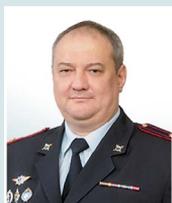


## **ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭРИТЕМАТО-ТЕЛЕАНГИЭКТАТИЧЕСКОГО ПОДТИПА РОЗАЦЕА**



**ПЕРЕВАЛОВА Е.Г.,**

к.м.н., врач высшей квалификационной категории, создатель и руководитель Клиники дерматологии и косметологии «MDElena», г. Москва, [mdelena@bk.ru](mailto:mdelena@bk.ru)



**ГЛАДЬКО О.В.,**

к.м.н., доцент, заместитель начальника ФКУЗ «Центральная поликлиника № 1 Министерства внутренних дел Российской Федерации», доцент кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (Росбиотех)», полковник вн. службы, [doccan@mail.ru](mailto:doccan@mail.ru)



**ЛАМОТКИН И.А.,**

д.м.н., профессор, заведующий кожно-венерологическим отделением ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» Минобороны России, профессор кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (Росбиотех)», заслуженный врач Российской Федерации, полковник мед. службы в отставке, [ilamotkin@mail.ru](mailto:ilamotkin@mail.ru)

**В** течение 6 лет под наблюдением находились 1200 пациентов с розацеа, среди них – 525 человек (43,8%) с эритемато-телангиэктатическим подтипом. **Иновационный патогенетический метод лечения этого подтипа розацеа, включающий в себя введение 1%-й гиалуроновой кислоты по особым активным точкам и применение 15%-й азелаиновой кислоты в виде пилинга, признан эффективным.**

**Ключевые слова:** эритемато-телеангиэктатический подтип розацеа, гиалуроновая кислота, азелаиновая кислота, патогенетический метод лечения.

### **INNOVATIVE METHOD OF TREATMENT OF ERYTHEMATOUS-TELANGIECTATIC SUBTYPE OF ROSACEA**

Perevalova E., Glad'ko O., Lamotkin I.

1200 patients with rosacea, including 525 (43.8%) – with erythematous-telangiectatic subtype were observed during 6 years. An innovative pathogenetic method of treatment of this subtype of rosacea which includes administration of 1% hyaluronic acid in particularly active areas and use of 15% azelic acid in the form of peeling is recognized efficient.

**Key words:** erythematous-telangiectatic subtype of rosacea, hyaluronic acid, azelaic acid, pathogenetic method of treatment.

#### **Введение**

Широкое разнообразие клинических форм розацеа вызывает споры при объяснении патогенеза данного заболевания. В настоящее время четкого понимания патофизиологии розацеа не существует. По данным литературы, потенциальную роль в развитии заболевания отводят таким патогенетическим факторам, как изменение

иммунного ответа на фоне повышенного количества антимикробных пептидов, активация витаминообразующей функции кератиноцитов при длительной экспозиции УФ-излучения, сосудистые нарушения, патология иммунной и эндокринной систем [1, 2, 3].

Кожа как орган иммунитета обеспечивает эффективную защиту посредством трех барьеров. При низком рН катионные белки с антимикробной активностью служат химическим щитом на поверхности кожи, при этом роговой слой образует начальный физиологический барьер, а эпидермальные кератиноциты образуют первый клеточный барьер против инфекционных агентов. Эти клетки вместе со специальными антиген-представляющими (лимфоцитами, тучными клетками, клетками Лангерганса, эозинофилами, моноцитами) образуют первую линию клеточного врожденного иммунитета кожи [4].

Несмотря на экзогенные или эндогенные причины возникновения заболевания, существенную роль в патогенезе розацеа большинство исследователей отводят сосудистым нарушениям. Одной из причин нарушения регионального кровообращения и микроциркуляции является эндотелиальная дисфункция, которая может приводить к спазму сосудов, усиленному тромбообразованию и адгезии лейкоцитов к эндотелию [5, 6].

