

## РОЗАМЕТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА

Е.Б.Мареева, С.В. Шкребец, Д.Е. Фирсова

Кафедра кожных и венерических болезней (зав. – проф. О.Л. Иванов)

ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Минздрава

Поражение кожи лица - одна из наиболее частых причин обращения пациентов к дерматологу. Розацеа относится к числу самых распространенных дерматозов фациальной локализации и составляет около 5 % среди всех поражений кожи. (2,3). Этот патологический процесс характеризуется хроническим, рецидивирующим течением, преимущественной локализацией на коже лица и стадийностью клинических проявлений. Розацеа относится к дерматозам среднего возраста, первые признаки заболевания могут отмечаться в 25-35 лет и достигая максимальной выраженности к 40-50 годам. Традиционно считается, что заболевание чаще возникает у женщин (возможно, это обусловлено более частой их обращаемостью за медицинской помощью по сравнению с мужчинами).

До настоящего времени этиология и патогенез розацеа до конца не выяснены. Наиболее распространенной точкой зрения считается ангионевроз, обусловленный различными эндогенными и экзогенными причинами. Среди эндогенных факторов, играющих существенную роль в развитии розацеа, выделяют: конституциональную ангиопатию, нейровегетативные расстройства, эмоциональные стрессы, гормональный дисбаланс, аутоаллергию, очаги хронической инфекции, различные заболевания желудочно-кишечного тракта и желез внутренней секреции, нарушения гуморального и клеточного иммунитета. К экзогенным причинам развития розацеа относятся алиментарные факторы (алкоголь, кофе, горячие блюда, пряности), физические (солнечное излучение, действие высоких и низких температур, механическое раздражение кожи) и жизнедеятельность клеща *Demodex folliculorum* (1, 2, 3, 4, 5).

Наличие клещей рода *Demodex folliculorum* одно время считалось основной причиной развития розацеа. Обнаружение клеща в устьях фолликулов и выводных протоках сальных желез с наибольшей плотностью расположения возбудителя при папуло-пустулезной стадии послужило основанием выделить у него особую роль в патогенезе этой стадии заболевания (6.) Последующие исследования установили, что *Demodex folliculorum*, как правило, присутствует в коже здоровых, особенно пожилых людей. В то же время у больных розацеа он может встречаться в небольших количествах,

а иногда даже отсутствует. Возможно, что клинические проявления розацеа обусловлены не столько плотностью заселения кожи клещом, сколько выраженностью воспалительной реакции в ответ на присутствие паразита. Можно предположить, что формирование розацеа улучшает условия существования и размножения клеща, что, в свою очередь, способствует утяжелению клинической картины заболевания и субъективных ощущений пациента. (3,4).

По клинико-морфологическим признакам выделяют 4 стадии розацеа: эритематозную, папулезную, пустулезную и инфильтративно-продуктивную. Начинается заболевание с появления нестойкой (приливной) эритемы, сохраняющейся от нескольких минут до нескольких часов и вновь появляющейся от воздействия провоцирующих факторов. Со временем эритема становится более стойкой, на ее месте появляется умеренно выраженная диффузная инфильтрация и телеангиэктазии. Папулезная стадия характеризуется появлением воспалительных розово-красных узелков. Затем большинство папул подвергается нагноению, трансформируясь в папуло-пустулы и пустулы со стерильным содержанием (пустулезная стадия). В результате хронического течения патологического процесса происходит образование воспалительных узлов и опухолей из-за прогрессирования гиперплазии соединительной ткани и сальных желез, формируется венозный застой. Чаще всего эти изменения локализуются на носу, что ведет к его деформации (утолщение, «бугристый вид») и дало основание назвать эту четвертую стадию ринофимой.

Особой формой заболевания является стероидная розацеа, которая развивается преимущественно у пациентов, длительное время применявших на лицо местные кортикостероидные (особенно фторированные) средства (7,8). Клиническая картина стероидной розацеа включает легкую субатрофию, темно-красную эритему с телеангиэктазиями и папуло-пустулами на поверхности. Отличительной чертой этой разновидности заболевания является временное обострение при отмене местных кортикостероидов.

Полиэтиологическая природа и стадийное течение розацеа диктуют необходимость комплексного подхода к терапии. При назначении общего лечения наиболее часто используются антибиотики, метронидазол и изотретиноин. Из антибактериальных средств наибольшее распространение получили препараты тетрациклинового ряда, диксициклин, эритромицин. Метронидазол – производное нитроимидазола – хорошо зарекомендовал себя в лечении розацеа, угревой болезни.

Установлено, что это средство усиливает защитные регенераторные функции слизистой желудка и кишечника, обладает выраженным противоотечным действием. По

отношению к грамотрицательным анаэробным палочкам метронидазол оказывает бактериостатический эффект, а в отношении *Demodex folliculorum* – антипаразитарный. Существует предположение, что метронидазол, оказывая влияние на вегетативную нервную систему, стимулирует ее адренергическое звено, благодаря чему уменьшает застойные явления, эритему и даже телеангиэктазии. Предполагается, что эффективность производных нитроимидазола при лечении розацеа объясняется их влиянием на клеточно-опосредованный иммунитет. В синергизме с пальмитолойной кислотой, содержащейся в коже человека, подавляет функциональную активность нейтрофилов, снижая продукцию последними медиаторов воспаления. (3,4) .

Тактика местного лечения розацеа определяется клинической симптоматикой. При явлениях острого воспаления максимально эффективно назначение холодных примочек, обладающих местным сосудосуживающим действием. Для профилактики пересушивания кожи от примочек возможно использование кремов. По мере стихания воспалительных процессов целесообразно применение средств, обладающих выраженным разрешающим и антипаразитарными свойствами. К числу препаратов, оказывающих воздействие на *Demodex folliculorum*, относится Розамет, содержащий в 1 г крема 10 мг метронидазола на гидрофильной основе.

