

ЛЕЧЕНИЕ РОЗАЦЕА

Е.Н. Михнёва

*Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л.Шупика*

Резюме. В работе приведены данные относительно обоснования назначения при лечении розацеа комбинированных медицинских средств наружного назначения.

Ключевые слова: розацеа, лечение, клинические особенности, наружная терапия.

ВВЕДЕНИЕ

Розацеа – хроническое, рецидивирующее заболевание, полиэтиологической природы, характеризующееся стадийным течением, в возрасте от 30 лет и старше. Заболеваемость розацеа в популяции достигает 10% и по разным данным составляет 3-5% всех дерматозов. Розацеа чаще встречается у женщин, но у мужчин дерматоз протекает тяжелее. Основной её пик приходится на возрастную промежуток между 40 и 60 годами [1,9,10,11].

Ведущую роль в патогенезе розацеа играют сосудистые нарушения, нарушения желудочно-кишечного тракта, эндокринной и нервной системе, экзогенные факторы, изменения иммунного статуса. Розацеа рассматривают, как ангионевроз с преимущественным поражением сосудов лица. Замедление кровотока и венозный застой в области оттока *Venae facialis sive angularis*, характерные для розацеа, объясняют типичные для заболевания поражение центральной части лица. В свою очередь, локализация высыпаний над неактивной мускулатурой лица приводит к формированию отёка ткани, который не дренируется сокращением мышц. Длительно существующий отёк в сочетании с венозным застоем и тканевой гипоксией обуславливает гиперплазию соединительной ткани и сальных желёз в этих топографических регионах, что приводит к формированию фиматозных изменений [4,5].

Появлению розацеа способствует генетически обусловленное расположение терми-

нальных сосудов, при I и II фототипе кожи (по Фицпатрику) и повышенная сосудистая реактивность [8].

Психоэмоциональные факторы способствуют снижению выработки эндорфинов и нарушению работы каликреин-кининовой системы, регулирующей тонус сосудов. Особое внимание уделяется эндогенным провоцирующим факторам, которые способствуют рефлекторному расширению кровеносных сосудов кожи лица – употребление горячих напитков, кофе, алкоголя, острой и пряной пищи. На тонус сосудов влияют и экзогенные факторы: тепловые процедуры, инсоляция, холодный ветер. В последнее время была установлена роль фактора роста сосудистого эндотелия (VEGF). Под воздействием провоспалительных цитокинов кератиноциты синтезируют VEGF, усиливается проницаемость и вазодилатации, что приводит к развитию стойкой эритемы, чувству жжения, покалыванию и зуду [7].

Розацеа часто ассоциируется с язвенной болезнью желудка, при которой выявляется *Helicobacter pylori*, он обнаруживается у 67% больных розацеа. Появление приливов на коже лица связывают с активацией вазоактивных пептидов под воздействием *H. Pylori*, накоплением токсинов, оказывающих сосудорасширяющий эффект [12,13].

В литературе описаны случаи появления розацеа у женщин перед менструацией, во время беременности и климакса, что свидетельствует о наличии функциональных нарушений в системе гипофиз-гонады-надпочечники [1].

У больных розацеа в секрете сальных желез повышено содержание порфиринов, что приводит при инсоляции к фотодинамическому поражению структуры кожи и на ранней стадии дерматоза возможно развитие актинического эластоза. Это объясняет связь обострения розацеа с УФО и диктует необходимость обязательной фотозащиты кожи (SPF не ниже 15).

Часто розацеа сопутствует демодекс. Возбудителем демодекса является клещ *Demodex folliculorum*. Клещ оказывает раздражающее действие на эпителий фолликулов, проникает в дерму и вызывает воспаление кожи, которое способствует ухудшению клинической картины заболевания, усиливая субъективные ощущения. Ранее клещ считался сапрофитом сальных желез, но учитывая его способность вызывать воспалительную реакцию, *D. folliculorum* рассматривают в качестве облигатного паразита [2].