Доказано, что при розацеа выявлены anomalies эндотелия капилляров, представленные его утолщением, разрывами базальной мембраны и недостаточностью плотным сочленением клеток эндотелиального слоя [7]. До конца не изучены участие системы гемостаза в патогенезе розацеа и взаимосвязь иммунных механизмов с клиническими характеристиками заболевания. Выяснение этих вопросов важно не только для раскрытия патогенеза, но и для разработки методов терапии и профилактики заболевания.

**Цель исследования**

Разработать инновационный способ патогенетической терапии у пациентов с эритемато-телеангиэктатическим подтипом розацеа путем введения гиалуроновой кислоты в особые зоны с точками активации.

**Материалы и методы**

Проведен анализ результатов наблюдения и лечения 1200 пациентов, которые проходили обследование в клинике дер-

матологии и косметологии «MDElena» в 2018–2023 гг. Выполнен анализ эффективности патогенетического лечения у 525 лиц с эритемато-телеангиэктатическим подтипом розацеа.

**Результаты и обсуждение**

За 2018–2023 гг. у пациентов клиники были диагностированы 5 подтипов розацеа. При анализе форм розацеа выяснено преобладание эритемато-телеангиэктатического (525 случаев – 43,8%), папуло-пустулезного (308 случая – 25,7%), фиматозного (142 случая – 11,8%), гранулематозного подтипов (42 случая – 3,5%) и офтальморозацеа (182 случая – 15,2%).

Поскольку данное исследование посвящено больным с эритемато-телеангиэктатическим подтипом розацеа, рассмотрим разные локализации поражения кожи у пациентов. В частности, были диагностированы:

- поражение лица – у 252 чел. (48%), среди которых 68 мужчин (58,64%) и 184 женщины (45%);
- поражение шеи – у 55 чел. (10,5%), среди них 8 мужчин (6,9%) и 47 женщин (11,5%);
- поражение декольте – у 70 больных (13,3%), среди которых 12 мужчин (10,4%) и 58 женщин (14,2%);
- поражение лица, шеи и декольте зафиксировано у 148 пациентов (28,2%), среди которых 28 мужчин (24,1%) и 120 женщин (29,3%).

Клиникой дерматологии и косметологии «MDElena» был разработан инновационный патогенетический метод лечения данного подтипа розацеа, который был применен всем 525 больным (патент Российской Федерации № 2811254).

**Обоснование патогенетического метода лечения эритемато-телеангиэктатического подтипа розацеа**

Новый метод лечения розацеа основан на введении гиалуроновой кислоты в особые зоны с точками активации. Курс лечения направлен на устранение патогенетических причин розацеа: ксероза, нарушений работы сальных желез, воспалительного процесса сосудов, нарушения липидной мантии, лимфостаза. Данный метод уникален тем, что он построен на комплексном патогенетическом подходе и направлен на устранение клинических признаков заболевания в рамках одного курса лечения.

**Эффекты достижения ремиссии эритемато-телеангиэктатического подтипа розацеа**

Стойкая ремиссия заболевания достигалась благодаря:

- увлажнению кожи на уровне эпидермиса и дермы, устранению сухости кожи (эффект достигается за счет гидрофильных свойств введенной гиалуроновой кислоты);

- уменьшению выработки себума в сальных железах (по типу обратной связи: как только восстанавливается гидрорезерв кожи, происходит уменьшение секреции себоцитами кожного сала);

- снятию воспалительного процесса сосудистого компонента кожи (эффект достигается за счет ангиопротективного действия гиалуроновой кислоты; высокая эффективность ангиопротективного влияния наблюдается при введении гиалуроната натрия в специальные точки);

- восстановлению защитных свойств кожи (эффект достигается за счет восстановления липидной мантии при комплексном воздействии гиалуроновой и молочной кислот, которые оказывают увлажняющее, успокаивающее и трофическое действие на кожу);

- оказанию выраженного лимфодренажного действия и купированию отеков (эффект достигается за счет купирования воспалительного процесса в коже, которое происходит после введения гиалуроновой кислоты в лимфодренажные точки по типу иглорефлексотерапии, только – пролонгированного действия и за счёт гелевой консистенции гиалуроновой кислоты).

