

Терапия эритематозно-телеангиэктатического подтипа розацеа: анализ эффективности местного использования препаратов, обогащенных флавоноидами

В.П. Адашкевич¹, В.В. Сапрыкова², М.В. Адашкевич³

¹ УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» 210023, г. Витебск, пр-т Фрунзе, д. 27, Республика Беларусь

² Мединцентр ГлавУпДК при МИД России 25284, Москва, 2-й Боткинский пр-д, д. 5, корп. 5

³ ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет» 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9/11

Розацеа — распространенное неинфекционное заболевание, в этиологии которого участвуют эндогенные, системные или локальные факторы, а также факторы окружающей среды. Важную роль в патогенезе играют изменения сосудов. Экстракт *Chrysanthellum Indicum* содержит уникальную комбинацию компонентов, которая оказывает положительное действие на проницаемость стенок сосудов и механическую устойчивость капилляров.

Цель работы: изучение клинико-эпидемиологических особенностей розацеа, а также оценка эффективности и переносимости крема с экстрактом *Chrysanthellum Indicum* у пациентов с эритематозно-телеангиэктатическим подтипом розацеа.

Материал и методы. Под наблюдением находились 52 пациента (16 мужчин и 36 женщин) в возрасте от 23 до 69 лет с эритематозно-телеангиэктатическим подтипом розацеа. Диагноз устанавливался на основании клинической картины заболевания с учетом основных и второстепенных диагностических критериев. Для оценки эффективности местной терапии кремом Руборил, в состав которого входит экстракт *Chrysanthellum Indicum*, использовалась четырехбалльная шкала тяжести, оценивающая степень эритемы и телеангиэктазии до лечения, затем через 4, 8, 12 нед.

Результаты. Заболевание чаще выявлялось у женщин (69%). Преобладали (75%) лица возрастной группы старше 40 лет. Фототип кожи II по Фицпатрику выявлен у 30 (58%) пациентов. Наиболее частые провоцирующие факторы заболевания: метеорологические (77%), эмоциональные стрессы (67%), сауна/баня или алкоголь (65%), горячие напитки (48%). Наиболее частая область поражения — щеки (98% пациентов), затем — лоб (54%), подбородок (48%), нос (52%). Умеренная эритема выявлена у 29 (56%), тяжелая степень — у 15 (29%) больных. Умеренно выраженные телеангиэктазии наблюдались у 30 (58%) пациентов, многочисленные телеангиэктазии — у 16 (31%) больных. Местная терапия кремом Руборил позволила получить хорошие ближайшие результаты: тяжесть эритемы и телеангиэктазий снизилась на 63%.

Выводы. Клинико-эпидемиологическими особенностями пациентов с эритематозно-телеангиэктатическим подтипом розацеа являются эритематозные и телеангиэктатические высыпания в области щек, носа, подбородка, а также метеорологические и стрессовые провоцирующие факторы, преобладание лиц женского пола, II фототип кожи, возраст старше 40 лет. Крем Руборил показал высокую эффективность при лечении пациентов с эритематозно-телеангиэктатическим подтипом розацеа, что позволило достигнуть значительного улучшения со снижением выраженности эритемы и телеангиэктазий на 63%.

Ключевые слова: **розацеа, эритематозно-телеангиэктатический подтип, местная терапия.**

Erythematotelangiectatic rosacea: analysis of effectivity of treatment by flavonoid-rich topical agents

V.P. Adaskevich¹, V.V. Saprykova², M.V. Adaskevich³

¹ Vitebsk State Medical University
PR., Frunze, 27, Vitebsk, 210023, Republic of Belarus

² Medincenter, Department of Aesthetic Medicine
2th Botkinskiy pr., 5/5, Moscow, 25284, Russian

³ Saint Petersburg State University
Universitetskaya nab., 7/9/11, St. Petersburg, 199034, Russian

Rosacea is a common non-infectious disease with intricate aetiology involving endogenous, systemic or local, and environmental factors. Vascular changes may play a major role in rosacea pathogenesis. Chrysanthellum indicum extract contains a unique combination of component which has a beneficial effect on vascular wall permeability and increases the mechanical resistance of capillaries.

