

РОЗАМЕТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА

Самцов А.В., Стаценко А.В., Плахов В.Н., Горбунов Ю.Г., Юрчик М.И.

*Кафедра кожных и венерических болезней Военно-Медицинской академии,
Санкт-Петербург*

Розацеа – хроническое, рецидивирующее заболевание, как правило кожи лица, имеющее полиэтиологическую природу и характеризующееся стадийным течением (1,5,6).

Этиопатогенетически розацеа представляет собой ангионевроз преимущественно в зоне иннервации тройничного нерва, обусловленный различными причинами: конституциональной ангиопатией, нейровегетативными расстройствами, эмоциональными стрессами, нарушением гормонального равновесия, фокальной инфекцией, дисфункцией пищеварительного тракта (7,8). Наиболее часто у больных розацеа выявляются поражения желудочно-кишечного тракта (в 60—80% случаев) в форме хронического гастрита, хронического колита, хронического холецистита. Провоцирующими факторами служат прием внутрь возбуждающих средств, особенно алкоголя, горячей пищи, действие на кожу высоких и низких температур, солнечных лучей, паразитирование клеща *Demodex folliculorum* (2,5,6).

Выделяют *эритематозную*, *папулёзно-пустулёзную* и *гипертрофическую* стадии. Первая характеризуется преходящей эритемой, которая постепенно становится стойкой, во второй стадии на фоне эритемы образуются папулопустулезные элементы, телеангиэктазии. Третья стадия наблюдается у отдельных больных, у которых постепенно вследствие венозного застоя развивается гипертрофия подкожной клетчатки и сальных желез кончика и крыльев носа, в связи с чем он утолщается и приобретает бугристый вид (ринофима).

Присутствие клещей рода *Demodex folliculorum* в коже лица ранее рассматривалось в качестве основной причины возникновения розацеа. Впоследствии, по мере накопления данных многочисленных исследований, направленных на изучение иных механизмов развития розацеа, теория о патогенетической роли демодекса в значительной мере потеряла своё первостепенное значение. Во-первых, демодекс, являясь облигатным представителем флоры лица, как правило присутствует в коже здоровых людей, особенно пожилых. При этом *Demodex* зачастую имеется в незначительном количестве, а иногда даже отсутствует у больных розацеа. В связи с этим существует мнение, что, по-видимому, клинические характеристики розацеа зависят не столько от плотности заселения кожи клещом, сколько от выраженности воспалительной реакции в ответ на присутствие паразита. Степень же выраженности указанной реакции индивидуальна для каждого отдельного больного. Во-вторых, при люпоидной розацеа клещ или его части присутствуют лишь в единичных эпителиоидных гранулёмах, отсутствуя в остальных. Наконец, возможность достижения клинического излечения у больных розацеа при использовании терапии, не включающей акарицидные средства, свидетельствует о непричастности *Demodex folliculorum* к возникновению розацеа. Вместе с тем, формирование розацеа, возможно, создаёт благоприятную почву для жизнедеятельности и размножения

клеща, который, в свою очередь, способствует ухудшению клинической симптоматики заболевания, усиливая, в частности, интенсивность субъективных ощущений (зуд, парестезии и др.).

Лечение розацеа представляет собой сложную задачу и должно быть комплексным с учётом вероятной причины, патогенеза и симптоматики заболевания. Симптоматически в общей терапии назначают препараты кальция, ксантинола никотинат, докси-ум в течение 1,5-2 месяцев. Широкое применение получил тетрациклин и его производные. Ввиду опосредованного влияния *Demodex folliculorum* на течение розацеа внутрь может назначаться метронидазол, а наружно кремы, содержащие метронидазол (3,4,5,6,7,8,9).

