

## Оптимизация терапии больных с розацеа.

Бутов Ю.С., Волкова Е.Н

Кафедра кожных и венерических болезней с курсом дерматокосметологии ФУВ РГМУ

В практике врачей-дерматовенерологов особое место занимают высыпные элементы, локализующиеся на лице, первичными элементами которых являются эритема, папулы, пустулы.

Актуальность данной проблемы состоит еще и в том, что формирующиеся косметические дефекты усугубляются у больных психоэмоциональными расстройствами, создавая трудности коммуникативного характера. Показано, что наиболее часто встречающиеся эритематозные поражения лица обусловлены вегетососудистыми реакциями и тяжелым эмоциональным стрессом.(2,3,6)

В эту группу дерматозов относят угревую болезнь, различные формы себореи, розацеа, себорейный и периоральный дерматиты.

Их развитию способствуют наследственная предрасположенность, нарушения функций желез внутренней секреции, патология пищеварительного тракта и гепатобиллиарной системы. При этом *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) обосновано рассматривается в качестве этиологического фактора некоторых форм гастрита, язвенной болезни, колитов. Провоцирующими факторами служат нарушения диеты, гиповитаминозы, прием алкоголя, воздействие на кожу высоких и низких температур, фотоинсоляция, высокая степень загрязнения кожи, бактериальная (*P.acne*) и клещевая инвазия (*Demodex folliculorum*). (1,4,5)

Следует отметить, что роль демодекса как безусловного фактора развития патологического процесса в настоящее время дискутируется. Являясь представителем облигатной флоры лица демодекс нередко, выявляется в коже здоровых людей не вызывая дерматоза. В ряде случаев он присутствует в незначительном количестве, а иногда – отсутствует (или не идентифицируется у больных лабораторным путем) при наличии выраженных воспалительных изменений. По-видимому, демодекс, вероятный осложняющий фактор, определяет развитие аллергической воспалительной реакции. Степень же выраженности указанной реакции индивидуальна для каждого отдельного больного.

Вместе с тем патологические кожные процессы на лице и в частности себорея создают благоприятную почву для жизнедеятельности, питания и размножения клеща,

который, в свою очередь, способствует ухудшению клинической симптоматики заболевания, создавая «порочный круг».

Патогенез заболеваний различен. Так, угревая болезнь формируется на фоне гиперандрогении и сопровождается повышенной продукцией качественно измененного состава сальных желез. Это сопровождается подавлением бактерицидных свойств кожного сала. Оно депонируется в заблокированных сальных железах, гидролизуется, являясь универсальной питательной средой для разнообразной микрофлоры, включая пропионбактерии, которые и формирует клиническую картину угревой сыпи.

Розацеа – хроническое полиэтиологическое заболевание, обусловленное ангионевротическими нарушениями на фоне изменений гуморального и клеточного иммунитета, которые в сочетании с инсоляцией приводят к стойкой ангиопатии в зоне иннервации тройничного нерва. Примечательно, что патоморфологические изменения нарастают в зависимости от стадии болезни (эритематозная, папулезно-пустулезная и гипертрофическая). (5)

Периоральный дерматит – воспалительное заболевание кожи, вызванное условно-патогенной микрофлорой вследствие увеличения ее количества и усиления патогенности. Процесс часто провоцируется использованием фторированных соединений - зубных эликсиров, паст, кортикостероидных мазей.

Терапия этой группы кожных заболеваний представляет собой сложную задачу: она должна быть комплексной, с учетом вероятной причины патогенеза и симптоматики заболевания, тяжести процесса. Несмотря на появление новых взглядов на отдельные частные вопросы лечения, основы терапевтической тактики остаются многие годы неизменным, что обуславливает определенные трудности. Как правило, в комплекс используемых медикаментов включают метронидазол, в том числе, в составе форм для наружного применения. Установлено, что препарат обладает бактериостатическим действием в отношении грамотрицательных анаэробных палочек, *H.pylori*, антипаразитарным – в отношении *Demodex folliculorum*. Существует точка зрения, что метронидазол воздействует на вегетативную нервную систему, стимулируя ее адренергические структуры, уменьшая тем самым застойные изменения. Важно отметить его положительное влияние на клеточно-опосредованный иммунитет. Установлено, что метронидазол в синергизме с ненасыщенными жирными кислотами кожи подавляет функциональную активность нейтрофилов, определяя снижение ими продукции медиаторов воспаления, т.е. противовоспалительный эффект. (7,8)

Для наружного лечения в зависимости от остроты процесса применяются примочки, взбалтываемые смеси, кремы, а по мере стихания воспалительных явлений –

средства, обладающие выраженным разрешающим и антипаразитарным действием. Однако применение наружных препаратов требует их смены в силу развития к ним привыкания с формированием резистентной флоры, возможной индивидуальной непереносимости или повышения чувствительности к ним кожи. Это определяет необходимость расширения спектра эффективных наружных средств, обладающих противовоспалительным, антибактериальным действием, способствующих стабилизации и разрешению процесса.