The aim of the study is to investigate clinical and epidemiologic features of rosacea as well as to evaluate the efficacy and tolerability of external medication — flavonoid-rich plant extract-based cream Ruboril — in patients with erythematotelangiectatic subtype of rosacea.

Material and methods. We observed 52 patients (16 male and 36 female) aged from 23 to 69 with erythematotelangiectatic subtype of rosacea. The diagnosis was established on the base of clinical presentation with regard to major and minor diagnostic criteria. In order to evaluate the efficacy of topical therapy with Ruboril cream a scale from 0 to 3 was used assessing the severity grade of erythema and telangiectasias before treatment and after the 4th, 8th and 12th week of therapy.

Results. Women were more often affected than men (69%). Patients of the age group from 40 years prevailed (75%). Fitzpatrick skin phototype II was revealed in 30 (58%) of patients. The most common provoking factors were meteorological (77%), emotional stress (67%), sauna/hot baths or alcohol (66%), hot drinks (48%). The prevailing areas of affection were cheeks (98%), forehead (54%), chin (48%), nose (52%). Moderate erythema was observed in 29 (56%) of patients, severe erythema in 15 (29%). Moderate grade of telangiectasias was registered in 30 (58%) of patients, numerous telangiectasias in 16 (31%). Topical application of cream Ruboril allowed to achieve good immediate results: the severity of erythema was reduced by 63%, the manifestation of telangiectasias decreased by 63%.

Conclusion. Clinico-epidemiologic features of patients with erythematotelangiectatic subtype of rosacea are as follows: erythematous and telangiectatic eruption on the cheeks, nose, and chin, weather and emotional influences, predominance of the female gender, skin phototype II, age > 40 years. The external medication Ruboril showed its high efficacy and safety in the treatment of patients with erythematotelangiectatic subtype of rosacea which allowed to achieve good immediate results with erythema severity reduction of 63% and the decrease in the manifestation of telangiectasias of 63%.

Key words: **rosacea, erythematotelangiectatic subtype, topical therapy.**

Corresponding author: admin@vsmu.by. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2016; 1: 73—80.

■ Розацеа является хроническим, иногда обезображивающим лицо заболеванием, которым страдают от 5 до 10% населения и которое требует постоянно и непрерывного наблюдения и лечения [1, 2]. Терапия розацеа затруднена вследствие гетерогенной клинической картины, для которой характерны транзиторные приливы, стойкая гиперемия лица, телеангиэктазии, воспалительные папулы и пустулы [3]. Возможны также офтальмологические изменения и гипертрофия сальных желез с последующим фиброзом. Факторы, ухудшающие заболевание, такие как эмоциональный стресс, острая пища, высокие температуры, алкоголь и воздействие солнца, хорошо известны, но специфическую причину розацеа еще предстоит определить. Такое разнообразие клинических проявлений, несомненно, сопровождается различиями в этиологии и патогенезе, однако недавние исследования показывают, что важную роль в развитии сосудистых аномалий и воспалительных явлений у пациентов с розацеа может играть система врожденного иммунитета [3, 4]. В патогенезе розацеа было выявлено участие аномального производства и процессинга антимикробных пептидов кателицидина, эффекторных молекул системы врожденного иммунитета, которые обладают как антимикробными, так и иммуномодулирующими свойствами [5, 6]. В коже пациентов с розацеа обнаружен повышенный уровень кателицидинового пептида LL-37 и его фрагментов, обладающих вазоактивным и провоспалительным действием [7, 8].

Все основные идентифицированные подтипы розацеа различаются по профилям экспрессии генов при сравнении как со здоровой кожей, так и между собой, хотя имеются некоторые совпадения между основными кожными подтипами розацеа: эритематозно-телеангиэктатическим розацеа (ЭТР; подтип 1), папулопустулезным розацеа (ППР; подтип 2) и фиматозным розацеа (подтип 3) [3—5]. У пациентов с эритемой лица без воспаления или пустул (ЭТР-подтип) выраженная экспрессия провоспалительных и сосудорегулирующих генов проявляется на ранней стадии заболевания, преобладает воспалительный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов (обычно Т-клеток CD4+; типа Th1), а также обнаружены макрофаги и тучные клетки [3]. Важно, что эти исследования не выявили увеличения числа клеток Лангерганса, естественных клеток-киллеров и эозинофилов. Такой тип воспалительной клеточной инфильтрации характерно указывает на раннее участие врожденного иммунного ответа при ЭТР, что отмечается также и при ППР. Следует отметить, что адаптивный иммунитет также активируется при ЭТР, однако степень его активации меньше, чем при ППР [3].

