

В.І. Степаненко, С.В. Іванов

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

## Крем «Розамет» у лікуванні розацеа, баланопоститу та вульвовагініту

Проаналізовано досвід медичного застосування дериватів нітроїмідазолу, зокрема крему «Розамет», у лікуванні пацієнтів з розацеа та неспецифічними інфекційними запальними процесами у статевих органах. Детально висвітлено фармакологічні властивості 1 % крему «Розамет» як представника нітроїмідазолових похідних. Висока терапевтична ефективність щодо основних факторів виникнення розацеа, неспецифічних баланопоститу та вульвовагініту, низька резистентність збудників свідчать про можливість широкого застосування 1 % крему «Розамет» у комплексному лікуванні відповідних патологічних станів.

### Ключові слова

Розацеа, баланопостит, вульвовагініт, метронідазол, крем «Розамет».

У клінічній практиці дерматовенеролога трапляються випадки захворювань, які одночасно з патологічними змінами спричинюють психоемоційні розлади. Одним з таких поширених захворювань шкіри є рожеві вугрі (розацеа). На сьогодні цей дерматоз — актуальна проблема дерматології. Рівень захворюваності неухильно зростає та, за літературними даними, становить від 5 до 12 % у структурі дерматологічної патології. Розацеа є тяжким у косметологічному аспекті захворюванням, оскільки локалізується переважно на обличчі та змінює зовнішній вигляд пацієнтів, що впливає на працездатність, особисте життя, зумовлює емоційні розлади [1, 14].

На сьогодні запропоновано низку гіпотез етіології і патогенезу розацеа. Водночас це захворювання можна зарахувати до дерматозів, механізм виникнення та розвитку яких лишається неповністю з'ясованим. Це пояснює складність вибору тактики лікування розацеа [8, 12].

Можливими причинами виникнення і розвитку розацеа є екзогенні та ендогенні чинники. Серед екзогенних чинників, які можуть слугувати пусковим механізмом цього дерматозу,значаються роль кліщів *Demodex folliculorum longus et brevis*, хронічний інфекційний процес в організмі, тривала дія на шкіру обличчя несприятливих метеорологічних умов, а також аліментарні фактори. Ще більший перелік становлять можливі ендогенні чинники. До них належить вплив

судинних захворювань, гормональних та імунних порушень в організмі, а також розлади травного тракту і дія вазоактивних пептидів [2, 10].

Існує думка, що кліщі роду *Demodex folliculorum* у сальноволосяних фолікулах шкіри обличчя відіграють допоміжну роль у формуванні розацеа. Потрібно зазначити, що ці кліщі є факультативними сапрофітами, або облігатними паразитами, всіх расових груп людини. Секрет сальних залоз кліщів має ферментативну та антигенну активність і є причиною алергійних реакцій, а також деструктивних та проліферативних змін у шкірі. Патогенними властивостями цих кліщів називають їхню здатність викликати механічне руйнування хеліцерами епітеліальних клітин, що вистилають фолікул, а також ініціювати формування в дермі гранульом і запальних лімфогістіоцитарних інфільтратів [22].

Водночас патогенетичне значення кліщів *Demodex folliculorum* у розвитку розацеа ставиться під сумнів, що зумовлено низкою обставин. По-перше, кліщі-демодециди є облігатними представниками флори шкіри і, як правило, наявні у шкірі здорових людей, особливо похилого віку. Разом з тим *Demodex folliculorum* часто виявляється в незначній кількості, а іноді і не виявляється у хворих на розацеа. У зв'язку з цим висловлюється думка, що клінічна характеристика розацеа залежить не стільки від густини заселення шкіри кліщем, скільки від виразності запальної реакції у відповідь на його присут-

ність. Ступінь виразності цієї реакції є індивідуальним для кожного окремого хворого. По-друге, кліщ або його частини є лише в окремих епітеліоїдних гранульомах. Припускається, що формування розацеа створює сприятливе підґрунтя для життєдіяльності та розмноження кліща, який своєю чергою призводить до погіршення клінічної симптоматики захворювання, підсилюючи, зокрема, інтенсивність суб'єктивних відчуттів (свербежу, парестезій) [9].

Перебуваючи в сально-волосяних фолікулах шкіри обличчя, *Demodex* постійно подразнює нервово-рецепторний апарат шкіри, але в більшості людей не спричинює захворювання завдяки компенсаторним системам здорового організму, що властиво переважно особам молодого віку. Тривалий або постійний вплив на організм людини деяких екзогенних (аліментарних, метеорологічних), а також ендогенних чинників (хвороби шлунка і кишечника, ендокринопатії) призводить до порушення компенсаторних систем організму.

