

ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

© Т.В.Святенко, О.А.Чеверда, О.А.Старостина

IRL-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТЫХ ФОРМ РОЗАЦЕА И ДРУГИХ ДЕРМАТОЗОВ: БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ (собственные наблюдения)

Т.В.Святенко, О.А.Чеверда, О.А.Старостина

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»
Центр дерматологии и косметологии профессора Святенко, г.Днепропетровск
Медицинский центр ЧП «Леномед»*

Цель работы. Доказать эффективность и безопасность терапии розацеа и других дерматозов с применением импульсной высокоинтенсивной светотерапии.

Материал и методы. Под наблюдением в 2012-2015 годах находилось более 90 пациентов в возрасте 23-65 лет с розацеа, гемангиомами, пойкилодермией Сиватта, невусом Унна, которым проводилась импульсная высокоинтенсивная светотерапия.

Результаты. Распространенность таких патологических явлений как купероз, розацеа, паукообразные ангиомы, сосудистые мальформации среди пациентов, которые обращаются к дерматологам, косметологам, обуславливает необходимость в разработке корректных протоколов профилактики и лечения этих состояний с использованием современных знаний и оснащения. Учитывая собственный опыт применения систем импульсной высокоинтенсивной светотерапии можно сделать вывод, что методика соответствует всем требованиям безопасности и эффективности в лечении розацеа и других дерматозов.

Введение

Из многочисленных причин возникновения эритемы, телеангиэктазий кожи лица, особый интерес в практике врачей дерматологов, косметологов представляет такое часто диагностируемое заболевание, как розацеа. Несмотря на хорошо описанные клинические стадии заболевания и отработанные протоколы лечения, ранние проявления этой патологии очень часто остаются нераспознанными, что ведет к прогрессированию заболевания и переходу в более тяжелые клинические формы [2, 3, 7]. Как известно, данное заболевание чаще встречается у женщин со светлой кожей, североευропейского происхождения, во второй или третьей декаде жизни. Основным патофизиологическим механизмом считают неспецифическое воспаление, с последующим расширением и гиперреактивностью капилляров вокруг фолликулов. Это и является основной причиной возникновения телеангиэктазий [2,

3, 6]. Для розацеа характерен семейный анамнез, алкоголь может усиливать эритему, но не является причиной заболевания. Ультрафиолет также может быть причиной обострения. Роль клещей рода *Demodex folliculorum* при розацеа остается дискуссионным вопросом. Предполагают, что они могут усугублять воспаление и аллергическую реакцию вследствие механической блокады фолликулов [2, 3]. Симптомами предвестников розацеа, которые зачастую можно обнаружить и у молодых людей, могут быть зуд, жжение, транзиторная (несколько часов) эритема центральной части лица, которые часто обусловлены факторами внешней среды, алкоголем, эмоциональным стрессом [2, 3, 5]. Различают 4 формы розацеа: 1) эритема-тозотелеангиэктатическая - характеризуется стойкой эритемой и образованием множества телеангиэктазий, особенно в области щек; 2) папуло-пустулезная - сопровождается появлением папул и пустул на носу, в

области носогубных складок подбородке, что иногда затрудняет дифференциальную диагностику с поздними акне. Пациенты могут предъявлять быть жалобы на ощущение «песка» в глазах или конъюнктивит, повышенная склонность к формированию ячменей; 3) фиматозная – формирование узлов, бляшек, диффузное увеличение определенных участков кожи; 4) офтальморозацеа – превалируют симптомы тяжелого поражения органов зрения [2, 3]. Для лечения легких форм розацеа традиционно эффективными признаны препараты метронидазола и азелаиновой кислоты для местного применения. В случаях, когда высыпания на коже множественные или присутствуют симптомы офтальморозацеа, рекомендуется назначение пероральных антибиотиков тетрациклинового ряда или метронидазол [2, 3]. Лечение ассоциированных с розацеа телеангиэктазий успешно проводится с помощью лазеротерапии. Также, пациенты с любой формой заболевания должны быть предупреждены о необходимости ежедневной защиты от солнца и других провоцирующих обострение факторов [1].