У пациентов с ППР повышенная экспрессия генов как врожденного, так и адаптивного иммунитета выявлена для кателицидина (hCAP 18), главного анти-

микробного препарата для кератиноцитов человека, который физиологически отвечает за врожденную антибактериальную защитную реакцию [3]. Данные этого генетического профиля, полученные для пораженной ППР кожи, соответствуют результатам других исследований, проводившихся на коже мышей и человека [3, 6]. Эти исследования подтверждают экспрессию аномально высоких эпидермальных уровней кателицидина и сериновой протеазы калликреина-5 (KLK-5) — фермента, преобладающего в процессинге кателицидина у пациентов с ППР по сравнению с соответствующим подобранной группой контроля со здоровой кожей [7, 8]. Кроме того, при ППР повышена экспрессия рецептора «аллармина», а именно толл-подобного рецептора 2 (TLR-2), распознающего молекулярные паттерны, который служит первой линией врожденного иммунитета, причем TLR-2 также повышает экспрессию KLK-5 в эпидермальных кератиноцитах человека [6—8]. Соответствующие данные некоторых исследовательских моделей показывают, что пептидные формы, возникшие в результате происходящих при ППР процессов избыточной экспрессии метаболизма кателицидина и аномальной экспрессии сериновой протеазы (а именно, длинных форм LL-37), способствуют хемоаттракции воспалительных клеток (нейтрофилов, моноцитов, Т-клеток), ангиогенезу и изменению экспрессии компонентов внеклеточного матрикса [6—8].

Недостаточное понимание патомеханизма розацеа препятствовало попыткам создания новых инновационных методов терапии. Недавний прогресс в раскрытии патогенеза болезни возобновил интерес к расширению терапевтических возможностей в лечении розацеа [8]. Современные исследования позволили обосновать эффективность существующих методов терапии (низких доз доксицилина, азелаиновой кислоты и изотретиноина) и определили перспективные направления в создании новых вариантов терапии, которые специфически нацелены на молекулярный патогенез болезни [6, 8]. Разрабатываемые альтернативные терапевтические методы могут эффективно воздействовать на характерную для пациентов с розацеа аномальную активацию системы врожденного иммунитета и сдерживать протеолитическую активность и процессинг кателицидинового пептида [3, 6]. За последние годы арсенал местных лекарственных средств для лечения розацеа значительно расширился и появились местные препараты линии Руборил, являющиеся комплексными препаратами, в числе активных компонентов которых содержится экстракт *Chrysanthellum Indicum* (табл. 1).

Цель исследования: изучение клинико-эпидемиологических особенностей розацеа, а также оценка эффективности и переносимости наружных средств линии Руборил у пациентов с эритематозно-телеангиэктатическим подтипом розацеа.

Таблица 1

Препараты линии Руборил Эксперт для местной терапии эритематозно-телеангиэктатического подтипа розацеа

Препарат	Активные компоненты	Механизм действия
Крем Руборил Эксперт S для сухой чувствительной кожи	2% масло бораго 2% масло сладкого миндаля 1,5% масло ши 0,3% глицирретиновая кислота 0,4% экстракт коры мимозы 0,06% экстракт корицы 4% увлажняющие вещества: глицерин, фосфолипиды 0,8% экстракт семян кипариса 0,8% экстракт корней купены 1% экстракт <i>Chrysanthellum Indicum</i>	Экстракт <i>Chrysanthellum Indicum</i> : антирадикальное действие, противовоспалительное и противоотечное действие, действие на проницаемость стенок и сопротивление капилляров Экстракт коры мимозы: антиэритемное действие (уменьшение/устранение покраснения) Глицирретиновая кислота: противовоспалительное действие Масло бораго: восстанавливающее и противовоспалительное действие, содержит большое количество омега-6 кислот: снижение кожного зуда Масло ши и масло сладкого миндаля: успокаивающее, восстанавливающее и увлажняющее действие Фосфолипиды и глицерин: увлажняющие вещества Экстракт корицы: антибактериальное действие Экстракт семян кипариса и экстракт корней купены: вазоконстрикторное действие
Крем Руборил Эксперт M для нормальной и комбинированной кожи	1% глицирретиновая кислота 0,3% экстракт коры мимозы 0,12% экстракт листьев боярышника 2% натриевая соль углекислого пирролидона 1% экстракт <i>Chrysanthellum Indicum</i>	Экстракт <i>Chrysanthellum Indicum</i> : антирадикальное действие, противовоспалительное и противоотечное действие, действие на проницаемость стенок и сопротивление капилляров Глицирретиновая кислота: противовоспалительное действие Экстракт коры мимозы: антиэритемное действие (уменьшение/устранение покраснения кожи) Экстракт боярышника: активатор кровообращения, увеличивает кровоток Натриевая соль углекислого пирролидона: естественный увлажняющий агент немедленного действия
Крем Руборил Эксперт 50+ для всех типов кожи	Химические фильтры: октокрилен: фильтр УФ-Б этилгексилметоксициннамат: фильтр УФ-Б бутилметоксибензоилметан: фильтр УФ-А Минеральные фильтры: 9% оксид цинка 3% диоксид титана 1% экстракт <i>Chrysanthellum Indicum</i>	Солнцезащитный крем — <i>in vitro test</i> : SPF 50+ Продукт содержит экстракт <i>Chrysanthellum Indicum</i> : антирадикальное действие, снижает воспаление и отеки, влияет на проницаемость стенок сосудов и сопротивление в капиллярах

Материал и методы

Под наблюдением находились 52 пациента (16 мужчин и 36 женщин) в возрасте от 23 до 69 лет с диагнозом розацеа. Данные анамнеза и клиническая характеристика пациентов представлены в табл. 2. Диагноз устанавливался на основании клинической картины заболевания с учетом основных и второстепенных диагностических критериев [4, 11]. Для определения степени тяжести эритематозно-телеангиэктатического подтипа розацеа использовалась шкала тяжести по симптомам: эритема (пребывающая, стойкая: слабая, умеренная, тяжелая), телеангиэктазии (редкие — 1—4, умеренные — 5—10, многочисленные — более 10) [4, 9]. Тяжесть эритемы и телеангиэктазии рассчитывалась суммированием степени выраженности каждого симптома от 0 до 3. Оценка степени эритемы в баллах: 0 — заметная эритема отсутствует; 1 — слабая легкая эритема, либо ограниченная центральной областью лица, либо генерализованная; 2 — умеренно выраженная эритема, либо ограниченная центральной областью лица, либо генерализованная; 3 — тяжелая эритема или

фиолетово-красный цвет, либо ограниченная центральной областью лица, либо генерализованная [9]. Оценка телеангиэктазии в баллах: 0 — отсутствует; 1 — слабая: тонкие сосуды диаметром 0,2 мм, занимающие менее 10% поверхности лица; 2 — умеренная: несколько тонких и/или несколько более крупных сосудов диаметром более 0,2 мм, занимающих от 10 до 30% поверхности лица; 3 — много мелких и/или крупных сосудов, занимающих более 30% поверхности лица [9].

Критерии включения в исследование: возраст старше 18 лет; диагноз: розацеа, эритематозно-телеангиэктатический подтип; пациент не участвует в других исследованиях. Критерии исключения: возраст старше 70 лет; беременность, кормление грудью; наличие других дерматитов, ран, ожогов, повреждений кожи; тяжелые острые или хронические заболевания; артериальная гипертензия, онкологические заболевания; системная или местная терапия розацеа в последние 4 нед.; аллергические реакции в анамнезе; участие в других исследованиях, применение других методов лечения розацеа.

Таблица 2

Анамнестические и клинические данные пациентов с эритематозно-телеангиэктатическим под-
типом розацеа ($n = 52$)

Анамнез и клиническая характеристика	Количество пациентов	
	абс.	%
Пол:		
мужской	16	31
женский	36	69
Возраст:		
20—29 лет	5	10
30—39 лет	8	15
40—49 лет	13	25
50—59 лет	14	27
60—69 лет	12	23
Продолжительность заболевания:		
до 1 года	4	8
1—4 года	16	32
5—9 лет	18	35
более 10 лет	13	25
Семейный анамнез по розацеа:		
родной брат/сестра	6	12
мать/отец	26	50
бабушка/дедушка	3	6
Тип кожи:		
нормальный	7	13
сухой	16	31
жирный	11	21
комбинированный	18	35
Фототип кожи по Фицпатрику		
I	7	13
II	30	58
III	13	25
IV	1	2

На каждого пациента заполнялась разработанная нами стандартная карта обследования (формализованная история болезни), включавшая данные анамнеза, давность заболевания, сопутствующие соматические и кожные заболевания. Продолжительность заболевания до 1 года установлена у 4 (8%) пациентов, от 1 года до 4 лет — у 16 (32%), от 5 до 10 лет — у 18 (35%) и более 10 лет — у 13 (25%). В возрасте до 20—29 лет было 5 (10%) пациентов, 30—39 лет — 8 (15%), 40—49 лет — 13 (25%), 50—59 лет — 14 (27%), 60—69 лет — 12 (23%). Фототипы кожи по Фицпатрику: I — у 7 (13%) пациентов, II — у 30 (58%), III — у 13 (25%), IV — у 1 (2%). Комбинированная кожа — у 18 (35%) пациентов, жирная — у 11 (21%), сухая — у 16 (31%), нормальная — у 7 (13%) пациентов.

Тщательно оценивалась клиническая картина заболевания и проводилась дифференциальная диа-

гностика с периоральным дерматитом, вульгарными угрями, себорейным дерматитом, мелкоузелковым саркоидозом, демодекс-фолликулитом.

Местная терапия пациентов включала назначение препаратов линии Руборил в зависимости от типа кожи, продолжительности заболевания, провоцирующих факторов, локализации высыпаний с учетом терапии сопутствующих заболеваний (см. табл. 1). На кожу лица утром и вечером наносили крем два раза в день в течение 12 нед. Крем Руборил Эксперт S применяли 23 пациента с сухой и чувствительной кожей. Крем Руборил Эксперт M назначен 29 пациентам с нормальной и склонной к жирности кожей. Дополнительно 40 пациентов, у которых установлены метеорологические провоцирующие факторы, применяли местно солнцезащитный крем Руборил Эксперт 50+.

Эффективность местной терапии оценивалась по степени эритемы и телеангиэктазии в баллах до лечения и через 4, 8, 12 нед. терапии. Балльная самооценка пациента терапии препаратом серии Руборил Эксперт проводилась через 12 нед. по следующим критериям: 0 — нет покраснения и телеангиэктазии; 1 — незначительное покраснение и единичные телеангиэктазии; 2 — слабовыраженное покраснение и мало (1—4) телеангиэктазий; 3 — умеренное покраснение и немного (5—10) телеангиэктазий; 4 — выраженное покраснение и много (более 10) телеангиэктазий.

Результаты и обсуждение

Заболевание чаще (69%) выявлялось у женщин. Преобладали (52%) больные возрастной группы 40—59 лет. Провоцирующими факторами розацеа, по данным анамнеза, были следующие: метеорологические (солнце, жара, холод, резкий ветер) — 40 (77%) пациентов, эмоциональные (стресс, волнение) — 35 (67%), алкогольные напитки — 34 (65%), пребывание в условиях повышенной температуры (баня, сауна, горячая ванна) — 34 (65%), горячие напитки (чай, кофе) — 25 (48%), обострения сопутствующих заболеваний — 13 (25%), физические нагрузки — 11 (21%), косметика (в том числе декоративная) — 11 (21%), продукты питания (острая или жирная пища) — 12 (23%), лекарственные средства — 5 (10%), местные гормональные средства (кремы, мази) — 9 (17%). У 69% пациентов имелись жалобы на стягивание кожи, у 34 (67%) — на жжение или покалывание, у 13 (25%) — на кожный зуд, у 2 (4%) — на незначительную болезненность в области высыпаний.

Повышенная реакция расширения сосудов кожи лица в ответ на различные стимулы (воздействие атмосферной жары, прием горячей пищи и напитков, физическая нагрузка, прием внутрь сосудорасширяющих средств, острая пища, употребление алкоголя) характерна для многих пациентов с ППР и ЭТР [3, 4]. Обычно считается, что такая повышенная реактивность сосудов имеет в основном неврогенную природу, и эта концепция подтверждается также новейшими исследованиями [3, 4, 8, 10—13]. Признание связанного с высвобождением нейропептида из окончаний сенсорных нервов неврогенного воспаления в качестве причины локализованной гиперемии, отека, эритемы, рекрутирования нейтрофилов и индуцированного нейтрофилами высвобождения медиаторов тучных клеток, способствующих воспалению и симптоматике (в частности, ощущениям жжения и зуда), привело к необходимости более подробной оценки корреляции между неврогенными механизмами и патогенезом розацеа [3, 10—13].

Оценка нейроваскулярных и нейроиммунных изменений при различных клинических проявлениях розацеа методами иммуногистохимии и количественной по-

лимеразной цепной реакции в реальном времени указывает на значительное присутствие дилатации кровеносных и лимфатических сосудов при ЭТР, ППР и фиматозном розацеа, выявляет повышенную экспрессию генов, участвующих в вазодилатации, и подтверждает наблюдение о том, что сосуды при розацеа сохраняют свою способность реагировать на вазоактивные стимулы [3, 13]. Эти исследования далее демонстрируют тот факт, что нарушение регуляции ассоциированных с невральными структурами медиаторов и рецепторов играет важную роль в патофизиологии розацеа, в том числе на ранней стадии его развития [10—13]. Нейрогенное воспаление, вызванное патофизиологическими последствиями нарушенной нейроваскулярной и нейроиммунной коммуникации, содействует выраженной вазодилатации при ЭТР [10, 13]. Нейроиммунные и нейроваскулярные эффекты фигурируют как главные патофизиологические факторы, которые действуют при ЭТР. Появившийся недавно топический гель бримонидин также воздействует на сосуды, что подтверждает концепцию нейрогенного механизма воспалительной эритемы при розацеа [14, 15].

Приливы в анамнезе отмечены у 16 (31%) пациентов. Преходящая эритема наблюдалась у 3 (6%) пациентов, легкая эритема (ограниченная центральной областью лица) — у 5 (10%), умеренно выраженная эритема (либо ограниченная центральной областью лица, либо генерализованная) — у 29 (56%), тяжелая эритема (у некоторых больных с фиолетово-красным цветом, либо ограниченная центральной областью лица, либо генерализованная) — у 15 (29%) пациентов. Редкие телеангиэктазии (1—4) отмечались у 6 (12%) пациентов, умеренные (5—10) — у 30 (58%), многочисленные (более 10) — у 16 (31%) пациентов. Распределение пациентов по локализации высыпаний: щеки — 51 (98%), лоб — 28 (54%), подбородок — 25 (48%), нос — 27 (52%), переносица — 15 (29%), носогубная складка — 7 (13%), преаурикулярная область — 3 (6%), периорбитальная область — 4 (8%).

Применение крема позволило уменьшить чувство стягивания и жжения кожи, зуд уже на 8—10-й день, а у каждого второго пациента субъективные симптомы проходили к 3-й неделе терапии.

Степень эритемы до лечения составляла 112 баллов. Показатели тяжести эритемы через 4, 8, 12 нед. терапии составили 94 балла (улучшение на 16%), 63 балла (улучшение на 44%) и 41 балл (улучшение на 63%) соответственно (рис. 1). Степень выраженности телеангиэктазий до лечения равнялась 112 баллам. После 4, 8, 12 нед. терапии этот показатель составил 99 баллов (улучшение на 12%), 63 балла (улучшение на 44%) и 42 балла (улучшение на 63%) соответственно (рис. 2).

