

СТРАТЕГИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ФИМАТОЗНЫМ ПОДТИПОМ РОЗАЦЕА

Е.Г. Перевалова¹, И.А. Ламоткин^{2,3}¹ Клиника дерматологии и косметологии «MDElena». Москва, Россия² ФГБУ Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко». Москва, Россия³ Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)». Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Пациентка Н., 43 года, обратилась с жалобами на красноту и жжение лица, высыпания, отек, приливы, выраженную гиперчувствительность кожи на стресс, солнце и перед началом цикла во время овуляции. Краснота носила постоянный характер, усиливалась в жарком помещении и при волнении. Высыпания появлялись периодически, основным триггером выступала гормональная перестройка, начало цикла. При осмотре: тотальное поражение всего лица, разлитая эритема в области лба, щек, носа, подбородка, множественные папулезные, пустулезные, инфильтративные элементы, пастозность мягких тканей лица с акцентом в средней трети лица, ксероз, выраженный гиперкератоз, признаки воспаления наружного глаза, множественные рубцовые атрофические деформации в области латеральной части щек, положительный симптом белых очков (белые очаги вокруг глаз), положительный симптом листка (звук шелеста сухой листвы при поглаживающем движении руки по коже лица), характерен при выраженной обезвоженности кожи. Чем сильнее выражен ксероз кожи, тем более ярко проявляется тест. При пальпации у больной диагностируется резко положительный пальпаторный тест (резкое усиление эритемы в месте пальпации). При осмотре наружной поверхности бедер определяется выраженный фиброз подкожной жировой клетчатки, лимфостаз тканей, цианоз, при пальпации — их уплотнение, болезненность, холодные на ощупь. Была проведена терапия в соответствии с патентом на изобретение № 2814360, а также №2810361 в комбинации с домашним уходом. Представленный клинический случай больной Н. с фиматозным подтипом розацеа является сложным, демонстрирует непредсказуемость течения болезни и ее вариабельность в клинических проявлениях. При торпидном течении ангионевроза кожи важно усиливать терапию домашним уходом по телу для достижения лимфодренажного действия и по лицу для восстановления липидной мантии и купирования ксероза кожи.

Цель исследования. Проанализировать пациентку с фиматозным подтипом розацеа, разобрать сложности клинического течения болезни, разработать стратегию ведения пациентки в кабинете врача и в домашних условиях, определить тактику коррекции средств для домашнего ухода на основе динамики состояния кожи.

Материал и методы исследования. Для разбора стратегии лечения фиматозного подтипа розацеа наблюдали и вели больную Н, 43 года. Пациентка предоставила информацию о лечении у косметологов, дерматологов, гастроэнтерологов, гинекологов до первичного обращения за медицинской помощью в Клинику дерматологии и косметологии MDElena. Провели противовоспалительную, себорегулирующую, регенерирующую терапию в соответствии с патентом на изобретение №2814360, а также №2810361. Провели протокол при офтальморозацеа по восстановлению глаз. Определили тактику назначения средств домашнего ухода, основываясь на звеньях патогенеза фиматозного подтипа розацеа.

Результаты. Наблюдали больную в течении 3-х месяцев регулярно с малыми интервалами: каждую неделю-две, далее увеличили интервал до 2, 3, 6, 8, 12 месяцев. Первые 3 месяца наблюдали активный воспалительный процесс, разрешение воспалительных глубоких элементов отмечали спустя 5 месяцев от начала патогенетического лечения (торпидная клиническая форма), к 8 месяцам полностью восстановили ресурс кожи, состояние липидной мантии, нормализовали чувствительность кожи к факторам внешним и внутренней среды, в том числе при гормональной перестройке организма (основной триггер пациентки).

