

Место дерматокосметики в терапии розацеа

Н.Г. Церикидзе¹, <https://orcid.org/0000-0003-2758-4002>, gn998@mail.ru

Л.Р. Сакания^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0003-2027-5987>, sakania.luiz@yandex.ru

И.В. Оленич¹, <https://orcid.org/0000-0001-5753-2567>, 9332307@gmail.com

И.М. Корсунская^{2✉}, <https://orcid.org/0000-0002-6583-0318>, marykor@bk.ru

¹ Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 127473, Россия, Москва, ул. Селезневская, д. 20

² Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН; 109029, Россия, Москва, ул. Средняя Калитниковская, д. 30

Резюме

Розацеа является хроническим воспалительным заболеванием, поражающим кожу лица. Данная патология характеризуется гиперемией, эритемой, телеангиэктазией и другими проявлениями, а также сопровождается рядом неприятных симптомов, таких как чувство жжения, зуда, стянутости кожных покровов. Патогенез заболевания пока остается не до конца изученным. Но принято считать, что в его основе лежит иммунная дисфункция, кроме того, чрезмерная колонизация клещом *Demodex* и воздействие ультрафиолета могут играть роль в развитии розацеа. Заболеваемость розацеа во всем мире достигает 5%, отмечается, что некоторые народности более склонны к данному заболеванию. Терапия розацеа представляется весьма сложной задачей для специалиста. Тактика лечения отличается в зависимости от формы заболевания. Для папуло-пустулезной формы розацеа существует широкий ряд методов лечения, включающих системные и местные препараты и даже физиотерапию. Однако терапия эритематозных форм розацеа в основном сводится к применению дерматокосметики. Для пациентов с розацеа важно подобрать средства, которые в первую очередь могут эффективно снять гиперемию и неприятные ощущения на коже и будут обладать хорошей переносимостью. Также необходимо, чтобы дерматокосметический состав обладал противовоспалительным действием и способностью восстанавливать поврежденную кожу. В данной статье приводится собственный опыт применения подобного средства в монотерапии эритематозной формы розацеа и комплексном лечении папуло-пустулезной формы заболевания. Среди пациентов с папуло-пустулезной формой розацеа значимый эффект достигнут к 3–4-й нед. комплексной терапии. В качестве примера эффективности терапии приводим случай пациентки Н. 46 лет.

Ключевые слова: папуло-пустулезная форма розацеа, эритематозная розацеа, телеангиэктазия, фиматозные изменения, воспаление

Для цитирования: Церикидзе НГ, Сакания ЛР, Оленич ИВ, Корсунская ИМ. Место дерматокосметики в терапии розацеа. *Медицинский совет*. 2023;17(14):12–16. <https://doi.org/10.21518/ms2023-267>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The role of dermatocosmetics in the management of rosacea

Natalia G. Tserikidze¹, <https://orcid.org/0000-0003-2758-4002>, gn998@mail.ru

Luiza R. Sakaniya^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0003-2027-5987>, sakania.luiz@yandex.ru

Irina V. Olenich¹, <https://orcid.org/0000-0001-5753-2567>, 9332307@gmail.com

Irina M. Korsunskaya^{2✉}, <https://orcid.org/0000-0002-6583-0318>, marykor@bk.ru

¹ Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenerology and Cosmetology; 20, Seleznevskaya St., Moscow, 127473, Russia

² Center for Theoretical Problems of Physico-Chemical Pharmacology of RAS; 30, Srednyaya Kalitnikovskaya St., Moscow, 109029, Russia