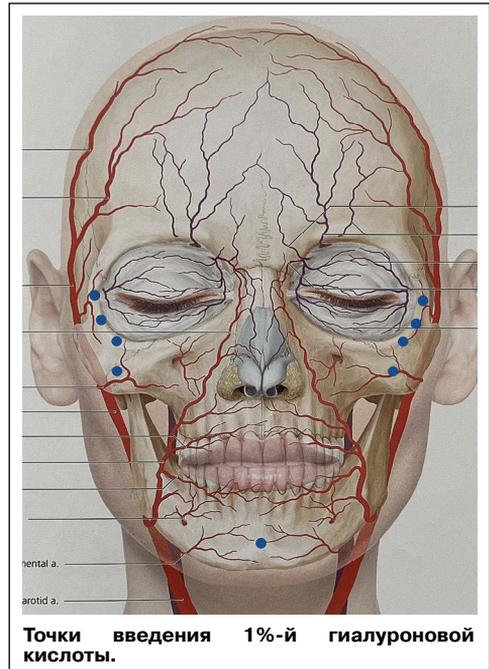
**Алгоритм выбора лечебных зон с точками активации для введения гиалуроновой кислоты**

Для лечения эритемато-телеангиэктатического подтипа розацеа необходимо активировать 5 лечебных зон с 9 точками активации с помощью 1%-й гиалуроновой кислоты, введение которой рекомендуется выполнять без местной анестезии для повышения эффективности терапии.

Биологически активными (акупунктурными) точками являются те точки, при активации которых меняется функциональное состояние органов и тканей человека.

В протоколе процедуры используются пять групп точек общего оздоравливающего и местного действия (см. рис.).

**Первая группа точек.** Это – точки меридиана желчного пузыря. Локализация: 0,5 см латерально от латерального угла глаза с обеих сторон (первая и вторая точки).



**Вторая группа точек.** Это – точки купирования сосудистого воспаления I. Локализация: 1,5 см вниз от латерального угла каждого глаза (третья и четвертая точки).

**Третья группа точек.** Это – точки купирования сосудистого воспаления II. Локализация: 1 см над точкой пересечения условных линий, первая из которых проходит вниз от латерального угла каждого глаза, а вторая является перпендикуляром к первой линии на уровне крыла носа (пятая и шестая точки).

**Четвертая группа точек.** Это – точки меридиана печени. Активация данных зон оказывает метаболическое и регенеративное действие на гепатобилиарную систему. Улучшаются кровоснабжение, оксигенация печени, отток желчи из желчного пузыря. Локализация: от латерального угла глаза проводится условная линия вниз 1 см, далее линию продолжаем строго латерально также на 1 см (седьмая и восьмая точки).

**Пятая группа точек.** Это – точки меридиана поджелудочной железы. Локализация: проводится условная линия вниз по середине нижней губы, затем следует отступить 2,5 см вниз (девятая точка).

Глубина введения составляет 2 мм. При эритемато-телеангиэктатическом подтипе розацеа в 1-ю и 2-ю точки вводят по 0,3 мл 1%-й гиалуроновой кислоты, в 3-ю и 4-ю – по 0,4 мл, в 5-ю и 6-ю –

по 0,4 мл, в 7-ю и 8-ю точку – по 0,4 мл, в 9-ю – 0,2 мл.

В 80% случаев уже после 4-й процедуры пациенты отмечают уменьшение жара, прилива к коже, красноты, сужение пор. Нивелируется раздражение кожи. Кожа лица меньше реагирует на внешние факторы среды, она становится приятной на ощупь, исчезают застойные пятна, уходит демаркационная зона между белой неповрежденной кожей вокруг глаз и отечной (эритематозной) воспаленной кожей щечной области, что положительно сказывается на общем психологическом и эмоциональном состоянии больного.

