



КУПЕРОЗ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

дерматологии и косметологии

Купероз — неприятный и плохо маскируемый косметический дефект. Именно так к нему относится большинство пациентов, а нередко и сами косметологи. Но только ли в эстетическом несовершенстве дело? Почему дерматологи говорят о куперозе в контексте розацеа? Где в лечении купероза заканчиваются полномочия косметологов и он переходит под «юрисдикцию» дерматологов?



МАКСИМ ЖУРАВЕЛЬ,

врач-дерматовенеролог, косметолог, ассистент кафедры кожных и венерических болезней ФПКМР РУДН, руководитель медицинского департамента компании «Бьюти Инвест»
Москва

Купероз — весьма распространенная дерматологическая проблема, привычное для дерматологов и косметологов явление,

миса. Застаиваясь в капиллярах, кровь оказывает на их стенки постоянную нагрузку, они не выдерживают и, теряя эластичность, становятся хрупкими».

Отсюда — неправильная тактика лечения. Почему неправильная? Потому что подразумевает только косметологическую местную терапию и уход, а эту проблему таким образом не решить, какую бы схему не применяли. Нужны препараты системного действия, пероральное лечение, то есть необходимо взаимодействие врачей — дерматолога и косметолога. И, безусловно, необходима точная диагностика: *Diagnosis bona — curatio bona* — «Хороший диагноз — хорошее лечение».



Некоторые гипотезы возникновения розацеа имеют взаимоисключающий характер. Список причин, предрасполагающих к заболеванию, достаточно велик, и ни одна из них не признана главенствующей. Понимание этиологии проблемы — ключ к ее решению, однако эту непростую задачу пока не удалось решить ни одному ученому.

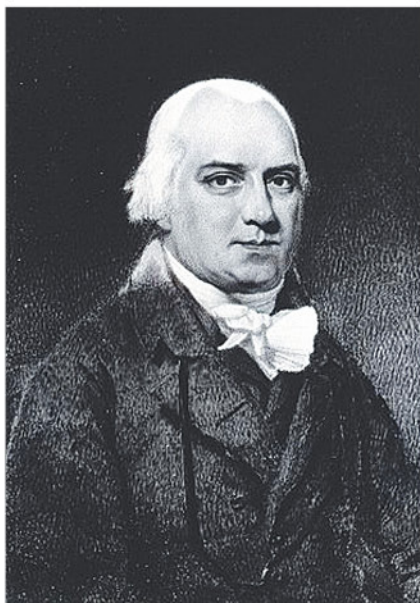
однако, на мой взгляд, до конца не ясное. Сложность понимания связана с тем, что в различных учебниках по дерматологии его толкования не совпадают, используется термин «розацеа» для всего симптомокомплекса. Термином «купероз» оперируют в основном косметологи. В косметологических источниках существует ряд разрозненных определений этой патологии, не отражающих всей ее глубины. Приведу примеры наиболее типичных: «Купероз — это следствие нарушения кровообращения в верхних слоях эпидер-

Или же: «Купероз — заболевание кожи, которое выражается в расширении сосудов и образовании сосудистых «звездочек». Одиночные мелкие узелки могут быть не слишком заметны, но иногда даже небольшое количество достаточно крупных образований способны сильно испортить внешний вид». Подобные описания можно встретить на множестве косметологических сайтов. Но они не передают сути, которая заключается в том, что за этой косметической проблемой стоит дерматологическое заболевание — розацеа.

КУПЕРОЗ И РОЗАЦЕА: УТОЧНЕНИЕ ПОНЯТИЙ

Розацеа — полиэтиологическое хроническое рецидивирующее заболевание (как правило, кожи лица), обусловленное в том числе и ангионевротическими нарушениями. Оно имеет весьма сложную смешанную этиологию и характеризуется стадийностью течения.