Abstract

Rosacea is a chronic inflammatory disease that affects the facial skin. This pathology is characterized by hyperaemia, erythema, telangiectasia and other manifestations. It is also accompanied by a group of unpleasant symptoms, such as burning sensations, itching, and skin tightness. The pathogenesis of the disease has not been sufficiently studied. But it is generally accepted that it is based on abnormalities in the immune system. In addition, excessive *Demodex* colonization and exposure to ultraviolet radiation may play a role in the development of rosacea. The incidence rate of rosacea worldwide reaches 5%. It is emphasized that some ethnicities face a greater risk of this disease than others. It is a very difficult task to treat rosacea for a specialist. The therapeutic approach differs in different forms of the disease. There is a wide range of treatments available for papulopustular rosacea, including systemic and topical medications and even physiotherapy. However, the therapy of erythematous rosacea mainly centres around the use of dermatocosmetic care. For patients with rosacea, it is important to choose products that, first of all, can effectively reduce skin redness and discomfort and will be well tolerated. A dermo-cosmetic composition has to have an anti-inflammatory effect and the ability to repair damaged skin. This article presents our own experience of using such drug in the monotherapy of erythematous rosacea and in the complex treatment of papulopustular disease. A significant effect had been achieved at 3–4 weeks of complex therapy in patients with papulopustular rosacea. We present a clinical case report of a 46-year-old patient N. as an example of the effectiveness of therapy.

Keywords: rosacea, papulo-pustular form of rosacea, erythematous rosacea, dermatocosmetics

For citation: Tserikidze NG, Sakaniya LR, Olenich IV, Korsunskaya IM. The role of dermatocosmetics in the management of rosacea. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;17(14):12–16. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-267>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Розацеа представляет собой хроническое воспалительное заболевание с рядом кожных проявлений, локализуемых в области лица и включающих гиперемию, непреходящую эритему, папулы/пустулы, телеангиэктазии и фиматозные изменения [1–4]. Вторичные проявления, такие как зуд, жжение или покалывание, часто наблюдаются у больных розацеа [5]. Патогенез и патофизиология розацеа до конца не изучены [6–8], но считается, что способствующими факторами являются иммунная дисфункция, инфекция *Demodex* и воздействие ультрафиолетового излучения [2]. В 2002 г. розацеа была классифицирована на следующие четыре подтипа: эритематозно-телеангиэктатическая, папуло-пустулезная, фиматозная и офтальмологическая [9]. В 2017 г. был рекомендован фенотипический подход для диагностики и классификации [2, 10–12]. Фиксированная центрально-лицевая эритема и фиматозные изменения независимо друг от друга рассматриваются как диагностические критерии розацеа [10].

Только в США более 16 млн пациентов страдают розацеа, в некоторых регионах распространенность достигает 18%, особенно среди населения с преобладающим «кельтским» наследием, например в Ирландии [13]. Во всем мире распространенность оценивается более чем в 5%. Женщины и мужчины поражаются в равной степени [14]. Однако распространенность розацеа во многих странах, включая крупные страны, такие как Китай и Австралия, все еще плохо изучена, и распространенность, особенно эритематозной розацеа, требует тщательной дифференциации от других эритематозных заболеваний и причин гиперемии, таких как нейроэндокринные опухоли.

Розацеа обычно возникает симметрично в центре лица и имеет некоторые гендерные и возрастные различия. Например, ринофима встречается почти исключительно у мужчин, гиперемия и эритема часто являются первыми признаками заболевания в более молодом возрасте, а телеангиэктазии составляют первые очаги розацеа в более старшем возрасте. Общие проявления розацеа включают гиперемию, транзиторную или постоянную эритему, телеангиэктазии, папулы, пустулы, фиматозные образования и (микро)отек [9, 15]. Несмотря на типичную центрально-лицевую локализацию розацеа, причинно-следственная связь с уникальным центрально-лицевым составом кожи, характеризующимся плотным присутствием сальных желез, плотной нервной и сосудистой сетью и клещами *Demodex*, пока не может быть окончательно установлена. Тем не менее инвазия *Demodex* увеличивается у некоторых пациентов с розацеа, и эрадикация, по-видимому, облегчает симптомы розацеа, вероятно, за счет предотвращения образования провоспалительных цитокинов [2, 16].