Заключение. После проведения противовоспалительной, себорегулирующей, регенерирующей терапии в соответствии с патентом на изобретение №2814360, а также №2810361, динамического по клинической картине домашнего ухода купировали все признаки глубокого воспалительного процесса кожи лица, в области глаз, восстановили липидную мантию, кожа стала интактна.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: фиматозный подтип, розацеа, инфильтраты, ксероз кожи, отек лица, домашний уход, лечение розацеа, патогенетический подход, космецевтика Passaggio

КОРРЕСПОНДЕНЦИЯ: Перевалова Елена Геннадьевна, e-mail: mdl Elena@bk.ru

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Перевалова Е.Г., Ламоткин И.А. Стратегия ведения пациента с фиматозным подтипом розацеа // Вестник Медицинского института непрерывного образования. — 2025. — Т. 5. — № 3. — С. 59-64. — DOI 10.36107/2782-1714_2025-5-3-59-64

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ: Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОСТУПНОСТИ ДАННЫХ: Данные текущего исследования можно получить по обоснованному запросу у корреспондирующего автора.

MANAGEMENT STRATEGY FOR A PATIENT WITH THE PHYMATOUS ROSACEA

E.G. Perevalova¹, I.A. Lamotkin^{2,3}¹ Clinic of Dermatology and Cosmetology "MDElena", Moscow, Russia² Main Military Clinical Hospital named after N.N. Burdenko, Moscow, Russia³ Medical Institute of Continuing Education, Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH), Moscow, Russia

ABSTRACT

Background. Patient N., 43 years old, complained of facial redness, rashes, swelling, burning of the face, hot flashes, pronounced skin hypersensitivity to stress, sun exposure, the pre-ovulation phase of her menstrual cycle. The redness was constant, intensifying in hot environments and during emotional stress. Rashes appeared periodically, the main trigger was hormonal changes, the beginning of the cycle.

On examination: there was total lesion of the entire face, diffuse erythema over the forehead, cheeks, nose, chin; multiple papular, pustular, infiltrative elements; soft tissues edema of the face with an emphasis in the middle third of the face; xerosis, pronounced hyperkeratosis, signs of inflammation of the outer eye; multiple cicatricial atrophic deformities in the lateral cheeks; positive the symptom of white glasses (white foci around the eyes), a positive symptom of a leaf (a rustling sound of dry foliage when stroking the skin of the face) which is characteristic of severe skin dehydration. The more pronounced the skin xerosis is, the more pronounced the test is. On palpation, the patient was diagnosed with a sharply positive palpation test (a sharp increase in erythema at the site of palpation). Examination of the outer surface of the thighs reveals pronounced fibrosis of subcutaneous fat tissue, lymphostasis of tissues, cyanosis; on palpation, these areas were firm, painful and cold to the touch. The therapy was performed in accordance with Invention Patent No. 2814360, as well as No. 2810361 in combination with home care. The presented clinical case of Patient N. with the phymatous rosacea is complex, demonstrates the unpredictability of the course of the disease and its variability in clinical manifestations. In case of torpid skin angioedema, it is important to enhance home care therapy for the body to achieve lymphatic drainage effect and for the face to restore the lipid mantle and relieve skin xerosis.

Purpose. To analyze a patient with the phymatous subtype of rosacea, to analyze the complexities of the clinical course of the disease, to develop a strategy for managing the patient in the clinic and at home, to determine the tactics of correcting home care products based on the dynamics of the skin condition.

Materials and methods. To analyze the treatment strategy for the phymatous subtype of rosacea, Patient N., 43 years old, was observed and managed. The patient provided information about treatment with cosmetologists, dermatologists, gastroenterologists, gynecologists before the initial medical treatment at the Dermatology and Cosmetology Clinic "MDElena". Anti-inflammatory, seborrheic, and regenerating therapy was performed in accordance with Patent No. 2814360, as well as No. 2810361. A protocol was conducted for ophthalmorosacea to restore the eyes. The tactics of prescribing home care products were determined based on the links in the pathogenesis of the phymatous subtype of rosacea.