Несмотря на большое разнообразие антикуперозных уходовых программ, лимфодренажных массажей, косметических и лекарственных средств с сосудотверждающим действием, все они, наряду с соблюдением рекомендаций в отношении образа жизни, могут рассматриваться лишь, как профилактические мероприятия [2, 3]. Наиболее эффективными методиками для лечения купероза, на сегодняшний день, признаны лазерные и IPL системы. Также, широкое распространение фотосистемы получили для лечения разнообразных сосудистых патологий: гемангиомы, сосудистые дисплазии (мальформации), "винные пятна" (капиллярные ангиодисплазии) [4]. Системы для импульсной высокоинтенсивной светотерапии (IPL, intense pulsed light) представляют собой световые инструменты, которые внешне и по механизму действия напоминают лазеры, но не относятся к данной группе в связи с отсутствием когерентного монохроматического светового излучения. Новейшие

системы для IPL потенциально могут потеснить лазерные системы в косметологии, что позволяет применять эти системы по различным показаниям, таким как: телеангиэктазии, угри, фотоповреждения кожи, пойкилодермии, пламенеющий невус (винные пятна), паукообразные расширения вен и др. [2, 3, 5, 7]. В основе работы систем для IPL лежит некогерентное световое излучение в диапазоне от 500 до 1200 нм. В состав системы обычно входит источник светового излучения, внутренний фильтр и несколько внешних (урежающих) фильтров. Данные фильтры служат для блокирования светового излучения, с целью обеспечения требуемой длины волны. Для каждой системы могут устанавливаться различные урежающие фильтры.

Таким образом, система фильтров позволяет проводить терапию, основанную на селективном фототермолизе некогерентным полихроматическим светом [2, 3, 6, 8]. Несомненным преимуществом систем для IPL является возможность использования изменяемой продолжительности импульсного воздействия. В зависимости от цели лечения и от типа кожи пациента, можно соответствующим образом изменять продолжительность импульсного воздействия. При воздействии на структуры с небольшой продолжительностью фазы термальной релаксации ткани, можно укорачивать ширину импульсного воздействия. В отношении более крупных сосудов с большей термальной релаксацией можно увеличить ширину импульсного воздействия. Это важно при устранении телеангиэктазий, поскольку когда имеются признаки резистентности сосудов к воздействию, простое изменение ширины пульса позволит добиться требуемого клинического эффекта. Последовательное пульсовое воздействие, предоставляющее достаточно времени для охлаждения тканей, снижает риск перегрева тканей и образования рубцов, вследствие этого. Есть данные, которые указывают, что последовательное пульсовое воздействие обеспечивает больший эффект при удалении телеангиэктазий [5-8]. Также, в связи с большей площадью воздействия, системы

IPL являются более предпочтительными, по сравнению с лазерами, для лечения телеангиэктазий и других крупных сосудистых дефектов. Важной составляющей для минимизации повреждающего действия на эпидермис (образование пузырей, нарушения пигментации), является модули охлаждения контактного типа, которые должны быть во всех системах IPL [2]. Перед проведением процедуры с использованием IPL, очень важно определить не только показания, но и противопоказания, в связи с возможными осложнениями [1]. Основными противопоказаниями являются свежий загар; темные фототипы кожи (с осторожностью); прием фотосенсибилизирующих антибиотиков (доксциклин, миноциклин); нежелательная реакция на IPL в анамнезе [3]. Так, необходимо определить фототип кожи пациента по Fitzpatrick. При этом пациенты с темной кожей (4-5 фототип), требуют повышенного внимания и соблюдения мер предосторожности, учитывая высокие риски появления гипо- и гиперпигментаций. Все пациенты нуждаются в фотопротекции до и после курса лечения. В большинстве случаев местная анестезия не используется, а исключения могут составлять пациенты с винными пятнами [1]. В среднем, курс лечения сосудистых форм розацеа и телеангиэктазий от 3 до 5 процедур. Однако для удаления винных пятен и других мальформаций может потребоваться и большее количество сеансов с интервалом 1 месяц [5-8].