ЗАДАЧИ ТЕРАПИИ

Терапия розацеа – довольно сложная задача. Для папуло-пустулезных форм существует широкий спектр подходов к лечению, однако при эритематозной форме в основном применяется дерматокосметика.

В 2018 г. Общество дермофармацевтики опубликовало руководство по дерматокосметике для использования при розацеа [17]. В частности, указывается, что должна быть продемонстрирована эффективность и переносимость этих косметических средств, и документация по продукту должна быть доступна дерматологам и фармацевтам. A. Guertler et al. оценили эффективность и безопасность мицеллярной воды, крема и сыворотки у 50 пациентов европеоидной расы с розацеа и наблюдали значительное уменьшение эритемы лица и симптомов, связанных с розацеа [18]. H Baldwin et al. оценили эффективность и переносимость тонирующего ежедневного увлажняющего крема для лица SPF-30 у 33 женщин с розацеа легкой и средней степени тяжести и непреходящей эритемой, жалующихся на чувства сухости и стянутости/натяжения кожи. По результатам исследования было показано, что увлажняющее средство действительно улучшило внешний вид кожи у пациентов, склонных к розацеа [19]. Исследование, включающее 42 субъекта, показало, что применение пены для умывания, ежедневного солнцезащитного крема и ночного крема улучшает увлажнение кожи и барьерную функцию кожи [20], при этом более 90% субъектов сообщили, что данный режим ухода был приятным и эффективным и они будут продолжать придерживаться его.

НАШ ОПЫТ ТЕРАПИИ

В своей практике для терапии различных дерматозов, сопровождающихся ярко выраженной эритемой, мы часто применяем дерматокосметику LE SANTI® Microbiome skincare. Ранее нами были опубликованы данные по эффективности применения SOS-спрея успокаивающего LE SANTI® для снятия гиперемии, сухости и зуда, вызванных различными причинами [21]. В состав спрея входят пантенол, комплекс пребиотиков и пробиотиков, лецитин, натрия гиалуронат, ксилит, молочная кислота и экстракт тасманского перца.

Комплекс пробиотиков и пребиотиков способен влиять на уровень провоспалительных цитокинов [22, 23]. Молочная кислота отвечает за нормализацию pH кожи, который нарушается при воспалительном процессе [24]. Ксилит стимулирует апоптоз клеток, ускоряет высвобождение липидов и их перемещение между зернистым и роговым слоем, тем самым улучшая ламеллярную структуру и повышая барьерную функцию кожи [25]. Лецитин

● **Рисунок 1.** Пациентка Н. 46 лет, до терапии
 ● **Figure 1.** Patient N., 46 years old, before therapy



● **Рисунок 2.** Пациентка Н. 46 лет, после терапии
 ● **Figure 2.** Patient N., 46 years old, after therapy



также выступает в качестве ингредиента, восстанавливающего защитную функцию кожи. Пантенол обладает регенерирующим и смягчающим действием, питает и быстро снимает раздражение, увеличивает прочность коллагеновых волокон. Натрия гиалуронат отвечает за глубокое увлажнение кожи, улучшение ее тонуса и упругости. Но особый интерес представляет экстракт тасманского перца. В частности, благодаря полигодиалу он оказывает противовоспалительное, антиоксидантное действие и снимает покраснение. Также показано, что средства, содержащие экстракт тасманского перца, улучшают состояние кожи и повышают в ней концентрации проколлагена I и эластина [26]. Учитывая состав SOS-спрея успокаивающего LE SANTI® и ранее полученные результаты его хорошей переносимости, было предложено его применение у пациентов с розацеа.

