

# ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИЯ

# 4

2012

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

[www.rusvrach.ru](http://www.rusvrach.ru)

КОМПЛЕКСНЫЙ  
МЕТОД КОРРЕКЦИИ  
РОЗАЦЕА

АНАЛИЗ  
ПРОДОЛЖЕННОГО  
РОСТА НЕВУСОВ  
ПОСЛЕ ИХ УДАЛЕНИЯ

ДЕРМАРОЛЛЕРЫ —  
ПРОТИВ СИМПТОМОВ  
ПОСТАКНЕ

РИСК РАЗВИТИЯ  
ОНКОПАТОЛОГИИ ПРИ  
АУТОИММУННЫХ  
БУЛЛЕЗНЫХ  
ДЕРМАТОЗАХ

КОСМЕТИЧЕСКИЕ  
ПРОБЛЕМЫ  
У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД  
ПЕРИМЕНОПАУЗЫ

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ  
ДОМ  
РУССКИЙ ВРАЧ



ISSN 1990-4908

В Н О М Е Р Е

# ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РОЗАЦЕА В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

К.А. Самоделкина<sup>1</sup>, Н.Г. Короткий<sup>1</sup>, член-корр. РАЕН, докт. мед. наук, профессор,  
Т.В. Маяцкая<sup>2</sup>, канд. мед. наук

<sup>1</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

<sup>2</sup>Научно-исследовательский центр «Косметология»

E-mail: kssamod@mail.ru

*Представлен обзор публикаций о возможностях лечения розацеа, преимущественно эритематозно-телеангиэктатического подтипа, в условиях косметологического кабинета. Проведен анализ комплексного метода (3 этапа) коррекции розацеа эритематозно-телеангиэктатического подтипа, воздействие на систему нейрорегуляторного запуска капилляров, обеспечение физиологического кровотока и лимфооттока капилляров, использование ангиопротекторов, влияющих на этиопатогенетические особенности строения и функции капилляров.*

Розацеа — хроническое кожное заболевание неизвестной этиологии, поражающее преимущественно центральную область лица (щеки, подбородок, нос, лоб). Заболевание характеризуется периодами ремиссий и обострений [32].

Патогенез розацеа до конца не изучен. В течение нескольких десятилетий исследователи выдвигают различные гипотезы, часто взаимоисключающие. Многие авторы связывают возникновение розацеа с нарушениями в дермальном матриксе, действием микроорганизмов (например, *Demodex folliculorum* и *Helicobacter pylori*), генетической предрасположенностью, а также факторами окружающей среды. Существенную роль в патогенезе розацеа отводят также сосудистым нарушениям [1, 13]. Патология капилляров кожи может быть связана с несколькими факторами, в основе которых стойкое расширение сосудов кожи, нарушение микроциркуляции, проницаемости капилляров, а впоследствии — стаз крови, что клинически проявляется эритемой, телеангиэктазиями и синюшным оттенком.

Актуальность коррекции сосудистой розацеа обусловлена высокой значимостью состояния сосудов не только с эстетической точки зрения, так как поражаются преимущественно капилляры кожи лица, но и влиянием нарушения состояния сосудов на трофику, морфофункциональное состояние кожи

в целом, прогрессирование заболевания и переход его в более тяжелые стадии [33].

Оценивая статистику обращений пациентов с розацеа в Ярославле и Вологде, где 62,5% больных первоначально обращались к дерматологу, 25,0% — к косметологу, а остальные 12,5% — к аллергологу, можно сделать следующий вывод: в связи с вводом новой специальности «дерматокосметолог» процент посещений дерматолога может снизиться, а косметолога — возрасти. Необходимо понимать, в каких случаях следует использовать методы терапевтической косметологии, а в каких — дерматологические средства наружного и внутреннего применения.

