

Розамет крем – высокоэффективное средство в комплексном лечении розацеа.

Скрипкин Ю.К., Хамаганова И.В., Иконникова Н.А.

Кафедра кожных и венерических болезней лечебного факультета ГОУ ВПО Российского Государственного Медицинского Университета Минздрава России, г. Москва

Розацеа – хроническое, рецидивирующее заболевание, преимущественно, кожи лица, имеющее полиэтиологическую природу и характеризующееся стадийным течением [6].

Несмотря на частую встречаемость розацеа, нет единого взгляда на этиологию и патогенез данного заболевания. В основе данного заболевания по мнению Е.И. Рыжковой, лежит ангионевроз, который является следствием спазма артериол и пониженного тонуса вен [8]. К этиопатогенетическим факторам, способствующим развитию розацеа относятся экзогенные факторы (алиментарные: горячая пища, пряности, морепродукты; физические, лекарственные: нитроглицерин, кофеин, рифампицин, этанол и др.; механические и инфекционные: *Demodex folliculorum* [1, 16], *Helicobacter pylori* [7, 11]).

Среди эндогенных факторов значительное внимание уделяется заболеваниям желудочно-кишечного тракта и заселением его *Helicobacter pylori*. Чаще всего инфицирование геликобактериями происходит между членами семьи орально-оральным путем или через предметы личной гигиены. Это подтверждается тем фактом, что *H. pylori* были выделены из зубного налета[20]. При длительном нахождении его в желудочно-кишечном тракте он способствует развитию таких заболеваний как хронический гастрит, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки[17], которые очень часто сопровождаются воспалительными явлениями на коже лица[7, 14] и может существенно усугубить тяжесть проявления розацеа [3].

Немалая роль уделена изучению у больных розацеа патологии эндокринной системы. Из наиболее часто встречаемых заболеваний превалируют дисфункция яичников [12], нарушение функции щитовидной железы.

Нарушение вегетативной иннервации сосудов кожи является важным моментом в патогенезе розацеа.[8] Были выявлены нарушения тонуса сосудов, носящие системный характер с преобладанием признаков венозной недостаточности.

Достаточно часто у обследуемых больных выявляются психоэмоциональные и неврологические нарушения, связанные с недовольством своим внешним видом, убежденность в наличии серьезного косметического дефекта, подозрительность и в результате этого снижение качества жизни.

Отмечается роль вазоактивных пептидов (VIP, пентагастрин), которые способны вызывать приливы, а так же ряд медиаторных веществ, таких как эндорфины, брадикинин, серотонин, гистамин [9].

Так же немаловажную роль играет иммунная система, где было отмечено увеличение содержания иммуноглобулинов А, М, G.

При гистологическом исследовании кожи лица, взятая биопсия не показала какого-либо значимого различия между эритематозно-телеангиэктатической и папуло-пустулезной стадии.[12]

В России большинство специалистов пользуется общепринятой классификацией по Е.И. Рыжковой 1976 год, которая подразделяется на эритематозную, папулезную, пустулезную, ринофиму. Однако в последнее время международной классификации розацеа принятой G. Plewig, A.M. Kligman уделяется все большее внимание состоящая из: эритематозно-телеангиэктатическая, папуло-пустулезная, пустулезно-узловатая (ринофима), особая, состоящая из: стероидной, люпоидной(гранулематозной), грамнегативной, конглобатной, фульминантной, розацеа с солидным персистирующим отеком, офтальморозацеа.[18]

Организм человека колонизирован различными микробными сообществами. Кожу колонизируют грамположительные бактерии (пропионбактерии, коринеформные бактерии, эпидермальные стафилококки, микрококки, стрептококки, *Dermobacter hominis*), дрожжеподобные грибы рода *Malassezia*. Реже встречается транзитная микрофлора (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* и др.). При отсутствии заболевания грамположительная флора угнетает грамотрицательную. При ослаблении организма на коже возрастает количество грамотрицательных бактерий групп *Pseudomonas*, *Proteus*, *Acinetobacter*, *H.pylori*. многие из них являются транзитными с других участков кожного покрова и слизистых [6].

Лечение розацеа представляет собой сложную задачу и должно быть комплексным с учетом вероятной причины, патогенеза и симптоматики заболевания. В настоящее время кортикостероиды не рекомендуются для использования в местной терапии розацеа, поскольку длительное применение кортикостероидных мазей, особенно фторированных, приводит к трансформации дерматоза в стероидную форму [22]. В связи с вышеизложенным целью нашего исследования явилась разработка патогенетической терапии у больных с розацеа.

