

V Юбилейная междисциплинарная
научно-практическая конференция

*«Современные методы диагностики,
лечения кожных заболеваний и инфекций,
передаваемых половым путем»,
посвященная 140-летию создания
Казанской дерматовенерологической школы
и 170-летию со дня рождения ее
основателя - Александра Генриховича Ге*



29 марта 2012 г.
г. Казань

КОРРЕКЦИЯ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ КАПИЛЛЯРОВ ПРИ РОЗАЦЕА НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ МЕТОДОМ «ТРЕНИНГА СОСУДОВ»

К.А. САМОДЕЛКИНА, Н.Г. КОРОТКИЙ, Т.В. МАЯЦКАЯ

*Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО
РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздравсоцразвития России, зав. кафедрой проф.
Н.Г. Короткий, АНО НИЦ «Косметология», г. Москва.*

Розацеа представляет собой хроническое кожное заболевание неизвестной этиологии, поражающее преимущественно центральную область лица, характеризующееся периодами ремиссий и обострений. В современном мире распространенность розацеа составляет 10% среди всего населения земли. Доля розовых угрей в России, среди всех дерматологических диагнозов, около 5%, но по данным косметологической сферы, эта цифра значительно выше - 20,6%. Особо предрасположены к заболеванию популяции, проживающие в средних и северных районах со светочувствительностью кожи 1 и 2 типов (по Фитцпатрику). Розацеа имеет прямую корреляцию с ранней диагностикой заболевания, что чаще зависит от степени экономического развития страны. Не имеет прямую зависимость от пола и достигает расцвета в возрасте 40-50 лет. В детском возрасте розацеа встречается редко. Так, признаки заболевания в виде лицевой гиперемии встречаются у 1,65% подростков 12-20 лет, более тяжелые стадии розацеа встречаются редко в педиатрической популяции.

Этиология розацеа до конца не изучена. В течение нескольких десятилетий предлагаются все новые гипотезы, касающиеся этиопатогенетического аспекта данного заболевания, часто носящие взаимоисключающий характер. Большое количество работ авторов связывают возникновение розацеа с нарушениями в дермальном матриксе, действием микроорганизмов, например, *Demodex folliculorum* и *Helicobacter pylori*, генетической предрасположенностью, воспалительным процессом и нарушениям в работе иммунной системы, а так же факторами окружающей среды.

Однако существенную роль в патогенезе розацеа большинство исследователей отводят сосудистым нарушениям. Патология капилляров кожи может быть связана с несколькими факторами, которых объединяет один результат – стойкое расширение сосудов кожи и в последующем стаз крови, что клинически проявляется эритемой и телеангиоэктазиями.

Возможно, сосудистые нарушения связаны с усилением кровообращения в сосочковом слое дермы. Под воздействием нейро-гуморальных механизмов происходит усиление кровотока в области лица. Эритема возникает преимущественно в центральной части лица, что связано с большим количеством капилляров в этой области и с их более поверхностным расположением, по сравнению с другими областями. Регулярное появление эритемы приводит к потере сосудистого тонуса, а в последующем к дилатации капилляров кожи и лимфатических сосудов.

На тонус сосудистой стенки оказывает влияние и состояние гормонального фона, в частности, эстрогены, воздействуя на 2-адрено-рецепторы, провоцируют вазоконстрикцию, что наблюдается в виде приливной эритемы в климактерический период.

Считается, что при нарушении мозгового кровообращения, происходит нарушение кровообращения и в бассейне *venae facialis sive angularis*, развивается венозный стаз. Кроме того, у пациентов с розацеа отмечена дестабилизация вегетативной нервной системы на уровне ее центральных представительств (гипоталамусе), сниженный уровень нейропептидов приводит к снижению общего сосудистого тонуса и нарушению периферической микроциркуляции в области лица.

Kligman и другие считают, что розацеа - это сосудистое нарушение, которое дебютирует в качестве проходящей эритемы, возникающей в результате повреждения дермального матрикса, а именно эластола, коллагеноза и увеличения количества глюкозамингликанов. Кроме того, в результате длительной инсоляции возникает актинический эластоз, нарушение соединительнотканного каркаса дермы, в итоге - пассивное расширение сосудов лица и застой крови в них.

В исследованиях было доказано влияние УФВ (ультрафиолетовых лучей типа В) на выработку VEGF, который регулирует рост кровеносных сосудов, способствует повышению проницаемости и вазодилатации сосудов, а также может также повышать уровень интерлейкина 8, играющего роль в развитии воспаления.