Косметология — область клинической медицины, основными задачами которой являются изучение причин, клинических проявлений и разработка методов, способов и средств лечения и профилактики деформаций и дефектов покровных тканей лица, тела и конечностей функционально-эстетического характера. Косметологические процедуры применяются с целью лечения и профилактики заболеваний, сопровождающихся косметическими дефектами, а также для предупреждения старения кожи и выпадения волос [15]. Таким образом, лечение и профилактика стадии прерозацеа и эритематозно-телеангиэктатического подтипа розацеа могут осуществляться в условиях косметологического кабинета врачом-дерматокосметологом или медицинской сестрой по назначению врача и под его наблюдением и руководством. Более тяжелые подтипы розацеа, в частности папуло-пустулезная, фимозная, гранулематозная или офтальморозацеа, нуждаются в дерматологическом, офтальмологическом или хирургическом лечении. Н.А. Полонская дополнительно определяет следующие случаи, при которых врач-косметолог обязан направить пациента с розацеа к дерматологу: если косметолог не имеет квалификации врача-дерматолога и/или у косметолога нет опыта

**Ключевые слова:**  
*розацеа, эритематозно-телеангиэктатический подтип, методы коррекции розацеа*

**Key words:**  
*rosacea, erythematous telangiectatic subtype, methods for rosacea correction*

**Декоративная  
косметика —  
эффективное  
и безопасное  
средство для  
повышения  
качества  
жизни**

работы с пациентами с розацеа, при случайном обращении пациента к косметологу, если у пациента ограничены финансовые возможности, а косметолог не владеет «экономичными» методами лечения [12].

**Цель исследования** — изучение современных возможностей лечения розацеа и анализ результатов лечения в условиях косметологического кабинета.

При проведении ретроспективного анализа современных подходов в лечении розацеа остановимся на следующих основных задачах: уменьшение проявлений (эритема и папуло-пустулезные высыпания), профилактика перехода в более тяжелые формы, удлинение периодов ремиссии, улучшение качества жизни пациентов.

В.Е. Elewski и соавт. (2011) была предложена «триада» ухода за кожей с розацеа, включающая: подготовка пациентов к изменению образа жизни (исключение «триггеров»), уход за кожей и общая терапия (в том числе психологическая поддержка). Такой принцип обеспечивает комплексный подход к пациенту. Уход за кожей и общие рекомендации должны обеспечивать лечение этого хронического заболевания.

В том же году В.Е. Elewski предложил алгоритм лечения на основе признаков и симптомов розацеа (см. схему) [23].

Общая продолжительность терапии должна подбираться индивидуально, исходя из выраженности клинических проявлений у пациента. Актуальные методы наружной терапии могут эффективно сочетаться с системными препаратами [23].

Рассмотрим предложенную «триаду» подробнее. Обычно, несмотря на устную консультацию у врача-дерматолога по поводу своего заболевания, многие пациенты с розацеа хотят получить больше информации для лучшего понимания своей проблемы с целью ее эффективной коррекции. В этом случае рекомендуется ознакомиться с публикациями, в которых содержится общая информация по уходу за кожей, перечислены возможные провоцирующие факторы [30]. При наличии эпизодической приливной эритемы, проходящего покраснения следует избегать «триггеров», к которым относятся тепло, алкоголь, ультрафиолетовое облучение, стресс, некоторые продукты питания, спиртовые лосьоны, мыло, пилинги. Пациентам в обязательном порядке следует пользоваться фотозащитными препаратами от УФВ и УФА (с SPF не менее 15), возможно нанесение декоративной косметики на основе зеленого пигмента с целью маскировки эритемы. В настоящее время нет лекарст-

венных препаратов, которые бы обеспечивали профилактику образования эритемы, в частности нет убедительных доказательств эффективности таких вазоактивных препаратов, как «Надолол» ( $\beta$ -блокатор), «Ондансетрон» (ингибитор серотониновых рецепторов) или «Клонидин» ( $\alpha 2$ -антагонист).