К числу таких препаратов относится Розамет производства Хорватии. Действующим веществом которого является метронидазол (в 1 грамме крема содержится 10 мг метронидазола). При этом оценивалась не только динамика разрешения объективных кожных симптомов, но и мнение больных об эффективности и удобстве применения крема, наличии побочных явлений.

Мы изучали эффективность и переносимость крема Розамет в составе комплексной терапии различных форм акне, розацеа, периорального и себорейного дерматитов.

Под нашим наблюдением находилось 42 больных (31 женщина, 11 мужчин) в возрасте от 20 до 65 лет (таблица №1).

Таблица №1

Распределение по полу и возрасту больных, получавших в комплексной терапии Розамет

Пол	Возраст, годы				Всего
	20 – 30	31 – 40	41 – 50	Старше 51	
Мужчины	2	2	4	3	11
Женщины	6	11	9	5	31
Итого	8		13	13	8
42					

Как видно из таблицы, наибольшее количество больных было в возрасте от 20 до 50 лет 34 пациента, что составило 80, 9%.

По нозологическим формам больные были распределены следующим образом (таблица №2).

Таблица №2

Распределение больных, получавших крем Розамет, по клиническим формам.

Нозология	Количество больных	
	абс.	%
Угревая болезнь	8	19,5
Розацеа	19	46,4
Периоральный (стероидный) дерматит	8	19,5
Себорейный дерматит	7	16,6
ИТОГО	42	100

В группу были включены 8 больных с акне (комедональной и папулезно-пустулезной формами I-II степени тяжести), 19 – с розацеа (у 8 – эритематозная стадия, у 11 – папулезно-пустулезная). Дерматиты отмечались у 15 пациентов. У 30 больных был выявлен *Demodex folliculorum*.

На фоне соответствующего общего лечения с одновременной коррекцией сопутствующей патологии наружно применяли крем Розамет, который наносился 1-2 раза в день тонким слоем в течение 4-6 недель. Контрольные осмотры проводились каждые 10-14 дней. Терапевтический эффект оценивали на основании динамики разрешения клинических симптомов и субъективных ощущений больных.

Переносимость препарата была хорошей: 6 пациентов отмечали незначительное жжение, слабый зуд, некоторое усиление эритемы в начале лечения. При этом у 4 из них указанные явления разрешились самостоятельно на 2-3 день применения крема, у 2 – на 4-5 сутки.

Результаты комплексного лечения больных препаратом Розамет представлены в таблице № 3.

### Таблица №3

Результаты комплексной терапии больных  
с использованием крема Розамет

Клиническая форма	Число больных	Клиническое выздоровление	Значительное улучшение	Улучшение	Без динамики
Угревая болезнь	8	---	2	4	2
Розацеа	19	1	11	4	3
Периоральный дерматит	8	2	3	1	2
Себорейный дерматит	7	3	4	---	-
ИТОГО	42	6	20	9	7

Из представленных результатов видно, что у 14,6 % пациентов наступило клиническое выздоровление, у 51,2 % – значительное улучшение, у 22,0 % – улучшение.

Больные отмечали отсутствие запаха при использовании крема, комфортное состояние на лице, значительное улучшение настроения по мере разрешения элементов на лице.

Таким образом, наш опыт применения 1 % крема Розамет в комплексной терапии заболеваний различного генеза доказывает его эффективность (87,8 %) и удобство применения, что позволяет рекомендовать как препарат выбора для широкого использования в клинической практике.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адаскевич В.П. Акте и розацеа // М. – 2000. – с. 26-32
2. Акимов О. Косметика и медицина // 2001. – № 3. – с. 34-38
3. Ахтямов С.Н., Бутов Ю.С. Практическая дерматокосметология // М. – 2003
4. Кутгер П. современный психоанализ // СПб. – 1997. – с. 189-202, 210-230
5. Потеев Н.Н. Розацеа // СПб. – 2000
6. Самцов А.В. Розацеа. Розацеоподобный дерматит. Основы дерматовенерологии в вопросах и ответах // СПб. – 2000. – с. 123-125
7. Шахнес Н.Е., Кепкер Я.Б. Опыт лечения розацеа и периорального дерматита трихолом // Вестник дерматологии и венерологии. – 1985. – № 3. – с. 55-57

**Резюме:** Статья посвящена актуальной проблеме лечения розацеа, угрей, себорейного и периорального дерматита. При лечении использовался крем Розамет. В группу были включены 8 больных с угрями (комедональной и папулезно-пустулезной формами I-II степени тяжести), 19 – с розацеа (у 8 – эритематозная стадия, у 11 – папулезно-пустулезная). Результаты проведенного лечения показали высокую эффективность использования 1% крема Розамет. Побочных реакций и осложнения отмечены не были.

**Ключевые слова:** Угревая болезнь, розацеа, Розамет