



КОРРЕКЦИЯ РОЗАЦЕА: *последние тенденции и клинический опыт*

Последние годы большая роль отводится психосоматической природе развития розацеа, поэтому стресс может стать одним из факторов обострения этого дерматоза. И таких провоцирующих факторов, к сожалению, немало.

Что говорят новейшие мировые тенденции коррекции розацеа? Какую роль здесь могут сыграть инъекции ботулотоксина типа А? И какие препараты для ухода за кожей могут дополнить терапию? Что показывает клинический опыт?


АНАСТАСИЯ САЙБЕЛЬ, к.м.н.,

врач-дерматовенеролог, косметолог,
клиника эстетической медицины и косметологии
«Идеал»

АНАСТАСИЯ ДАНИЛОВА,

врач-дерматовенеролог, косметолог,
специалист по клиническому обучению
компании «Мерц»
Москва

В клинической практике врача-дерматолога и косметолога пациент с диагнозом «розацеа» занимает особое место. В первую очередь, трудности возникают на этапе профилактики обострений этого хронического дерматоза. Зачастую невозможно исключить многие патогенетические факторы, приводящие к обострению/манифестации процесса. Особенную актуальность приобретают такие средовые факторы, как погодные условия и психоэмоциональный стресс (www.rosacea.org).

Вместе с тем, важность проблемы лечения и профилактики обострений высока, обращаемость пациентов с этим дерматозом к врачам косметологического профиля неуклонно растет. Данные, касающиеся распространенности розацеа, свидетельствуют, что заболеваемость в разных странах составляет от 1 до 22% населения (Клиническая дерматология и венерология. 2016, Vol. 15 Выпуск 1, стр. 4–7. 4р. Потеекаев Н.Н. и соавт.).

Алгоритмы лечения тяжелых степеней розацеа прописаны в соответствующих клинических рекомендациях (J Eur Acad Dermatol Venereol 2011; 25: 188–200). На приеме у косметолога речь идет прежде всего о легкой и средней степени тяжести заболевания. Основными жалобами при этом

являются стойкая эритема, телеангиэктазии и единичные папулы. В рекомендациях, кроме наружного лечения, включающего антибактериальные противомикробные препараты, ретиноиды и кератолитики, особое место отводится уходу за кожей пациента как основы терапии и профилактики обострений процесса.

При розацеа повышен уровень антимикробных пептидов (АМП) и специфических протеаз кожи (каликреинов), а также присутствуют нетипичные измененные варианты АМП (Schauher J., Galio R., Anti-microbial peptides and the skin immune defense system. The Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2008: 122:26; 1–266). Косметические средства для контроля розацеа содержат в составе противовоспалительные и антимикробные ингредиенты.

Крем для контроля лечения розацеа РЕСНЕ (NEOCUTIS) содержит комплекс Rosaplex, позволяющий успокоить и предупредить изменения кожи. В состав продукта входят декстран сульфат натрия (АМП-связывающий агент), противовоспалительный цинк ПКК, вазоконстриктор кофеин и глицерол в качестве увлажняющего компонента. Комплекс эффективен при длительном применении, в монотерапии и сочетании с лечебными процедурами.

Большинство косметологических мероприятий по предотвращению обострения розацеа воздействует на паретически расширенные сосуды: используются сосудосуживающие тоники, наружные препараты с арникой и кофеином, лазерная и фотокоагуляция сосудов.

С недавних пор большая роль отводится психосоматической природе развития розацеа. Выявлено наличие синдрома вегетативно-сосудистой дисфункции у пациентов с розацеа с преобладанием тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (С.Р. Утц. Состояния вегетативной нервной системы у больных розацеа. Саратовский научно-медицинский журнал, 2012).