С патофизиологической точки зрения выделяют 4 стадии заболевания:

- прерозацеа;
- сосудистое розацеа;
- воспалительное розацеа;
- позднее розацеа.

Прерозацеа соответствует временным реакциям покраснения кожи (преходящей эритеме и гиперемии); сосудистое розацеа характеризуется стойкой эритемой и телеангиэктазиями; воспалительное розацеа сопровождается папулами и пустулами; позднее розацеа соответствует ринофиме [5].

Типичная локализация высыпаний при розацеа на коже лица, преимущественно на коже щек, носа, лба и подбородка, иногда в зоне декольте.

Клинически в течении розацеа выделяют 3 стадии:

1. эритематозно-телеангиэктатическая;
2. папуло-пустулёзную;
3. пустулёзно-узловатую

Особые формы розацеа:

- стероидная;
- гранулематозная или люпоидная;
- грамтрицательная;
- конглобатная;

- фульминантная;
- болезнь Морбигана (розацеа с солидным персистирующим отеком);
- офтальморозацеа;
- ринофима

Для стадии I характерна преходящая, а затем стойкая эритема в центральной части лица с наличием телеангиэктазий. Заболевание начинается с возникновения, так называемой эритемы стыда в ответ на провоцирующие факторы (алкогольные напитки, горячую пищу, солнечное излучение, стрессовые ситуации, тепловые процедуры, физические нагрузки). На фоне стойкой застойной эритемы появляется умеренная инфильтрация и капиллярные телеангиэктазии. Возникают субъективные ощущения в виде покалывания, зуда, жжения. Транзиторная эритема с течением времени прогрессирует, становится постоянной, приобретает синюшно-застойный оттенок и распространяется на лицо и шею.

Стадия II отличается наличием папул и пустул на фоне стойкой эритемы в центральной части лица. Чаще они локализуются в области кожи щек, лба, подбородка, иногда над верхней губой. На фоне эритемы возникают изолированные или сгруппированные воспалительные розово-красные папулы диаметром 3-5 мм, плотноэластической консистенции, не склонные к слиянию. При дальнейшем прогрессировании заболевания появляются папулопустулы, пустулы, склонные к группировке в области носа, носогубных складок, подбородка. На их поверхности отмечается незначительное шелушение, гнойно-геморрагические корочки. Субъективно больных беспокоят жжение, зуд, при остром течении заболевания возникает выраженная отёчность. Высыпания могут располагаться и на передней поверхности шеи, груди.

Стадия III характеризуется стойкой эритемой, множественными телеангиэктазиями, папулами, пустулами и отёчными узлами. Крупные папулёзные элементы на этой стадии за счёт слияния образуют бляшки. Развивающийся фиброз соединительной ткани ухудшает крово- и лимфообращения, возни-

кает пастозность и отёчность лица. Появившиеся опухолевидные разрастания локализуются на носу, щеках, создавая обезображивающий вид. Формируется ринофима. У 20-60% больных с розацеа в патологический процесс вовлекаются глаза [1,5,9].

Постановка диагноза розацеа основывается на данных анамнеза, клиники и морфологических данных. Различают следующие диагностические признаки розацеа:

Основные:

- преходящая эритема,
- стойкая эритема,
- папулы, пустулы,
- телеангиэктазии.

Второстепенные:

- жжение или болезненность кожи,
- бляшки,
- сухость кожи,
- отёк,
- офтальморозацея,
- экстрафациальная розацеа,
- фиматозные изменения.

Для постановки диагноза необходимо наличие, как минимум одного основного и одного второстепенного признака.