Под нашим наблюдением находились 46 больных с розацеа (5 мужчин и 41 женщина в возрасте от 36-64 лет). Длительность заболевания колебалась от 4 месяцев до 3 лет. Среди обследуемых было 9 (19,5%) человек с эритематозной стадией. Она характеризовалась стойкой эритемой различной интенсивности, которая изменялась под действием элементарных факторов или под действием психоэмоциональных факторов.

Папулезная стадия у 21(45 %) человек выражалась в присоединении к застойной эритеме папулезных элементов, элементов телеангиэктазий.

Пустулезная стадия розацеа составляла 16 (34,7%) человек, которая характеризовалась присоединением к застойной эритеме и папулам пустулезных

элементов. Значительно увеличена сеть телеангиэктазий. Из них 7 человек имели стероидную розацеа.

У 35 человек был лабораторно выявлен *Demodex folliculorum*.

Большинство пациентов раньше неоднократно проходили курс терапии кортикостероидными препаратами, что впоследствии значительно осложнило их клиническую картину.

В отечественной и зарубежной литературе имеются данные о широком применении препаратов группы имадазола: трихопола, метронидазола и др. для наружного применения[2, 10, 18, 21]. Установлено, что метронидазол усиливает защитные и регенеративные функции слизистой оболочки желудка и кишечника, оказывая выраженный противоотечный эффект. Препарат оказывает бактериостатическое действие в отношении грамотрицательных анаэробных палочек, но не имеет воздействия на аэробную микрофлору. А так же является антипаразитарным в отношении *Demodex folliculorum*. Одним из таких препаратов является 1% крем Розамет, который содержит в 1г крема 10 мг метронидазола на гидрофильной основе. Розамет не имеет запаха, хорошо впитывается и не пачкает одежду. Нами были разработаны следующие критерии терапии, которые заключаются:

1. Устранение воспалительных явлений у больных розацеа
2. устранение зуда
3. ликвидация вторичной микрофлоры
4. эффективность проведенной терапии
5. достижение стойкой ремиссии
6. улучшение качества жизни

Основными принципами терапии является: сбалансированная диета с ограничением жирного, копченого, пряностей, морепродуктов. Умывание кипяченой, не хлорированной

водой. Одновременно проводили общее лечение антигистаминными препаратами, при наличии эндокринных нарушений проводилась одновременная коррекция выявления сопутствующей патологии. Всем больным назначался Дюфалак по 10 мл натощак. При заболеваниях желудочно-кишечного тракта с выявленным *Helicobacter pylori* назначался антибиотик из группы макролидов в сочетании с бифидо- и лактосодержащими пробиотиками. При необходимости назначалась седативная терапия. Наружно наносился крем Розамет тонким слоем 2 раза в день в течении 1 – 1,5 месяца. Контрольные осмотры проводились каждые 2 недели. Терапевтический эффект оценивали на основании динамики исчезновения клинических симптомов. Переносимость препарата было удовлетворительное. У 21(45%) больных отмечались слабый зуд, небольшое жжение, усиление эритемы. После 5-10 дня нанесения препарата эти явления проходили. На 14 день проводимой терапии отмечается значительное улучшение: исчезновение зуда, значительное уменьшение гиперемии, разрешение большего количества папул и пустул. Ухудшения и отсутствия динамики не было отмечено ни у одного пациента. Результаты представлены в таблице 1:

Таблица 1

Результаты комплексного лечения больных с различными клиническими формами розацеа.

Клиническая форма	Число больных	Клиническое выздоровление	Значительное улучшение	Незначительное улучшение
эритематозная	9	7	2	
папулезная	21	15	4	2
пустулезная	16	10	5	1
итого	46	32 (69%)	11 (23,9%)	3 (6,5%)

Таким образом многообразие и сложность патогенетических механизмов розацеа предполагает дифференцированный подход и лечение ее различных клинических форм.

Применение 1% крема Розамет в комплексной терапии розацеа говорит об удобстве его применения и возможности назначения его врачами дерматологами и дерматокосметологами.

Литература.

