

DOI 10.26886/2523-6946.1(1)2017.7

UDC 616.5:687.55

**HUMANITARIAN COMPONENT IN THE PROCESS OF TEACHING THE
BASICS OF DERMATOCOSMETOLOGY**

L. V. Kuts, PhD, MD, DSc, Associate Professor

Institute Sumy State University, Ukraine, Sumy

K. V. Kolyadenko, PhD, MD, Associate Professor

O. O. Bogomol'tsa National Medical University, Ukraine, Kyiv

V. V. Bocharova, PhD, MD

O. L. Gotsulyak, PhD, MD

Odessa National Medical University, Ukraine, Odessa

The subject matter of this research is the pathogenesis of rosacea. Aim of the work is to show the complexity of the pathogenesis of rosacea and the problematic nature of many questions of this disease in a comparative aspect on the materials of scientific data and examples of artistic (literary) works. The drama "Cyrano de Bergerac" (Edmond Eugène Alexis Rostand) shows the psychoemotional feelings of a literary hero suffering from one of the complications of rosacea – rhinophyma. Learning the basics of dermatocosmetology, the literary example allows you to better understand (clearly) the data regarding the clinic and the pathogenesis of this condition.

Keywords: rosacea, rhinophyma, literary example.

¹Л. В. Куц, доктор медицинских наук, доцент; ²К. В. Коляденко, кандидат медицинских наук, доцент; ³В. В. Бочарова, кандидат медицинских наук; ³О. Л. Гоцуляк, кандидат медицинских наук. Гуманитарная составляющая в процессе обучения основам дерматокосметологии / ¹Медицинский институт Сумского государственного университета, Украина, Сумы; ²Национальный

медицинский университет имени А. А. Богомольца, Украина, Киев;

³Одесский национальный медицинский университет, Украина, Одесса

Предмет исследования – патогенез розацеа. Цель работы – показать сложность патогенеза розацеа и проблемность многих вопросов этого заболевания в сравнительном аспекте на материалах научных данных и примерах художественных (литературных) произведений. В драме «Сирано де Бержерак» (Edmond Eugène Alexis Rostand) показаны психоэмоциональные переживания литературного героя, страдающего на одно из осложнений розацеа – ринофиму. Обучающимся основам дерматокосметологии литературный пример позволяет глубже (наглядно) освоить данные в отношении клиники и патогенеза этого состояния.

Ключевые слова: акне-розацеа, ринофима, литературный пример.

Введение. Среди косметологических проблем кожи важное место занимают т. н. розовые угри (rosacea). Несмотря на то, что в отношении этого заболевания человека, имеющего в то же время косметологическое значение, проведено множество исследований, ряд вопросов его этиологии, патогенеза, лечения и профилактики нуждаются в дальнейшем изучении. Немаловажное значение в этом направлении может сыграть и развитие своеобразной гуманитарной составляющей в процессе преподавания основ дерматокосметологии, так как на запоминающихся примерах из художественной литературы, картин и т. п. обучающиеся легче воспринимают и запоминают информацию о том или ином косметологическом поражении кожи, а последующее «подключение» к элементам обучения фотографий больных, которых им демонстрируют, а так же сравнительный их

анализ с научными данными, позволяют глубже освоить материал, что в еще большей мере способствует повышению качества педагогического процесса в этом актуальном разделе дерматокосметологии.

Цель работы – показать сложность патогенеза розацеа и проблемность многих вопросов этого заболевания в сравнительном аспекте на материалах научных данных и примерах художественных (литературных) произведений.

Материалы и методы. При обучении основам дерматокосметологии чрезвычайно важно обращать внимание врачей на особенности розацеа.

В отличие от вульгарных угрей, розацеа (акне-розацеа) локализуется исключительно в области носа, щек, нососщечных складок, преимущественно у лиц среднего и пожилого возраста (т. е., имеют место принципиальные возрастные и локализационные отличия от «юношеских угрей»).