Выбор тактики лечения зависит от клинической формы заболевания, тяжести, длительности течения, переносимости препаратов, наличие сопутствующей соматической патологии, возраста, пола, психоэмоциональных особенностей пациента. В комплексной терапии необходимо откорректировать режим питания: ограничить потребление животных жиров, копченостей, алкоголя, острой, горячей пищи. Больные не должны длительное время находиться в помещении с высокой температурой воздуха, следует избегать инсоляции. Перед лечением рекомендуется провести клинико-лабораторное обследование больного, выяснить причину возникновения данного заболевания, факторы риска.

Лабораторные исследования должны включать – общий и биохимические анализы крови, выделение и идентификация микробной флоры кожи с определением чувствительности к антибиотикам, соскоб с кожи век

и лица для идентификации *D. Folliculorum*. Показано применение лечебных средств следующих групп:

- лечебные средства, подавляющие микробную колонизацию – антибиотики системного и наружного применения;

- себосупрессивные лечебные средства – ретиноиды, антиандрогены, применяемые только в тяжёлых случаях розацеа;

- лечебные средства, нормализующие процессы кератинизации (оказывают комедонолитическое действие), являются основными для проведения противорецидивного лечения.

Лечение следует проводить совместно с гастроэнтерологом, окулистом, гинекологом. Учитывая роль клеща *D. Folliculorum*, после снятия островоспалительных явлений следует перейти к лечению антипаразитарными средствами, постепенно повышая их концентрацию [3].

Цель исследования – оценить эффективность комплексного лечения розацеа у больных в эритематозно-телеангиэктатической стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 12 больных женщин с диагнозом розацеа, в возрасте от 28 до 38 лет, с длительностью заболевания от 1 года до 4 лет. Всем больным был выставлен диагноз: розацеа в эритематозно-телеангиэктатической стадии. Для этой стадии характерна преходящая, а затем стойкая эритема в центральной части лица с наличием телеангиэктазий.. 8 больных предъявляли жалобы на чувство зуда, жжения в местах высыпаний. Очаги поражения локализовались в типичных участках кожи лица: щеки – 12 больных; шёки и подбородок – 6 больных. Больным был сделан соскоб с кожи век и лица для идентификации *D. Folliculorum*. Клещ *D. Folliculorum* не обнаружен у всех больных. Сопутствующую патологию желудочно-кишечного (гастрит, гастродуоденит) тракта имели 5 больных и у 3 больных отмечалась патология эндокринной системы.

Для оценки тяжести поражения и эффективности терапии заболевания мы использовали метод, предложенный Адаскевич В.П. (2004 г.), который основан на типичных признаках заболевания. Высыпания и признаки при розацеа подсчитываются и оцениваются по 4-бальной шкале. При оценке эритемы от 0 до 3 баллов учитываются следующие её характеристики: 0 – ощутимой эритемы нет; 1- слабая (лёгкая) проявляется ограниченным поражением в центре, либо генерализованная по всему лицу; 2 - умеренно выраженная эритема с ограниченным поражением в центре, либо генерализованная по всему лицу; 3 – выраженная эритема фиолетово-красного цвета с ограниченным поражением в центре, либо генерализованная по всему лицу. При оценке телеангиэктазий выделяют следующие её особенности: 0 – отсутствие; 1- слабая, присутствие тонких сосудов менее 0,2 мм в диаметре, занимающих менее 10% лица; 2 – умеренная, несколько тонких сосудов и/или несколько более крупных диаметром >0,2 мм, занимающих менее 10% лица; 3 – выраженная, когда несколько тонких сосудов и/или крупных сосудов, занимают более 30% лица.

Со всеми больным была проведена беседа о необходимости соблюдения щадящего режима и диеты во время лечения.

Всем больным был рекомендован очищающий лосьон «Мицеллярный лосьон» дерматологической лаборатории «Авен» (концерн Пьер Фабр, Франция) и орошение термальной водой «Авен», а также наносить на кожу лица 1 раз вечером крем для ярко выраженных покраснений «Антиружер форт» «Авен», использовать локально на участки покраснения. Больным назначили 1 раз в неделю успокаивающую восстанавливающую маску для лица «Антиружер калм». Лечебной косметикой рекомендовали пользоваться на протяжении 3 месяцев.

