



Елена Тимошук

врач-дерматовенеролог,
косметолог, трихолог,
Санкт-Петербург



Яна Сергиенко

врач-дерматовенеролог,
косметолог, трихолог,
Санкт-Петербург

Световые методики при воспалительных дерматозах

Акне и розацеа требуют длительного контроля воспаления, себопродукции, сосудистой реактивности и барьерной функции кожи. В статье представлены два клинических наблюдения применения низкоинтенсивного светового воздействия с фотоактивным гелем на основе хлорофиллина натрия в составе комплексной терапии.

Введение

Воспалительные дерматозы лица требуют терапии, которая сочетает патогенетическую обоснованность, переносимость и возможность длительного врачебного сопровождения. При акне терапевтическими мишенями становятся: усиленная себопродукция, фолликулярный гиперкератоз, гиперколонизация *S. asnes* и воспалительная реакция. При папуло-пустулёзной розацеа на первый план выходят стойкая эритема, сосудистая реактивность, воспалительные элементы, жжение, зуд и нарушение барьерной функции.

Фотодинамическая терапия (ФДТ) основана на воздействии на фотосенсибилизатор света определённой длины волны и тканевого кислорода с образованием его активных форм^[1]. Фотобиомодуляция (ФБМ) не требует нанесения фотосенсибилизатора (ФС), воздействие реализуется за счёт поглощения фотонов клеточными хромофорами. В клинической практике эти подходы могут сочетаться: фотоактивный гель используется как этап ФДТ, а дополнительные спектры света — как этап ФБМ.

Доказательная база по применению ФДТ в терапии акне постоянно расширяется. В систематическом обзоре, включающем 82 исследования с участием 4340 пациентов, авторы классифицировали наблюдаемое улучшение как частичный клинический ответ, то есть уменьшение

выраженности акне без полного выхода в ремиссию^[2]. В рандомизированном split-face исследовании ФДТ с хлорофиллом- α у пациентов с акне на стороне лица с ФС и LED-облучением зафиксирована более выраженная положительная динамика клинических проявлений угревой болезни и уровня себопродукции по сравнению с LED-фототерапией без ФС^[3]. Полученные результаты подтверждают целесообразность использования хлорофилл-ассоциированных фотосенсибилизаторов в терапии акне.

Данные о применении ФДТ при розацеа представлены в ограниченном объёме, она не считается терапией первой линии. В то же время исследования демонстрируют, что ФДТ способствует уменьшению папул и пустул, а также купированию таких симптомов, как приливы, зуд, жжение и покалывание^[4]. Таким образом, ФДТ можно рассматривать как дополнительный этап комплексной терапии розацеа.

Материалы и методы

В представленных в статье клинических случаях использовались аппарат Estetica LightCare Pro и фотоактивные гели Restore и AntiAcne на основе хлорофиллина

ФДТ не заменяет базовую терапию, а **усиливает комплексный контроль воспаления** и стабилизирует реактивность кожи.



Фото 1. Пациент — женщина, 23 года.
А — до начала курса,
Б — через 35 дней,
сразу после окончания
курса из пяти процедур

натрия. В протоколах применялись зелёный (530 нм), красный (670 нм), синий свет (420 нм) и комбинированные режимы, которые представляют собой функциональную особенность аппарата Estetica LightCare Pro. Аппарат оснащён десятью программами, в которых заранее определены параметры экспозиции (интенсивность воздействия, продолжительность сеанса, используемые спектральные диапазоны) с учётом соответствующих клинических показаний [5].

Клинический случай № 1

Пациент — женщина, 23 года, соматически здорова. Жалобы: множественные высыпания на лице, груди и спине, повышенная жирность кожи, пятна и единичные атрофические рубцы постакне. Заболевание отмечает с подросткового возраста, ранее к врачу не обращалась, лекарственную терапию не проходила, самостоятельно использовала наружные уходовые средства без стойкого улучшения.

Объективный осмотр: III фототип по Фитцпатрику. Процесс носит распространённый характер. На коже лица, декольте и спины визуализируются открытые и единичные закрытые комедоны, множественные розовые папулы и пустулы, участки застойной поствоспалительной эритемы и единичные атрофические рубцы.

Диагноз: L70.0 — акне, папуло-пустулёзная форма средней степени тяжести. Задачи лечения: купирование воспаления, снижение себопродукции, уменьшение выраженности постакне и поддержка барьерной функции кожи.