Установлено, что метронидазол усиливает защитные и регенераторные функции слизистой оболочки желудка и кишечника и оказывает выраженный противоотечный эффект. Препарат обладает бактериостатическим действием в отношении грамотрицательных анаэробных палочек, а также антипаразитарным в отношении *Demodex folliculorum*. Существует точка зрения, что метронидазол, воздействуя на вегетативную нервную систему и стимулируя её адренергические структуры, уменьшает застойные явления, эритему и даже телеангиэктатические изменения. Эффективность препарата при розацеа, кроме того, объясняют его влиянием на клеточно-опосредованный иммунитет. Установлено, что метронидазол в синергизме с пальмитолеиной кислотой, содержащейся в коже человека, подавляет функциональную активность нейтрофилов, тем самым, снижая продукцию последними медиаторов воспаления (3,5).

Для наружного лечения в зависимости от остроты процесса применяются примочки, взбалтываемые взвеси, кремы, а по мере стихания воспалительных явлений – средства, обладающие выраженным разрешающим и антипаразитарным действием.

К числу новых препаратов, обладающих активностью против *Demodex folliculorum*, относится «Розамет» производства Хорватии. Действующим началом препарата является метронидазол. «Розамет» выпускается в виде крема, 1 грамм которого содержит 10 мг метронидазола.

Мы изучали эффективность и переносимость препарата «Розамет» в форме крема в составе комплексной терапии различных форм розацеа. При этом оценивалась динамика объективных симптомов (эритема, шелушение, пустулизация, наличие телеангиэктазий). Учитывалось мнение больных об эффективности препарата и удобстве применения, а также наличие побочных явлений.

Под нашим наблюдением находилось 25 больных (18 женщин и 7 мужчин) в возрасте от 38 до 65 лет (рис.1).

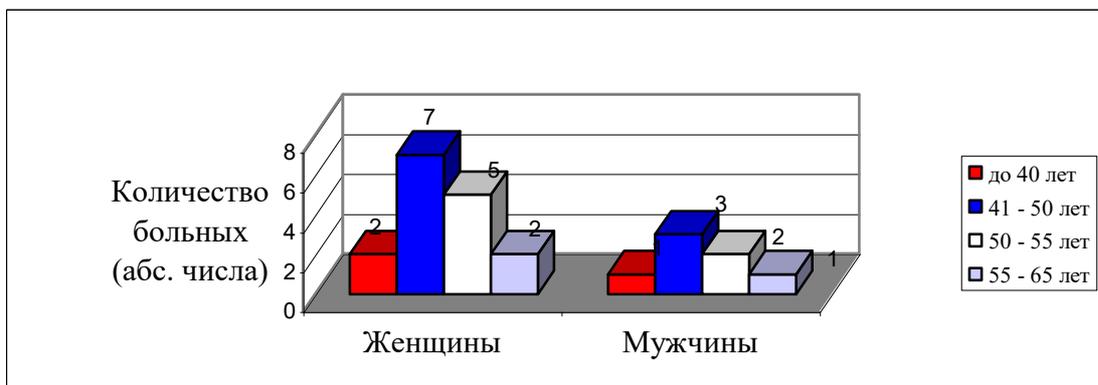


Рис.1. Распределение по возрасту больных розацеа, получавших в комплексной терапии крем «Розамет».

Эритематозная стадия розацеа отмечалась у 9 пациентов, папулёзно-пустулёзная стадия – у 16 больных (табл.1).

Таблица 1

Распределение больных по стадиям заболевания.

Количество больных	Стадии розацеа		
	эритематозная	папулёзно-пустулёзная	гипертрофическая
Женщины	7	11	-
Мужчины	2	5	-

Длительность заболевания составляла от 6 месяцев до 3 лет. У 6 пациентов Demodex был обнаружен в коже лица в значительном количестве, у остальных пациентов – в небольшом количестве. Лишь у одного пациента Demodex folliculorum не был обнаружен.