Литературные источники ссылаются на исторический факт, что розацеа впервые была описана французским хирургом Guy de Chauliac под названием *goutta rose* (розовая капля) в XIV в. Он назвал заболевание



Еще в средние века было замечено, что на развитие розацеа влияет чрезмерное употребление алкоголя, отсюда определение *pustole de vin* (пустулы от вина). Название «розацеа» (от латинского *rosaceus* — сделанный из роз) дал недугу в 1812 г. английский дерматолог Thomas Bateman. Общепринятое подробное описание патологии сделал в начале XIX века другой английский дерматолог — Robert Willan (на рис.), назвав ее *acne rosacea*, для различия акне и розацеа.

gouletterose (розовая капелюшка), или *couperose* (купероз). Последний термин полюбился косметологам. Но необходимо пояснить одну существенную разницу: лечение розацеа назначают дерматологи, уход за кожей с куперозом обеспечивают косметологи.

Еще в средние века было замечено, что на развитие розацеа влияет чрезмерное употребление алкоголя, отсюда определение *pustole de vin* (пустулы от вина). Название «розацеа» (от латинского *rosaceus* — сделанный из роз) дал недугу в 1812 г. английский дерматолог Thomas Bateman. Общепринятое подробное описание патологии сделал в начале XIX века другой английский дерматолог — Robert Willan, назвав ее *acne rosacea*, для различия акне и розацеа.

Розацеа подвержены как мужчины, так и женщины. Сложно сказать, кто больше, учитывая тот факт, что женщины чаще обращаются к дерматологам из-за выраженного косметического дискомфорта, а мужчины терпят до проявления 2–3 стадии болезни.

Все, что касается розацеа и купероза, сложно сплетено в клубок и неоднозначно, как, впрочем, и ситуация с другими дерматологическими нозологиями.

Для полного понимания разницы между этими понятиями обратимся к клиническим проявлениям розацеа. На данный момент единой их классификации нет. Приведу одну из основных — Международную классификацию экспертного комитета Национального общества США по изучению розацеа (National rosacea society, 2002):

- подтип I — эритематозно-телеангиэктатическая розацеа;
- подтип II — папуло-пустулезная розацеа;

вательно переходит от стадии к стадии (от подтипа к подтипу). Купероз косметический относится к I подтипу по данной классификации, им и ограничивается ниша действий косметолога.

Для дерматологов устоявшимся термином является «розацеа». Купероз рассматривают как симптом этого заболевания. На мой взгляд, точнее говорить о куперозе как о группе симптомов розацеа, относящихся к начальным стадиям заболевания и проявляющихся в виде поверхностных сосудистых изменений.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ РОЗАЦЕА

Как уже отмечалось, заболевание носит полиэтиологический характер, причем некоторые гипотезы его возникновения имеют взаимоисключающий характер (об этом ниже).



Течение розацеа — проградийентный процесс: один раз начавшись, заболевание последовательно переходит от стадии к стадии (от подтипа к подтипу). Согласно Международной классификации экспертного комитета Национального общества США по изучению розацеа, купероз косметический относится к I подтипу (эритематозно-телеангиэктатической стадии). Им и ограничивается ниша действий косметолога при розацеа у пациента.

- подтип III — фиматозная/гипертрофическая розацеа;
- подтип IV — офтальморозацеа. Отдельно выделяют гранулематозную розацеа.

Течение розацеа — проградийентный процесс: один раз начавшись, заболевание последо-

Современная дерматология апеллирует к научно подтвержденным фактам и исследованиям в рамках доказательной медицины. Список причин, predisposing к розацеа, достаточно велик, и ни одна из них не признана главенствующей. Понимание этиологии пробле-

мы — ключ к ее решению, однако эту непростую задачу пока не удалось решить ни одному ученому.

