

## ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ РОЗАЦЕА

А.Г. ПАШИНЯН

### Treatment of patients with different clinical forms of rosacea

A.G. PASHINYAN

Об авторе:

А.Г. Пашинян — профессор кафедры дерматовенерологии лечебного факультета ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет», г. Москва, д.м.н.

Представлены современные сведения об этиологии, патогенезе, классификациях, клинических проявлениях, лечении розацеа.

Ключевые слова: розацеа, *Demodex folliculorum*, Розамет.

The latest information about etiology, pathogenesis, classifications, clinical manifestations and treatment of rosacea has been provided.

Key words: rosacea, *Demodex folliculorum*, Rosamet.

Розацеа — хроническое рецидивирующее заболевание, проявляющееся у пациентов в возрасте от 30 лет и старше, преимущественно у светложких. По данным литературы, заболеваемость розацеа может достигать 10% [1].

Несмотря на большое количество работ, посвященных изучению розацеа, до сих пор этиология этого заболевания остается неизвестной, а механизмы формирования его не выяснены.

Гипотезы, касающиеся патогенеза розацеа, многочисленны, противоречивы и порой носят взаимоисключающий характер. Большинство авторов ведущую роль в патогенезе розацеа отводят нарушению деятельности желудочно-кишечного тракта, эндокринной и нервной систем, экзогенным факторам, изменению иммунного статуса, первичным патологическим сосудистым реакциям.

Сообщается об ассоциации розацеа с хроническими воспалительными заболеваниями желудка и кишечника. Опубликованы данные о влиянии инфекции *Helicobacter pylori*, имеющей определяющее значение в возникновении язвенной болезни желудка, на развитие розацеа у 67% больных. Появление приливов на коже лица связывают с активацией вазоактивных пептидов под воздействием *H. pylori*, накоплением токсинов, дающих сосудорасширяющий эффект [2—4].

Преимущественная локализация высыпаний при розацеа над неактивной мускулатурой лица, по-видимому, связана с тем, что возникающий

отек в этих участках не дренируется сокращениями мышц (в отличие от век и губ) [5]. В то же время расширенные кровеносные сосуды вмещают большее количество крови, способствуя гиперемии кожи. О роли нарушений функциональной активности головного мозга свидетельствует также нередкое сочетание розацеа и мигрени у женщин старше 45 лет, отмечена роль вегетососудистой дистонии, астено-невротического синдрома, вегетативной неустойчивости.

Под действием повышенного содержания андрогенов усиливается продукция кожного сала, что приводит к гиперплазии сальных желез. Развивающийся фиброз соединительной ткани ухудшает крово- и лимфообращение, возникают пастозность и отечность лица. Появившиеся опухолевидные разрастания локализуются на носу, щеках, создавая обезображивающий эффект — формируется ринофима (от греч *rhis*, *rhinos* — нос и *phyma* — шишка).

У 20—60% больных с розацеа в патологический процесс вовлекаются глаза. Пациенты жалуются на жжение, зуд, болезненность, слезотечение, светобоязнь. У них диагностируют блефарит, халазион, конъюнктивит, ирит, иридоциклит, кератит.

G. Plewig, Th. Jansen и A. Kligman предложили классификацию розацеа с учетом последовательных стадий и атипичных вариантов заболевания.

Клинически выделяют три стадии: эритематозно-телеангиэктатическую (персистирующую умеренную эритему с единичными телеангиэктазиями); папулопустулезную (персистирующую эритему с телеангиэктазиями, папулами, пустулами); пустулезно-узловатую (персистирующую эритему с многочис-

ленными телеангиэктазиями, папулами, пустулами и отечными узлами).

Особыми формами розацеа являются: стероидная; гранулематозная или люпоидная; грамнегативная; конглобатная; фульминантная; розацеа с солидным персистирующим отеком; офтальморозацеа; ринофима и «фимы» других локализаций: гнатофима (на подбородке), метафима (в области лба), отофима (на ушах), блефарофима (на веках) [6].

При выборе тактики лечения больных розацеа необходимо учитывать многофакторность этиологии и патогенеза. Назначение препаратов зависит от клинической формы заболевания, тяжести процесса, длительности течения, наличия сопутствующей соматической патологии, возраста и пола пациента, а также от его психоэмоциональных особенностей.

Перед назначением терапии рекомендуется провести клиничко-лабораторное обследование больного, выяснить причину возникновения данного заболевания.

Лабораторные исследования включают: общий анализ крови, биохимический анализ крови (определение содержания общего билирубина и его фракций, триглицеридов, аланинамино-, аспертаминотрансфераз, холестерина, щелочной фосфатазы, креатинина, глюкозы), выделение и идентификацию микробной флоры кожи с определением чувствительности к антибиотикам; бактериологическое исследование кишечной флоры, соскоб с кожи век и лица для идентификации *Demodex folliculorum*. 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 папулопустулезной стадии послужило основанием для признания его роли в патогенезе этой стадии заболевания [3, 7]. Последующие исследования установили, что *Demodex folliculorum*, как правило, присутствует в коже здоровых людей, особенно в пожилом возрасте. В то же время у больных розацеа он может встречаться в небольших количествах, а иногда даже отсутствовать. Возможно, что клинические проявления розацеа обусловлены не столько плотностью заселения кожи клещом, сколько выраженностью воспалительной реакции в ответ на присутствие паразита. Высказано предположение, что формирование розацеа улучшает условия существования и размножения клеща, что в свою очередь способствует утяжелению клинической картины заболевания и субъективных ощущений пациента [8–10].