Материалы и методы

Под нашим наблюдением в 2012-2015 годах находилось более 90 пациентов в возрасте 23-65 лет с сосудистой розацеа, гемангиомами, пойкилодермией Сиватта, невусом Унна, которым в комплексной терапии проводилась IPL (результаты наблюдений представлены на фото 1-9). Наш собственный опыт использования IPL свидетельствует о том, что зачастую реабилитация после процедур проходит без осложнений, однако пациенты должны быть тщательно проинструктированы по уходу за кожей после IPL [3]. Пациент испытывает ощущения как при легком солнечном ожоге. Они сохраняются в течение

2-24 часов, иногда до 72 часов и могут сопровождаться легкой отечностью и гиперемией, которые разрешаются в течение 2-3 дней. Сосудистые очаги могут сразу приобрести сероватый оттенок или побелеть, либо возможен слабый лиловый оттенок или красный. Сосуды исчезают полностью или частично через 10-15 дней. Запрещено сдирать, расчесывать и удалять образовавшиеся корки. В ряде случаев рекомендовано применение нестероидных противовоспалительных средств для уменьшения симптомов дискомфорта. В случае образования пузырей, назначают топические антибиотики в форме гелей 2 раза в день до заживления. До полного разрешения эритемы необходимо исключить: применение агрессивной косметики на область воздействия, горячие ванны и джакузи, физические действия, вызывающие сильное потоотделение, инсоляцию. Восстановительный период, в большинстве случаев, проходит в минимальные сроки, однако может сопровождаться появлением типичных побочных эффектов: эритемы, отека, изменения цвета сосудов - "мишеней", слабой пурпуры (фото 5). Необходимо также помнить о возможности появления более редких второстепенных осложнений: поствоспалительная гиперпигментация, диспигментация по типу "шахматной доски", термальные ожоги, перманентное рубцевание. Терапией первой линии при лечении поствоспалительной гиперпигментации является 4% гидрохинон. В случае недостаточного эффекта монотерапии, назначается комбинация гидрохинона и ретиноидов. Также, с доказанной эффективностью можно применять пилинги салициловой кислотой 20-25%, курсом 4-6 процедур, 1 раз в месяц. В период лечения необходимо строго избегать воздействия ультрафиолетовых лучей. Очаги гипопигментации менее эффективно поддаются терапии, в ряде случаев отмечается репигментация даже без лечения в период от 6 до 12 месяцев. К другим вариантам терапии относятся легкое воздействие UVA -A, UVA-B, местное применение 8-метоксипсоралена, 0,5-0,1 % угольного дегтя или антралина. Эти виды лече-

ния стимулируют производство меланина меланоцитами. Картину "шахматной доски" можно скорректировать повторной процедурой с поворотом светового пятна на 90 град. Относительно предыдущего сеанса. Лечение редких случаев рубцевания подразумевает фракционную неаблативную и аблативную лазерную терапию [3]. Для профилактики указанных осложнений большое значение имеет тщательный сбор анамнеза, отбор пациентов, повышение квалификации специалистов.

Выводы

Распространенность таких патологических явлений как купероз, розацеа, пакуобраз-

ные ангиомы, сосудистые мальформации среди пациентов, которые обращаются к дерматологам, косметологам, обуславливает необходимость в разработке корректных протоколов профилактики и лечения этих состояний с использованием современных знаний и оснащения.

Учитывая имеющийся собственный опыт применения систем IPL, можно сделать вывод, что методика соответствует всем требованиям безопасности и эффективности в лечении перечисленных сосудистых патологий.

Список литературы

1. Антонелла Тости, Кеннет Беер, Мария Пиа де Падова. Лечение осложнений косметических процедур; пер. с англ. под общ. ред. проф. Я. А.Юцковской.- М., 2014. - С.71-76.
2. Бауманн Л. Косметическая дерматология. Принципы и практика; пер. с англ; под ред. Проф. Н.Н. Потекаева.- М., 2012. - С.421-422.
3. Кацамбас А.Д., Лотти Т.М.. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний. Москва, 2009. - С.164-169.
4. Angermeier M.C. Treatment a facial vascular lesions with intense pulsed light /M.C. Angermeier // J. Cutan. Laser Ther.– 2006.– Vol.1, N 2.– P. 95–100.