Назначена наружная терапия гелем адапален 0,1 % в комбинации с клиндамицина фосфатом 1 % один раз в день на ночь в течение одного месяца. Проведён курс

ФДТ Estetica LightCare Pro (шесть процедур с интервалом в семь дней). Процедура включала демакияж нейтральным средством, краткую энзимную эксфолиацию, нанесение фотоактивного геля на 20 мин и последующее освечение в течение 30–36 мин. Первые процедуры выполнялись с гелем Restore для снятия общего воспалительного фона и улучшения гидратации кожи, далее использовали Restore в сочетании с точечным нанесением AntiAcne на папулы и пустулы с целью усиления противовоспалительного и антисептического эффекта. Протоколы включали преимущественно воздействие зелёным, фиолетовым, красным и жёлтым светом. Параметры каждого режима (длина волны, плотность мощности и суммарная энергетическая доза) устанавливались в соответствии с техническими характеристиками используемого светового аппарата и протоколом процедуры.

После окончания курса отмечены выравнивание тона лица, уменьшение эритемы и воспалительных очагов, снижение количества высыпаний примерно на 50 %, уменьшение себума в себоактивных зонах и менее выраженные поствоспалительные изменения в виде осветления пятен постакне. Субъективно пациент отметила улучшение цвета кожи и отсутствие чувства стянутости.

Клинический случай № 2

Пациент — женщина, 40 лет, соматически здорова. Жалобы: высыпания на коже лица, стойкое покраснение центральной зоны, сухость, стянутость, признаки обезвоженности, выраженная неровность рельефа кожи, периодические приливы и зуд. Первые симптомы отмечены примерно с 35 лет, неоднократно проходила курсы стандартной терапии розацеа наружными препаратами на основе метронидазола и азелаиновой кислоты.



Фото 2. Аппарат
Estetica LightCare Pro

Фото 3. Пациент — женщина, 40 лет.
А — до начала курса,
Б — через 58 дней,
сразу после курса
светового воздействия



Объективный осмотр: II фототип по Фитцпатрику, определяются телеангиэктазии, очаги застойной эритемы, папулы и микропустулы преимущественно в центральной части лица, единичные эксфолиации и корки. Аллерго-анамнез не отягощён.

Диагноз: L71.0 — розацеа, папуло-пустулёзный подтип, средняя степень тяжести по RSI (Индекс тяжести розацеа). На фоне применения азелаиновой кислоты 10% один раз в день в течение шести месяцев ранее была достигнута непродолжительная ремиссия, однако в холодный сезон произошёл рецидив. Задачи терапии: уменьшение воспаления, эритемы и сосудистого компонента, снижение реактивности кожи и восстановление кожного барьера.

Назначена наружная антибактериальная терапия гелем метронидазола 1% два раза в день в течение четырёх недель. Выполнен курс светового воздействия с интервалом один раз в семь дней. Экспозиция ФС на основе хлорофиллина (гель Restore с точечным нанесением геля AntiAcne на воспалительные элементы) составляла 20 мин. Протоколы включали преимущественно красный и зелёный свет. Параметры каждого режима (длина волны, плотность мощности и суммарная энергетическая доза) устанавливались в соответствии с техническими характеристиками используемого светового аппарата и протоколом процедуры.

Красный диапазон выбран с целью воздействия на воспалительный компонент: он способен оказывать фотобиомодулирующее действие, влияя на воспалительные процессы и восстановление тканей. Красный спектр длиной волны 670 нм поглощается фотосенсибилизатором на основе хлорина (хлорофиллина натрия). Зелёный диапазон использовался как дополнительный режим воздействия при выраженном сосудистом компоненте с целью снижения подострой воспалительной реакции. В связи с сохранившимися воспалительными элементами

на одной из процедур протокол был дополнен синим диапазоном 420 нм, направленным преимущественно на усиление воздействия на единичные папулы и пустулы. Продолжительность освечивания — 30–40 мин.

После окончания курса визуально отмечались более ровный тон лица, уменьшение эритемы, воспалительных очагов и количества высыпаний, улучшение микрорельефа кожи. По субъективной оценке пациента уменьшились зуд, чувство стянутости и частота приливов.

Заключение

Оба клинических случая свидетельствуют о целесообразности включения низкоинтенсивного LED-воздействия в комбинации с фотосенсибилизирующим гелем при комплексной терапии хронических воспалительных дерматозов. При акне метод применялся на фоне адаптации и топического антибиотика, при розацеа — на фоне наружной антибактериальной терапии. Это подчёркивает значение комбинированного подхода, при котором базовая наружная терапия воздействует на ключевые звенья воспалительного процесса, а световая терапия может усиливать клинический эффект и способствовать более быстрому восстановлению кожи.

Практическая ценность аппаратной методики связана с её хорошей переносимостью, отсутствием выраженного реабилитационного периода и возможностью применения у пациентов с чувствительной и воспалённой кожей. Дополнительным преимуществом Estetica LightCare Pro является вариативность световых спектров и точная настройка интенсивности светового потока. Это позволяет индивидуализировать протокол терапии, а при использовании ФС — более точно рассчитывать световую дозу и повышать прогнозируемость клинического результата. ●



Литература