Под нашим наблюдением находились 19 пациентов в возрасте от 36 до 55 лет: 9 пациентов с эритематозной формой розацеа и 10 пациентов – с папуло-пустулезной. Пациентам с папуло-пустулезной формой в качестве системной терапии был назначен метронидазол, всем пациентам в качестве средства ухода для снятия симптомов (гиперемии, отечности, чувства жжения/стянутости

кожи) рекомендовано применение SOS-спрея LE SANTI® 2 раза в день утром и вечером. Через 10 дней в группе пациентов с эритематозной формой розацеа заметно уменьшилась гиперемия, отечность полностью регрессировала. Кожные покровы приобрели более здоровый вид. Пациентами отмечено отсутствие ранее наблюдавшихся неприятных ощущений на коже. Среди пациентов с папуло-пустулезной формой розацеа значимый эффект достигнут к 3–4-й нед. комплексной терапии. Отмечалось разрешение папуло-пустулезных высыпаний, регресс неприятных проявлений заболевания.

В качестве примера эффективности средства LE SANTI приводим клинический случай пациентки Н. 46 лет. Объективно на коже лица отмечается ярко выраженная гиперемия, отечность, множественные папулезные элементы (рис. 1).

Жалуется на чувство стянутости и приступы жара, сопровождающиеся усилением гиперемии. Через 1 мес. комплексной терапии на коже лица отмечается отсутствие отечности, легкая гиперемия. Папулезные элементы разрешились, оставив поствоспалительную пигментацию (рис. 2). Пациентка отмечает отсутствие ранее беспокоивших неприятных симптомов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как показывает зарубежный и собственный опыт, адекватно подобранная дерматокосметика способствует достижению хороших клинических результатов в терапии розацеа различных форм. В частности, можно рекомендовать применение SOS-спрея LE SANTI®, чей состав направлен на устранение гиперемии и таких неприятных

симптомов, как чувство жжения, стянутости и пр., часто возникающих при розацеа. Также дерматокосметика, восстанавливающая pH, барьерную функцию и структуру кожных покровов, оказывает благотворное влияние при любых воспалительных заболеваниях кожи.



Поступила / Received 03.07.2023
Поступила после рецензирования / Revised 22.07.2023
Принята в печать / Accepted 22.07.2023