Наши данные подтверждают результаты мультицентрового рандомизированного плацебо-контролируемого исследования 246 пациентов с розацеа,

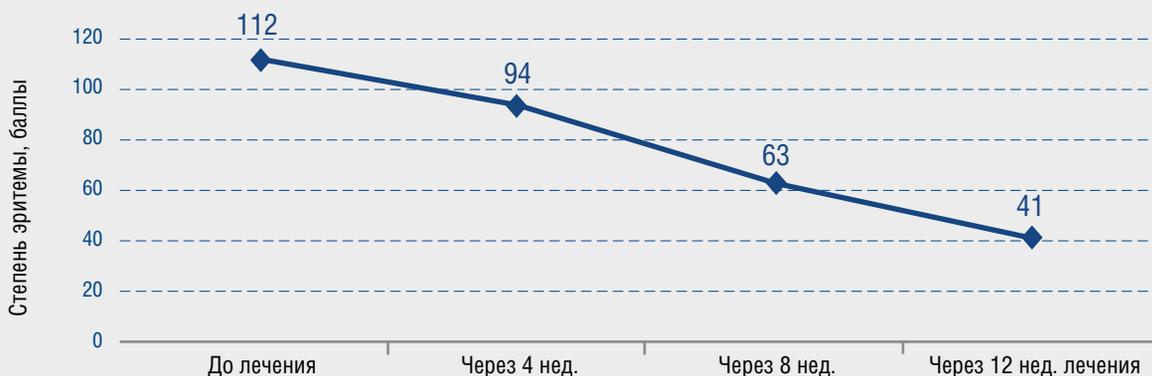


Рис. 1. Оценка степени тяжести эритемы в баллах до лечения и через 4, 8, 12 нед.



Рис. 2. Оценка степени тяжести телеангиэктазии в баллах до лечения и через 4, 8, 12 нед.

в котором отмечена эффективность и хорошая переносимость крема на основе экстракта *Chrysanthellum Indicum* [16]. Крем на основе экстракта *Chrysanthellum Indicum* статистически достоверно уменьшал эритему у пациентов с умеренно выраженной степенью розацеа по сравнению с исходными данными и плацебо [16].

Большинство пациентов хорошо переносили применение препаратов линии Руборил. Нежелательные побочные реакции в виде усиления жжения, чувства стягивания кожи и незначительной эритемы наблюдались у 3 (6%) больных после нанесения крема. Побочная реакция была кратковременной и не требовала отмены препарата. Пациенты оценили проводимую терапию через 12 нед. от начала лечения следующим образом: отсутствие покраснения и телеангиэктазий отметили 13 (25%) больных, незначительное покраснение и единичные телеангиэктазии — 22 (29%), слабовыраженное покраснение и незначительное (1—4) количество телеангиэктазий — 15 (29%), умеренное

покраснение и немного (5—10) телеангиэктазий — 2 (4%) пациента.

Комбинированный сложный состав кремов линии Руборил для наружного применения (экстракт *Chrysanthellum Indicum*, глицирретиновая кислота, экстракт мимозы, экстракт боярышника; масло бораго, масло сладкого миндаля, масло ши; экстракт корицы; экстракт семян кипариса, экстракт купены) обеспечивает противовоспалительное, антиэритематозное, увлажняющее, сосудосуживающее, антибактериальное действие у пациентов с розацеа. Местный крем Руборил, содержащий экстракт *Chrysanthellum Indicum*, охватывает весь спектр лечения эритематозно-телеангиэктатического подтипа розацеа и может применяться для ежедневного ухода за кожей (для сосудистой протекции, против эритемы и телеангиэктазий); для ежедневной защиты от солнца (крем с высокой степенью защиты от солнца), для ежедневного дополнительного ухода за кожей (лечение локализованного

покраснения кожи). Кроме того, крем Руборил Эксперт 50+ может применяться для любого типа кожи — от чувствительного до смешанного. Крем с экстрактом *Chrysanthellum Indicum* оказался эффективным при различных причинах, вызывающих покраснение кожи у пациентов с розацеа.

Таким образом, кремы линии Руборил оказывают противовоспалительное, увлажняющее, регенерирующее, сосудосуживающее действие, что позволяет рекомендовать их в качестве топической терапии пациентов с эритематозно-телеангиэктатическим подтипом розацеа, а также для уменьшения приливной эритемы с явлениями прерозацеа.

Выводы

1. Клинико-эпидемиологическими особенностями пациентов с эритематозно-телеангиэктатическим подтипом розацеа являются умеренно выраженные эритематозные и телеангиэктатические высыпания

преимущественно в области щек, носа, лба, подбородка, а также метеорологические и стрессовые провоцирующие факторы, преобладание лиц женского пола, II фототип кожи, возраст старше 40 лет.