Мікрофлора шкіри також є важливим чинником, який слід враховувати в патогенезі розацеа. На шкірі мікроорганізми зазнають впливу бактерицидних факторів сального секрету і поту. В таких умовах існують переважно *Staphylococcus epidermidis*, мікрококи, аеробні та анаеробні дифтероїди; інші види — *Staphylococcus aureus*,  $\alpha$ -гемолітичні і негемолітичні стрептококи — правильніше розглядати як транзиторно-циркулюючі. Основні зони колонізації — епідерміс, роговий шар шкіри, шкірні залози і верхні відділи волосяних фолікулів. До складу резидентної флори входять мікрококи і коринебактерії, пропіонбактерії та бревібактерії, стафілококи і дріжджоподібні гриби роду *Pityrosporum*. Грамнегативні бактерії (ешерихії, псевдомонади, клебсієли, протей) та стрептококи також в окремих випадках можуть виступати як представники нормоценозу шкіри; їх знаходять у 10–15 % осіб, переважно в інтєртригинозних ділянках [20, 29].

Відомо, що аутохтонна мікрофлора шкіри, її взаємодія з макроорганізмом має важливе значення у реалізації функцій серцево-судинної, кровотворної, ендокринної та інших систем. На думку вітчизняних та зарубіжних авторів, це здійснюється за рахунок продукції мікрофлорою різноманітних ферментів, токсинів, гормонів та гормоноподібних речовин, ліпідів, жирних кислот, медіаторів запалення або шляхом трансформації субстратів екзогенного чи ендогенного походження. Їй належить також властивість обмежувати заселення біотопів патогенними збудниками, відігравати важливу роль у формуванні та

перебігу неспецифічних захисних реакцій організму, формуванні імунної відповіді [34, 36].

Отже, розацеа — це поліетіологічне захворювання, патологічний процес при якому переважно локалізується в центральній частині обличчя, але можлива і екстрафаціальна локалізація (шия, груди). Клінічно це еритема (спочатку перехідна, а пізніше персистентна), телеангієктазії, папули, пустули, вузли, гіперплазія сальних залоз і сполучної тканини. За загальноприйнятою клініко-морфологічною класифікацією, запропонованою О.І. Рижковою ще 1976 року, в перебігу розацеа виділяють чотири стадії захворювання — еритематозну (*rosacea erythematos*), папульозну (*rosacea papulosa*), пустульозну (*rosacea pustulosa*) та інфільтративно-продуктивну (*rhinophyma*). Розрізняють також кістозну (*rosacea cystosa*) форму розацеа — своєрідний варіант пустульозної форми та стероїдну розацеа.

Під час розроблення раціональних підходів до комплексної індивідуальної терапії розацеа дуже важливим є визначення головного пускового механізму цього дерматозу і взаємопов'язаних з ним додаткових ланок патогенетичного ланцюга розвитку захворювання у кожного конкретного хворого.

На сучасному етапі одним з найпопулярніших препаратів, що використовується для лікування розацеа, лишається метронідазол, який є похідним нітроїмідазолу. Препарат багато років використовують для лікування розацеа емпірично — без патогенетичного обґрунтування. Водночас гіпотези про механізм дії метронідазолу нерідко суперечать одна одній [3, 6].

Нітроїмідазоли характеризуються вибірково-вим бактерицидним і антипротозойним ефектами. Метронідазол — {1-(3-оксиетил)-2-метил-5-нітроїмідазол} — синтетичний протиінфекційний препарат, дериват групи нітроїмідазолу. В основі механізму дії метронідазолу є біохімічне відновлення 5-нітрогрупи (перетворення на гідроксиламін) препарату внутрішньоклітинними транспортними протеїнами анаеробних мікроорганізмів та найпростіших. Активні відновлені форми метронідазолу взаємодіють з ДНК клітини паразитів, сповільнюють тканинне дихання, порушують реплікацію ДНК і синтез білка в мікробних клітинах, що призводить до їхньої загибелі.

Унікальною особливістю терапії анаеробних інфекцій є те, що вибір антибактеріальних препаратів практично завжди емпіричний, оскільки в більшості мікробіологічних лабораторій не виділяють анаеробних бактерій, які становлять основну частку нормальної мікрофлори шкіри та слизових оболонок [27]. Метронідазол діє

Таблиця 1. Динаміка клінічних виявів розацеа у процесі комплексної терапії (18)

Симптоми	Ступінь виразності, бали											
	До початку лікування				Через 2 тиж				Через 4 тиж			
	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0
Еритема	18	11	0	0	4	13	12	0	0	5	10	14
Набряк	4	16	9	1	0	7	16	6	0	1	8	17
Папули	21	8	0	0	6	20	3	0	0	6	12	11
Пустули	10	11	4	5	4	10	8	8	0	5	6	18
Свербіж	10	8	10	1	0	6	9	14	0	0	5	24
Печіння	1	9	12	7	0	1	9	19	0	0	2	27

бактеріостатично на широкий спектр шкірної мікробної флори, зокрема і анаеробної, а також антипаразитарно — на *Demodex folliculorum spp.* Існує точка зору, що метронідазол, впливаючи на вегетативну нервову систему, стимулює її адренергічну ланку, завдяки чому зменшуються застійні явища, еритема і навіть телеангіектазії. Встановлено, що метронідазол у синергізмі з ненасиченими жирними кислотами шкіри (зокрема олеїноюю і пальмітиноюю) пригнічує функціональну активність нейтрофілів, знижує їх продукцію медіаторів запалення, тобто має протизапальний ефект [24].