Больные получали лечение ксантинола никотинатом по 0,3 г. три раза в сутки, доксиумом по 1 таб. (0,25 г.) три раза в сутки. При наличии эндокринных нарушений и заболеваний желудочно-кишечного тракта проводилась одновременная коррекция выявленной сопутствующей патологии. Наружно на начальных этапах до стихания острых воспалительных явлений на очаги поражения применялся противовоспалительный крем Унны, а впоследствии крем «Розамет», который наносился 1 раз в день в курсовой дозе от 25 до 50 грамм.

Переносимость препарата была удовлетворительной. У 32% (8 человек) больных отмечались незначительно выраженное жжение, слабый зуд, усиление эритемы. При этом у 6 из них указанные явления самостоятельно исчезали на 3-5 день применения препарата, а у 2 больных – на 7-8 сутки.

В результате проводимого лечения на 20 - 30 сутки терапии у 2 пациентов высыпания разрешились полностью, у 17 пациентов (68%) наступило значительное клиническое улучшение, у 5 пациентов – отмечалось улучшение процесса, и у 1 пациента – незначительное клиническое улучшение (рис.2).

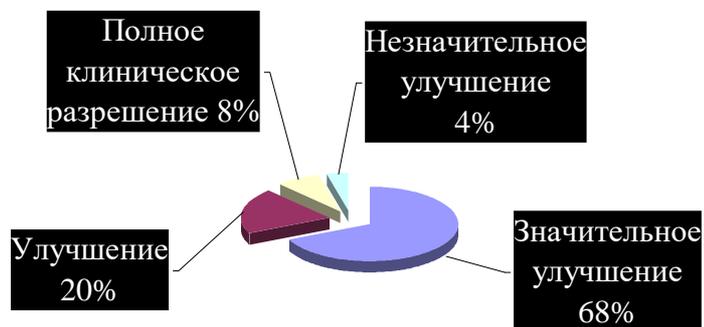


Рис. 2. Результаты комплексной терапии больных розацеа с использованием крема «Розамет».

Таким образом, наш опыт применения крема «Розамет» в комплексной терапии розацеа свидетельствует об эффективности и удобстве применения этого препарата для лечения различных форм розацеа и может быть рекомендован для широкого использования с учётом индивидуальной переносимости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Кудрина М.И., Потекаев Н.Н., Потекаев С.Н., Львов А.Н. К клинике розацеа. Сообщение 2 // Вестник дерматологии и венерологии. – 1998. - № 3. – С. 20-22.
2. Кудрина М.И., Потекаев Н.Н., Потекаев С.Н., Львов А.Н. Современные представления о патогенезе розацеа // Вестник дерматологии и венерологии. – 1998. - № 2. – С. 16-21.
3. Кудрина М.И., Потекаев Н.Н., Потекаев С.Н., Львов А.Н. Терапия розацеа. Сообщение 3 // Вестник дерматологии и венерологии. – 1998. - № 4. – С. 16-20.
4. Кулага В.В., Романенко М.М. Лечение болезней кожи. – Луганск: Поли-бланк, 1996. – 415 с.
5. Павлов С.Т., Шапошников О.К., Самцов В.И., Ильин И.И. Кожные и венерические болезни: Учебник /Под ред. О.К. Шапошникова. – М.: Медицина, 1985. – 368 с.
6. Потекаев Н.Н. Розацеа. – Санкт-Петербург, 2000. - с.
7. Рыжкова Е.И. Клинико-морфологические особенности, патогенез и лечение розацеа: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – М., 1976. – 17 с.
8. Самцов А.В. Розацеа. Розацеаподобный дерматит // Основы дерматовенерологии в вопросах и ответах. – Санкт-Петербург, 2000. – С. 123-125.
9. Шахнес И.Е., Кепкер Я.Б. Опыт лечения розацеа и периорального дерматита трихополом // Вестник дерматологии и венерологии. – 1985. - № 3. – С. 55-57.

25.01.2002 года

В печать.

д.м.н. профессор

=Самцов А.В.=