Выделяют так называемые «триггерные факторы», которые провоцируют возникновение начальных стадий розацеа и переход их в более тяжелую стадию. К таким факторам достоверно относятся алкоголь, горячие напитки, пряности, курение, ветер, холод, повышенная инсоляция, светочувствительность кожи 1 и 2 типов (по Фитцпатрику), розацеа в анамнезе у членов семьи.

Методы коррекции розацеа в условиях косметологического кабинета.

Пациенты с диагнозом розацеа часто обращаются и к косметологам, и к дерматологам. В связи с вводом новой специальности «дерматокосметолог» процент посещений дерматолога пациентами может снизиться, а косметолога - возрасти. Лечение и профилактика стадий прерозацеа и сосудистой розацеа могут осуществляться в условиях косметологического кабинета врачом-дерматокосметологом или медицинской сестрой по назначению врача и под его наблюдением и руководством. Более тяжелые стадии розацеа, такие как папуло-пустулезная, фимозная, гранулематозная или офтальморозацеа, нуждаются в дерматологическом, офтальмологическом или хирургическом лечении.

Эритематозно-телеагниоэктатический тип розацеа является наиболее трудным для лечения. Имеется мало доказательств того, что антибиотики для наружного или внутреннего применения успешны с целью коррекции эритемы и телеангиоэктазий.

Правильный уход за кожей с акцентом на профилактику развития более тяжелых стадий розацеа, приводит к улучшению сосудистой стенки и нормализации микроциркуляции, дополнительное применение соответствующих косметологических препаратов способствует уменьшению покраснения кожи. Назначение специализированного базового ухода приводит к нормализации микроциркуляции в области розацеа только у пациенток с эритематозной стадией розацеа, что приводит в итоге к положительной клинической динамике, снижению индекса тяжести заболевания.

Профессиональные косметические средства часто содержат в своем составе вещества, повышающие тонус капилляров кожи (ментол, экстракт конского каштана), укрепляющие сосудистую стенку (рутин, витамины С, К), противовоспалительные компоненты (экстракты ромашки, шалфея). Косметические средства могут содержать флавоноиды, аскорбиновую кислоту, витамин РР, витамин К, экстракты растений (конский каштан, апельсин, боярышник), которые улучшают состояние соудистой стенки и нормализуют микроциркуляцию.

Успешно использовался метод гирудотерапии в острой и подострой стадиях розацеа, а также в период реабилитации. Известен высокий эффект микротоквой терапии при коррекции эритематозной и папуло-пустулезной стадий розацеа. В целом, микротоки оказывают лимфодренажное действие, улучшают микроциркуляцию, ускоряют регенерацию тканей. Поверхностное применение хладоносителей стимулирует функциональную активность тканей, уменьшает отек, активизирует репаративные процессы. При криомассаже происходит первоначально вазоконстрикция, следом за которой следует вазодилатация всех сосудов (включая резервные) в зоне воздействия, что способствует притоку крови к коже и улучшает их трофику.

Несмотря на эффективность лазерных методик для коррекции телеангиоэктазий с точки зрения быстрого склерозирования сосудов, отмечается рецидив в виде появления новых патологически-расширенных сосудов через 6 недель, что требует повторного лечения. Кроме того, данные методы не учитывают патогенетические аспекты формирования розацеа и работают локально только с видимыми телеангиоэктазиями. При розацеа же наблюдаются нарушения микроциркуляции как в области кожи лица, так и в других областях, что указывает на системность сосудистых нарушений (непораженная кожа лица, кожа лица в области розацеа), что подтверждено данными доплерографических исследований. Лечение должно проводиться не только локальное, но и общее, со всей кожей лица.

Общепринятые стандарты косметологической помощи пациентам с розацеа на сегодняшний день отсутствуют.

Таким образом, отдельные методы коррекции в условиях косметологического кабинета имеют место быть, однако нет комплексных подходов с учетом основных патогенетических аспектов капилляропатий. Это свидетельствует о целесообразности разработки и внедрения в практику более эффективного, научно-обоснованного, этиопатогенетического комплексного метода коррекции розацеа эритематозно-телеангиэктатического подтипа,

состоящего из трех этапов: воздействие на систему нейро-регуляторного запуска капилляров, обеспечение физиологического кровотока и лимфооттока капилляров, использование ангиопротекторов, влияющих на этиопатогенетические особенности строения и функции капилляров.