Звенья этиопатогенеза розацеа: очевидные и гипотетические

Нарушение микроциркуляции кожи лица

Нарушение микроциркуляции кожи лица у людей, подверженных розацеа, связано с более крупным калибром, поверхностным залеганием и большим количеством сосудов. Рецепторы сосудов лица очень чувствительны к эндогенным вазодилатирующим агентам, как следствие — способность этих сосудов легко реагировать и расширяться. Патологоанатомическим и патофизиологическим субстратом служит комплекс нарушений сосудистой стенки: снижение тонуса и дезорганизация соединительнотканного каркаса, аномалии, утолщения, разрывы базальной мембраны. Визуально это определяется как преходящая, а затем постоянная эритема лица и расширенные сосуды — телеангиэктазии. При этом повышаются скорость кровотока в сосудах лица и температура кожи, что создает благоприятную атмосферу для микроорганизмов, продуцирующих факторы воспаления. На кожу из пустул, а также конъюнктивального мешка высеиваются разнообразные сапрофитные и условно патогенные микроорганизмы, так или иначе влияющие на развитие процесса.

Клещ *Demodex folliculorum*

В разное время ту или иную степень важности в развитии розацеа придавали угревому клещу, или железнице (*Demodex folliculorum*). С одной стороны, клещ вызывает сенсibilизацию организма, инициирует

или отягчает течение розацеа. И почти у подавляющего большинства пациентов его обнаруживают. Подтверждением этой гипотезы является эффективность акарицидных препаратов у ряда больных. С другой стороны, у пациентов, эффективно лечившихся от розацеа без применения этой группы средств, при повторном исследовании клещ был обнаружен.

На данный момент отношение у специалистов к этому фактору неоднозначное.

Хеликобактерная инфекция и заболевания ЖКТ

Обсуждается роль в этиопатогенезе розацеа хеликобактерной инфекции. Противоречивые данные об эффективности эрадикации микроорганизма подтверждены клиническими наблюдениями — не во всех случаях лечение приводило к ремиссии, но в некоторых наличие хеликобактерной инфекции отягчало течение розацеа.

Также имеются статистически значимые данные о связи розацеа с заболеваниями желудоч-

но-кишечного тракта: колитами, язвой, гастритами, в том числе, вызванными хеликобактерной инфекцией. Вывод таков: у более 98% пациентов с розацеа есть хеликобактерная инфекция и, как следствие, заболевание ЖКТ, но лечение ЖКТ и попытки эрадикации микроорганизма на течение болезни значительно не повлияли.

Данные противоречивы.

Нарушение функционирования сально-волосяных фолликулов

В качестве показателя для дифференциальной диагностики этого заболевания рассматривают себорею, так как отмечается локализация очагов розацеа в себорейных зонах. Но исследования отечественных дерматологов показали, что состав кожного сала при розацеа соответствует норме, однако есть повышенное содержание порфиринов. Порфирины — аутологичные пигменты, входящие в состав молекулы гемоглобина, обладают фотосенсибилизирующим действием, активируют



Физиотерапия при розацеа, начиная с первой ее стадии, обеспечивает дополнительный эффект, поэтому пациентам назначают криотерапию, лазеролечение, микротоки, лимфодренажный массаж.

воспаление и разрушение фибриллярных структур дермы. Следовательно, к себорее проблема отношения не имеет, но есть изменения в волосяных фолликулах воспалительного характера, связанного с нарушенной микроциркуляцией.

Иммунные нарушения

Иммунные нарушения также выявлены при розацеа, что выражается в повышенной секреции антимикробного пептида кателицидина, его патологической формы, вызывающего воспаление кожи. (В норме специфические пептиды противодействуют бактериальной, вирусной, грибковой контаминации кожи. Однако они выступают не только в качестве эндогенных молекул, противодействующих чужеродной агрессии, но в аномальной форме могут стать фактором развития некоторых кожных болезней. Так, патологическая форма противомикробного пептида активирует воспаление в коже.) Отечественные дерматологи установили повышение содержания иммуноглобулинов всех классов, увеличение количества циркулирующих иммунных комплексов в 3 раза, снижение клеточного иммунитета, что, вероятно, усиливает влияние микробных агентов. Повышение температуры кожи за счёт активного кровотока способствует синтезу бактериальных провоспалительных агентов. Тут очевидна взаимосвязь факторов.

