



Анна Резник

дерматолог, косметолог, главный врач
медицинского центра ARclinic,
Санкт-Петербург.

fb @anna.reznik.14
@@reznik_anna_v



Алиса Яхина

дерматолог, косметолог,
сертифицированный тренер Hyalual,
медицинский центр ARclinic,
Санкт-Петербург.

Коррекция проявлений розацеа препаратом «Гиалуаль»

Пациенты с розацеа вызывают определённые сложности в работе врача-косметолога, так как любые эстетические процедуры могут привести к обострению заболевания. Инъекционная коррекция проявлений розацеа препаратом «Гиалуаль» расширяет возможности косметологии для пациентов с этим дерматозом. Предлагаем вашему вниманию авторский протокол.

Введение

Розацеа — хроническое заболевание кожи, характеризующееся появлением высыпаний на коже лица. В патогенезе дерматоза лежит ангионевроз зоны иннервации тройничного нерва [1]. Лечение этого заболевания занимаются преимущественно дерматологи, однако в последние годы врачи-косметологи активно разрабатывают протоколы ведения пациентов с данным заболеванием.

И это неудивительно, ведь высыпания локализуются на коже лица — «поле работы» косметолога. Они представляют собой центрофациально расположенные эритему, телеангиоэктазии, папулы, пустулы, в зависимости от подтипа и тяжести заболевания.

Препарат выбора

Пациенты с розацеа (преимущественно 1-го и 2-го подтипов) занимают определённую долю среди пациентов врача-косметолога. У этих пациентов инъекционные и аппаратные процедуры проводятся с осторожностью — из-за боязни вызвать обострение розацеа. Но применение препарата «Гиалуаль», сочетающего в своём составе гиалуроновую и янтарную кислоты, расширяет спектр процедур для пациентов с этим диагнозом.

В основе патогенеза розацеа лежит воспаление, инициируемое при участии TLR2 (toll-like receptor, толл-подобные рецепторы), кератиноцитов, воздействием ультрафиолета, высоких и низких температур, антигенов (хитиновой оболочкой *D. folliculorum*, гликопротеидами *B. oleronius*), нейропептидов, вырабатываемых при стрессе (нейроиммунные механизмы), или формированием висцеро-кутанных

рефлексов [7, 8]. Следующим этапом происходит выброс воспалительных протеаз (матричные металлопротеиназы, калликреинкиназы) и антимикробных пептидов (альфа-, бета-дефензины и кателицидин LL-37) [4].

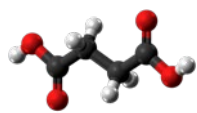
Янтарная кислота действует на матричные металлопротеиназы 2-го типа, уменьшая их активность, что приводит к снижению воспаления.

Сукцинат натрия вызывает кратковременное расширение периферических сосудов кожи в зоне инъекции сразу после введения. Вместе с этим, через механизм экспрессии сукцинат-зависимых рецепторов на сосудистой стенке оказывает отсроченное вазоконстрикторное действие. Что в целом может восприниматься как «тренировка» расширенных при розацеа сосудов с тенденцией к устойчивой вазоконстрикции. Вазоконстрикторное действие сукцината успешно применяется в смежных специальностях, например, в кардиологии [3, 5].

Ангионевроз области иннервации тройничного нерва приводит к застою крови в расширенных сосудах кожи лица, гипоксии тканей. Сукцинат натрия увеличивает сродство гемоглобина к кислороду, облегчает высвобождение кислорода, что улучшает оксигенацию тканей [3, 6].

Перечисленные механизмы приводят к положительному клиническому эффекту инъекционного внутрикожного введения препаратов «Гиалуаль» (редермализация) у пациентов с розацеа в виде уменьшения яркости эритемы и количества папул.

Для коррекции проявлений розацеа мы разработали собственный клинический протокол редермализации (протокол А. В. Резник).



Данные о влиянии янтарной кислоты на звенья патогенеза розацеа постоянно расширяются.

Авторский протокол

Мы предлагаем использовать 3 процедуры внутрикожного папульного введения препарата «Гиалуаль» в области лица с интервалом две недели.

При первой процедуре применяется «Гиалуаль» 1.1%, при второй — «Гиалуаль» 1.8%, при третьей — «Гиалуаль» 2.2%. Во всех трех вариантах препарата концентрация сукцината натрия одинакова и составляет 16 мг/мл, разнится только концентрация гиалуроновой кислоты: 11 мг/мл, 18 мг/мл и 22 мг/мл соответственно.

Использование препарата «Гиалуаль» 1.1% с минимальным содержанием гиалуроновой кислоты при первой процедуре обосновано целью минимизировать тканевой отёк, тем самым «разгрузить» сосуды, уменьшить гипоксию тканей и создать максимально благоприятные условия для экспрессии сукцинат-зависимых рецепторов на сосудах и последующей вазоконстрикции.

