A.N., Kornyat M.A., Frigo N.V. // *Acta Dermato-Venerologica* // ABSTRACTBOOK / 18th Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry. - 2019. - Volume 99. - №. 8. - p.736.
30. Neziroglu, F, Rabinowitz D, Breytman A, Jacofsky M: Skin picking phenomenology and severity comparison. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008; 10:306–312.
31. Prado, H. S. Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and tic disorders: a review of the literature / H. S. Prado, M. C. Rosário, J. Lee // *CNS Spectr.* – 2008. – №13(5). – P. 425-432.