Сучасний лікарський і косметичний ринок зовнішніх засобів вражає кількістю відомих та не дуже відомих за складниками препаратів, а іноді й незрозумілих за призначенням та вмістом форм, що в разі застосування на чутливу та ніжну шкіру може викликати загострення чи ускладнити перебіг хронічних дерматозів, зокрема і розацеа. На цьому тлі накопичено певний позитивний досвід застосування крему «Розамет» виробництва фірми «Jadran» — Galenski Laboratorij d.d. (Республіка Хорватія).

Для лікувального ефекту місцеві засоби повинні досягнути «точки прикладення», де проявлять найбільшу дію. Мазь містить лікарські речовини, рівномірно змішані з жирною основою. Мазева основа, що складається з 70–100 % тваринних або рослинних жирів, має бути хімічно нейтральною (щоб не викликати подразнення шкіри), м'якою, еластичною, не змінюватися під впливом температури тіла. Креми становлять собою емульсії з вмістом 30–70 % жиру, в яких у емульгованому стані частинки води перебувають у маслі (тип «вода в маслі») або навпаки — частинки масла утримуються у водному середовищі (тип «масло у воді») [33]. Крем «Розамет» має добре збалансований 1 % вміст метронідазолу в емульсійній гідрофільній основі, не має

запаху і не утворює «жирної» плівки на шкірі, яка створює дискомфорт пацієнтам та залишає плями на одязі, добре всмоктується. Емульгована суміш поглинає і випаровує воду, а тому діє на шкіру протизапально, охолоджує її, добре живить, відновлює трофічні властивості, не порушує шкірну перспірацію, помірно підсушує. Пацієнти нерідко віддають перевагу саме крему, оскільки він нежирний і майже непомітний після нанесення. В деяких країнах до 80 % топічних лікарських форм припадає на креми [15, 31].

Вивчення клінічної ефективності крему «Розамет» при розацеа продовжує привертати увагу дослідників. К.Б. Мареева повідомила про вивчення ефективності препарату «Розамет» у формі 1 % крему у складі комплексної терапії різних форм розацеа [18]. Під спостереженням перебували 30 хворих (18 жінок та 12 чоловіків) віком від 27 до 57 років з тривалістю захворювання від 2 місяців до 35 років. У 18 пацієнтів діагностовано різні стадії дерматозу (у 5 — еритемопапульозну, у 13 — папульозно-пустульозну, у 1 — ринофіму), у 12 хворих — стероїдну розацеа. Хронічно-рецидивний перебіг захворювання мали 13 хворих, хронічний — 9, підгострий — 1, гострий — 7. Перед початком лікування у 27 пацієнтів виявлено *Demodex folliculorum*.

1 % крем «Розамет» наносили на уражені ділянки 2 рази на добу протягом 4 тиж. Клінічну картину та суб'єктивні відчуття оцінювали до початку лікування, через 2 і 4 тиж за трибальною системою (табл. 1).

Ефективність лікування оцінювали як лікарі, так і хворі. Лікарі зареєстрували покращення у 74 % пацієнтів, значне покращення — у 26 %, що практично не відрізнялося від оцінок хворих: покращення — у 76 %, значне покращення — у 24 %. Під час дослідження жоден з пацієнтів не повідомив про будь-які побічні явища терапії.

Таблиця 2. Результати лікування хворих на розацеа з місцевим застосуванням 1 % крему «Розамет» (25)

Клінічна форма	Кількість хворих	Клінічне одужання	Значне покращення	Незначне покращення
Еритематозна	9	7	2	—
Папульозна	21	15	4	2
Пустульозна	16	10	5	1
Разом	46	32 (69 %)	11 (23,9 %)	3 (6,5 %)

А.М. Лалаєва та співавт. повідомляють, що протягом останніх 10 років проліковано з приводу розацеа 980 пацієнтів (698 жінок та 282 чоловіки) віком від 20 до 78 років з тривалістю захворювання від 2 місяців до 40 років [16]. У 181 (18,4 %) обстеженого діагностовано еритематозну стадію розацеа, у 362 (36,8 %) — папульозну, у 420 (43,7 %) — пустульозну, у 17 (1,1 %) — ринофіму. У 756 (77 %) пацієнтів ураження обличчя поєднувалося з ураженням повік за типом блефариту та блефарокон'юнктивіту. Застосування 1 % крему «Розамет» було достатньо ефективним у всіх пацієнтів. Протягом 1–2 міс значно зменшувалася еритема, сплоскувалися папульозні елементи, повністю зникали пустули. У частини пацієнтів крем «Розамет» застосовували для лікування блефариту та наносили на шкіру верхніх і нижніх повік 1 раз перед сном. Автори зауважують, що труднощі в лікуванні розацеа створюють не папуло-пустульозні елементи, а еритема і телеангіектазії, які регресують дуже повільно від 4 до 6 міс.

Під спостереженням Ю.К. Скрипкіна та співавт. перебували 46 хворих на розацеа (5 чоловіків та 41 жінка) віком 36–64 років [25]. Тривалість захворювання становила від 4 міс до 3 років. У 9 (19,5 %) обстежених зареєстровано еритематозну стадію, у 21 (45 %) — папульозну, у 16 (34,7 %) — пустульозну (серед яких 7 пацієнтів мали стероїдну розацеа). У 35 хворих лабораторно виявлено *Demodex folliculorum*. Автори запропонували такі критерії терапії:

- усунення запальних явищ;
- ліквідація вторинної мікрофлори;
- усунення свербіжів і печіння;
- ефективність проведеної терапії;
- досягнення стійкої ремісії;
- покращення якості життя.

Крем «Розамет» наносили зовнішньо тонким шаром 2 рази на добу протягом 1–1,5 міс. Контрольні обстеження проводили кожних 2 тиж. Терапевтичний ефект оцінювали на підставі динаміки зникнення клінічних симптомів (табл. 2).

Переносність препарату «Розамет» була задовільною. У 21 (45 %) хворих зареєстровано

слабкий свербіж, незначне печіння, підсилення еритеми. Через 5–10 днів нанесення препарату ці явища минули. На 14-й день терапії настало значне покращення: припинився свербіж, значно зменшилася гіперемія, зникла більшість папул і пустул. Погіршення або відсутності позитивної терапевтичної динаміки не зареєстровано.

У дослідженнях Ю.С. Бутова та О.М. Волкової [5] у 6 (14,3 %) пацієнтів з розацеа досягнуто клінічного одужання, у 20 (47,6 %) — значного покращення, у 9 (21,4 %) — покращення. Позитивної клінічної динаміки не досягнуто в 7 (16,7 %) хворих. Перевагами крему «Розамет», на думку авторів, є пом'якшувальний ефект, на відміну від гелевих форм метронідазолу, після застосування яких спостерігалася сухість і зтягненість шкіри майже у 40 % пацієнтів.

Клінічну ефективність крему «Розамет» також вивчали О.В. Самцов та співавт. [24], І.Б. Давидова та співавт. [11]. Ці автори вказують на виражений протизапальний ефект крему «Розамет» та його позитивний вплив на капілярні ангіодисплазії шкіри лица.

Запальні захворювання статевих органів, зокрема баланопостит та вульвовагініт, є однією з найчастіших причин звернення пацієнтів щодо медичної допомоги в дерматовенерологічні заклади.

Клінічні форми цих захворювань доволі різноманітні, і всі вони супроводжуються психосоматичними порушеннями. Тривалий рецидивний перебіг баланопоститу і вульвовагініту погіршує якість життя пацієнтів, впливаючи на соціальну і сексуальну складові, а без адекватної раціональної терапії призводять до розвитку ускладнень, що супроводжуються порушеннями репродуктивної функції.

Баланопостит — поширене самостійне захворювання шкіри статевого члена (буває практично в кожного чоловіка протягом життя), що характеризується ураженням голівки і внутрішнього листка крайньої плоти. Перебіг баланопоститу різноманітний і може виявлятися комбінаціями таких трьох груп симптомів:

- біль, свербіж, печіння, неприємний запах у ділянці голівки статевого члена;

- гіперемія, набряк голівки і крайньої плоті, сухість, подразнення, тріщини, виразки;
- виділення з голівки статевого члена.

Низка чинників сприяють хронізації баланопоститу, зокрема:

- а) формування голівкою і крайньою плоттю препуціального мішечка, що створює сприятливі умови для скупчення речовин, які хімічно подразнюють шкіру, і розмноження мікроорганізмів;
- б) виділення сальних залоз, уретральні виділення, злущений епітелій, краплі сечі з кристалами солей створюють смегму, яка збирається у препуціальному мішечку, порушує захисну функцію шкіри і є живленням для мікробів [13].