Список литературы / References

1. Wang Y, Zhang H, Fang R, Tang K, Sun Q. The top 100 most cited articles in Rosacea: a bibliometric analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(10):2177–2182. <https://doi.org/10.1111/jdv.16305>.
2. Tan J, Almeida LM, Bewley A, Cribier B, Dlova NC, Gallo R et al. Updating the diagnosis, classification and assessment of rosacea: recommendations from the global ROSacea Consensus (ROSCO) panel. *Br J Dermatol.* 2017;176(2):431–438. <https://doi.org/10.1111/bjd.15122>.
3. Dursun R, Daye M, Durmaz K. Acne and rosacea: what's new for treatment? *Dermatol Ther.* 2019;32(5):e13020. <https://doi.org/10.1111/dth.13020>.
4. Trave I, Merlo G, Cozzani E, Parodi A. Real-life experience on effectiveness and tolerability of topical ivermectin in papulopustular rosacea and anti-parasitic effect on Demodex mites. *Dermatol Ther.* 2019;32(6):e13093. <https://doi.org/10.1111/dth.13093>.
5. Johnson SM, Berg A, Barr C. Managing Rosacea in the clinic: from pathophysiology to treatment – a review of the literature. *J Clin Aesth Dermatol.* 2020;13(4 Suppl):S17–S22. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32802248>.
6. Rainer BM, Thompson KG, Antonescu C, Florea L, Mongodin EF, Bui J et al. Characterization and analysis of the skin microbiota in Rosacea: a case-control study. *Am J Clin Dermatol.* 2020;21(1):139–147. <https://doi.org/10.1007/s40257-019-00471-5>.
7. Powell FC. Clinical practice. Rosacea. *N Engl J Med.* 2005;352(8):793–803. <https://doi.org/10.1056/NEJMc042829>.
8. Ahn CS, Huang WW. Rosacea pathogenesis. *Dermatol Clin.* 2018;36(2):81–86. <https://doi.org/10.1016/j.det.2017.11.001>.
9. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, Drake L, Feinstein A, Odom R, Powell F. Standard classification of rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am Acad Dermatol.* 2002;46(4):584–587. <https://doi.org/10.1067/mjd.2002.120625>.
10. Gallo RL, Granstein RD, Kang S, Mannis M, Steinhoff M, Tan J, Thiboutot D. Standard classification and pathophysiology of rosacea: the 2017 update by the National Rosacea Society Expert Committee. *J Am Acad Dermatol.* 2018;78(1):148–155. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.08.037>.
11. Wang YA, James WD. Update on rosacea classification and its controversies. *Cutis.* 2019;104(1):70–73. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31487337>.
12. Thyssen JP. Subtyping, phenotyping or endotyping rosacea: how can we improve disease understanding and patient care? *Br J Dermatol.* 2018;179(3):551–552. <https://doi.org/10.1111/bjd.16942>.
13. Tan J, Berg M. Rosacea: current state of epidemiology. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69(6 Suppl 1):S27–35. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.04.043>.
14. Gether L, Overgaard LK, Egeberg A, Thyssen JP. Incidence and prevalence of rosacea: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol.* 2018;179(2):282–289. <https://doi.org/10.1111/bjd.16481>.
15. Powell FC. Clinical practice. Rosacea. *N Engl J Med.* 2005;352(8):793–803. <https://doi.org/10.1056/NEJMc042829>.
16. Holmes AD, Spoenlin J, Chien AL, Baldwin H, Chang ALS. Evidence-based update on rosacea comorbidities and their common physiologic pathways. *J Am Acad Dermatol.* 2018;78(1):156–166. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.07.055>.
17. Kresken J, Kindl U, Wigger-Alberti W, Clanner-Engelshofen BM, Reinholz M. Dermocosmetics for use in Rosacea: guideline of the Society for Dermopharmacy. *Skin Pharmacol Physiol.* 2018;31(3):147–154. <https://doi.org/10.1159/000486688>.
18. Guertler A, Jøntvedt NM, Clanner-Engelshofen BM, Cappello C, Sager A, Reinholz M. Efficacy and safety results of micellar water, cream and serum for rosacea in comparison to a control group. *J Cosmet Dermatol.* 2020;19(10):2627–2633. <https://doi.org/10.1111/jocd.13591>.
19. Baldwin H, Santoro F, Lachmann N, Teissedre S. A novel moisturizer with high sun protection factor improves cutaneous barrier function and the visible appearance of rosacea-prone skin. *J Cosmetic Dermatol.* 2019;18(6):1686–1692. <https://doi.org/10.1111/jocd.12889>.
20. Santoro F, Lachmann N. An open-label, intra-individual study to evaluate a regimen of three cosmetic products combined with medical treatment of Rosacea: cutaneous tolerability and effect on hydration. *Dermatol Ther.* 2019;9(4):775–784. <https://doi.org/10.1007/s13555-019-00331-4>.
21. Сакания Л Р, Оленич ИВ, Корсунская ИМ. Чувствительная кожа: что за этим стоит и как помочь пациентам? *Медицинский алфавит.* 2022;8(75–78). <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-8-75-78>.
22. Sakaniya LR, Olenich IV, Korsunskaya IM. Sensitive skin: What is behind it and how to help patients? *Medical Alphabet.* 2022;8(75–78). (In Russ.) <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-8-75-78>.
23. Mu Q, Tavella VJ, Luo XM. Role of Lactobacillus reuteri in Human Health and Diseases. *Front Microbiol.* 2018;9:757. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2018.00757>.
24. Di Lodovico S, Gasparri F, Di Campli E, Di Fermo P, D'Ercole S, Cellini L, Di Giulio M. Prebiotic Combinations Effects on the Colonization of Staphylococcal Skin Strains. *Microorganisms.* 2020;9(1):37. <https://doi.org/10.3390/microorganisms9010037>.
25. Tang SC, Yang JH. Dual Effects of Alpha-Hydroxy Acids on the Skin. *Molecules.* 2018;23(4):863. <https://doi.org/10.3390/molecules23040863>.
26. Salli K, Lehtinen MJ, Tiihonen K, Ouweland AC. Xylitol's Health Benefits beyond Dental Health: A Comprehensive Review. *Nutrients.* 2019;11(8):1813. <https://doi.org/10.3390/nu11081813>.
27. Gaillard E, Boissac S, Branchet MC, Lamour I, Keophiphath M. Tasmannia lanceolata leaf extract alleviates stretch mark appearance in a randomized, placebo-controlled clinical trial in women and stimulates extracellular matrix synthesis in ex vivo human skin explants. *J Cosmet Dermatol.* 2021;20(6):1923–1932. <https://doi.org/10.1111/jocd.13780>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – И.М. Корсунская, И.В. Оленич