Последние мировые тенденции терапии розацеа, основываясь на новых данных о патогенезе этого дерматоза, включают еще одну заслуживающую интереса методику — внутрикожные инъекции ботулинического токсина типа А в диффузном (в большом объеме физиологического раствора) разведении. При проведении процедуры осуществляется блокирование парасимпатических нервных волокон, ответственных за изменение диаметра сосуда. Вследствие этого даже при дальнейшем воздействии провоцирующих факторов внешней и внутренней среды сосуды у пациентов с

розацеа не меняют диаметр, что снижает риск обострения процесса (Schwab VD, Sulk M, Seeliger S, et al. J Investig Dermatol Symp Proc. 2011;15 (1): 53–62) и Dayan SH, Pritzker RN, Arkins JP. J Drugs Dermatol. 2012;11(12): e76–e79). Особая роль ботулиническому токсину типа А придается также в контроле за секрецией себума (Shah AR. J Drugs Dermatol. 2008; 7(9): 847–850).

Недавно было проведено плотное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование для оценки эффективности и безопасности инъекций инкоботулинумтоксина А при лечении розацеа (Dayan SH, Ashourian N, Cho K. A Pilot, Double-Blind, Placebo-controlled Study to Assess the Efficacy and Safety of Incobotulinumtoxin A Injections in the Treatment of Rosacea. J Drugs Dermatol. 2017; 16(6): 549–554). 9 пациентов в возрасте от 26 до 61 года с эритематозно-телеангиэктатической или папуло-пустулезной розацеа были рандомизированы в 2 группы.

Пациентам вводили «Ксеомин» (группа 1, n=4) или бактериостатический физиологический раствор (плацебо, группа 2, n=5) в область щек на исходном визите. «Ксеомин» разводили в соотношении 100 ЕД на 7 мл, и пациентам вводили всего 20 ЕД в обе щеки параллельно, по усмотрению лечащего врача. Исследователю и пациентам не было известно о получаемой стартовой терапии.

После оценки безопасности и эффективности, проведенной на неделе 16, всем участникам (за исключением пациента, выбывшего из наблюдения) было введено до 20 ЕД «Ксеомина». Оценка безопасности и эффективности проводили через 1, 4, 12, 16, 17 и 20 недель после первой инъекции (эффективность определяли по шкале диа-



Последние тенденции терапии розацеа включают инъекции БТА в диффузном разведении: происходит блокирование парасимпатических нервных волокон, ответственных за изменение диаметра сосуда. В итоге даже при воздействии в дальнейшем провоцирующих факторов сосуда у пациентов не меняют диаметр, и риск обострения розацеа снижается.

гностической оценки розацеа (Rosacea Clinical Scorecard, RCS). Полученные результаты включали в 4-балльную шкалу удовлетворенности пациента и изменения его самооценки состояния в начале исследования и после лечения.

В группе 1 наблюдалось значимое уменьшение основных признаков розацеа (транзиторная/стойкая эритема, папулы и пустулы, телеангиэктазии) в течение 4 недель лечения с введением «Ксеомина». Также в лечебной группе отмечались значимые уменьшения некоторых вторичных признаков, например жжения или покалывания и бляшек. Кроме того, общая оценка, которая определялась исследователем и пациентами, значительно выросла в течение 4 недель после лечения по сравнению с контрольной группой; количественные улучшения отмечались в ходе исследования у всех пациентов, получавших «Ксеомин». Пациенты, получавшие плацебо, не ощущали улучшений по каким-либо критериям RCS. В лечебной группе удовлетворенность пациентов повысилась на неделях 4, 16, 17 и 20. Показатели удовлетворенности пациентов лечением значительно увеличились на неделе 20 по сравнению с показателями недели 1. Нежелательных явлений отмечено не было.

По результатам этого исследования было сделано заключение о

том, что внутрикожные инъекции «Ксеомина» могут быть эффективным и безопасным методом, используемым для снижения тяжести симптомов розацеа и повышения удовлетворенности пациента.

Эффект от однократной внутрикожной инъекции препарата ботулинического токсина типа А сохраняется в среднем 1,5 месяца. Реабилитационный период после процедуры, в отличие от фото- и лазерного «запаивания» сосудов, практически отсутствует.