S. Abdennader та спіавт. (1995) під час обстеження 100 чоловіків, хворих на інфекційний баланопостит, у 33 % виявили *Candida albicans*, у 28 % — різні групи мікроорганізмів ( $\beta$ -гемолітичний стрептокок, *St. aureus*, *Klebsiella*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Gardnerella vaginalis*, *S. milleri*), а у 8 % — мікроорганізми родини *Enterobacteria* та стрептококи групи В.

Потрібно зазначити, що патологічні зміни шкіри у цій анатомічній ділянці зустрічаються частіше, ніж на інших ділянках загального покриву людини. Вірогідно, це пов'язано як з особливостями будови шкіри голівки статевого члена (тонкий шар епідермісу, витончення чи повна відсутність підшкірної жирової клітковини), а також з його функціональною активністю (контакт з піхвою змазкою певних рН і мікрофлори) [30, 32].

Вульвовагініти (патологія вульви і піхви практично не буває ізольованою) посідають одне з провідних місць у структурі гінекологічної патології. Достатньо чітко визначено їх етіологічну діагностику. Анамнестичні дані дають змогу запідозрити той чи інший чинник, що провокує виникнення вульвовагініту: застосування різних гігієнічних засобів, медикаментів, урологічні порушення, фізичні впливи (зокрема і температурні), інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), соматичні (цукровий діабет), супутні шкірні хвороби. Найчастішими причинами вульвовагініту є кандидамікотична інфекція, бактеріальний вагіноз, трихомоноз [19, 23].

Кандидозні вульвовагініти становлять від 30 до 40 % інфекційних уражень вульви і піхви, причому їх кількість продовжує невпинно зростати. Провідна роль у їх виникненні належить *Candida albicans*, що як сапрофіти можуть бути в піхві здорових жінок і за певних умов стають патогенними. Тривале та безконтрольне застосування антибіотиків, кортикостероїдів, гормональних контрацептивів, а також променева те-

рапія та імунодефіцитні стани змінюють нормальний мікробіоценоз піхви, руйнують бар'єрні захисні механізми.

Гриби роду *Candida* мають високу тропність до тканин піхви і вульви, викликаючи гостру запальну реакцію у вигляді гіперемії, свербіжу, печіння, виділень молочного кольору чи сироподібного характеру. Як правило, процес охоплює і анальну ділянку (зумовлює мацерацію та болісні відчуття при дефекації), внутрішню поверхню стегон. Нерідко приєднуються дизуричні розлади.

Трихомонадна інфекція у жінок — багатогоничне захворювання, причому жоден з її клінічних ознак не є патогномонічним. При гострому трихомонозі спостерігається виражений запальний процес з рясними виділеннями, що подразнюють шкіру, і сильний свербіж зовнішніх статевих органів. Хворих непокоять печіння і болючість під час сечовипускання. Про виділення зі статевих шляхів повідомляють 50–75 % жінок, про неприємний запах — до 10 % пацієнток, про дизурію — до 35 %.

Серед вульвовагінальних інфекцій нижнього відділу статевих органів від 1/3 до 1/2 всіх випадків припадає на бактеріальний вагіноз. Ця хвороба є полімікробним вагінальним синдромом, що характеризується рясними виділеннями зі статевих шляхів з неприємним («аміновим») запахом за відсутності в них таких патогенних збудників, як *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Candida albicans* і ознак запальних змін піхви. Бактеріальний вагіноз можна розглядати як загальний інфекційний незапальний синдром, пов'язаний з дисбіозом піхвового біотопа, що характеризується надмірно високою концентрацією облігатно- і факультативно-анаеробних умовно-патогенних мікроорганізмів та різким зниженням вмісту чи відсутністю молочно-кислих бактерій у виділеннях з піхви.

Таким чином, характерною особливістю перебігу баланопоститів у чоловіків і вульвовагінітів у жінок є різноманітність симптомів та варіантів клінічного перебігу, що визначає необхідність вибору раціонального підходу до терапії. Як правило, до комплексу лікарських препаратів включають засоби для зовнішнього застосування. Це визначає необхідність пошуку ефективних зовнішніх препаратів, що мають протизапальні, антибактеріальні властивості, які сприяють негативації процесу.

До таких препаратів належить 1 % крем «Розамет», діючою речовиною якого є метронідазол, що, як відомо, виявляє як бактеріостатичну дію щодо грамнегативної анаеробної флори, так і

антипаразитарну та трихомонацидну. У зв'язку з цим було проведено огляд сучасних літературних повідомлень стосовно ефективності 1 % крему «Розамет» у комплексному лікуванні баланопоститів у чоловіків та вульвовагінітів у жінок.