Постепенное повышение концентрации гиалуроновой кислоты в каждой последующей процедуре стимулирует постепенную выработку гиалуронидазы II-го типа (Hyal2, межклеточная гиалуронидаза), вызывая постепенное разрушение высокомолекулярной гиалуроновой кислоты и поддерживая оптимальный баланс гиалуроновой кислоты в клетке и вне её^[2].

После окончания курса мы рекомендуем поддерживающие процедуры редермализации каждые 2–3 месяца.

Концентрация гиалуроновой кислоты в используемом для процедуры препарате продиктована состоянием кожи на момент процедуры. При увеличении количества папул и усилении яркости эритемы рекомендуем использовать «Гиалуаль» 1.1%, в случаях сохраняющейся ремиссии — «Гиалуаль» 1.8%.

Клинический случай

Пациентка, 38 лет. Жалобы на стойкое покраснение кожи лица при смене температуры окружающей среды, а также на высыпания на коже лица, периодическое жжение и покалывание кожи данных участков.

Вышеперечисленные жалобы беспокоят последние 8–10 лет. Наблюдается у дерматолога, проходила лечение с удовлетворительным клиническим эффектом, но последующими обострениями. Обследована у смежных специалистов. Отмечает ухудшение кожного процесса последние полгода.

Объективно: тип кожи комбинированный. Фототип по Фитцпатрику — 2. Морфотип старения по Кольгуненко — смешанный. На коже лба, височных областей, щёк, носа, подбородка — очаги ярко-розовой эритемы, древовидно-разветвлённые телеангиоэктазии различного диаметра, единичные розовато-красные папулы до 3-х мм в диаметре, пустулы отсутствуют. Диагноз: розацеа, папуло-пустулёзный подтип, средне-тяжёлое течение.

На фоне назначенного домашнего ухода предложена редермализация кожи лица комбинированным препаратом гиалуроновой и янтарной кислот «Гиалуаль». Препарат вводился внутрикожно, папульно, в область лба, висков, щёк и подбородка, после аппликационной анестезии. При первой процедуре использован препарат «Гиалуаль» 1.1%, 1 мл, при второй — «Гиалуаль» 1.8%, 1 мл, при третьей — «Гиалуаль» 2.2%, 2 мл, с интервалом две недели.

Результат коррекции

После проведённого курса редермализации пациентка субъективно отметила уменьшение количества высыпных



Рис. 1. До.



Рис. 2. После.

элементов. Объективно наблюдалось уменьшение яркости эритемы, количества папул.

Пациентке даны рекомендации по устранению провоцирующих розацеа факторов, по домашнему уходу, а также назначен курс поддерживающих процедур редермализации 1 раз каждые 2–3 месяца.

Оценка результатов курса процедур проводилась на основании данных фотосъёмки и положительной динамики со стороны кожного процесса, отмеченных пациенткой субъективно. При сравнении фотографий, сделанных до и после курса процедур, выявлено уменьшение яркости эритемы кожи лица, количества и выраженности папул.

Заключение

Таким образом, редермализация препаратом «Гиалуаль» по протоколу А. В. Резник показывает клиническую эффективность у пациентов с папуло-пустулёзным, а также эритемато-телеангиэктатическим подтипом розацеа. И может быть рекомендована в составе монокоррекции и в сочетании с аппаратными и световыми методиками лечения розацеа. А также в качестве подготовительной терапии у пациентов с розацеа перед любыми травмирующими косметологическими процедурами. ○

Литература

1. Аравийская Е. Р., Самцов А. В. «Федеральные клинические рекомендации по ведению больных розацеа». «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». 2015.
2. Коробкова Е., Озерская А. «Гиалуроновая кислота. Размер имеет значение: зависимость косметического эффекта от размера молекулы гиалуроновой кислоты». «Косметические средства». 2015. № 1. С. 52–62.
3. Резник А. «Антиоксиданты или адаптогены». Kosmetik International. 2017. № 5. С. 122–125.
4. Хайрутдинов В. Р. «Розацеа: современные представления о патогенезе, клинической картине и лечении». «Эффективная фармакотерапия». 2014. Т. 3. С. 32–37.
5. Aguiar C. J. et al. Succinate modulates Ca²⁺ transient and cardiomyocyte viability through PKA-dependent pathway. Cell calcium. 2010. Т. 47. № 1. Р. 37–46.
6. Lukyanova L. D. Mitochondrial signaling in hypoxia. Open Journal of Endocrine and Metabolic Diseases. 2013. Т. 3. № 02. Р. 20.
7. Steinhoff M., Schaubert J., Leyden J. J. New insights into rosacea pathophysiology: a review of recent findings. J. Am. Acad. Dermatol. 2013. Vol. 69. № 6. Suppl. 1. Р. S15–26.
8. Yamasaki K., Gallo R. L. Rosacea as a disease of cathelicidins and skin innate immunity. J. Invest. Dermatol. Symp. Proc. 2011. Vol. 15. № 1. Р. 12–15.