Принципиально разные между этими видами угрей и этиопатогенетические факторы: при розовых угрях на первое место «выходят» нервно-вегетативные (один из прежних синонимов заболевания – «невроз сосудов сальных желез»). Способствуют развитию нервно-вегетативных расстройств хронически протекающие процессы, такие, например, как у женщин – функциональные расстройства яичников, у мужчин – злоупотребление алкоголем и др.

Розацеа в некоторых случаях могут быть проявлениями т. н. «преканкروزов» (у таких пациентов нередко выявляют гипо- или анацидный гастрит). Важным экзогенным фактором при этом заболевании является воздействие инфракрасных лучей (у домохозяек – возле кухонной плиты, у рабочих горячих цехов и т. п.), что должно учитываться в рекомендациях режима больным.

Как и при вульгарных акне, при розацеа так же следует обратить внимание на типичные начальные и последующие клинические проявления на коже:

1) в начале наблюдается эритема стойкая (в вышеперечисленных местах);

2) на фоне эритемы периодически образуются розовые («красные») угри;

3) при длительном течении заболевания появляется 3-й характерный симптом – телеангиэктазии (купероз, сосудистые звездочки);

4) при атипичных и осложненных вариантах течения: иногда угрей долго нет, а только эритема длительно беспокоит больного; возможен вариант развития ринофимы.

Различают следующие клинические варианты розацеа:

- ✓ персистирующий отек лица;
- ✓ офтальморозацеа;
- ✓ люпоидная или гранулематозная розацеа;
- ✓ стероидная розацеа;
- ✓ грамнегативная розацеа;
- ✓ конглобатная розацеа;
- ✓ молниеносная розацеа;
- ✓ галогенобусловленная розацеа;
- ✓ фима при розацеа: ринофима, гнатофима, метафима, отофима, блефарофима.

Классическая розацеа включает в себя:

- ✓ эпизодическая эритема (диатезическая розацеа);
- ✓ розацеа I степени: персистирующая умеренная эритема и редкие телеангиэктазии;

✓ розацеа II степени: персистирующая эритема, многочисленные телеангиэктазии, папулы, пустулы;

✓ розацеа III степени: персистирующая глубокая эритема, обильные телеангиэктазии, воспалительные узлы и бляшки.

Несмотря на то, что демодекоз относится к паразитарным болезням кожи, которую вызывают клещи-демодециды (*Demodex folliculorum* и *Demodex brevis*), клинический опыт свидетельствует о том, что с ними нередко ассоциируется и развитие розацеа.

В частности, принято различать следующие формы демодекоза: эритематозно-сквамозная, папулезная, комбинированная, малосимптомная; а так же: ограниченная, диффузная, распространенная; кроме того – первичная и вторичная.

Для диагностики демодекоза и розацеа, кроме исследования на клещи рода *Demodex*, рекомендуется идентифицировать микробную флору кожи с определением чувствительности к антибиотикам, а также бактериологическое исследование микробиоты кишечника.

При лечении розацеа и демодекоза учитывается многообразие этиологических и патогенетических факторов, стадия и форма заболевания и применяются лекарственные средства следующих групп: подавляющие микробную колонизацию; себосупрессивные; нормализующие процессы кератинизации; физиотерапевтические методы; методы деструкции телеангиэктазий; при тяжелых формах – изотретиноин; лечение сопутствующей патологии.

В отношении патогенетической роли клещей рода *Demodex* в последние годы высказывается ряд сомнений. Большинство современных ученых считают, что в формировании розацеа клещ *Demodex folliculorum* (от греч. *demos* – сало; *dex* – червяк) принимает лишь косвенное участие, поскольку является комменсалом. Несмотря на дискутабельность этого вопроса, последующий рис.,

представляющий обучающимся дерматокосметологии, позволяет убедить их уделять большое внимание данной проблеме (рис. 1).



(<http://demodex-complex.ru/podkozhnyj-kleshh-demodex/demodex-foto>)

Рис. 1. Клеши рода Demodex

В отношении возможности использования «гуманитарной составляющей» при обучении основам дерматокосметологии следует обратить внимание на такие моменты.