Действующей основой всех средств лекарственной косметики является термальная вода «Авен». Вода «Авен» относится к водам кальций/магний бикарбонатного типа (сухой остаток составляет 207 мг/л), рН=7,4, температура 25,6°C. Целебные свойства воды

«Авен» обусловлены ее уникальным минеральным составом: 1) отсутствие преобладания какого-либо элемента; 2) сбалансированность катионной (Ca^{2+}/Mg^{2+}) и анионной (Cl^-/SO_4^{2-}) составляющих; 4) соотношение Ca^{2+}/Mg^{2+} - приближается к 0,5 (наибольшее по сравнению с другими водами этого типа); 5) вода богата кремнием и силикатами (SiO_2 – 14мг/л); 6) не содержит поверхностно активных веществ за счет низкой концентрации сульфидов (0,5 мг/л) и тиосульфатов (0,005 мг/л), полностью лишена сероводорода; 7) содержит широкий спектр таких незаменимых микроэлементов, как железо, марганец, стронций, цинк (20 мкг/л), хром, кобальт, медь, никель, литий, алюминий, фтор, бром, йод, фосфор, селен (5мкг/л). Вода «Авен» благодаря низкой минерализации не кристаллизуется и, как следствие, не оказывает травматического действия на кожу, а высокая степень бактериологической чистоты позволяет использовать её без риска вторичного инфицирования кожных покровов. Благодаря уникальным физико-химическим характеристикам вода «Авен» оказывает лечебное действие на кожу [6].

Очищающий лосьон «Мицеллярный лосьон» дерматологической лаборатории «Авен» с использованием минимума ингредиентов, не содержит консервантов, парабенов, отдушек, красителей, жировых компонентов, способных вызвать раздражение. Обогащённый большим количеством термальной воды «Авен» (96%) содержит очень нежное очищающее вещество растительного происхождения (0,25%), которое не травмирует гидролипидный барьер и дицилглюкозид, также в состав входят альфа-бисаболол, гиалуронат натрия, мягкие тензиоактивные вещества. Лосьон использовали одновременно со спреем термальной воды «Авен». Благодаря своей лёгкой текстуре лосьон бережно очищает кожу лица.

Крем «Антиружер форт» «Авен» состоит из комплекса активных веществ. Основным компонентом является экстракт рускуса (0,3%), который суживает сосуды, уменьшает покраснение, появление новых сосудов. Вторым компонентом является комбинация суль-

фат декстрана (0,3%) и гесперидина метил халькон (0,2%), которые обладают противовоспалительными свойствами и улучшают микроциркуляцию, и наконец, термальная вода «Авен», которая обладает противовоспалительными свойствами. Крем «Антиружер форт» «Авен» имеет нежную и ненасыщенную текстуру, не имеет в своем составе отдушек.

Маска «Антируже калм» «Авен» состоит из термальной воды «Авен» (54%); экстракта руксуса (0,1%), обладающие вазопротекторными свойствами; сульфат декстрана (1,0%) с противоотёчным действием.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Эффективность лечения оценивали через 1, 2 и 3 месяца. В первый месяц ле-

чения больные отмечали снижение выраженности воспалительных явлений в виде уменьшения и побледнения эритемы, купировался зуд и жжение у 6 больных, которые в начале лечения предъявляли эти жалобы. Через 1 месяц после начала лечения у всех больных наблюдалось клиническое улучшение. На 2 месяце с момента лечения у 3 больных отмечалось клиническое выздоровление. У этих больных произошёл регресс эритемы, чувства зуда и жжения, что расценивалось нами как клиническое выздоровление. На 3 месяце лечения у 8 больных наблюдалось клиническое выздоровление и у 4 больных клиническое улучшение. На протяжении всего лечения у всех больных отмечалось уменьшение выраженности телеангиэктазий.