Изменения гемостаза крови

Принимает участие в патогенезе заболевания и фермент калликреин 5, провоцирующий воспаление, ангиогенез и расширение сосудов. Изменения в калликреин-кининовой системе (ККС) крови занимают свое место в развитии розацеа. Эта система представлена группой белков крови, которые обе-



Согласно зарубежным клиническим исследованиям, пациентам с эритематозно-телеангиэктатической стадией розацеа можно рекомендовать наружные средства с противовоспалительным действием. В их числе — препараты с азелаиновой кислотой, в частности экстракт солодки. Эта кислота не вызывает привыкания и резистентности флоры.

спечивают протеолитические функции, принимают участие в регуляции сосудистого тонуса, артериального давления, проницаемости стенки сосудов, развитии патологических состояний, воспалении и т.д. Важнейшие представители ККС

— кинины (нейровазоактивные полипептиды) брадикинин и каллидин. Отечественные дерматологи выявили при розацеа изменения гемостаза крови, способные вызывать патологическое расширение сосудов через систему вазоактивных

пептидов. Таким образом, установлен еще один достоверный фактор, влияющий на развитие и течение заболевания.

Гормональные нарушения

Роль гормональных нарушений в развитии розацеа обсуждается в отечественной и зарубежной дерматологии, общий

Предрасполагающие экзогенные факторы (алиментарные, климатические)

И, наконец, нельзя не сказать о предрасполагающих экзогенных факторах. Алиментарные: употребление алкоголя, острой, кислой, пряной пищи, горячих напитков (с температурой свы-

Физические климатические факторы: солнечное излучение, вызывающее деструкцию эластина и истощение собственных антиоксидантных систем организма, холод, жара, ветер и их разное сочетание.



Эмоциональные стрессы играют не последнюю роль в клинике кожных болезней. Дистресс стимулирует розацеа, и наоборот, розацеа вызывает дистресс у больного. Получается патологический замкнутый круг. Дерматологи утверждают, что почти все кожные болезни протекают с тем или иным изменением психики.

вывод — они не являются главенствующим фактором. Менопауза способствует появлению приливов, что приводит к усилению кровотока в сосудах дермы и формированию первых симптомов розацеа. Достоверно известно, что назначение гормонально-заместительной терапии улучшает состояние женщин с симптомами розацеа в 3 раза. Таким образом, гормональный дисбаланс — это еще одна составляющая патогенеза розацеа, его коррекция улучшает состояние больного, но не решает проблему.

Эмоциональные стрессы

Эмоциональные стрессы играют не последнюю роль в клинике кожных болезней. Дистресс стимулирует розацеа, и наоборот, розацеа вызывает дистресс у больного. Получается патологический замкнутый круг. Дерматологи утверждают, что почти все кожные болезни протекают с тем или иным изменением психики.

ше 60 градусов) вызывает рефлекторный прилив крови к лицу. Так, чрезмерное увлечение кофе и чаем связывают с розацеа, однако кофеин тут ни при чем. Важна температура.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ЛЕЧЕНИЕ ЭРИТЕМАТОЗНО-ТЕЛЕАНГИ-ЭКТАТИЧЕСКОЙ СТАДИИ РОЗАЦЕА

Клиника заболевания неоднородна. Дебютирует розацеа временными приливами и покраснением кожи лица в себорейных зонах, характеризуется чувством жара и жжения. Такая картина может продолжаться годами и, как правило, остается без особого внимания. Эритематозно-телеангиэктатическая характеризуется персистирующей эритемой и появлением телеангиэктазий, отеком в центральной части лица, жжением. Вот с этого момента розацеа пе-



Розацеа подвержены как мужчины, так и женщины. Сложно сказать, кто больше, учитывая тот факт, что женщины чаще обращаются к дерматологам из-за выраженного косметического дискомфорта, а мужчины терпят до проявления 2–3 стадии болезни. Все, что касается розацеа и купероза, сложно сплетено в клубок и неоднозначно, как, впрочем, и с другими дерматологическими нозологиями.

реходит в компетенцию косметологов. При неэффективности только лишь наружной терапии пациента нужно направить к дерматологу.