С. А. Монахов (2008) в своей книге «Часослов» отмечает, что согласно описанию жития Девы Марии, после открытия ее гроба в нем обнаружили вместо тела букет алых роз и, в этой связи считается, что Богородица является Покровительницей больных розацеа, поскольку само название дерматоза – «розацеа» происходит от латинского слова «rosaceus» (розовая; сделанная из роз). Синонимами названия болезни являются так же – розовые угри, acne rosacea, gutta rosacea, superose, teleangiectasiasis faciei и др.

Наличие большого числа синонимов, как правило, отражает проблемность изучаемого вопроса. Действительно, часто используемый современными косметологами термин «купероз» отражает лишь один из вариантов течения и проявления этого дерматоза. Ф. Гебра (1876) вообще считал, что воспаление сальных желез и кожи при этом заболевании является «случайным» осложнением болезни, а сущность его составляет новообразование сосудов и соединительной ткани, в подтверждение чему приводил наблюдавшиеся им случаи, когда верхушка обезображенного носа не увеличивалась в ширину, а только удлинялась, напоминая «сосулькообразный» мясной нарост индийского петуха (рис. 2).

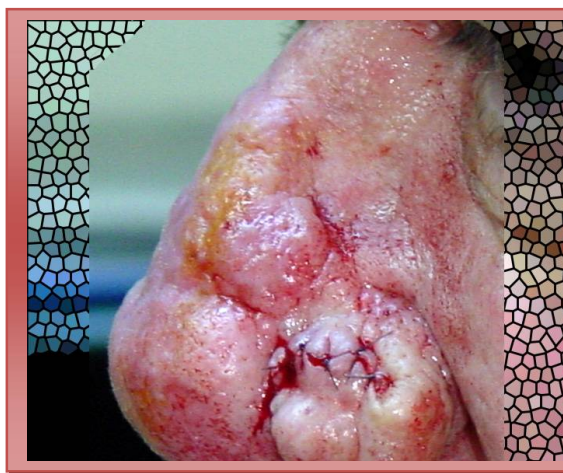
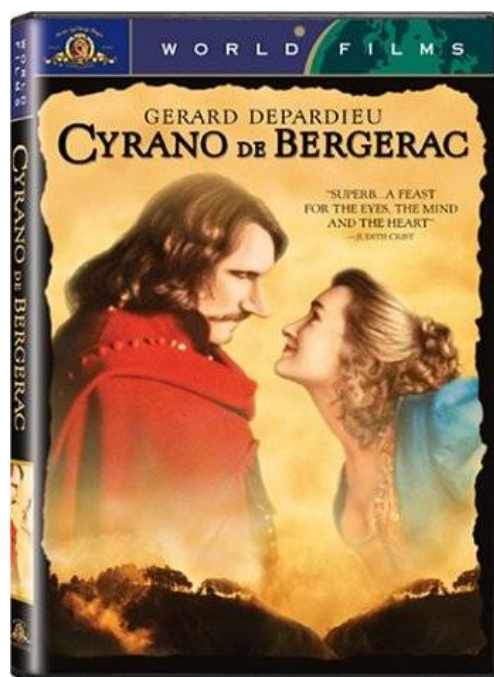


Рис. 2. Ринофима

Литературным «героем», который страдал на один из видов розацеозов, является, в частности, Сирано де Бержерак (рис. 3). На рис. 3 изображено одно из осложнений, которым может сопровождаться такое заболевание как розацеа, а именно – развитие ринофимы, которая проявляется не только увеличением размера носа, но и развитием т. н. «вегетативной маски лица».



Эдмон Ростан
(фр. *Edmond Eugène Alexis Rostand*)
– французский поэт и драматург, автор драмы «Сирано де Бержерак»



К разделу
«Косметология:
общие вопросы
(образовательные...)»
- Гуманитарная
составляющая в
процессе обучения
основам
дерматокосметологии



**Рис. 3. Ринофима и «вегетативная маска лица»
у литературного героя Сирано де Бержерака**

Многие исследователи рассматривают розацеа как ангионевроз, и имеются многочисленные сторонники того, что данное заболевание является лишь своеобразным проявлением вегетативного невроза, хотя психические факторы некоторые авторы и рассматривали как первостепенную причину розацеа, однако при целенаправленных исследованиях с использованием современных психологических методов четкой причинной зависимости выявлено не было и, наоборот – обезображивающий косметологический дефект лица влияет на психику, при этом у больных развивается эмоционально-вегетативная неустойчивость с тенденцией к подавлению поведенческого

реагирования, что способствует формированию у пациентов вышеобозначенной так называемой «вегетативной маски лица».