Згідно з даними О.М. Волкової та співавт. [7], було обстежено 46 чоловіків і 42 жінки віком від 21 до 48 років з тривалістю захворювання від 2 тиж до 12 міс. У групі чоловіків, хворих на баланопостит, під час обстеження виявлено: полімікробну асоціацію (зокрема і *Gardnerella vag.*) — у 20 (43,5 %); *Trichomonas vag.* — у 15 (32,6 %); в 11 (23,9 %) баланопостит мав неспецифічну природу. Більшості хворим було призначено комплексну терапію, а 6 пацієнтам з першим епізодом баланопоститу неспецифічної природи призначено «Розамет» як монотерапію. Зовнішнє лікування включало застосування 1 % крему «Розамет» 2 рази на добу протягом 10–14 днів. Крем наносили тонким шаром на поверхню вогнищ, дещо втираючи. Динаміка негативації патологічного процесу характеризувалася зникненням нальоту і специфічного запаху (на 3–4-й день терапії), зменшення кількості виділень, гіперемії і набряку (на 4–6-й день), епітелізацією ерозивних дефектів (на 8–10-й день). Повний регрес симптомів наставав у період з 7-го до 12-го дня. Після завершення комплексної терапії баланопоститів із застосуванням крему «Розамет» повне клінічне вилікування зареєстровано у 30 (65,2 %) пацієнтів, значне покращення — у 8 (17,4 %), покращення — у 6 (13,0 %), без ефекту — у 2 (4,4 %).

У 16 (38,1 %) обстежених жінок, хворих на вульвовагініт, діагностовано *Gardnerella vag.*, у 14 (33,3 %) — *Trichomonas vag.*, у 12 (28,6 %) — поєднання цих двох збудників. Скарги хворих і клінічна картина процесу були типовими. На тлі традиційної терапії (відповідно до виділеного інфекта) пацієнтки отримували зовнішньо крем «Розамет» протягом 10–14 днів, який наносили на ділянки малих статевих губ, присінок піхви, на поверхню вогнищ ураження. Регрес клінічних симптомів характеризувався зменшенням кількості виділень, зникненням запаху (2–4-й день), розрішенням еритеми, епітелізацією ерозивних дефектів (протягом 7–14 днів). Клінічне вилікування зареєстровано у 39 (92,9 %) пацієнтів, у 2 (4,8 %) — покращення. В одному випадку після лікування розвинувся уrogenітальний кандидоз, що було розцінено як відсутність ефекту. Всі пацієнти зауважували добру переносність препарату, і лише 2 хворих вказали на незначне печіння і незначне посилення еритеми на початку лікування. Ці явища минули самостійно через 2–3 доби.

Ю.К. Скрипкін та співавт. [26] повідомляють про результати лікування 157 пацієнтів (120 чоловіків та 37 жінок) віком від 18 до 65 років. Хворих було розподілено на три клінічні групи залежно від призначеної терапії. Першу групу становили 27 пацієнтів (17,2 %), які вперше звернулися до шкірно-венерологічного диспансеру, де було встановлено діагноз баланопоститу чи вульвовагініту. Всі пацієнти отримували тільки зовнішню терапію у вигляді 1 % крему «Розамет». Друга група включала 54 пацієнти (34,4 %), які повторно звернулися до шкірно-венерологічного диспансеру зі скаргами на рецидив захворювання. Лабораторно виявлено збудників трихомонозу та гарднерельозу. Всім пацієнтам цієї групи призначено «Розамет» у поєднанні із системною протимікробною терапією. До третьої групи увійшли 76 (48,4 %) хворих на баланопостит та вульвовагініт, які в анамнезі мали венеричні хвороби. Цим хворим призначено «Розамет» у поєднанні з антибіотиками, протизапальну терапію та імуномодулятори.

У першій групі ефективність лікування становила 72 %, у другій — 83 %, у третій — 91 %.

Висока клінічна ефективність застосування 1 % крему «Розамет» для лікування баланопоститів та вульвовагінітів підтверджується також у дослідженнях О.Н. Позднякової та співавт. [21], А.А. Боровського та співавт. [4], К.Б. Марєєвої та співавт. [17].

Таким чином, аналіз сучасних літературних повідомлень щодо терапії хворих на розацеа, неспецифічні баланопостит і вульвовагініт свідчить про високу клінічну ефективність 1 % крему «Розамет» у відповідних категорій пацієнтів.

## Висновки

Проаналізовано результати досліджень, наведених у сучасних літературних повідомленнях, щодо застосування 1 % крему «Розамет» для комплексного лікування різних форм розацеа, неспецифічних баланопоститів та вульвовагінітів. Доведено високу ефективність цього препарату, що дає підстави рекомендувати його для широкого застосування в практиці дерматовенеролога та косметолога.

Ефективність 1 % крему «Розамет» пов'язана з тим, що до його складу входить метронідазол у збалансованій гідрофільній основі, який впливає на анаеробні бактерії та найпростіші, пригнічуючи синтез нуклеїнових кислот, а також чинить антипаразитарну дію.