5. Dahan S. Laser and intense pulsed light management of couperose and rosacea /S. Dahan // Ann. Dermatol. Venereol. – 2011. – Vol. 138, Suppl. 3. – P. 219 – 222.
6. Kassir R. Intense pulsed light for the treatment of rosacea and telangiectasias./R.Kassir, A. Kolluru, M. Kassir // J. Cosmet. Laser. Ther. – 2011. – Vol. 13, N 5. – P. 216 – 222.
7. Kennedy Carney C. Rosacea: a review of current topical, systemic and light-based therapies./ Carney C. Kennedy, W. Cantrell, B. E. Elewski. // G. Ital. Dermatol. Venereol. – 2009. – Vol. 144, N 6. – P. 673 – 688.
8. Schroeter C. A. Effective treatment of rosacea using intense pulsed light systems./C.A. Schroeter, S. Haaf-von Below, H. A. Neumann // Dermatol. Surg. – 2005. – Vol.31. – P. 1285 – 1289.

РЕЗЮМЕ

IPL-ТЕРАПІЯ У ЛІКУВАННІ СУДИННИХ ФОРМ РОЗАЦЕА ТА ІНШИХ ДЕРМАТОЗІВ: БЕЗПЕКА ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ (власні спостереження)

Т.В.Святенко, О.А.Чеведа, О.А.Старостіна

Мета роботи. Довести ефективність і безпеку терапії розацеа і інших дерматозів із застосуванням імпульсної високоінтенсивної світлотерапії.

Матеріал і методи. Під наглядом в 2012-2015 роках перебувало понад 90 пацієнтів у віці 23-65 років з розацеа, гемангіомами, пойкилодермія Сіватта, невусів Унна, яким проводилася імпульсна високоінтенсивна світлотерапія.

Результати. Поширеність таких патологічних явищ як купероз, розацеа, пакуобразні ангиоми, судинні мальформації серед пацієнтів, які звертаються до дерматологів, косметологів, виникає нагальна потреба в розробці коректних протоколів профілактики і

лікування цих станів з використанням сучасних знань і оснащення. З огляду на власний досвід застосування систем імпульсної високоінтенсивної світлотерапії, можна зробити висновок, що методика відповідає всім вимогам без-небезпеки і ефективності в лікуванні розацеа і інших дерматозів.

SUMMARY

IPL-THERAPY IN THE TREATMENT OF VASCULAR ROSACEA AND OTHER DERMATOSSES: SAFETY AND EFFECTIVENESS (own observations)

T.V.Svyatenko, O.A.Cheverda, O.A.Starostina

Objective. To prove the effectiveness and safety of treatment of rosacea and other dermatoses using high-intensity pulsed light therapy.

Material and methods. Under the supervision in 2012-2015 there were 90 patients aged 23-65 years with rosacea, hemangiomas, poikilodermii Civatte's, nevus of Unna, koto-eye high-intensity pulsed light therapy was performed.

Results. The prevalence of such pathological phenomena like rosacea, rosacea, pow-crustaceans angioma, vascular malformations among patients who are turning to dermatologists, cosmetologists, determines the need for a correct Proto-stakes prevention and treatment of these conditions with the use of modern knowledge and equipment. Given its own experience in the application of pulsed systems vysokointensiv-term light therapy, it can be concluded that the procedure complies with all the requirements of no-danger and effectiveness in the treatment of rosacea and other dermatoses.



Фото 1. Пациентка 36 лет, сосудистая форма розацеа



Фото 2. Пациентка 36 лет, сосудистая форма розацеа, крупнокалиберные телангиэктазии



Фото 3. Пациент 42 года, сосудистая розацеа



Фото 4-5. Пациентка 28 лет, паукообразная телеангиэктазия (до лечения и после проведенного сеанса IPL)



Фото 6-7. Пациентка 37 лет, линейные телеангиэктазии



(до лечения и после одного проведенного сеанса IPL)
Фото 8-9. Пациентка 37 лет, сосудистая розацеа
(до лечения и после одного проведенного сеанса IPL)