

# Принципы ухода за кожей пациентов с розацеа

А.Г. Пашинян, Е.С. Шаповал, Д.Г. Джаваева, Г.Б. Арутюнян

## Principles of skin care for patients with rosacea

A.G. PASHINYAN, E.S. SHAPOVAL, D.G. DZHAVAYEVA, G.B. ARUTYUNYAN

об авторах:

А.Г. Пашинян — д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Е.С. Шаповал — аспирант кафедры дерматовенерологии лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Д.Г. Джаваева — ассистент кафедры дерматовенерологии лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Г.Б. Арутюнян — к.м.н., ассистент кафедры дерматовенерологии лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

В статье освещены вопросы вегетососудистых изменений при розацеа. Дана оценка эффективности и безопасности применения средств ухода за кожей пациентов с розацеа.

Ключевые слова: **розацеа, нарушение микроциркуляции, антикуперозный эффект.**

The article covers problems of vegetovascular changes in case of rosacea. The efficacy and safety of skin care products for rosacea patients were evaluated.

Key words: **rosacea, microcirculation disorders, anti-couperose effect.**

■ Розацеа — хроническое рецидивирующее заболевание, составляющее от 5 до 10% всех дерматозов с соотношением больных мужчин и женщин 1:4 [1, 2]. По данным Экспертного комитета Национального общества розацеа (США), в стране зарегистрированы 16 млн пациентов, что составляет примерно 6% от общей популяции [3].

По данным литературы, розацеа относится к ангионеврозам, обусловленным развитием функциональной недостаточности периферического кровообращения вследствие нарушения иннервации сосудов, рефлекторного спазма артериол и понижения тонуса венул. У больных розацеа в плазме крови обнаружена активация калликреин-кининовой системы, интенсивность активации которой коррелирует со степенью выраженности клинических проявлений дерматоза. Под действием брадикининов расширяются мелкие артериальные сосуды и прекапиллярные сфинктеры, при этом венулы и посткапиллярные сфинктеры остаются интактными или дилатируются [4, 5].

Рядом исследователей были выявлены морфологические изменения в эндотелии сосудов и нарушения микроциркуляции в коже у больных розацеа [6—8].

Отмечена строгая зависимость ультраструктурных изменений капилляров и их функций от форм заболевания [9].

В последнее время в патогенезе розацеа все чаще обсуждается значение вазоактивных пептидов и медиаторных веществ. Способность вызывать приливы принадлежит вазоактивным пептидам желудочно-кишечного тракта (пентагастрину, вазоактивному кишечному пептиду — VIP), а также ряду медиаторных веществ, таких как эндорфины, брадикинин, серотонин, гистамин и субстанция P. Наиболее значимым пептидом является сосудистый эндотелиальный фактор роста (vascular endothelial growth factor — VEGF), выделенный в 1989 г. французским медиком Наполеоном Феррара как гепаринсвязывающий ангиогенный фактор роста, в 50 000 раз превосходящий активность гистамина и оказывающий выраженное митогенное воздействие на эндотелиальные клетки, вызывающий расширение и формирование новых сосудов [10, 11].

В настоящее время существует несколько классификаций розацеа, выделяющих различные стадии и формы заболевания, в том числе розацеа-диатез,

эритематозно-телеангиэктатическая, папулопустулезная, пустулезно-узловатая и др. В 2002 г. Экспертный комитет Национального общества розацеа (США) выделил следующие подтипы розацеа, которые могут сочетаться: эритемато-телеангиэктатический, папулопустулезный, фиматозный, окулярный. [3].

Несмотря на большое количество используемых методов лечения розацеа, по-прежнему существуют трудности в достижении стойкого терапевтического эффекта. Многочисленные способы лечения определяются многообразием этиологических и патогенетических факторов.

При эритематозной стадии розацеа выявляется резкое расширение и полнокровие капиллярного русла. Эндотелий капилляров или уплощенный или набухший, повышена проницаемость стенок сосудов.

Расширенные капилляры, выраженный сосудистый рисунок поддаются коррекции с помощью специальных топических препаратов при условии соблюдения адекватного социального режима. Необходимо, чтобы препараты давали гемодинамические эффекты, восстанавливая кровообращение и лимфодренаж, усиливали прочность капиллярной стенки и уменьшали ее проницаемость. Препараты должны повышать устойчивость тканей и эндотелия сосудов к гипоксии, снижать синтез провоспалительных простагландинов и противодействовать свободнорадикальным процессам.

Появление на коже сосудистых звездочек, сеточек расширенных капилляров требует специального лечения. В настоящее время применяются различные методики, зависящие от степени тяжести заболевания. Назначаются методы фототерапии, лазерное лечение, озонотерапия, химические пилинги, витаминные комплексы, содержащие цинк и витамины Р, К и С.