Имеются так же сообщения об особой роли нарушений регуляции мозгового влияния на кровеносные сосуды кожи, приводящие к замедлению перераспределения кровотока и венозному застою в области оттока лицевой вены соответствующей наиболее частой топографии розацеа.

И морфологические и лабораторные исследования подтверждают концепцию о том, что в основе патогенеза розацеа лежит ангионевроз с преимущественным поражением сосудов лица, как одно из проявлений вегето-сосудистой дистонии. Причем, предполагается, что не только кровеносные, но и лимфатические сосуды первично не вовлекаются в воспалительный процесс, а дилатация их происходит опосредованно (в результате актинического эластоза). При этом отмечаются нормальные ответные реакции на адреналин, норадреналин, ацетилхолин, гистамин.

Отмечается также и отчетливая корреляция розацеа с мигренью (как патологической вазомоторной реакции). Весьма важным является то, что гораздо чаще розацеа возникает у женщин старше 35 лет, когда нарастает доброкачественная гормональная реакция «приливов».

В то же время, подобные «приливы» могут вызывать и целый ряд пептидных сигнальных молекул: желудочно-кишечного тракта (VIP, пентагастрин), нейропептиды (эндорфины, субстанция P), кинины (брадикинин). Способность кининов в чрезвычайно малых концентрациях менять тонус сосудов и повышать проницаемость капилляров вызывают характерные для розацеа сосудистые изменения; преимущественная локализация на лице розацеа так же может объясняться повышенной чувствительностью расположенных в этой области брадикининовых рецепторов (теория о т. н.

«брадикининовом эффекторе розацеа»). Но «приливы» могут быть спровоцированы и алкоголем, что связано с его недостаточным ферментативным разрушением.

Таким образом, основное значение в патогенезе розацеа принадлежит патологической реакции сосудов, провоцируемой полиэтиологическими факторами и развивающейся под влиянием вазоактивных пептидов, антител, циркулирующих иммунных комплексов и других эндогенных ирритантов.

Существенных иммунологических нарушений у больных розацеа не выявлено, однако отмечается умеренное повышение уровней содержания в крови иммуноглобулинов (Ig) класса G, A, M, а у некоторых пациентов на базальных мембранах обнаруживаются отложения иммуноглобулинов и C3b фрагмента комплемента. Однако следует обратить внимание на эти факты, поскольку C3b фрагмент комплемента может играть роль опсонина (в том числе, возможно, для запуска аутоиммунного процесса), а реакция со стороны Ig G может объясняться тем, что в случаях присоединения пиококковой инфекции (что при розацеа и демодекозе наблюдается нередко), соответствующие возбудители могут «ускользнуть» от контроля антигенпрезентирующих клеток и действовать напрямую на В-лимфоциты. Это тем более может оказаться важным, поскольку уровень Т-супрессоров у таких больных снижается. Развитию аутоиммунного компонента воспаления при розацеа может способствовать и отложение сывороточного Ig A в коже больных розацеа.

Из патологии эндокринной системы у больных розацеа выявляют снижение (в среднем на 15%) секреции липазы поджелудочной железы, сочетание этого дерматоза у отдельных пациентов с сахарным диабетом, овариальной, надпочечниковой и гипофизарной

недостаточностью, заболеваниями щитовидной железы и другими нарушениями.

Выводы. В процессе обучения основам дерматокосметологии следует обращать внимание не только на предполагаемые этиологические факторы розацеа (акне-розацеа), но и на ведущую роль нейроэндокринососудистых нарушений при данном заболевании. Важное значение может иметь включение в педагогический процесс элементов «гуманитарной составляющей» обучения, в том числе – ярких примеров из художественных (литературных) произведений, где соответствующие проявления дерматоза четко описаны или изображены. Это позволяет повысить качество обучения и глубже освоить материал слушателями.