2. Препараты линии Руборил в виде крема, содержащие экстракт ромашки, показали высокую эффективность при лечении пациентов с эритематозно-телеангиэктатическим подтипом розацеа, что позволило получить хорошие ближайшие результаты: выраженность эритемы и телеангиэктазий уменьшилась на 63%.

3. Местные препараты линии Руборил в виде крема могут применяться при различных типах кожи и оказывают противовоспалительное, антиэритематозное, сосудосуживающее, увлажняющее, регенерирующее действие, что позволяет рекомендовать их в качестве топической терапии пациентов с эритематозно-телеангиэктатическим подтипом розацеа, а также для уменьшения приливной эритемы с явлениями прерозацеа. ■

Литература

1. Tan J., Berg M. Rosacea: current state of epidemiology. *J Am Acad Dermatol* 2013; 69 (6 Suppl 1): 27—35.
2. National Rosacea Society. If you have rosacea, you're not alone. <http://www.rosacea.org/patients/index.php>. Accessed 28 Apr 2014.
3. Steinhoff M., Buddenkotte J., Aubert J. et al. Clinical, cellular, and molecular aspects in the pathophysiology of rosacea. *J Invest Dermatol Symp Proc* 2011; 15: 2—11.
4. Wilkin J., Dahl M., Detmar M., Drake L., Feinstein A., Odom R. et al. Standard classification of rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the classification and staging of rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46 (4): 584—7.
5. Elewski B.E., Draelos Z., Dréno B. et al. Rosacea — global diversity and optimized outcome: proposed international consensus from the Rosacea International Expert Group. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; 25 (2): 188—200.
6. Yamasaki K., Gallo R.L. The molecular pathology of rosacea. *J Dermatol Sci* 2009; 55 (2): 77—81.
7. Meyer-Hoffert U., Schröder J.M. Epidermal proteases in the pathogenesis of rosacea. *J Invest Dermatol Symp Proc* 2011; (15): 16—23.
8. Yamasaki K., Gallo R.L. Rosacea as a disease of cathelicidins and skin innate immunity. *J Invest Dermatol Symp Proc* 2011; (15): 12—15.
9. Adaskevich V.P. Diagnosticheskie indeksy v dermatologii. M: Izdatel'stvo Panfilova; 2014.
10. Schar Schmidt T.C., Yost J.M., Truong S.V. et al. Neurogenic rosacea: a distinct clinical subtype requiring a modified approach to treatment. *Arch Dermatol* 2011; 147 (1): 123—126.
11. Schwab V.D., Sulk M., Seeliger S. et al. Neurovascular and Neuroimmune Aspects in the Pathophysiology of Rosacea. *J Invest Dermatol Symp Proc* 2011; 15 (1): 53—62.
12. Chosidow O., Cribier B. Epidemiology of rosacea: updated data. *Ann Dermatol Venereol* 2011; 138 (3): 179—183.
13. Sulk M., Seeliger S., Aubert J. et al. Distribution and expression of non-neuronal transient receptor potential (TRPV) ion channels in rosacea. *J Invest Dermatol* 2012; 132 (4): 1253—1262.
14. Del Rosso J.Q. Advances in understanding and managing rosacea: part 2: the central role, evaluation, and medical management of diffuse and persistent facial erythema of rosacea. *J Clin Aesthet Dermatol* 2012; 5 (3): 26—36.
15. Del Rosso J.Q. Management of facial erythema of rosacea: what is the role of topical alpha-adrenergic receptor agonist therapy? *J Am Acad Dermatol* 2013; 69 (6 Suppl 1): 44—56.
16. Rigopoulos D., Kalogeromitros D., Gregoriou S. et al. Randomized placebo-controlled trial of a flavonoid-rich plant extract-based cream in the treatment of rosacea. *J EADV* 2005; 19 (5): 564—568.

об авторах:

В.П. Адаскевич — д.м.н., профессор, председатель Белорусской общественной организации дерматовенерологов и косметологов, зав. кафедрой дерматовенерологии ВГМУ, Витебск, Беларусь

В.В. Сапрыкова — к.м.н., зав. дерматовенерологическим отделением клинико-диагностического центра Мединцентра ГлавУпДк при МИД России, Москва

М.В. Адаскевич — аспирант ФГБОУ ВПО СПбГУ

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье