**УДК:616.53-002.282-085**

**НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ РОЗАЦЕА**

*Литвин Е.С*

**Ключевые слова:** розацеа, терапия, *Demodex folliculorum*

Розацеа — полиэтиологическое хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся стадийным течением. К факторам возникновения розацеа относят обнаружение на коже клеща *Demodex folliculorum*, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта, эндокринной и нервной систем, изменение иммунного статуса, первичные патологические сосудистые реакции.Долгое время *Demodex folliсulorum* считался основной причиной возникновения розацеа, пока в результате многочисленных исследований не появились новые данные о патогенезе заболевания. Тем не менее существует предположение о косвенном влиянии *Demodex folliculorum* на формирование розацеа. Однако возможность клинического выздоровления у больных розацеа при назначении терапии, не включающей акарицидные средства, свидетельствует о непричастности демодекса к возникновению розацеа. Вместе с тем благоприятная почва для жизнедеятельности и размножения клеща способствует ухудшению клинической картины заболевания, усиливая, в частности, различные субъективные ощущения.

Экзогенными причинами возникновения розацеа являются алиментарные (алкоголь, горячие напитки, пряные, копченые продукты), метеорологические факторы (солнечное излучение, высокая или низкая температура воздуха), наличие очагов хронической инфекции. Однако роль инсоляции в развитии розацеа до настоящего времени остается недостаточно изученной, так как в литературе описаны случаи наступления клинической ремиссии заболевания после длительного пребывания пациента под солнцем. [2,3,5]

Определенный интерес в формировании розацеа представляет *Helicobacter pylori*, имеющий значение в возникновении язвенной болезни желудка и развитии розацеа у 67% больных. Появление приливов на коже лица связывают с активацией вазоактивных пептидов под воздействием *Helicobacter рylori*, накоплением токсинов, обладающих сосудорасширяющим эффектом.

Начальные признаки заболевания характеризуются преходящей эритемой, преимущественно центральной зоны лица. Возникают субъективные ощущения в виде покалывания, зуда, жжения. В дальнейшем на фоне стойкой застойной эритемы появляются умеренная инфильтрация и капиллярные телеангиэктазии. Возникает зуд, появление которого нередко связывают с увеличением численности популяции клеща *Demodex folliculorum*. Транзиторная эритема с течением времени прогрессирует, становится постоянной, приобретает синюшно-застойный оттенок и распространяется на лицо и шею.

При переходе в папулезную стадию на фоне эритемы возникают изолированные или сгруппированные воспалительные розово-красные папулы диаметром до 3–5 мм, плотноэластической консистенции, не склонные к слиянию. Локализуются на щеках, лбу, подбородке, иногда над верхней губой.

При дальнейшем прогрессировании заболевания появляются папуло-пустулы, пустулы до 1–5 мм в диаметре. Элементы склонны к группировке в области носа, носогубных складок, подбородка. Высыпания могут переходить на переднюю поверхность шеи, груди.

Под действием повышенного содержания андрогенов развивается гиперпродукция кожного сала, завершаясь гиперплазией сальных желез. Формирующийся фиброз соединительной ткани ухудшает крово- и лимфообращение, появляется пастозность и отечность лица. Опухолевидные разрастания локализуются на носу, щеках, создавая обезображивающий эффект; формируется ринофима. [1,2]

Выбор тактики лечения зависит от клинической формы заболевания, тяжести, длительности течения, переносимости препаратов, наличия сопутствующей соматической патологии, возраста, пола, психоэмоциональных особенностей пациента.

В комплексной терапии большое внимание уделяют режиму питания. Больным рекомендуют ограничить потребление животных жиров, копченостей, экстрактивных веществ, алкоголя, острой, горячей пищи. Больные не должны длительное время находиться в помещении с высокой температурой воздуха, следует избегать инсоляции.

Показано применение лечебных средств следующих групп:

* Лечебные средства, подавляющие микробную колонизацию:   
  — антибиотики для системного и наружного применения;   
  — себосупрессивные лечебные средства: ретиноиды; антиандрогены применяются только в тяжелых случаях розацеа.
* Лечебные средства, нормализующие процессы кератинизации (оказывают комедонолитическое действие). Они являются основными для проведения противорецидивного лечения. [5,4]

Терапия должна быть комплексной, проводить ее следует совместно с гастро­энтерологом, окулистом, гинекологом.

На начальной, эритематозной, стадии рекомендуется местное применение сосудосуживающих лечебных средств. Тактика лечения, направленная исключительно на купирование воспалительного процесса, недостаточна. Не менее важно предупреждение формирования новых элементов, так как в результате персистирующего воспаления на коже формируются стойкие косметические дефекты — телеангиэктазии, а также «фимы».

Пациентам с проблемной кожей, склонной к повышенному салоотделению, раздражению, для ежедневного очищения кожи лица рекомендуются специальные гели, лосьоны, обладающие кераторегулирующим, себорегулирующим и противовоспалительным действием.