Написание текста – И.М. Корсунская, Л.Р. Сакания

Обзор литературы – Н.Г. Церикидзе

Перевод на английский язык – И.М. Корсунская

Редактирование – И.М. Корсунская

Утверждение окончательного варианта статьи – И.М. Корсунская

Contribution of authors:

Concept of the article – Irina M. Korsunskaya, Irina V. Olenich

Text development – Irina M. Korsunskaya, Luiza R. Sakaniya

Literature review – Natalia G. Tserikidze

Translation into English – Irina M. Korsunskaya

Editing – Irina M. Korsunskaya

Approval of the final version of the article – Irina M. Korsunskaya

Согласие пациентов на публикацию: пациентка подписала информированное согласие на публикацию своих данных.
Basic patient privacy consent: patient signed informed consent regarding publishing their data.

Обмен исследовательскими данными: данные, подтверждающие выводы исследования, доступны по запросу у автора, ответственного за переписку, после одобрения ведущим исследователем

Research data sharing: derived data supporting the findings of this study are available from the corresponding author on request after the Principal Investigator approval

Информация об авторах:

Церикидзе Наталья Георгиевна, врач-дерматокосметолог, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 127473, Россия, Москва, ул. Селезневская, д. 20; gn998@mail.ru

Сакания Луиза Руслановна, врач-дерматовенеролог, косметолог, трихолог, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 127473, Россия, Москва, ул. Селезневская, д. 20; младший научный сотрудник, врач-дерматовенеролог, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН; 109029, Россия, Москва, ул. Средняя Калитниковская, д. 30; sakania.luiz@yandex.ru

Оленич Ирина Владимировна, врач-дерматолог, заведующая отделением дневного стационара, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 127473, Россия, Москва, ул. Селезневская, д. 20; 9332307@gmail.com

Корсунская Ирина Марковна, д.м.н., профессор, заведующая лабораторией, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН; 109029, Россия, Москва, ул. Средняя Калитниковская, д. 30; marykor@bk.ru

Information about the authors:

Natalia G. Tserikidze, Dermatocosmetologist, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenerology and Cosmetology; 20, Seleznevskaya St., Moscow, 127473, Russia; gn998@mail.ru

Luiza R. Sakaniya, Dermatovenerologist, Cosmetologist, Trichologist, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenerology and Cosmetology; 20, Seleznevskaya St., Moscow, 127473, Russia; Junior Research Assistant, Dermatovenerologist, Center for Theoretical Problems of Physico-Chemical Pharmacology of RAS; 30, Srednyaya Kalitnikovskaya St., Moscow, 109029, Russia; sakania.luiz@yandex.ru

Irina V. Olenich, Dermatologist, Head of the day Hospital Department, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenerology and Cosmetology; 20, Seleznevskaya St., Moscow, 127473, Russia; 9332307@gmail.com

Irina M. Korsunskaya, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Laboratory, Center for Theoretical Problems of Physico-Chemical Pharmacology of RAS; 30, Srednyaya Kalitnikovskaya St., Moscow, 109029, Russia; marykor@bk.ru