В клинике кожных болезней им. И.М.Сеченова проводилось изучение эффективности и переносимости препарата Розамет в форме 1% крема в составе комплексной терапии различных форм розацеа. Под нашим наблюдением находилось 30 больных (18 женщин и 12 мужчин) в возрасте от 27 до 57 лет с давностью заболевания от 2 месяцев до 35 лет. У 18 пациентов были диагностированы различные стадии дерматоза (эритематозно-папулезная – у 5, папулезно-пустулезная – у 13, ринофима у 1) и у 12 человек – стероидная розацеа. Хронически-рецидивирующее течение заболевания имело место у 13 больных, хроническое – у 9, подострое у 1 и острое у 7.

Отягощенный семейный анамнез по двум родителям был выявлен у 1 пациента, а по одному родителю – у 6, а у остальных 23 человек – наследственность не отягощена. Среди факторов, провоцирующих течение заболевания, пациенты выделяли медикаменты, особенно обладающие сосудорасширяющими свойствами (15), продукты питания (6), эмоциональный стресс (5), алкоголь (3), 8 пациентов не смогли указать на провоцирующие факторы.

До поступления в нашу клинику 4 человека ранее не лечились, а 26 - получали терапию. Общее лечение производилось антигистаминными средствами (5) , трихополом (5), антибиотиками (2). Из местных средств у 16 больных использовались кортикостероидные средства (от гидрокортизоновой глазной мази до дермовейта),

трихопол в различных лекарственных формах (болтушки, гели, пасты, кремы) – у 11, примочки у 9, всевозможные болтушки у 4, бензил-бензоат – у 3.

Перед началом исследования у 27 пациентов был обнаружен *Demodex folliculorum*. 1 больной был исключен из исследования в связи с обнаружением у него антител к ВИЧ. Проводимая в процессе исследования общая терапия включала антибиотики (доксциклин, эритромицин), трихопол, антигистамины, аевит. Местное лечение проводилось растительными и борными примочками, различными пастами (серно-салицил-резорциновой, борно-нафталановой, борно-дегтярной, ихтиол-дерматоловой, цинковой), 1% кремом Розамет, который наносился на пораженные участки 2 раза в день в течении 4 недель.

Оценка клинической картины и субъективных ощущений проводилась до начала лечения, затем через 2 и 4 недели по трех бальной системе. Полученные результаты представлены в таблице № 1.

Таблица № 1

Динамика клинических проявлений розацеа в процессе комплексной терапии

Признаки	Степень выраженности (в баллах)											
	До начала лечения				Через 2 недели				Через 4 недели			
	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0
Эритема	18	11	0	0	4	13	12	0	0	5	10	14
Отек	4	16	9	1	0	7	16	6	0	1	8	17
Папулы	21	8	0	0	6	20	3	0	0	6	12	11
Пустулы	10	11	4	5	4	10	8	8	0	5	6	18
Зуд	10	8	10	1	0	6	9	14	0	0	5	24
Жжение	1	9	12	7	0	1	9	19	0	0	2	27

Следует отметить, что в процессе проведенного исследования ни один из пациентов не отметил никаких побочных явлений от проводимой терапии.

Оценка полученных результатов проводилась как врачами, так и больными. По оценкам врачей улучшение имело место у 74% пациентов и значительное улучшение – у 26 %, что практически не отличалось от оценок больных: улучшение у 76% и значительное улучшение у 24%.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о хорошей переносимости и высокой эффективности 1% крема Розамет при лечении различных форм розацеа и может быть рекомендован к широкому использованию в практике врача дерматолога и косметолога.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Висобоков А.В. Опыт лечения розацеа и периорального дерматита. Российский журнал кожных и венерических болезней, 2003, № 1, стр, 75-76.
2. Потехаев Н. Современные представления об этиологии, клинике и терапии розацеа. Косметика и медицина, 2001, № 6, стр. 15-21.
3. Потехаев Н.Н. Розацеа. Москва – Санкт – Петербург ; ЗАО «Издательство Бином» - «Невский диалект», 2002.
4. Самцов А.В., Стаценко А.В., Плахов В.Н., Горбунов Ю.Г., Юрчик М.И. Розамет в комплексной терапии розацеа. Дерматология, 2002, № 1, стр.23-24.
5. Шулаиа Т.Т., Бенделиани Ц.З., Кацитадзе А.Г. Ласареишвили Х.Б, Трипольская М.Г. Розамет в лечении розовых угрей и розацеаподобного дерматита.
6. Forton F., Seys B, Density of Demodex folliculorum in rosacea :a case-control study using standardized skin-surface biopsy.Br.J.Dermatol., 1993; 650-659
7. Zitt J.Z.Steroid-induced rosacea. Am Fam Physician,1993;67-71
8. Wells K., Brodell R.T.Topical corticosteroid addiction. A cause of perioral dermatitis, Postgrad Mod. 1993;93;225-269

#### **Резюме к статье «Розамет в комплексной терапии розацеа»**

**Е.Б. Мареева, С.В. Шкрабец, Д.Е.Фирсова**

Работа посвящена изучению эффективности и переносимости препарата Розамет в форме 1 % крема в составе комплексной терапии различных форм розацеа. Под наблюдением находилось 30 пациентов, страдающих этим дерматозом. Оценка полученных результатов проводилась как врачами, так и пациентами, и оказалась практически : врачи отметили

улучшение у 76 % и значительное улучшение у -24%. Полученные результаты свидетельствуют о хорошей переносимости препарата и его эффективности в комплексной терапии розацеа.

**Ключевые слова:** Розамет, розацеа, комплексная терапия.