Таблица 1

Динамика симптомов розацеа на фоне терапии

Элементы сыпи	До лечения	1месяц лечения	2 месяц лечения	3 месяц лечения
Эритема	1,7	1,25	0,75	0,4
Телеангиэктазии	1,85	1,42	1,2	0,9

На протяжении 3 месяцев все больные (100%) отмечали лёгкую текстуру лечебной косметики, которая вызывала чувство комфорта без ощущения стянутости кожи лица. Побочные эффекты во время использования лечебной косметики «Авен» у больных не наблюдались.

ВЫВОДЫ

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о достаточной клинической эффективности и хорошей переносимости комплексного лечения розацеа средствами лечебной косметики «Авене».

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич В.П. Акне вульгарные и розовые. – М.: Медицинская книга, 2003. – 160 с.
2. Васильева М.С. Популяция клещей-железниц при пероральном дерматите и розацеа / Васильева М.С., Ланге А.Б. – М: Медицина, 2006. – 135 с.
3. Давыдова И.Б. Опыт применения 1% крема метронидазола (розамет) при заболеваниях кожи лица / Давыдова И.Б., Демидова Л.М. // Клиническая дерматология и венерология. – 2006. – № 1. – С. 48-51.
4. Калюжна Л.Д. Основні аспекти етіопатогенезу, клініки і лікування розацеа: Методичні рекомендації / Калюжна Л.Д., Возіанова С.В., Черкесова О.Г. и др. – Київ, 2005. – 42 с.
5. Мавров І.І. Основи діагностики й лікування в дерматології та венерології: Посібник для лікарів, інтернів і студентів / І.І.Мавров, Л.А.Болотна, І.М.Сербіна. – Х.: Факт, 2007. – 792.: іл. – Текст: рос.

6. Монахов С.А. Термальные источники и их использование в дерматологии и косметологии // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2004. – №1. – С. 42-44.
7. Молочков А.В. Метронидазол в наружном лечении розацеа / Молочков А.В., Овсянников Г.В. // Клиническая дерматология и венерология. – 2010. – №2. – С. 82-84.
8. Потекаев Н.Н. О причинах сосудистых изменений и методах профилактики этого заболевания / Потекаев Н.Н., Демидов Л.М.// Клиническая дерматология венерология. – 2004. – №4. – С.82-84.
9. Потекаев Н.Н. Акне и розацеа. – М: Бином, 2007. – 216 с.
10. Уилкинсон Дж.Д. Дерматология. Атлас-справочник: пер. с англ./ Дж.Д.Уилкинсон, С.Шоу, Д.И.Ортон. – М.: Мед. Лит., 2007. – 208 с.,ил.
11. Хэбиф Т.П. Кожные болезни: Диагностика и лечение / Томас П.Хэбиф ; Пер. с англ.; Под общ. ред. акад. РАМН, проф. А.А.Кубановой. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 672 с.: ил.
12. Parish L.C. Acne rosacea and Helicobacter pilori betrothed / Parish L.C., Witkowski J.A. // Int J Dermatol. – 1995. – No.4, Supp.34. – P. 237-238.
13. Rebola A. Helicobacter pilori in patient with rosacea / Rebola A., Drago F., Picciotto A. // Am J Gastroenterologi. – 1994. – №89. – P.1603-1604.

ЛІКУВАННЯ РОЗАЦЕА

Є.М. Міхньова

Резюме. У роботі наведені данні щодо обґрунтованого призначення при лікуванні розацеа комбінованих медичних засобів місцевого застосування.

Ключові слова: розацеа, лікування, клінічні особливості, місцева терапія.

TREATMENT OF ROSACEA

E.N. Mikhnova

Resume. Data on the using of substantiated administration combination of medications of local use in treatment of rosacea.

Key words: rosacea, treatment, clinical features, local therapy.