В ряде случаев достаточно использование косметологических средств для сверхчувствительной раздраженной кожи у пациентов с легкой и средней степенью розацеа, оказывающих керато-, себорегулирующее и противовоспалительное действие, уменьшающих яркость эритемы и расширенной капиллярной сети (тоники, сыворотки, кремы, маски), обладающих маскирующими корректирующими свойствами. При начальных стадиях заболевания назначают наружную терапию, а при среднетяжелых и тяжелых формах — системные препараты в сочетании с местными сосудуживающими лекарственными средствами.

Специалисты из дерматологической лаборатории Урьяж разработали специальную гамму РОЗЕЛЬЯН® для ухода за кожей, склонной к покраснениям.

Программа ухода включает в себя несколько этапов: тщательное очищение кожи лица, уменьшение имеющегося раздражения и воспаления, восстановление эпидермального барьера, увлажнение, укрепление стенок сосудов, сокращение расширенных капил-

ляров, использование средств, позволяющих камуфлировать диффузные покраснения.

Розацеа может развиваться на фоне нормальной, сухой, жирной или комбинированной кожи. Поэтому препараты для очищения и лосьоны нужно подбирать индивидуально, в соответствии с состоянием и типом кожи. При сухой коже рекомендуется использовать мягкие средства для очищения с противовоспалительными и восстанавливающими растительными экстрактами. Важно, чтобы мылящиеся вещества имели высокую степень очистки и не вызывали раздражение кожи. Для жирной кожи и при наличии папулопустулезных элементов используются средства с подсушивающим, антисептическим и противовоспалительным действием. При обезвоживании, шелушении, а также при большом количестве комедонов эффективны очистители с фруктовыми кислотами и сорбитолом, которые мягко растворяют загрязнения и отшелушивают только поверхностный слой роговых чешуек, не пересушивая кожу и не стимулируя повышенное ороговение. Для повседневной гигиены кожи, не переносящей классические очищающие средства, рекомендуется применять легкую эмульсию для очищения кожи Розельян. Она удаляет макияж с лица и контура глаз, успокаивает и смягчает кожу. Мягкая очищающая основа обогащена успокаивающими и расслабляющими экстрактами розы, календулы, мальвы и мимозы, а также смягчающими компонентами: масла карите и абрикосовых косточек, глицерин. Эмульсия не содержит мыла, имеет физиологический pH, легкую гелеобразную текстуру с тонким ароматом.

Крем для регулярного ухода за кожей пациента с розацеа должен одновременно обладать несколькими свойствами: сокращать капилляры, предотвращать раздражение и покраснение кожи; увлажнять, восстанавливать и осуществлять полноценный уход за кожей. Такими свойствами обладает крем против покраснений Розельян. Активные компоненты, защищающие стенки сосудов (красный виноград, зеленый чай), и расслабляющее действие сульфата декстрана улучшают микроциркуляцию и способствуют уменьшению красноты. Крем, обладающий смягчающими свойствами благодаря содержанию цветочного воска розы, и термальная вода Урьяж снимают ощущение жара, жжения, дискомфорта. Мягкий увлажняющий крем содержит перламутровые пигменты, слегка камуфлирующие участки эритемы.

Важной частью ухода за кожей пациента с розацеа является использование солнцезащитных средств.

Эффективность и безопасность специальной гаммы РОЗЕЛЬЯН® была подтверждена клиническими испытаниями и дерматологической практикой [12]. Препараты могут быть рекомендованы для лечения и в качестве средств для ежедневного ухода при локальных и распространенных формах розацеа. ■

---

---

### Литература

1. Berg M., Liden S. An epidemiological study of rosacea. *Acta Derm Venerol* 1989; 69 (5): 419—423.
2. Самцов А.В. Акне и акнеформные дерматозы. М: 2009.
3. Standart classification of rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and staging of Rosacea *J Am Acad Dermatol* 2002; 46 (4): 584—587.
4. Гущина Н.С., Корчевая Т.А. Акне, розацеа, демодекоз — дифференциальный диагноз. *Les Nouvelles Esthétiques* 2005; 4: 24—31.
5. Сницаренко О.В. Вазоактивные полипептиды при розацеа. *Вестн. дерматол. и венерол.*, 1989; 9: 42—44.
6. Рыжкова Е.Н. Клинико-морфологические особенности, патогенез и лечение розацеа. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1987.
7. Rebora A. Rosacea. *J Invest Dermatology* 2007; 88: 3: 56—60.
8. Черкасова М.В., Сергеев Ю.В. и соавт. Состояние системы гемостаза и показателей иммунитета больных розацеа. *Вестн. дерматол. и венерол.*, 1999; 6: 28—30.
9. Галкина О.А. Применение широкополосного интенсивного импульсного светового излучения при лечении пациентов с розацеа. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М: 2007.
10. Detmar M. The role of VEGF and trombospodins in skin angiogenesis. *J Dermatol Sci* 2000; 24 (Suppl): 78—84.
11. Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б. Крем розекс (0,75% метронидазол) при лечении больных розацеа. *Клин. дерм. и венер.*, 2009; 4: 49—53.
12. Kimura Y. et al. Rosacea *Br J Pharmacol.* 2006; 148 (6): 860—70.