В собственной клинической практике в течение нескольких лет мы применяем «Ксеомин» у пациентов с розацеа легкой степени. Его преимущества состоят, в первую очередь, в возможности повторного инъецирования с гибкими интервалами, — тогда, когда в этом есть потребность. Самая высокая степень очистки препарата «Ксеомин» от дополнительных кластридиальных примесей позволяет использовать его без риска развития вторичной резистентности в будущем. Кроме того, у него зарегистрирована возможность восстановления в большом объеме физиологического раствора (до 8 мл на 100 ЕД продукта), что позволяет исключить риски попадания терапевтических доз препарата в мимические мышцы при внутрикожном инъецировании.

Клинический случай

Пациентка М., 46 лет.

Диагноз: розацеа, сосудистая стадия. Ранее никакую терапию не получала (фото 1).

Назначения. Внутривенные инъекции препарата инкоботулинутоксина А («Ксеомин») в сочетании с наружной терапией с помощью крема РÊСНЕ (NEOCUTIS) в течение 3 недель.

«Ксеомин» вводили из расчета 10 ЕД на одну область. Области введения: кожа щечной, лобной и подбородочной зон лица. Инъекции выполняли интрадермально папульно на расстоянии 1 см друг от друга. Предварительно препарат восстанавливали в объеме физиологического раствора по следующей схеме: стандартное восстановление во флаконе из расчета 2 мл на 100 ЕД «Ксеомина», далее дополнительное разведение в шприце еще двукратно (из расчета 1:2 от исходного разведения). После процедуры в течение 3 недель в



Фото 1.

домашнем уходе пациентка применяла крем РÊСНЕ (NEOCUTIS) по схеме 2 раза в день.

Результаты. Контрольная оценка результатов терапии проводилась через 3 недели от момента инъектирования. Пациентка и врач отмечали хорошую переносимость проводимой терапии. Наблюдалось уменьшение эритемы в покое, при термической нагрузке. Не было зафиксировано появления новых очагов стойкой эритемы, высыпаний на коже лица (фото 2).

Данный протокол сочетания внутривенных инъекций препарата «Ксеомин» и наружного ухода с помощью



Фото 2.

крема РÊСНЕ, содержащего комплекс Rosaplex, используется нами и в более сложных клинических случаях в комплексной терапии. При длительном применении схемы отмечаем у всех пациентов снижение эритемы при воздействии провоцирующих факторов и уменьшение количества рецидивов.

Предлагаемый протокол может быть рекомендован к рассмотрению как самостоятельный способ коррекции нежелательной эритемы при легких степенях розацеа, либо логически встроен в комплекс терапии (медикаментозной и аппаратной) при средней степени тяжести заболевания. КД

Препараты, используемые в современных протоколах коррекции розацеа



КСЕОМИН:
ИЗБАВЬТЕСЬ ОТ МОРЩИН,
А НЕ ОТ МИМИКИ

«Ксеомин» — инновационный препарат ботулотоксина типа А, свободный от комплексообразующих белков, с доказанной безопасностью и эффективностью.

- Предсказуемые, стабильно воспроизводимые и длительные результаты.
- Доказанная безопасность использования суммарно высоких доз и гибких интервалов введения.
- Основательная доказательная база: более 100 публикаций, более 80 масштабных клинических исследований.
- Удобные условия транспортировки и хранения ($t = 25^{\circ}\text{C}$).
- Гибкий подход к дозированию (50 ЕД и 100 ЕД).



КРЕМ РÊСНЕ ИЗ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
ЛИНЕЙКИ NEOCUTIS КОНТРОЛИРУЕТ
ПОКРАСНЕНИЯ, ТЕЛАНГИОЭКТАЗИИ, ВЫСЫПАНИЯ



РÊСНЕ помогает:

- заметно уменьшить проявления покраснений кожи;
- восстановить естественный водный баланс кожи и укрепить ее;
- успокоить чувствительную, склонную к покраснениям кожу.

Активные ингредиенты крема: кофеин, цинковая соль пирролидон-карбоновой кислоты, гидроксипропилкарбонат, декстрат сульфат натрия, феноксиэтанол, изогексадекан, ксантановая камедь, хлорфенезин, двунариевая ЭДТА.