**Применение азелаиновой кислоты для лечения эритемато-телеангиэктатического подтипа розацеа**

Патогенетически важно сочетать инъекционную терапию с нанесением лечебных растворов (пилингов). Это позволит купировать ксероз кожи, провести ее себорегуляцию, восстановить работу в ее сосудистом компоненте, восстановить ее защитные свойства.

Нанесение 15%-й азелаиновой кислоты после инъекций безопасно в применении, если соблюдены следующие правила: во-первых, инъекции следует проводить с использованием специализированных игл, в частности, наноигл 32G, которые имеют минимальный диаметр; во-вторых, должно пройти 15 мин. после инъекционной части, а этого времени достаточно для полного гемостаза и затягивания микроповреждений кожи.

**Продолжительность метода лечения эритемато-телеангиэктатического подтипа розацеа**

Способ состоит из курса лечения, включающего 6 процедур длительностью 20 мин. каждая. Процедуры проводятся 1 раз в 2 недели. В общей сложности курс лечения занимает 3 мес. Процедуры проводятся амбулаторно. Восстановительный период после завершения лечения длится до 1 недели в виде шелушения поражённых участков кожи. В этот период пациент сохраняет социальную активность.

Проведение лечения в объеме 6 процедур по указанной схеме позволяет достичь полной ремиссии эритемато-телеангиэктатического подтипа розацеа.

**Выводы**

1. По результатам 6-летнего (2018–2023 гг.) исследования пациентов с розацеа выяснено, что эритемато-телеангиэктатический подтип розацеа диагностируется в большинстве (43,8%) случаев среди всех форм розацеа.

2. Инновационный патогенетический метод лечения эритемато-телеангиэктатического подтипа розацеа, разработанный в клинике дерматологии и косметологии «MDElena», включает в себя введение 1%-й гиалуроновой кислоты по особым активным точкам с последующим применением 15%-й азелаиновой кислоты в виде пилинга.

3. Инновационный патогенетический метод лечения эритемато-телеангиэктатического подтипа розацеа является эффективным: в 80% случаев уже после 4-й процедуры больные с данным подтипом розацеи отмечают значительное улучшение.

**Литература**

1. Масюкова С.А., Гладько В.В., Ильина И.В., Уракова Д.С., Санакоева Э.Г., Горбакова Е.В., Ламоткин И.А., Глостанова Д.З. Розацеа: патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика: учебное пособие // М. – РОСБИОТЕХ. – 2023. – 56 с.

2. Перевалова Е.Г., Ламоткин И.А. Особенности эпидемиологии, систематизации и клиники розацеа // Медицинский вестник МВД. – 2023. – 122(1): 43–47. Doi: 10.52341/20738080\_2023\_122\_1\_43

3. Geng R.S.Q., Bourkas A.N., Mufti A., Sibbald R.G. Rosacea: Pathogenesis and Therapeutic Correlates // J Cutan Med Surg. – 2024 – 28(2): 178–189. Doi: 10.1177/12034754241229365

4. Nestle F.O., Di Meglio P., Qin J.Z., Nickoloff B.J. Skin immune sentinels in health and disease // Nat. Rev. Immunol. – 2009; 9(10):679–91. Doi: 10.1038/nri2622

5. Кубанова А.А., Махакова Ю.Б. Розацеа: диагностика и лечение // Вестник дерматологии и венерологии. – 2015. – № 4. – С. 27–35.

6. Самцов А.В. Акне и акнеформные дерматозы. Монография // М.: ООО «ЮТКОМ». – 2009. – 208 с.: ил.

7. Schaller M., Almeida L.M.C., Bewley A., Cribier B., Del Rosso J., Dlova N.C. et al. Recommendations for rosacea diagnosis, classification and management: update from the global ROSacea COnsensus 2019 panel // Br. J. Dermatol. – 2020; 182 (5): 1269–76. Doi: 10.1111/bjd.18420