Гель «Клинанс» очищает кожу, не нарушая ее гидролипидную пленку, смывается водой.

Препараты серии «Клерасил Ультра», такие как очищающий лосьон, гель для умывания, обладают противовоспалительным, антибактериальным, себоцидным действием. Гель для глубокого очищения отшелушивает омертвевшие клетки кожи, открывает поры, смягчает кожу.

Для ежедневного очищения и ухода за кожей используются средства серии «Сетафил» — гель и лосьон, наносимые 2–3 раза в сутки или по мере необходимости. Лосьон можно смывать водой или оставлять на коже.

Для уменьшения воспаления и снижения риска патологического рубцевания используют спрей с термальной водой Авен. На раздраженную кожу лица и контуры глаз рекомендуют наносить очищающий лосьон «Авен» для сверхчувствительной кожи. Пенящийся гель «Керакнил» для ежедневной гигиены кожи с тенденцией к развитию акне оказывает кераторегулирующее, бактерицидное, себорегулирующее, увлажняющее действие, не содержит мыла. Применяется утром и вечером.

На первой эритематозной стадии назначают холодные примочки с 1–2% раствором резорцина, некрепким чаем, 2% раствором борной кислоты, которые уменьшают субъективные ощущения зуда и жжения.

При наличии эритрокупероза, особенно с выраженными субъективными признаками, такими как зуд, ощущение дискомфорта и жжения, стянутости кожи, назначается «Дирозеаль» — лечебный крем от локальных покраснений с двойным (профилактическим и лечебным) действием. Он содержит комплекс взаимодополняющих активных веществ, которые активизируют клеточный обмен, утолщают поверхностные слои кожи и делают сетку кровеносных сосудов менее заметной; обладают противоотечным, улучшающим микроциркуляцию крови действием. Крем содержит пигменты зеленого цвета и оказывает маскирующее действие.

При пустулезной стадии применяют антибиотики группы тетрациклинов, макролиды.

Эритромициновую мазь (10000 ЕД/г) наносят 2 раза в сутки. Продолжительность применения не должна превышать 5 нед в связи с риском развития резистентности микрофлоры.

Комплекс «эритромицин — цинка ацетат дигидрат» оказывает противовоспалительное, антибактериальное, комедонолитическое действие. Выпускается в виде порошка в комплексе с растворителем и аппликатором для приготовления раствора для наружного применения. Наносят тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в сутки; утром (до нанесения макияжа) и вечером (после умывания) в течение 10–12 нед. После высыхания раствор становится невидимым.

Азелаиновую кислоту в виде 15% геля, 20% крема наносят равномерно тонким слоем 2 раза в сутки на предварительно очищенные пораженные участки кожи. Выраженное улучшение наблюдается через 4 нед. Местные побочные реакции в виде жжения, покалывания, покраснения проходят самостоятельно в течение 15 мин. В случае сильно выраженного раздражения кожи в первые недели лечения препарат рекомендовано применять 1 раз в сутки.[1]

В комплекс лечебных препаратов входят витамины B6, C, P и др., десенсибилизирующие средства (тиосульфат натрия, антигистаминные препараты). Назначают также препараты группы ретиноидов, такие как третиноин (Ретин — А) в виде крема или лосьона, которые равномерно наносят на вымытую и высушенную поверхность пораженного участка кожи 1–2 раза в сутки. Курс лечения — 4–6 нед. Могут развиться побочные эффекты в виде сухости, гиперемии, отечности, гипер- или гипопигментации, фотосенсибилизации.

Адапален является метаболитом ретиноида. Оказывает противовоспалительное действие, обладает комедонолитической активностью, нормализует процессы кератинизации и дифференциации эпидермиса. 0,1% крем или гель равномерно, не втирая, наносят на пораженные участки сухой, чистой кожи 1 раз в сутки перед сном. Терапевтический эффект развивается после 4–8 нед, стойкое улучшение — через 3 мес применения. Побочные эффекты заключаются в гиперемии и шелушении кожи. Не рекомендуется использовать во время беременности и в период кормления грудью. Следует избегать попадания в глаза и на губы, не подвергаться инсоляции; не рекомендуется применять косметические препараты с подсушивающим или раздражающим эффектом (в том числе духи, этанолсодержащие средства). Терапию начинают с геля, а при чувст­вительной и сухой коже назначают крем, содержащий увлажняющие компоненты.[1,2,5]

Ретиноевая мазь 0,05% и 0,1% обладает дерматопротекторным, противосеборейным, противовоспалительным, иммуномодулирующим свойствами. Тормозит гиперпролиферацию эпителия выводных протоков сальных желез, снижает образование кожного сала, облегчает его эвакуацию, уменьшает воспалительную реакцию вокруг желез и усиливает процессы регенерации в коже. Однако мазь не следует назначать больным, получающим другие препараты из группы ретиноидов. Действие мази ослабляется при одновременном назначении антибиотиков тетрациклиновой группы, а также мест­ном применении глюкокортикостероидов.