Results. The patient was observed regularly for 3 months at short intervals: every or two weeks, then the interval was increased to 2, 3, 6, 8 and 12 months. For the first 3 months, an active inflammatory process was observed, resolution of deep inflammatory elements was noted 5 months after the start of pathogenetic treatment (torpid clinical form), by 8 months the skin's resource and the state of the lipid mantle were fully restored, skin sensitivity to external and internal environmental factors was normalized, including hormonal changes in the body (the main trigger of the patient).

Conclusion. After anti-inflammatory, seborrheic, regenerating therapy in accordance with Patents No. 2814360 and No. 2810361, dynamic in the clinical picture of home care, all signs of a deep inflammatory process in the skin of the face and in the eye area were stopped, the lipid mantle was restored, the skin became intact.

KEYWORDS: phymatous subtype, rosacea, infiltrates, skin xerosis, facial edema, home care, rosacea treatment, pathogenetic approach, cosmeceuticals Passaggio

CORRESPONDENCE: Elena G. Perevalova, e-mail: mdelena@bk.ru.

FOR CITATIONS: Perevalova E.G., Lamotkin I.A. Management Strategy for a Patient with the Phymatous Rosacea // Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education. — 2025. — Vol. 5, No. 3. — P. 59-64. — DOI 10.36107/2782-1714_2025-5-3-59-64

FUNDING SOURCE: The authors declare no funding for the study.

DECLARATION OF COMPETING INTEREST: The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

DATA AVAILABILITY STATEMENT: Data from the current study are available on reasonable request from the corresponding author.

ВВЕДЕНИЕ

У больных розацеа начинает замедляться перераспределение кровотока и возникает венозный стаз в области оттока *venae facialis sive angularis*. Клинически это выражается появлением эритемы и телеангиоэктазиями. В область оттока лицевой вены включается также конъюнктив, что объясняет частое вовлечение глаз при этом заболевании [1].

В патогенезе заболевания несомненное значение принадлежит половым гормонам, их влиянию на состояние микроциркуляции в коже, на развитие иммунного воспаления. Доказано, что имеется взаимосвязь между показателями гемодинамики в экстракраниальных сосудах каротидного бассейна и содержанием в крови отдельных половых и гипофизарных гормонов [2, 3].

Агравации процесса способствуют гиперинсоляция, температурные колебания окружающей среды (чаще — повышение температуры), употребление горячих напитков, алкоголя, прием сосудорасширяющих препаратов, эмоциональное напряжение, физическая нагрузка [4].

Гистологическая картина при фиматозном подтипе характеризуется резко выраженной гиперплазией саленных желез и фиброзом [5].

Розацеа следует дифференцировать с вульгарными угрями, стероид-индуцированным дерматитом, фотодерматозом полиморфным, дискоидной красной вол-

чанкой, карциноидом, синдромом Рандю-Ослера-Вебера [6]. При вульгарных угрях, в отличие от розацеа, наблюдаются комедоны, узлы на фоне себореи, нередко поражается кожа спины и груди. Чаще регистрируется в пубертатном периоде [4].

Нарушения лимфотока в течение длительного времени приводят к гиперкератозу, сопровождаются накоплением антигенных веществ в пораженных тканях, образованием лейкоцитарных инфильтратов. При хроническом нарушении лимфотока формируется склеротическая трансформация, нарушаются защитные свойства кожи. Нарушение трофики и хроническое воспаление приводят к полному замещению нормальных тканей органов грубоволокнистой соединительной тканью [7].

Выявлено колоссальное влияние уровня функционирования лимфатической системы на степень тяжести и площади поражения кожи у пациентов с розацеа [8].