Крем «Розамет» має протизапальні властивості, добре всмоктується, не має запаху, а також характеризується високою комплаєнтністю, зволожувальним і пом'якшувальним ефектами та позитивно впливає на капілярні ангіодисплазії шкіри.

**Список літератури**

1. Адашкевич В.П. Акне и розацеа.— СПб: Ольга, 2000.— С. 98—124.
2. Айзятулов Р.Ф., Мазурин К.К., Юхименко В.В. Триггеры розацеа // Дерматология. Венерология. Косметология. Сексопатология.— 2000.— № 2 (3).— С. 150—157.
3. Ахтямов С.Н. Подходы к терапии акне в практике дерматокосметолога // Вестн. последипломн. образ.— 2003.— № 3—4.— С. 71—73.
4. Боровский А.А., Казеко Н.И., Некрасов А.Л. Розамет в лечении хронического рецидивирующего баланопостита // Вестн. дерматол. и венерол.— 2007.— № 2.— С. 43—45.
5. Бутов Ю.С., Волкова Е.Н. Оптимизация терапии розацеаподобных заболеваний кожи лица // Новости медицины и фармации. Дерматология и косметология (тематический номер).— 2009.— № 276.— С. 5—8.
6. Вислобоков А.В. Опыт лечения розацеа и периорального дерматита // Рос. журн. кожн. и венер. болезней.— 2003.— № 1.— С. 75—76.
7. Волкова Е.Н., Калинина А.А., Сорокина Е.А., Юсупов И.Е. Крем Розамет в комплексной терапии баланопоститов и вульвовагинитов различной этиологии // Вестн. дерматол. и венерол.— 2007.— № 6.— С. 60—63.
8. Вольбин С.В. До питання епідеміології, етіології, патогенезу акне // Практична медицина: наук.-практ. журн.— 2004.— Т. 10, № 3.— С. 125—130.
9. Горголь В.Т., Степаненко В.И., Коган Б.Г. Токсическое влияние некоторых видов клещей на организм человека // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2002.— № 2.— С. 42—49.
10. Городиловский Н.Е. Особливості гуморальної регуляції метаболічного гомеостазу у хворих на розацеа з супутньою патологією шлунка: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— К., 1999.— 19 с.
11. Давыдова И.Б., Чхатвал Н.А., Королева М.А. Опыт применения метронидазола в комплексном лечении сосудистой патологии кожи // Клиническая дерматол. и венерол.— 2010.— № 6.— С. 62—64.
12. Джигриль В.А. Розацеа (розовые угри) // Дермато-венерол., косметол., сексопатол.— 2002.— № 1—2.— С. 118—122.
13. Забиров К.И., Деревянко И.И., Марчук Н.В. Современные аспекты проблемы баланопостита // Consilium medicum.— 2004.— Vol. 6, № 3.— С. 215—218.
14. Коган Б.Г., Степаненко В.И. Розацеа, демодикоз, дерматит периоральный — обоснование стандартных подходов к диагностике и рациональной терапии // Дерматол., косметол., сексопатол.— 2003.— № 1—4.— С. 57—70.
15. Кочергин Н.Г., Петрунин Д.Д. Современный взгляд на проблему выбора лекарственной формы средств наружной терапии. Обзор литературы // Клини. дерматол. и венерол.— 2012.— № 1.— С. 33—46.
16. Лалаева А.М., Данилов С.И., Пирятинская В.А., Грибанова Т.В. Розамет крем — высокоэффективное средство лечения розацеа // Вестн. дерматол. и венерол.— 2005.— № 5.— С. 40—42.
17. Мареева Е.Б., Фадеев А.А. Опыт применения 1 % крема Розамет в терапии баланопоститов // Вестн. дерматол. и венерол.— 2006.— № 6.— С. 38—39.
18. Мареева Е.Б., Шкребец С.В., Фирсова Д.Е. Розамет в комплексной терапии розацеа // Вестн. дерматол. и венерол.— 2006.— № 3.— С. 46—48.
19. Межевитинова Е.А., Михайлова О.К. Трихомонадная инфекция: клиническое течение, диагностика и лечение // Рус. мед. журн.— 1998.— № 5.— С. 288—295.
20. Нобл У.К. Микробиология кожи человека.— М.: Медицина, 1986.— 493 с.
21. Позднякова О.Н., Витухин С.В., Чепурин А.Н. и др. Клиническая эффективность 1 % крема Розамет в комплексной терапии вагинитов и баланопоститов // Вестн. дерматол. и венерол.— 2007.— № 4.— С. 63—66.
22. Потеев Н.Н. Розацеа (этиология, клиника, терапия).— М.—СПб: ЗАО «Издательство Бином», — «Невский Диалект», 2000.— 144 с.
23. Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы.— М., 2000.— 427 с.
24. Самцов А.В., Стаценко А.В., Плахов В.Н. и др. Розамет в комплексной терапии розацеа // Дерматология.— 2002.— № 1.— С. 23—24.
25. Скрипкин Ю.К., Хамаганова И.В., Иконникова Н.А. Эффективность 1 % крема Розамет в комплексной терапии розацеа // Вестн. последипл. мед. образования: научн.-практ. и инф. журнал.— 2005.— № 1.— С. 4—6.
26. Скрипкин Ю.К., Хамаганова И.В., Пивень Н.П., Розакова Р.Ю. и др. Опыт применения 1 % крема «Розамет» в терапии неспецифического баланопостита и вульвовагинита // Вестн. дерматол. и венерол.— 2007.— № 1.— С. 55—56.
27. Страчунський Л.С., Козлов Р.С., Галкін Д.В. та ін. Сучасні можливості терапії анаеробних інфекцій // Клини. антибиотикотерап.— 2006.— № 3.— С. 16—18.
28. Хамаганова И.В., Пивень Н.П., Ковганко И.А. Опыт применения крема «Розамет» с аппликатором // Вестн. дерматол. и венерол.— 2009.— № 5.— С. 133—135.
29. Brown E., Wenzel K., Aendley J. Exploration of the microbial anatomy of normal human skin by using plasmid profiles of coagulase-negative staphylococci: search for the reservoir of resident skin flora // J. Infect. Dis.— 1989.— Vol. 160, N 4.— P. 644—650.
30. Buechner S.A. Common skin disorders of the penis // BJU Inter.— 2002.— Vol. 5, N 90.— P. 498—506.
31. Cosmetic Dermatology. Products and procedures / Ed. by Z.D. Draelos.— Chichester: Blackwell Publishing Ltd.— 2010.— 532 p.
32. Edwards S. Balanitis and balanoposthitis // Genitour. Med., UK.— 1996.— N 72.— P. 153—159.
33. Gunstone F.D. Fatty acids and lipid chemistry.— London: Blackie Academic and Professional, 1996.— 252 p.
34. Ko H., Ohshima Y., Beuth J. Granulocyte activation by a cell surface complex of Staphylococcus Saprophyticus: a receptor-mediated phenomenon // Zbl. Bakt.— 1987.— Vol. 271.— P. 104—113.
35. Lamp K.C., Freeman C.D., Klutman N.E. et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of the nitroimidazole antimicrobials // Clin. Pharmacokinet.— 1999.— Vol. 36.— P. 353—373.
36. Leeming J., Holland K., Cunliffe W. The microbial ecology of pilosebaceous units isolated from human skin // J. Gen. Microbiol.— 1984.— Vol. 130, N 4.— P. 803—807.