1. Акилов О.Е. Клиническая оценка взаимосвязи нарушения иммунной системы и особенности HLA –гистiotипа у больных демодекозом кожи. Автореф. дисс....канд. мед. наук. М, 2002.
2. Бабаянц Р.С., Ильинская А.В., Громова С.А. и др. Метронидазол в терапии розацеа и периорального дерматита. // Вестн. дерматол. - 1983. -№ 1. - С.13-17
3. Довжанский С.И., Трашкина И.Т., Яксанова Э.М. К патогенезу и терапии розацеа и периорального дерматита. // Вестн. дерматол. 1980. - №4. - С. 38-40.
4. Курдина М.И., Потекаев Н.Н., Потекаев С.Н., Львов А.Н. Современные представления о патогенезе розацеа. // Вестн. дерм. и венерол. – 1998. – № 2. – С. 16-21.
5. Молочков В.А. (ред). Новые лекарственные препараты в практике дерматовенерологии: Материалы науч. - практической конф. 20-21 ноября 2001. – М., 2001. – С.64-65.
6. Потекаев Н.Н. Розацеа. М – Ст–Петербург: Невский диалект 2000; 144:7.
7. Русак Ю.Э., Черняк А.Я., Солоница Л.П., Бергер В.В, Шепилова И.В., Князева Г.П. *Helicobacter pylori* у больных розацеа. // Вестн. дерм. и венерол. – 2002. - № 1. С. 34-35.
8. Рыжкова Е.И. Клинико – морфологические особенности, патогенез и лечение розацеа // Дисс.д-ра мед. наук. М, 1976.- 216 с.

9. Сницаренко О.В. Возоактивные полипептиды при розацеа. Вестн. дерм. и венерол.- 1989. - №9. – С. 42-44
10. Шахнес И.Е., Крепкер Я.Б. Опыт лечения розацеа и периорального дерматита трихополом. Вестн. дерматол 1985. - № 3. – С. 55-57
11. A. Szlachcic/ The link between Helicobacter pylori and rosacea. // J. of European Ac of dermat and veneriol. - 2002. – Vol. 4 - P. 328-333.
12. Aroni K., Tsagrioni E., Lasaris AC. et.al. Rosacea: a clinicopathological approach. Dermatology. - 2004. – Vol. 3. – P. 173-174
13. Crawford G.H., Pelle MT, James WD. Rosacea: Etiology, pathogenesis, and subtype classification. // J. Am Acad Dermatol 2004. - 51(3): 327-41; quiz 342-4
14. Diaz C., O`Callaghan CJ., Khan A., Ilchyshyn A. Rosacea: a cutaneous marker of Helicobacter pylori infection? Result of a pilot study. // Acta Derm. Veneriol. – 2003. - Vol. 4. – P. 282-286.
15. Gladis B. Rhinophyma. // Dermatol Nurs. 2003. - Vol. 1. - P.-66.
16. Forton F, Cermaux MA, Brasseur T. et.al. Demodicosis and rosacea: epidemiology and significance in daily dermatologic practice. // J Am Acad Dermatol 2005. - Vol. 1. – P. 74-87.
17. Kuipers E.J. Helicobacter pylori and the risk and management of associated diseases: gastritis, ulcer disease. // Aliment. Pharmacol. Ther. – 1997 – Vol. 11. - P. 71-88.
18. Lowe N.J. Use of topical metronidazole in moderate to severe rosacea. // Adv. Ther. 2003. – Vol. 4. - P. 177-90.
19. Plewig G, Kligman A.M. Acne und Rosazea. Berlin: Springer 1994.

20. Shames B., Krajden S., Fuksa m., et. al. Evidence for the occurrence of the same strain of campylobacter pylori in the stomach and dental plaque. //J Clin. Microbiol. – 1989.- Vol.27.- P. 2849-2850.
21. Wolf JE jr. The role of topical metronidazole in the treatment of rosacea. //Cutis. - 2004. - Vol. 1. - P. - 19-28.
22. Litt J.Z. Steroid-induced rosacea. // Am. Fam. Physician. - 1993. - Vol. 1. - P. 67-71.

Скрипкин Ю.К., Хамаганова И.В., Иконникова Н.В.

Результаты использования крема Розамет 1% в комплексной терапии розацеа.

Ключевые слова: Розацеа, Розамет.

В работе представлен краткий обзор литературы по современным методам диагностики и лечению. Было обследовано 46 больных с давностью заболевания розацеа от 4 месяцев до 3 лет. У 69% больных отмечено клиническое выздоровление. Хороший терапевтический эффект сопровождался высокой комплаентностью.