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Пациентка Н, 43 лет, обратилась с жалобами на красноту всего лица, которая усиливалась при нервном напряжении, длительной работе, незначительную отечность, жжение лица, приливы, множественные воспалительные высыпания глубокого характера, болезненные на ощупь, при вскрытии которых выходили сукрович-

ные выделения, жидкость прозрачного цвета. Подобные высыпания находились в коже от 2–3 недель до 2 месяцев без изменений, болезненные на ощупь. Высыпания увеличивались в количестве и «надувались» перед менструальным циклом. Краснота носила постоянный характер. Также пациентку беспокоил дискомфорт в области глаз, ощущение болезненности и усталости в конце рабочего дня. Проходила предварительно лечение у косметолога с 2013 по 2015 годы (плазмолифтинг), с 2019 года применяла солантру, скинорен, прожестогель, витаминный комплекс (неоселен, цинк, омега, йодомарин, хром, витамин Д). В момент прима препаратов больная Н. наблюдала незначительное улучшение, после отмены которых все клинические признаки розацеа возвращались. Пациентка параллельно проходила обследование и лечение у гинеколога и гастроэнтеролога, в курс лечения входил аллохол, бактистатин, цинк, нормофлорин Л, Б, стимулфид, витамин Д, К, омега, цитросепт, тиоктадид, глюкофаж, пиколонат хрома, ретинола пальмитат, ферринжект.

В 2021 году после непродолжительной ремиссии наступило острое обострение. Больная обратилась к дерматологу, были назначены юнидокс солютаб, метрогил гель, солантра, лосьон с серой — терапия результата не дала, пациентке легче не стало. После этого был назначен трихопол, зеркалин лосьон, метрогил гель — терапия вновь не дала результат, воспалительный процесс только нарастал. Произошла третья смена тактики ведения, назначили минолексин, наружно фуцидин, солантру, ихтиоловую мазь, параллельно подключился гинеколог, рекомендовал белару на полтора года. Динамику пациентка ощутила, но ненадолго. В 2023 году провели экстирпацию желчного пузыря в связи с желчекаменной болезнью в надежде на возможность проведения детокс-терапии, оперативное вмешательство не дало результата. Выполнили повторное назначение витаминных и минеральных комплексов в больших дозировках (витамин Д, омега, цинк, селен, витамин С, калия йодит, хрома пиколонат, магния глицинат, нейромультивит), дополнительно пациентка использовала метформин, пикамилон, урсосальк, альфа-липоевую кислоту. В 2021 году пациентка прошла фототерапию, биорезонансную терапию с приемом гомеопатических средств, что спровоцировало появление новой волны множественных воспалительных элементов, с которыми пациентка повторно обратилась к врачу-косметологу для вскрытия воспалений и их обработки антибактериальными препаратами, на ночь были назначены примочки мази Вишневского, клиндавита, димексид.

Состояние кожи после указанных препаратов проиллюстрировано на рисунке №1 (слева).

При осмотре: тотальная краснота лица умеренного характера, множественные воспалительные элементы папулезного, пустулезного характера, инфильтраты, лимфостаз мягких тканей лица с акцентом в средней трети центральной ее части, обезвоженная кожа с гиперкератотическими включениями, положительный симптом белых очков, положительный симптом листка, положительный пальпаторный тест. При осмотре тела выявлена уплотненная подкожная жировая клетчатка, особенно в нижней части тела, что является симптомом наличия множественных фиброзных тяжей в гиподер-

ме. Степень фиброза подкожной жировой клетчатки носит генетический характер, зависит от образа жизни человека, не имеет прямой зависимости от массы тела. Чем выше плотность фиброза в подкожной жировой клетчатке, тем сильнее лимфостаз, перекисное окисление липидов, воспалительный процесс, и тем сложнее обеспечить пациенту стагнацию ангионевроза кожи. Возникла необходимость проводить лечение с акцентом на пятое звено патогенеза розацеа (комплексную лимфодренажную терапию).

Пациентке провели патогенетическую терапию, ввели стерильную 1% гиалуроновую кислоту в специализированные точки с последующим нанесением активных кислот для купирования воспалительного процесса сосудов и восстановления липидной мантии. Активные кислоты работают на патогенетическом уровне (таргетно в зоне воспаления) только после предварительной активации точек гиалуроновой кислотой, без предварительной инъекционной терапии кислоты носят неспецифический характер, иссушают кожу, нарушают целостность липидной мантии и усиливают воспалительный процесс. Пилинги необходимо использовать строго в соответствии с протоколом патента на изобретение, инъекционные точки представлены на рисунке №1. По алгоритму нанесения кислот выполняли первичное нанесение 15%-ной трихлоруксусной кислоты, с последующим смыванием раствором хлоргексидина, во время второго этапа процедуры производили нанесение 20%-ной молочной кислоты.

После проведения 6 процедур с интервалом в 2 недели получили купирование эритемы, сенсibilизацию кожи лица: нивелировали офтальмологические симптомы, при этом количество воспалительных элементов увеличилось. Подобную тенденцию мы наблюдали у 2,4% пациентов, обратившихся за медицинской помощью. Торпидное клиническое течение мы связываем с индивидуальными особенностями пациентки, работой ее иммунной системы, гормонального статуса, а также отягощенным анамнезом по предыдущей терапии, что обеспечило резистентность воспалительного процесса.

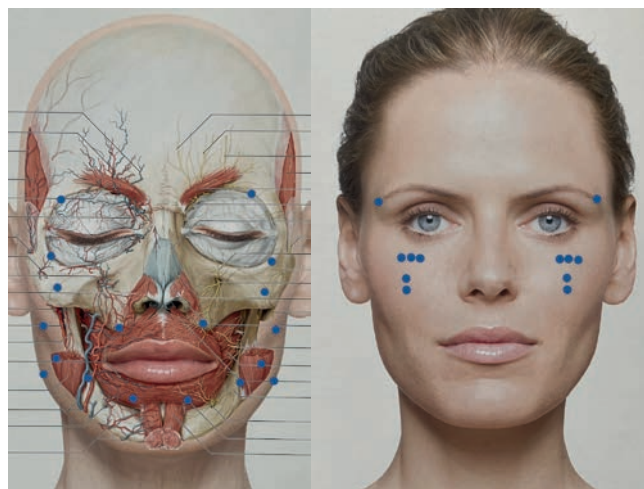


Рис. 1. Слева — точки инъекционной терапии при фиматозном подтипе (с нарушением рельефа кожи и глубоких воспалительных элементов), справа — точки инъекционной терапии при офтальморозацеа



Рис. 2. Больная Н., 43 года, слева — состояние кожи в момент обращения, после 9 лет применения симптоматических назначений, витаминотерапии, справа — сразу после курса проведенной терапии на патогенетическом уровне

Решение по тактике ведения пациентов с торпидным течением направлено на стабилизацию процесса, таким больным требуется больше времени для перестройки метаболических процессов в коже. После курса процедур выполняли патогенетическую терапию по одной сессии (процедуре) раз в 1,5–2 месяца, в кабинете врача, через 5 месяцев (3 поддерживающих процедуры) получили стагнацию ангионевроза кожи. Результаты патогенетического лечения представлены на рис. 3. Стоит отметить и сравнить качественные характеристики кожи и уровень ее сенсibilизации в момент обращения и после поддерживающей терапии (рис. 2 слева и рис. 3 справа). На рис. 3 справа мы видим купирование воспалительного процесса, произошло улучшение тургора, эластичности кожи, сужение пор, нивелирование сенсibilизации кожи, симптом белых очков отрицательный, пальпаторный тест отрицательный, симптом листка отрицательный, появились признаки здоровой кожи.

Параллельно больная Н. применяла домашний уход тела и лица. Лимфодренажный комплекс для тела включал отшелушивающий пилинг для тела Passaggio, ремоделирующую сыворотку для тела Passaggio, терапевтический крем для тела Passaggio, эмомент Passaggio. Наносить средства надо было снизу вверх 2 раза в день, утром и вечером на регулярной основе. Стоит отметить, что для достижения высокой эффективности необходимо выполнение правильной последовательности применения препаратов (имеет принципиальное значение), которые подбираются индивидуально после проведения первичной консультации с пациенткой. Обозначенные средства обеспечивали восстановление липидной мантии не только в зоне воспаления (лица), но и всей поверхности кожи тела, что ускоряло восполнение ее ресурса, достижение стагнации ангионевроза кожи. Дополнительно мы стабилизировали работу лимфатической системы, купировали пастозность мягких тканей лица, нивелировали воспалительный процесс сальных желез и сосудов лица.

Домашний уход по лицу включал противовоспалительное очищающее молочко Passaggio, противовоспалительную воду Passaggio, регенерирующий крем



Рис. 3. Больная С., 28 лет, слева — состояние кожи после курса 6 процедур, справа — спустя 5 месяцев после курса поддерживающей терапии и применения домашнего ухода

Passaggio, маску для лица, устраняющую отечность Passaggio, отшелушивающий пилинг для лица Passaggio, успокаивающую сыворотку Passaggio, увлажняющий крем Viso Passaggio, успокаивающую маску Passaggio, солнцезащитную эмульсию Passaggio spf 50.

Описанная космецевтика позволила добиться выраженного лимфодренажного, увлажняющего, кератолического, противовоспалительного и успокаивающего воздействия на кожу лица. Клинически это проявилось в уменьшении покраснения (эритемы), снижении отечности мягких тканей лица, сужении пор, нормализации секреции кожного сала, устранении корок и воспалительных элементов, а также в повышении устойчивости кожи к воздействию внешних и внутренних факторов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

После проведения курса патогенетической терапии из 6 процедур у больной Н. наблюдали купирование эритемы кожи, нормализацию ее сенсibilизации, при этом количество воспалительных инфильтративных элементов увеличилось (торпидная клиническая форма, встречалась в 2,4% случаев обратившихся пациентов). После курса пациентку перевели на поддерживающую терапию с увеличением интервала до 1,5–2 месяцев, процедуры выполнялись не курсом, а по протоколу в обозначенный интервал. Сокращать время приема пациента не результативно, важно время для перестройки метаболических процессов в коже. Нужно понимать, что при стабилизации всех семи звеньев патогенеза (ксероз, воспаление сальных желез, сосудов, нарушение липидной мантии, лимфостаз, фиброз гиподермы и атрофия кожи) происходит изменение фенотипа кожи, и необходимо около 8–12 месяцев для начальных изменений генотипа клеток, что обеспечивает пролонгированную, стабильную стагнацию воспалительного процесса в коже при ангионеврозе. Соответственно, чем больше проходило времени от начала терапии, тем более выраженный и стабильный клинический результат мы видели у пациентки.

Состояние кожи больной после выполнения патогенетической терапии в комбинации с лимфодренажным



Рис. 4. Больная Н. сразу после патогенетической терапии и спустя 5 месяцев после окончания курса лечения (спустя 8 месяцев от момента обращения и начала лечения)

комплексом по телу и успокаивающего домашнего ухода по лицу представлено на рис. 4.

ОБСУЖДЕНИЕ

Ведение пациентов с розацеа при фиматозном подтипе является сложной задачей, в качестве решения которой до сих пор предлагают агрессивные лазерные системы и хирургическое вмешательство. Применение аблятивных методик и скальпеля является симптоматическим воздействием, и не воздействует на семь звеньев патогенеза розацеа при фиматозном подтипе. Более того, травматизация после инвазии способствует развитию и усилению уже имеющегося фиброза в мягких тканях лица, что еще больше усугубляет течение болезни, усиливает болевой синдром.