Литература:

1. Бауманн Л. Косметическая дерматология. Принципы и практика / Л. Бауманн; пер. с англ.; ред. Н. Н. Потеева; 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 688 с.
2. Дерматология, венерология / ред. В. И. Степаненка. – К.: КИМ, 2012. – 904 с.
3. Barbara M. Rainer. Rosacea: Epidemiology, Pathogenesis, and Treatment / Barbara M. Rainer, Sewon Kang, Anna L. Chien // *Dermato-Endocrinology*. – 2017. doi: 10.1080/19381980.2017.1361574.
4. Bologna Jean L. Dermatology / Bologna Jean L., Joseph L. Jorizzo, Julie V. Schaffer; 3rd ed. – Philadelphia: Elsevier Saunders, 2012. – 2776 p.
5. Debersaques J. Historical notes on (Acne) rosacea / J. Debersaques // *Eur. J. Dermatol.* – 1995. – N. 5. – P. 16-22.
6. Habif Thomas P. Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy. Sixth edition. St. Louis. – Missouri: Elsevier, 2016. – 1008 p.

7. Hofmann M. A. *Physical modalities for the treatment of rosacea* / M. A. Hofmann, P. Lehmann // *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* – 2016. Vol. 14, Suppl. 6. – P. 38-43.
8. Klaus Wolff, Richard Johnson. *Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology: Sixth Edition [6 ed.]*. – New York: McGraw-Hill Professional, 2009. – 1153 p.
9. Rainer B. M. *Rosacea is associated with chronic systemic diseases in a skin severity-dependent manner: results of a case-control study* / B. M. Rainer, A. H. Fischer, D. Luz Felipe da Silva, S. Kang, A. L. Chien // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2015. – Vol. 73. – P. 604-608.
10. Schweinzer K. *Surgical treatment of rhinophyma: experience from a German cohort of 70 patients* / K. Schweinzer, L. Kofler, C. Spott, M. Krug, C. Schulz, S. M. Schnabl, H. Breuninger, H. M. Häfner, F. C. Eberle // *Eur. J. Dermatol.* – 2017. Vol. 27. – P. 281-285.

References:

1. Baumann L. (2013). *Cosmetic Dermatology*. 2nd ed. [McGraw-Hill Medical]; *per. s angl.; red. N. N. Potekaeva*. Moscow: MEDpress-inform. [in Russian].
2. Stepanenko V. I. (2012). *Dermatology, Venerology*. Kyiv: KIM. [in Russian].
3. Barbara M. Rainer, Sewon Kang, Anna L. Chien. (2017). Rosacea: Epidemiology, Pathogenesis, and Treatment. *Dermato-Endocrinology*. doi: 10.1080/19381980.2017.1361574.
4. Bologna Jean L., Joseph L. Jorizzo, Julie V. Schaffer. (2012). *Dermatology*. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders. [in English].
5. Debersaques J. (1995). Historical notes on (Acne) rosacea. *Eur. J. Dermatol.*, 5, 16-22. [in English].

6. Habib Thomas P. (2016). *Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy*. Sixth edition. St. Louis, Missouri: Elsevier. [in English].
7. Hofmann M. A., Lehmann P. (2016). Physical modalities for the treatment of rosacea. *J. Dtsch. Dermatol. Ges.*, 14(Suppl. 6), 38-43. [in English].
8. Klaus Wolff, Richard Johnson. (2009). *Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology*. Sixth Edition [6 ed.]. New York: McGraw-Hill Professional. [in English].
9. Rainer B. M., Fischer A. H., Luz Felipe da Silva D., Kang S., Chien A. L. (2015). Rosacea is associated with chronic systemic diseases in a skin severity-dependent manner: results of a case-control study. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 73, 604-608. doi: 10.1016/j.jaad.2015.07.009.
10. Schweinzer K., Kofler L., Spott C., Krug M., Schulz C., Schnabl S. M., Breuninger H., Häfner H. M., Eberle F. C. (2017). Surgical treatment of rhinophyma: experience from a German cohort of 70 patients. *Eur. J. Dermatol.*, 27, 281-285. [in English].