Лечение розацеа, схемы и препараты чрезвычайно разнообразны, как, впрочем, и само заболевание. В рамках публикации отмечу, что применяются антибактериальные средства разных групп, витамины, антимикотики, бета-адреноблокаторы, капилляротонические препараты, ретиноиды, заместительная гормональная терапия. Лидерами являются препараты группы 5-нитроимидазола (метронидазол, орнидазол). Причем, как в случае с антибиотиками и антимикотиками, они применяются *off label use*, то есть по показаниям, основанным не на основном действии данных препаратов.

На мой взгляд, правильным подходом к лечению эритематозно-телеангиэктатической стадии розацеа является сочетанность действий дерматолога и косметолога: последний должен вовремя направить пациента к дерматологу и рекомендовать грамотный уход, не заменяющий основного лечения.

В рамках статьи рассмотрим, сообразно этиопатогенезу, правильные подходы к назначению косметологического ухода без привязки к популярным «уходо-вым» маркам.

Безусловно, необходимо проведение противовоспалительной негормональной терапии. Согласно зарубежным клиническим исследованиям, можно рекомендовать наружные средства с противовоспалительным действием: препараты с азелаиновой кислотой, в частности экстракт солодки (эта кислота не вызывает привыкания и резистентности флоры); бензоила пероксид (однако его применение дискутабельно, так как может вы-

зывать сильное раздражение и гиперемию, что не всегда уместно в рамках косметического ухода); пиритион цинка (рекомендуется применять длительно).

Назначение косметики с ретиноидами как средств комплексного действия необходимо согласовать с врачом, предварительно провести кожный тест на локтевом сгибе.

Для очищения кожи нужно обязательно использовать мягкие лечебные (аптечные) косметические средства без абразивов, ионогенных ПАВ. Нельзя применять водостойкую декоративную косметику.

Рекомендуются средства для защиты коллагена от деструкции — производные витамина С, биофлавоноиды, антиоксиданты и особенно их сочетание, например эффективная триада — витамины С, Е и биофлавоноиды. Всегда следует использовать мягкие, нежирные, пролонгированные средства с липосомами, протезирующие липидный барьер. Таким образом мы защитим кожу от агрессии внешней среды.

Для женщин показаны кремы с фитоэстрогенами. В последнее время появились эффективные пептидные ингибиторы металлопротеиназ, ферментов-деструкторов, способных разрушать структуры внеклеточного матрикса. Однако их эффективность подтверждена только клинически, достаточной доказательной базы пока нет.

Все основные протективные препараты — капилляротоники, биофлавоноиды, антиоксиданты, пептиды, противовоспалительные и десенсибилизирующие средства растительного происхождения, витамины, фитоэстрогены — можно вводить мезотерапевтическим путем, как отдельно, так и в виде поликомпонентных смесей. Мишенью розацеа является в основном сосудистый компонент кожи, поэ-



Обсуждая проблему розацеа, нельзя не сказать о предрасполагающих экзогенных факторах. Например, об употреблении горячих напитков, что вызывает рефлекторный прилив крови к лицу. Чрезмерное увлечение кофе и чаем связывают с розацеа, однако кофеин тут ни при чем. Важна температура.

тому схемы косметологического ухода главным образом сосредоточены на нем, что верно.

Косметическая индустрия производит множество рецептов в различном ценовом диапазоне, позволяющих выбрать необходимую для каждого пациента. Поскольку первые проявления розацеа зачастую приходится диагностировать косметологам, то акцент в уходе можно сместить в сторону сосудоукрепляющих средств, обширно представленных в арсенале косметических салонов.

Особенно важно, чтобы пациент пользовался качественными солнцезащитными средствами с SPF 30–50 в зависимости от времени года. И, самое главное, постоянно!

Физиотерапия при розацеа, начиная с первой ее стадии, также обеспечивает дополнительный эффект, поэтому пациентам можно рекомендовать криотерапию, лазеролечение, микро-токи, лимфодренажный массаж.

В заключение хочу отметить необходимость своевременной диагностики и комбинированного (дерматологического и косметологического) лечения розацеа уже на первой стадии для поддержания здоровья и красоты кожи. KI