Фиматозный подтип розацеа лечится терапевтическим методом, позволяя получить высокие стабильные клинические результаты, направленные на устранение всех звеньев патогенеза: ксероз кожи, воспалительный процесс в сальных железах, сосудах, нарушение липидной мантии, лимфостаз, фиброз и атрофия кожи. При гипертрофическом субтипе выражено шестое звено патогенеза, и на нем в терапевтической стратегии необходимо сделать акцент в кабинете врача: выполнить активацию точек сердечного меридиана I порядка, сердечного меридиана II порядка, активацию лимфатической системы подвздошной области, купирование сосудистого воспаления I порядка, купирование сосудистого воспаления II порядка, активацию работы венозной системы, почечного меридиана, лимфодренажные активные точки. Терапия проводится курсом в соответствии с патентом на изобретение №2814360. Стоит учитывать, что при торпидных клинических формах, помимо основного курса лечения, необходимо проводить поддерживающую терапию у каждого пациента индивидуально, по протоколу, обозначенному в патенте на изобретение при фиматозном подтипе. Не стоит сокращать время приема, а наоборот, необходимо увеличить интервалы между процедурами и продолжить проводить противовоспалительную физиологическую терапию. При выполнении ресурса кожи нивелируется воспалительный

процесс, и стоит учитывать, что методика позволяет минимизировать аггравацию воспалительного процесса не за счет ресурса кожи, а путем ее восстановления. Подобная тактика и стратегия позволяют достичь длительного результата даже при торпидных клинических формах розацеа. Кратность поддерживающей терапии определяется индивидуально, у пациентки Н. интервал между процедурами составил 1,5–2 месяца №3, далее интервал увеличили до 3 месяцев №3 и до 4 месяцев №3.

В домашних условиях необходимо выполнять назначения лимфодренажного комплекса, при этом вечером, непосредственно перед использованием лимфодренажных косметических средств рекомендуется совершать пешие прогулки в течение 20–40 минут в лесу или парке. Необходимо подчеркнуть важность соблюдения последовательности применения препаратов и регулярности процедур, поскольку выраженный положительный эффект достигается только при выполнении этих двух условий. Назначение лимфодренажного комплекса пациентам с розацеа способствует длительной и стойкой стабилизации состояния. У больной Н. присутствовало поражение глаз, что требовало выполнения протокола терапии как при фиматозном подтипе, так и при офтальморозацеа, т. к. чем больше площадь воспалительного процесса, тем сложнее проводится терапия, что отягощает прогноз заболевания.

Важным аспектом при наличии глубоких воспалительных элементов является исключение применения пилинговых систем без инъекционной увлажняющей терапии, а также применения подсушивающих средств в домашних условиях. Подобная тактика усиливает сухость кожи, провоцирует развитие ксероза и усиление выработки кожного сала по типу обратной связи, что способствует усилению воспалительного процесса и увеличению количества воспалительных элементов. Использование грамотной последовательности средств по восстановлению липидной мантии будет обеспечивать уменьшение и купирование воспалительной реакции со стороны кожи.

Не рекомендовано применение у пациентов с розацеа транквилизаторов, антидепрессантов, нейролептиков, особенно — при торпидных клинических формах, потому что прием данных групп препаратов замедляет и отягощает применение методики. Пациентке рекомендована максимальная социализация во время терапии, необходимо продолжать работать, в свободное время совершать прогулки на свежем воздухе, читать книги, ходить в театр, на концерты классической музыки, ходить в кино, то есть, обеспечить себя положительными эмоциями, что позволяет нивелировать патологическую доминанту в головном мозге и уменьшить нейрогенное воспаление сосудов.

Стоит аккуратно относиться к лазерной коагуляции сосудов при фиматозном подтипе розацеа и офтальморозацеа в связи с усилением ксероза кожи: после проведенного воздействия усиливается выработка провоспалительных цитокинов и запускается активный процесс гиперплазии гиподермы с последующей деформацией рельефа кожи. Ксероз при офтальморозацеа запускает первое звено патогенеза, усиливает воспаление наружного глаза, обеспечивает переход воспаления на глубокие его слои.

Сочетание курса патогенетической терапии и индивидуально подобранного домашнего ухода за кожей тела (направленного на восстановление лимфатической системы и липидного барьера) и лица (для увлажнения, нормализации процессов регенерации и повышения защитных функций) обеспечивает выраженный противовоспалительный эффект, выравнивание поверхности кожи и уменьшение гиперплазии подкожно-жировой клетчатки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Торпидная форма у пациентов с фиматозным подтипом розацеа является одной из самых трудных для терапии и клинического прогноза. Для получения стойкого пролонгированного результата необходимо провести

патогенетическую терапию, активацию точек в соответствии с патентом на изобретение №2814360 и №2810361 в кабинете врача, поддерживающую терапию, а также применять домашний уход и корректировать их каждые 2 месяца в соответствии с клинической картиной. Стоит учитывать, что данная форма розацеа сопровождается выраженным болевым синдромом, который нарушает качество жизни и социализацию. Необходимо акцентировать внимание на дефибрирующей и рассасывающей терапии для купирования глубокого воспалительного процесса. Применение лимфодренажного комплекса по телу в домашних условиях занимает важное место в комплексной терапии фиматозного подтипа розацеа, позволяет нивелировать папулы, пустулы, инфильтраты в области лица.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возианова С. В. Розацеа: патогенез, лечение и перспективы новых исследований // Актуальные проблемы транспортной медицины. — 2008. — № 2. — С. 127–132.
2. Юсупова Л. А. и др. Клинико-диагностические аспекты и варианты терапии больных розацеа // Лечащий врач. — 2017. — № 8. — С. 64–68.
3. Юсупова Л. А. и др. Особенности клиники терапии розацеа // Лечащий врач. — 2016. — № 9. — С. 35–44.
4. Rainer B. M., Kang S., Chien A. L. Rosacea: epidemiology, pathogenesis, and treatment // Dermato-endocrinology. — 2017. — Vol. 9. — № 1. — P. e1361574.
5. Григорьев Д. В. Розовые угри и родственные заболевания // РМЖ. — 2016. — Т. 24. — № 10. — С. 627–635.
6. Скрипкин Ю. К. и др. Дерматовенерология. Национальное руководство // М.: Гэотар-Медиа. — 2013. — 1024 с.
7. И.В. Майбородин, В.В. Нимаев, А.И. Шевела и др. Морфология кожи при лимфостазе и лимфорее // Бюллетень СО РАМН. — 2005. — №1 (115). — С.132–137.
8. Перевалова Е.Г., Ламоткин И. А. Патогенетический метод лечения гранулематозного подтипа розацеа // Вестник Медицинского института непрерывного образования. — 2025. — Т.5. — №1. — С.99–103.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Перевалова Елена Геннадьевна — к.м.н., создатель клиники дерматологии и косметологии MDElena, SPIN-код: 1445-5020.
Ламоткин Игорь Анатольевич — д.м.н., заведующий кожно-венерологическим отделением ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н.Бурденко»; профессор кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», SPIN-код: 7153-3703, <https://orcid.org/0000-0001-7707-441X>.

АВТОРСКИЙ ВКЛАД

Перевалова Е.Г. — генерация идеи исследования, выполнение рутинной работы, подготовка текста статьи, обработка статистических данных

Ламоткин И.А. — оформление статьи, одобрение окончательной версии

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПУБЛИКАЦИЮ: авторы получили письменное согласие пациентов на публикацию медицинских данных и фотографий.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ: проведенное исследование соответствует стандартам Хельсинкской декларации (Declaration Helsinki) в редакции 2024 г, соответствие протокола исследования этическим принципам было подтверждено Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ» (Москва, Волоколамское шоссе, дом 11, Москва, Россия), протокол № 6/1 от 21.01.2025

ПОСТУПИЛА:	06.06.2025
ПРИНЯТА ПОСЛЕ РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ:	22.07.2025
ОПУБЛИКОВАНА:	22.09.2025