Учитывая роль *Demodex folliculorum* в развитии заболевания, после исчезновения островоспалительных явлений следует перейти к лечению антипаразитарными (серно-дегтярными) пастами и мазями, постепенно повышая в них концентрацию серы и дегтя от 5 до 15%, мазью «Ям». Эту мазь следует накладывать в первый день на 15 мин, а затем удалять растительным маслом и смазывать кожу колд-кремом, который устраняет ощущение стянутости и дискомфорта, уменьшает раздражение, вызванное сухостью, восстанавливает гидролипидный баланс. В случае отсутствия ощущения жжения на следующий день увеличивают длительность аппликации на 5 мин и доводят до 1,5 ч. Затем постепенно сокращают это время ежедневно на 5 мин, до полной отмены мази.

С целью противодемодекозного воздействия также назначают 5–10% суспензию бензила бензоата или проводят курс лечения по методу Демьяновича (последовательная обработка кожи 60% раствором тиосульфата натрия, а через 15 мин — 6% раствором соляной кислоты).

Назначают производные нитроимидазола, которые усиливают защитные и регенераторные функции слизистой оболочки желудка и кишечника. Препараты обладают бактериостатическим действием в отношении облигатных анаэробных бактерий, антипаразитарным действием в отношении *Demodex folliculorum*. Однако метронидазол может иммобилизовать трепонемы, что приводит к ложноположительному TPI-тесту (тесту Нельсона). На фоне терапии препаратом возможно получение ложных результатов при определении активности трансаминаз печени, уровней лактатдегидрогеназы, триглицеридов и глюкозы в плазме крови. Одновременно назначают 1% крем или 1% гель, содержащие метронидазол (Метрогил). Наносят на кожу тонким слоем 2 раза в сутки (утром и вечером) в течение 3–6 нед. Следует избегать попадания геля на слизистые оболочки, в том числе глаз (в состав входит спирт). С осторожностью назначают лицам с гиперчувствительностью к солнечному свету и склонностью к фотоаллергическим и фото­токсическим реакциям (во время лечения исключено солнечное облучение). Противопоказано применение в I триместре беременности. На период лечения следует прекратить кормление грудью. [2,3]

«Розамет» — крем, содержащий 10 мг метронидазола, хорошо зарекомендовал себя как эффективное средство для местного лечения розацеа и периорального дерматита. Благодаря легкой кремовой основе хорошо проникает в кожу, достаточно долго смягчает и увлажняет ее. Препарат наносят 1–2 раза в день тонким слоем после стихания острых воспалительных явлений в очагах поражения. При блефарите «Розамет» наносят 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.

Возможно также назначение комбинированной терапии, включающей изотретиноин и антиандрогенные лечебные средства (спиронолактон или ципротерон).

Разумное комбинированное назначение препаратов для наружного и системного применения позволяет добиться хорошего клинического эффекта, улучшить качество жизни у большинства больных различными формами угревой болезни.

**Список литературы:**

1. Л.А Болотная «Практическая дерматология» Учебное пособие для самостоятельной работы., 2015
2. Потекаев Н.Н., Горячкина М.В., Белоусова Т.А. Акне (угревая болезнь): современный взгляд на проблему // Consilium medicum. — Прил.: Дерматология. — 2008. — № 1. — С. 12–16.
3. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Самсонов В.А., Чистякова И.А. Синтетические ретиноиды новый этап в лечении тяжелых // Вестн. дерматол. и венерол. - 1994. - № 2. — С.3-6.
4. «Les Nouvelles Esthetiques» - М., русское издание, ЗАО Космопресс, №2, 2002, №4, 2005, №5, 2007, №3, 2008, №3, 2009.
5. Е. Аравийская, д.м.н., СПбГМУ им. И. П. Павлова, «Симптомокомплекс постакне: особенности клиники, диагностики, общие принципы коррекции», журнал KOSMETIK international 2004 г. № 6.
6. Кочергин Н. Г., Петрунин Д. Д. Современный взгляд на проблему выбора лекарственной формы средств наружной терапии // Клиническая дерматология и венерология. 2011. № 6. С. 84–92.
7. Белоусова Т. А., Лукашова Н. Н. Дифференцированный подход к выбору наружных глюкокортикостероидов в терапии дерматозов // Клиническая дерматология и венерология. 2006. № 3. С. 74–78.

**НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ РОЗАЦЕА**

*Літвін О.С*

Ключові слова: розацеа, терапия, *Demodex folliculorum*

В статті представленні основні методи сучасної косметології для лікування акне та постакне. Розглянуто показанія для їх застосування та впливу на різні ланки патогенезу акне.

**NEW POSSIBILITIES IN THE TREATMENT OF ROSACEA**

*Litvin O.S*

Key words: rosacea, treatment, *Demodex folliculorum*

The article presents basic methods modern cosmetology treatment acne and post-acne. Concidered the indications for their use and impact on the various links in the pathogenesis of acne.