Терапия больных розацеа должна быть комплексной с назначением препаратов системного действия, наружных и симптоматических средств, необходима также коррекция сопутствующих заболеваний.

Показано применение лечебных средств различных групп:

1. Лечебные средства, подавляющие микробную колонизацию: антибиотики для системного и наружного применения.

2. Себосупрессивные лечебные средства: ретиноиды, антиандрогены, применяемые только в тяжелых случаях розацеа.

3. Лечебные средства, нормализующие процессы кератинизации, оказывающие комедонолитическое действие. Они являются основными для проведения противорецидивной терапии.

В последние годы отмечаются случаи неудач в лечении розацеа традиционными средствами. Не исключено, что неуспех терапии может быть связан с возникновением устойчивости бактериально-паразитарной флоры, возможной индивидуальной непереносимости. Кроме того, такое лечение отличается длительностью, нередким развитием побочных эффектов. Это определяет необходимость расширения спектра эффективных наружных средств, обладающих противовоспалительными, антибактериальными свойствами, способствующих стабилизации и разрешению процесса.

Поэтому поиск более эффективных способов лечения розацеа чрезвычайно актуален.

Хорошо зарекомендовал себя в качестве эффективного средства наружного лечения розацеа и периорального дерматита препарат Розамет — 1% крем метронидазола.

Метронидазол оказывает как бактериостатическое действие в отношении грамотрицательной анаэробной флоры, так и антипаразитарное действие, положительно влияет на клеточно-опосредованный иммунитет. Установлено, что метронидазол при взаимодействии с ненасыщенными жирными кислотами кожи подавляет функциональную активность нейтрофилов, определяя снижение ими продукции медиаторов воспаления, т. е. оказывает противовоспалительный эффект.

Благодаря легкой основе крем Розамет хорошо проникает в кожу, достаточно долго смягчает и увлажняет ее. После стихания острых воспалительных явлений в очагах поражения препарат наносят на кожу 1–2 раза в день тонким слоем. При блефарите крем Розамет назначают на кожу верхних и нижних век 1 раз на ночь. Уже после 3–4 нед. регулярного применения происходит значительное уменьшение отека, слезотечения, количества экссудата в уголках глаз.

В результате применения крема Розамет отмечается регресс патологических высыпаний. Препарат хорошо переносится пациентами, его можно рекомендовать в качестве препарата выбора для широкого использования в клинической практике.

Включение крема Розамет в комплексную схему терапии розацеа позволяет сократить сроки меди-

каментозного лечения, закрепить положительный эффект терапии, продлить ремиссию.

Профилактика розацеа включает защиту от солнечных лучей, соблюдение диеты, тщательное очищение кожи, исключение воздействия высоких температур. Больные не должны длительное время находиться в помещении с высокой температурой воздуха, им следует избегать активной инсоляции.

### Литература

1. Berg M., Liden S. An epidemiological study of rosacea. *Acta Dermatol (Stockh.)* 1999; 69: 5: 458—463.
2. Rebora A., Drago F., Picciotto A. *Helicobacter pylori* in patients with rosacea. *Am J Gastroenterol* 2004; 89: 1603—1604.
3. Kogan B.G., Stepanenko V.I., Gorgol V.T. et al. Role of Demodex mites and *Helicobacter* infection in etiopathogenesis of rosacea, demodicosis, perioral dermatitis and acne disease. *Eur Acad Dermatol Venerol* 2003; 6: 33—34.
4. Русак Ю.Э., Черняк А.Я., Солоница Л.П. и др. *Helicobacter pylori* у больных розацеа. *Вестн. дерматол. и венерол.* 2002; 1: 34—35.
5. Borrie P. The state of the blood vessels of the face in rosacea. *Br J Dermatol* 1999; 67: 5—8.
6. Акне и розацеа/ Под ред. Н.Н. Потеева. М.: БИНОМ, 2007.
7. Forton F., Seys V. Density of Demodex folliculorum in rosacea: a case-control study using standardized skin-surface biopsy. *Br J Dermatol* 1999; 650—659.
8. Самцов А.В., Стаценко А.В., Плахов В.Н. и др. Розамет в комплексной терапии розацеа. *Дерматология.* 2002; 1: 23—24.
9. Мареева Е. Б., Шкребец С. В., Фирсова Д. Е. Розамет в комплексной терапии розацеа. *Вестн. дерматол. и венерол.* 2006; 3: 34—35.
10. Forton F., Cermaux M.A., Brassier T. et al. Demodicosis and rosacea: epidemiology and significance in daily dermatologic practice. *J Am Acad Dermatol* 2005; 1: 74—87.