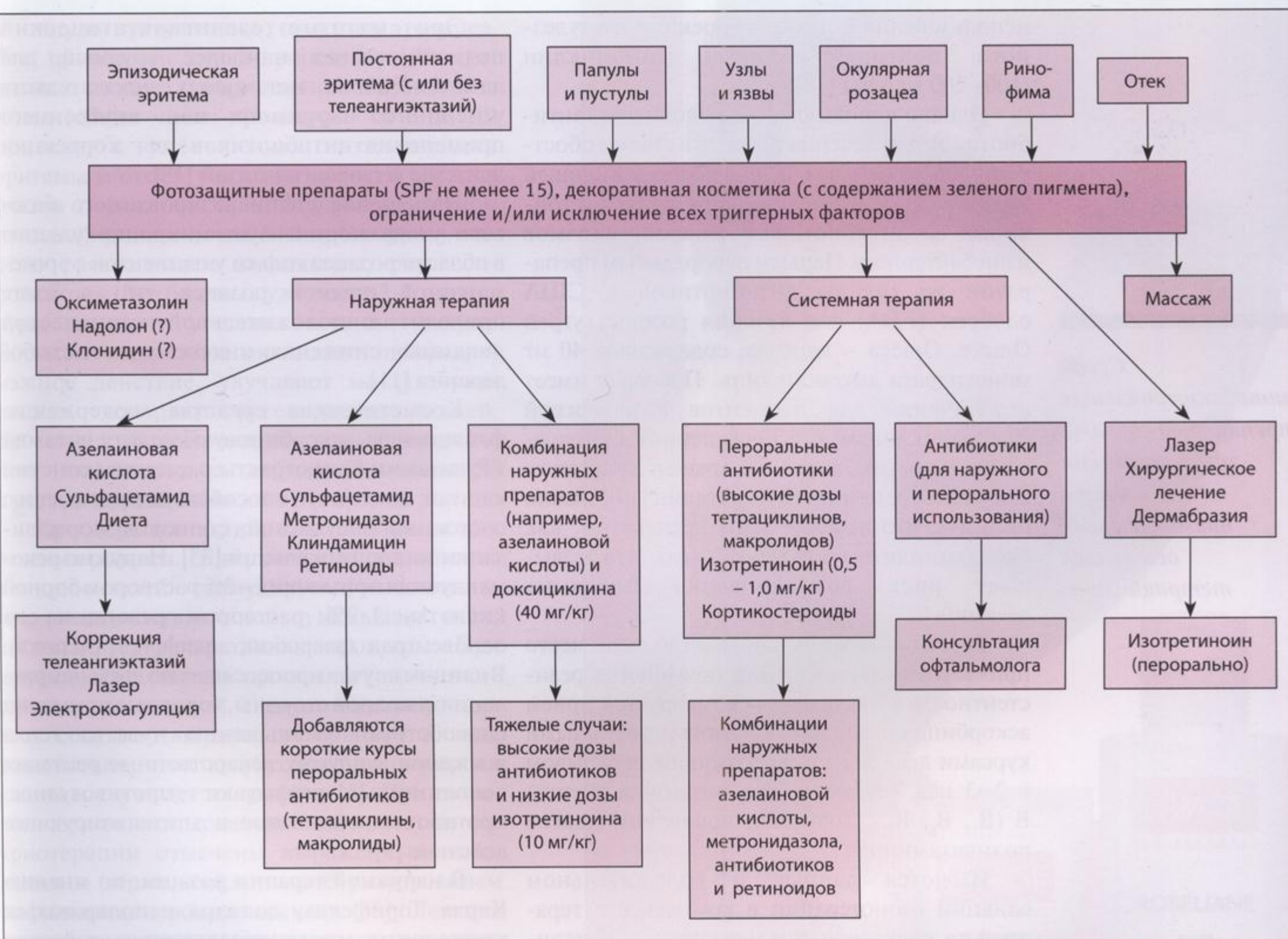
Если у пациента имеет место постоянная эритема (длительностью от нескольких часов и дней), исключаются также все триггеры, возможно использование наружно азелаиновой кислоты. При наличии телеангиэктазий рекомендуется применять процедуры лазерного излучения [23]. Следует помнить, что слишком строгие ограничения могут привести к тому, что одни пациенты не будут их соблюдать вообще, а другие, напротив, станут слишком мнительными и заподозрят у себя тяжелое заболевание. Именно поэтому важно обсудить с пациентом особенности его образа жизни и пристрастия, что служит для него наиболее мощным провокатором, понять, насколько легко ему будет отказаться от той или иной привычки. С учетом полученных сведений дать рекомендации [12].

Использование декоративной косметики и общий уход за кожей оказывают значительное влияние на качество жизни пациента, самоуважение, отношение к нему окружающих. В проведенном исследовании участвовали 20 пациенток с заболеваниями кожи на лице: у 8 наблюдалось акне; у 9 — розацеа; у 2 — дискоидная красная волчанка; у 1 — витилиго. Во всех случаях использовали декоративную косметику ежедневно в течение 2 нед. Оценивали дерматологический индекс качества жизни (DLQI) до 1-й аппликации препарата и через 2 нед после последней, проводилось фотографирование. Средний балл DLQI значительно снизился с 9,2 до 5,5 ( $p = 0,0009$ ). Таким образом, при кожных заболеваниях с помощью декоративной косметики можно значительно влиять на повышение качества жизни пациентов [20].

Декоративная косметика — эффективное и безопасное средство для повышения качества жизни.

Поскольку ультрафиолетовое излучение является триггером к развитию и усугублению розацеа, пациенты нуждаются в адекватной солнечной защите с высоким фактором защиты от УФА и УФВ (косметическое средство с SPF не менее 15 и UVA++) [23].

Среди наружных препаратов официально одобрены (FDA) для местного лечения розацеа: азелаиновая кислота (15%), метронидазол (1%, 0,75%) и комбинация натрия сульфатамида (10%) с серой (5%). Их высокая эффек-



■ Алгоритм лечения розацеа

тивность доказана многими исследованиями [21, 24, 25, 29].

Метронидазол используется для лечения розацеа более 30 лет. Несколько плацебо-контролируемых испытаний подтвердили высокую эффективность метронидазола в лечении розацеа и предотвращении рецидивов. Так, среди 89% пациентов, получающих наружно 1% крем метронидазола, у 53% наблюдалась ремиссия спустя 2–4 нед использования препарата (плацебо – 17%) [21]. Опубликованы данные об эффективности метронидазола при папуло-пустулезной и более тяжелых стадиях розацеа, однако он не оказывает эффекта при наличии телеангиэктазий [27]. Лечение должно быть длительным, что значительно повышает риск побочных явлений (нарушения функции желудочно-кишечного тракта, аллергические реакции, фотосенсибилизация).

Азелаиновая кислота применяется в первую очередь для достижения противовоспалительного эффекта. Согласно результатам клинических исследований, гель азелаиновой кислоты 15% является эффективным и безопасным препаратом первой линии у больных

с легкой и умеренной пустулезной розацеа, а также у больных на фоне эритемы. Значительное непрерывное улучшение, характеризующееся сокращением воспалительных поражений и степенью выраженности эритемы, наблюдалось в течение 15 нед [25].

В.Е. Elewski, А.В. Fleischer и соавт. проводили сравнительное исследование метронидазола 0,75% в форме геля и азелаиновой кислоты 15% в форме геля с участием 251 пациентки с папуло-пустулезной и эритематозно-телеангиэктатической формами розацеа. Доказана более высокая эффективность азелаиновой кислоты с точки зрения уменьшения воспалительных элементов и эритемы воспалительного характера [24].

Комбинация сульфацида натрия 10% с 5% серой показала высокую эффективность через 8 нед, эритема уменьшилась с 83 до 31% [29]. Среди антибактериальных препаратов самыми эффективными и часто применяемыми остаются тетрациклины: тетрациклин (в дозе 250–1000 мг/сут), доксициклин (100–200 мг/сут, по последним данным, в дозе 20–40 мг/сут для длительного

**Среди антибактериальных препаратов самыми эффективными и часто применяемыми остаются тетрациклины**

использования с целью коррекции пустулезного подтипа розацеа, миноциклин (100–200 мг/сут) [18].

Однако использование высоких доз антибиотиков для лечения розацеа в стадии обострения и низких доз с целью поддерживающей терапии могут привести к развитию устойчивых к антибиотикам микроорганизмов и дисбактериозу. Первым пероральным препаратом из группы антибиотиков в США одобрен (FDA) для лечения розовых угрей Oгасеа. Oгасеа – капсула, содержащая 40 мг моногидрата доксициклина. Препарат имеет ограничения для пациентов с аллергией к тетрациклинам или повышенной фоточувствительностью, а также запрещен женщинам в период беременности и лактации [19]. Важно помнить, что лечение этим препаратом, как правило, длительное (до 12 нед), что повышает риск возникновения побочных реакций.

Витаминотерапия занимает важное место при лечении розацеа. Для повышения резистентности капилляров рекомендуется прием аскорбиновой кислоты, рутина длительными курсами до 3 мес с последующим перерывом в 2–3 нед. Назначаются витамины группы В (В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>), возможен прием комплексов поливитаминов [7].

Имеются данные о положительном влиянии озонотерапии в комплексе с терапией по традиционным методикам у 22 пациентов с папуло-пустулезным подтипом розацеа. Им назначали терапию антибиотиками, антигистаминными средствами, витаминами, кремом «Скинорен», «Далацин» Т, серно-дегтярным спиртом. Все пациенты получали лечение озоном, 6–8 инъекций непосредственно в место высыпаний (2,0 мл – в 1 точку, концентрация 8–10 мг/мл), курс состоял из 20–25 процедур, 1–3 раза в неделю. Полная редукция высыпаний и значительное уменьшение эритемы наблюдалось у 20 больных [10].

Результаты высокой эффективности озono-кислородной смеси опубликованы в 2010 г. Лечение проводилось 80 пациентам с различными подтипами розацеа: папуло-пустулезной – 53,75%, эритематозно-телеангиэктатической – 21,25%. Выполнялись подкожные инъекции озono-кислородной смеси концентрацией 3000 мкг/л в очаги поражения на коже лица по 1–2 мл, общий объем – 15 мл 3 раза в нед в течение 4 нед, которые выявили высокую эффективность, безопасность и экономическую доступность данного метода лечения розацеа; при тяжелых стадиях рекомендуется проведение повторных (2–3) курсов лечения [2].

Эритематозно-телеангиэктатический подтип розацеа наиболее трудный для лечения. Пока нет явных доказательств успешного наружного или внутреннего применения антибиотиков для коррекции эритемы и телеангиэктазий [18].

Назначение специализированного базового ухода нормализует микроциркуляцию в области розацеа только у пациентов с эритематозной стадией розацеа, что в итоге приводит к положительной клинической динамике, снижению индекса тяжести заболевания [11].

Косметические средства, содержащие флавоноиды, аскорбиновую кислоту, витамин РР, витамин К, экстракты растений (конский каштан, апельсин), способствуют улучшению состояния сосудистой стенки и нормализации микроциркуляции [35]. Наружно рекомендуются примочки 1–2% раствором борной кислоты, 1–2% раствором резорцина на основе трав (зверобой, шалфей, ромашка). В данном случае процесс идет по двум направлениям: с одной стороны, холодные примочки способствуют уменьшению чувства тепла и жжения, с другой, лекарственные растения дополнительно оказывают противозудное, противовоспалительное и эпителизирующее действие [9].

В наружной терапии розацеа, по мнению Карла Торнфелда, должны использоваться компоненты многонаправленного действия [31], в частности травы, содержащие сотни активных компонентов. Так, эритему корректируют с помощью более 30 трав, нарушение водно-липидной мантии – 42 трав, при нарушении сосудистой стенки используют около 33 трав. Научно доказано положительное влияние на развитие и профилактику признаков розацеа таких компонентов, как аллантоин, алоэ, камфорное масло, ромашка, гинкго билоба, зеленый чай, лаванда, лакричник, овсяное зерно, масло чайного дерева [31].

Т.А. Корчевая и коллеги успешно использовали метод гирудотерапии в острой и подострой стадиях розацеа, а также в период реабилитации. Сеансы проводились 1 раз в нед курсом до 10 процедур. Уменьшение эритемы наблюдалось с 1-й процедуры, максимальный эффект достигался после 6–7 процедур. Применение пиявок способствует усилению кровообращения и препятствует венозному застою в микроциркуляторном русле. Кроме того, ферменты пиявок снижают вязкость крови и уменьшают отечность лица [8].

Известен высокий эффект микротоковой терапии при коррекции эритематозного

и папуло-пустулезного подтипов розацеа. Так, проведение курса процедур у 19 пациенток с розацеа с периодичностью 2–3 раза в нед (общее число процедур – от 3 до 10) привело к уменьшению интенсивности эритемы и отека, угасанию яркости окраски очагов поражения при папуло-пустулезном подтипе, причем после 5–6 процедур полностью рассасывался инфильтрат, регрессировал отек. Все больные уже после 1-й процедуры отмечали угасание жжения и зуда. В целом микротоки оказывают лимфодренажное действие, улучшают микроциркуляцию, ускоряют регенерацию тканей. Лечение должен проводить врач-физиотерапевт совместно с дерматокосметологом с учетом противопоказаний [14].

Криотерапия активно используется для лечения розацеа. Поверхностное применение хладоносителей стимулирует функциональную активность тканей, уменьшает отек, активизирует репаративные процессы. При криомассаже сначала происходит вазоконстрикция, за которой следует вазодилатация всех сосудов (включая резервные) в зоне воздействия, что способствует притоку крови к коже и улучшает их трофику [5]. При гистологическом исследовании кожи после сеансов криотерапии отмечены выраженные изменения в дерме, связанные с уменьшением инфильтрации вокруг сосудов [16]. Лечение розацеа проводится жидким азотом, рекомендуется 5–10 процедур ежедневно или через день [7].

В настоящее время в практике дерматолога и косметолога для коррекции телеангиэктазий широко распространены лазеры. Среди лазерных воздействий для коррекции патологически расширенных сосудов чаще используют неабляционные лазеры. Например, системы импульсного света (IPL), излучающие в широком диапазоне от 515 до 1200 нм с потоком энергии 30–50 Дж/см<sup>2</sup>, делают кожу более гладкой, позволяют удалять сосудистые дефекты, пигментные пятна, но не оказывают выраженного воздействия на неколлагенез. К достоинствам этой группы лазеров относятся минимальный риск побочных эффектов и отсутствие периода реабилитации. Однако после однократной процедуры наблюдается слабый клинический эффект, что требует повторения процедуры [17]. По мнению других авторов, данный метод можно рекомендовать как монотерапию розацеа. О.А. Галкина и соавт. провели исследования влияния фототерапии с помощью широкополосного импульсного источника света с участием 67 больных с различными стадиями розацеа. В ходе исследования была



**Розельян**  
Тональный уход

**Розельян**  
Крем против покраснений

**Розельян**  
Дермоочищающая эмульсия

# Розельян®

Чувствительная кожа, склонная к покраснениям  
Придает коже ровный цвет, ощущение комфорта и мягкость

**URIAGE**  
EAU THERMALE

Дерматологические лаборатории УРЬЯЖ – Франция.  
Официальный дистрибьютор в России: ООО А-ФАРМ  
Тел.: (495) 721-36-65. Факс: (495) 721-36-67; www.afarm.ru

подтверждена высокая эффективность курса повторного лечения. Кроме того, данные фотодеструкции сосудов в виде монотерапии. Оценка эффективности фототерапии в отдаленные сроки (до 2 лет) показала высокий процент ремиссии (92%) [4].

Селективный фототермолиз активно применяется для лечения патологически расширенных сосудов. После 1 сеанса лечения с помощью лазерной установки на парах меди полностью или почти полностью исчезли патологически расширенные сосуды у 70% пациентов, после 2 сеансов – у 20%, после 3 сеансов – у 8% (общее число участников исследования – 138 человек) [3].

В 23% случаев встречаются формы розацеа, чувствительные к воздействию инсоляции, что служит противопоказанием к проведению такого рода косметологических процедур. Диатермокоагуляция используется только при наличии телеангиэктазий после снятия островоспалительных явлений, уменьшения отечности и гиперемии лица [8].

Несмотря на эффективность лазерных методик для коррекции телеангиэктазий, с точки зрения быстрого склерозирования сосудов могут отмечаться рецидивы в виде появления новых патологически расширенных сосудов через 6 нед, что требует

повторного лечения. Кроме того, данные методы не учитывают патогенетические аспекты формирования розацеа и действуют локально только с видимыми телеангиэктазиями [22]. При розацеа наблюдаются нарушения микроциркуляции как в области кожи лица, так и в других областях. Это указывает на системность сосудистых нарушений (непораженная кожа лица, кожа лица в области розацеа), что подтверждено данными доплерографических исследований [11]. Лечение должно проводиться не только локальное, но и общее (на всех участках).

В настоящее время нет комплексных подходов, учитывающих основные патогенетические аспекты капилляропатий, которые можно рекомендовать в условиях косметологического кабинета. Поэтому целесообразно разработать и внедрить в практику более эффективный комплексный метод коррекции розацеа эритематозно-телеангиэктатического подтипа, состоящий из 3 этапов: воздействие на систему нейрорегуляторного запуска капилляров, обеспечение физиологического крово- и лимфооттока капилляров, использование ангиопротекторов, влияющих на этиопатогенетические особенности строения и функции капилляров.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич В.П. Патогенетические факторы, клинические формы и методы терапии розацеа. // Вестн. Витебского ГМУ. – 2004. – Т. 3, № 1. – С. 5–9.
2. Биткина О.А., Филиппова Л.И., Пантелеева Г.А., Копытова Т.В. и др. Применение медицинской озонородной смеси в практике дерматолога. // Медицинский альманах. – 2010, №2. – С.317–321.
3. Власов П.Г. Селективная коагуляция сосудистых дефектов лица лазерной установкой на парах меди «Яхрома-М» // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2001; 7(3): 100–104.
4. Галкина О.А., Скрипкин Ю.К. Анализ эффективности фототерапии розацеа с помощью широкополосного импульсного источника света. // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2006. – Т.2, № 2. – С.29–34.
5. Довбешко Т.Г. Применение жидкого азота в практике дерматокосметолога. Сб статей: Научно-практическое общество врачей косметологов. СПб, 2007; вып 8: 60.
6. Есенин А.А., Домбровский Д.С., Домбровская И.В. Розацеа: обращаемость и эффективность терапии. // Тезисы II Научно-практической конференции ФМБА. – М., 2010.
7. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей/Под ред. Скрипкина Ю.К., Мордовцевой В.Н. – М.: Медицина, 1999, 2-й том. – 408с.
8. Корчевая Т.А. Лечение розацеа в косметологии. // Пластическая хирургия и косметология. – 2009 (0)1–152, 91–95.
9. Курдина М.И., Потеекаев Н.Н., Потеекаев С.Н., Львов А.Н. Терапия розацеа. Сообщение 3 // Вестн. дерм. и венерол. – 1998, № 4. – С. 16–19.
10. Овчинникова Н.Н., Силина Л.В., Ляшев Ю.Д., Шварц Н.Е. Клиническая оценка воздействия комплексной озонотерапии на локальный статус дермы у больных розацеа. // Фундаментальные исследования. – 2004, №5. – С.127.
11. Панкина Е.С. Нарушения микроциркуляции кожи лица при розацеа и методы их коррекции: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.11/ Санкт-Петербургский государственный медицинский университет. – СПб., 2008. – 143 с.
12. Полонская Н.А. Возможности косметологической помощи пациентам с розацеа. // Пластическая хирургия и косметология. – 2009 (0)1–152; 97–100.
13. Потеекаев Н.Н. Акне и розацеа. – М.: Бином, 2007. – 213с.
14. Потеекаев Н.Н., Шугинина Е.А., Демидова Л.М. Перспективы использования микротоковой терапии в лечении розацеа. // Эксперим. и клинич. дерматокосметология – 2005, №4: 38–39.
15. Приказ №839 от 30 июля 2001 г. Центра Государственного санитарно-эпидемиологического надзора в г. Москве.
16. Рыжкова Е.И., Лягушкина М.П. Комплексная терапия больных розацеа. // Вест. дерматол. – 1978; 6: 16–22.
17. Скомаровский В.С., Дорофеева Т.Г. Технологии воздействия световых, радиочастотных и плазменных воздействий в эстетической медицине. // Альманах клинич. медицины. – 2008, № 17. – С. 184–185.
18. Baldwin H.E. Systemic therapy for rosacea. // Skin Therapy Lett. – 2007; Mar; 12 (2): 1–5, 9.
19. Berman B., Perez O.A., Zell D. Update on rosacea and anti-inflammatory-dose doxycycline. // Drugs Today (Barc). – 2007 Jan; 43 (1): 27–34.
20. Boehncke W.H., Ochsendorf F., Paeslack I. et al. Decorative cosmetics improve the quality of life in patients with disfiguring skin diseases. // Eur. J. Dermatol. – 2002; 12: 577–580.
21. Breneman D.L., Stewart D., Hevia O., et al. A double-blind, multicenter clinical trial comparing efficacy of once-daily metronidazole 1 percent cream to vehicle in patients with rosacea. // Cutis. – 1998, Jan., 61 (1): 44–7 (1998).

22. Dover J. Lasers Offer Key Treatment Options for More Difficult Signs of Rosacea. Интернет-ресурс [http://www.rosacea.org/rr/2005/summer/article\\_1.php](http://www.rosacea.org/rr/2005/summer/article_1.php)

23. Elewski B.E., Draelos Z., Dr no B., et al. Rosacea – global diversity and optimized outcome: proposed international consensus from the Rosacea International Expert Group. // J. Eur Acad Dermatol Venereol. – 2011 Feb; 25 (2): 188–200.

24. Elewski B.E., Fleischer A.B. Jr, Parisier D.M. et al. A comparison of 15% azelaic acid and 0.75% metronidazole gel in the topical treatment of papulopustular rosacea: results of a randomised trial. // Arch Dermatol. 2003; 139: 1444–1450.

25. Gollnick H., Layton A. Azelaic acid 15% gel in the treatment of rosacea. // Expert Opin Pharmacother. – 2008 Oct; 9 (15): 2699–706.

26. Lebwohl M.G., Medansky R.S., Russo C.L., Plott RT. The comparative efficacy of sodium sulfacetamide 10%/sulphur 5% lotion and metronidazole 0.75% in the treatment of rosacea. // J. Geriatr Dermatol. – 1995; 3: 183–185.

27. McClellan K.J., Noble S. Topical metronidazole. A review of its use in rosacea. // Am. J. Clin. Dermatol – 2000; 1: 191–199.

28. Pelle M.T., Crawford G.H., James W.D.. Rosacea: 2. Therapy. // J. Am Acad Dermatol. – 2004; 51: 499–512.

29. Sauder D., Miller R., Gratton D. et al. The treatment of rosacea: the safety and efficacy of sodium sulfacetamide 10% and sulphur 5% lotion is demonstrated in a double blind study. // J. Dermatolog Treat – 1997; 8: 79–85.

30. The National Rosacea Society <http://www.rosacea.org/physicians/edumaterials.php>

31. Thornfeldt C.R. Incorporating natural therapy for rosacea. // Practical Derm Nov. – 2008; 40–43.

32. Wilkin J.K. Rosacea. Pathophysiology and treatment. // Arch Dermatol. – 1994 Mar; 130(3): 359–362.

33. Wilkin J., Dahl M., Detmar M., Drake L. et al. 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: 584–587.

34. Wolf J.E. Jr, Del Rosso J.Q. The CLEAR trial: results of a large community-based study of metronidazole gel in rosacea. // Cutis. – 2007; 79: 73–80.

35. Zegarska B., Placek W. Principles of skin care in acne rosacea. // Dermatologia estetyczna. – 2004; 6, №5: 281–285.

**SUMMARY**

**POSSIBILITIES OF TREATMENT FOR ROSACEA IN A MODERN DAY BEAUTY PARLOR**

K.A. Samodelkina<sup>1</sup>, Professor N.G. Korotkiy<sup>1</sup>, MD, Corr. Member of the Russian Academy of Natural Sciences; T.V. Mayatskaya<sup>2</sup>, Cand. Med. Sci.

<sup>1</sup>N.I.Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>2</sup>Cosmetology Research Center

The paper reviews publications on the possibilities of treatment for rosacea, mainly its erythematous telangiectatic subtype, in a beauty parlor. It analyzes a complex (3-stepped) method for the correction of the erythematous telangiectatic subtype of rosacea, exposure of capillary neuroregulatory triggering system, provision of physiological blood and lymph outflows from the capillaries, use of angioprotectors that have effect on the etiopathogenetic characteristics of the structure and function of capillaries.