В.И. Степаненко, С.В. Иванов

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев*

## Крем «Розамет» в лечении розацеа, баланопостита и вульвовагинита

Проанализирован опыт медицинского применения дериватов нитроимидазола, в частности крема «Розамет», в лечении пациентов с розацеа и неспецифическими инфекционными воспалительными процессами половых органов. Подробно освещены фармакологические особенности 1 % крема «Розамет» как представителя нитроимидазоловых производных. Высокая терапевтическая эффективность в отношении основных факторов возникновения розацеа, неспецифических баланопостита и вульвовагинита, низкая резистентность возбудителей указывают на возможность широкого применения 1 % крема «Розамет» в комплексном лечении соответствующих патологических состояний.

**Ключевые слова:** розацеа, баланопостит, вульвовагинит, метронидазол, крем «Розамет».

V.I. Stepanenko, S.V. Ivanov

*O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv*

## «Rosamet» cream in the treatment of rosacea, balanopostitis and vulvovaginitis

The experience of medical use of nitroimidazole derivatives, particularly, «Rosamet» cream in the treatment of patients with rosacea and nonspecific infectious inflammation of the genitals was analyzed. The pharmacological properties of 1 % «Rosamet» cream as a representative of nitroimidazole derivatives are illustrated in detail. High therapeutic efficacy against the major factors of rosacea, nonspecific vulvovaginitis and balanoposthitis, low resistance of pathogens allow the possibility of wide use of 1 % «Rosamet» cream in complex treatment of relevant pathological states.

**Key words:** rosacea, balanopostitis, vulvovaginitis, metronidazol, «Rosamet» cream. □

---

### Дані про авторів:

**Степаненко Віктор Іванович**, д. мед. н., проф., зав. кафедри дерматології та венерології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

01023, м. Київ, вул. Шовковична, 39/1

**Іванов Сергій Володимирович**, к. мед. н., доцент кафедри дерматології та венерології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця