

Особенности клинических проявлений, течения и лечение розацеа с учетом психоэмоционального состояния больных с использованием транквилизаторов

Василенко А. В.

Запорожский государственный медицинский университет

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ, ПЕРЕБІГУ І ЛІКУВАННЯ РОЗАЦЕА З УРАХУВАННЯМ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ХВОРИХ З ВИКОРИСТАННЯМ ТРАНКВІЛІЗАТОРІВ

Василенко А. В.

Представлено сучасні аспекти патогенезу, системної терапії і профілактики розацеа. Запропоновано нову методику комплексної терапії розацеа, яка включає застосування на тлі стандартної терапії додатково анксиолітику «Мєбікар», який регулює стан вегетативної нервової системи і дає загальний антипсихотичний ефект. При оцінці стану хворих, що приймають додатково «Мєбікар», відзначалася ліквідація тривоги, що можна пояснити зміною суб'єктивного пацієнтів до свого захворювання. Це значно підвищує ефективність лікування розацеа і скорочує терміни лікування захворювання, зменшує число рецидивів.

FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS, CLINICAL COURSE AND TREATMENT OF ROSACEA TAKING INTO ACCOUNT THE PSYCHOEMOTIONAL STATUS OF PATIENTS WITH USE OF TRANQUILIZERS

Vasilenko A.

The modern aspects of the pathogenesis, systemic treatments and preventive maintenance of rosacea are presented. The new method for treatment of rosacea, which includes the use of an additional anxiolytic "Mebikar" against a background of standard therapy has been proposed. "Mebikar" regulates the state of the vegetative nervous system and has a weak overall antipsychotic effect. Assessing the status of patients taking additional "Mebikar" we have observed the elimination of anxiety, which can be explained by the change of the subjective attitude of the patients to the disease. That significantly increases the effectiveness of the treatment of rosacea, reduces the length of treatment and number of relapses.

Целью исследования было разработать современные методы диагностики и комплексного лечения розацеа с использованием транквилизаторов.

Розацеа (*rosacea*, *acne rosacea*, *roosaceus*, розовые угри) – хронический дерматоз мультифакторной природы с поражением кожи лица, характеризующийся стадийностью течения [6]; она составляет около 5 % от общего количества дерматологических диагнозов. Розацеа, повреждая кожу лица, приводит к тяжелым косметическим дефектам, при этом провоцирует психические стрессы, снижает работоспособность больных, влияет на их личную жизнь и социальную адаптацию [7, 11]. При длительном течении розацеа значительно изменяет, обезображивает внешний вид человека, что отражается на его самооценке; снижает эмоциональную устойчивость и спо-

собствует возникновению психических стрессов вплоть до тяжелых депрессий [6, 11].

Основными клиническими проявлениями розацеа являются эритема лица, которая сначала длится от нескольких минут до нескольких часов, сопровождаясь ощущением жара или тепла, а затем исчезает, но вскоре под действием провоцирующих факторов появляется вновь. Далее на месте гиперемии появляется отёк, телеангиоэктазии, папулезные и пустулезные высыпания, а также развитие участков гиперплазии сальных желез и прогрессирующего разрастания соединительной ткани [2, 5]. Сосудистые формы розацеа составляют около 80 % ее случаев; остальные 20 % – папуло-пустулезные и инфильтративные.

Выделяют четыре стадии развития заболевания [1]:

- эритематозную;
- эритематозно-папулезную;
- эритематозно-пустулезную;
- узловую или ринофиму.

Для эритематозной стадии характерны изменения мелких сосудов (телеангиоэктазии); в папулезной и пустулезной стадиях в дерме выявлены очаги лимфоплазмочитарных инфильтратов, гиперплазия сальных желез; в узловой стадии – нарастание склероза и значительный гиперэластоз [4]. В последнее время ряд авторов отмечают достаточно частую ассоциацию розацеа с заболеваниями глаз: блефарит, кератит [8].

Современными исследователями установлено, что в основе розацеа лежит ангионевроз, развивающийся на фоне патологической реакции сосудов с последующим воспалительным ответом. На современном этапе в патогенезе данного дерматоза важную роль играют изменения кровообращения и тонуса поверхностных артериальных сосудов кожи (ангионевроз) в зоне иннервации тройничного нерва, которые обусловлены действием экзогенных и эндогенных факторов. Поэтому исследования состояния микроциркуляторного русла у больных розацеа являются очень актуальными. У больных розацеа начинает уменьшаться перераспределение кровообращения и возникает венозный стаз в области оттока *venae facialis sive angularis*. Результаты исследований свидетельствуют о системном характере изменений микроциркуляторного русла с преобладанием венозной недостаточности. Но этим, однако, нельзя объяснить большинство проявлений этой болезни [9].

Существует много факторов, которые влияют на развитие и течение этого заболевания; немаловажная роль отводится:

- патологии желудочно-кишечного тракта;
- дисфункции эндокринной системы;
- психосоматическим и иммунным нарушениям.

Не раз были описаны случаи возникновения заболевания в период беременности, климакса и перед менструацией [12]. Некоторые ученые высказывают мысли и о инфекционной природе розацеа. Однозначно не выяснена и роль клеща *Demodex folliculorum*, который является физиологическим представителем микрофлоры кожи, и дрожжеподобных липофильных грибов рода *Malassezia* в возникновении и развитии заболевания [5, 8]. Говоря о современных взглядах на теорию развития розацеа, можно сделать вывод, что большинство исследователей придерживаются мультифактор-

ной теории патогенеза этой болезни [5].

В связи с увеличением заболеваемости, хроническим течением и рецидивирующим характером, розацеа представляет важную медико-социальную проблему, в связи с чем терапия розацеа вызывает определенные трудности. Практически отсутствуют методы, которые полностью излечивают заболевание. В то же время основной задачей врача является достижение стойких ремиссий и приостановка прогрессирования болезни [3].

Лечение розацеа начинают с назначения диеты, которая способствует улучшению общего состояния кожи. Из диеты исключаются жирные, жареные, острые, копченые, сладкие и сдобные блюда, сладкие газированные напитки, а также алкоголь и курение. Необходимо также тщательно соблюдать режим дня: исключить высокие физические и психические нагрузки, отрегулировать сон. Нужно также избегать пребывания под прямыми солнечными лучами, воздействия неблагоприятных погодных условий (сильного ветра, пыли, мороза и т. д.). Нельзя париться в бане, из водных процедур разрешено принимать только слегка теплый душ. [6, 8, 11].

Предложено обилие медикаментозных средств для лечения розацеа [2, 6, 9]:

- многими авторами используются антибиотики, например, тетрациклин – по 300 мг в течение 15 дней, затем по 150 мг – 3 месяца;
- широко применяется метронидазол; считается, что он особенно показан при розацеа с большим количеством папулезных и пустулезных элементов; успешно применяют метронидазоловый крем для наружного лечения;
- получены хорошие результаты после применения у больных розацеа небольших доз глюкокортикоидных гормонов; но в работах последнего времени были установлены стероид-индуцированные розацеа после наружного использования стероидных кремов;
- имеются литературные данные об успешном использовании противомаларийных препаратов в лечении розацеа.

Из наружных лекарственных форм используют примочки, спиртовые растворы, мази с серой, салициловой кислотой, ихтиолом, метронидазолом в форме геля [9].

Благоприятно действие массажа при розацеа. В комплексной терапии применяют также косметологическую реабилитацию, курортное лечение, криотерапию, электрокоагуляцию, лазеротерапию, электрофорез 1-10-процентного

йодистого калия.

Для лечения ринофимы применяют снятие разрастаний электрокоагулятором, хирургическим методом, шлифовкой. Криотерапия рекомендована всем больным розацеа, независимо от стадии заболевания, электрокоагуляция – при эритематозной и папулезной стадиях. Дермабразию проводят при распространенной папулезной и инфильтративно-продуктивной стадиях дерматоза [12].

Таким образом, выбор тактики лечения зависит от клинической формы заболевания, сопутствующей патологии, длительности и тяжести течения, пола, возраста и психоэмоциональных особенностей пациента [4, 6].

Предмет и методы исследования. Нами было обследовано 30 больных розацеа – 21 женщина и 9 мужчин (возраст 35-60 лет). Длительность заболевания была от нескольких месяцев до 10 лет. Среди обследуемых пациентов у 19 была диагностирована папулезная стадия, а у 11 – пустулезная стадия розацеа. Все обследованные пациенты проходили тестирование для выявления психоэмоциональных нарушений с помощью шкалы тревоги Гамильтона *HARS-14* (*M. Hamilton, 1959*) и шкалы депрессии Зунге (адаптация Т. И. Балашовой).

При тестировании по **шкале тревоги Гамильтона** пациент, оценивая каждый пункт шкалы по следующему критерию:

- 0 – отсутствие;
- 1 – в слабой степени;
- 2 – в умеренной степени;
- 3 – в тяжелой степени;
- 4 – в очень тяжелой степени, –

должен ответить на перечень вопросов:

1. Тревожное настроение (озабоченность, ожидание наихудшего, тревожные опасения, раздражительность).

2. Напряжение (ощущение напряжения, вздрагивание, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, неспособность расслабиться).

3. Страхи (темноты, незнакомцев, одиночества, животных, толпы, транспорта).

4. Инсомния (затрудненное засыпание; прерывистый сон, не приносящий отдыха; чувство разбитости и слабости при пробуждении; кошмарные сны).

5. Интеллектуальные нарушения (затруднение концентрации внимания, ухудшение памяти).

6. Депрессивное настроение (утрата привыч-

ных интересов, чувства удовольствия от хобби; подавленность; ранние пробуждения; суточные колебания настроения).

7. Соматические мышечные симптомы (боли, подергивания, напряжение, судороги клонические, скрипение зубами, срывающийся голос, повышенный мышечный тонус).

8. Соматические сенсорные симптомы (звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара и холода, ощущение слабости, покалывания).

9. Сердечно-сосудистые симптомы (тахикардия, сердцебиение, боль в груди, пульсация в сосудах, частые вздохи).

10. Респираторные симптомы (давление и сжатие в груди, удушье, частые вздохи).

11. Гастроинтестинальные симптомы (затрудненное глотание, метеоризм, боль в животе, изжога, чувство переполненного желудка, тошнота, рвота, урчание в животе, диарея, запоры, снижение веса тела).

12. Мочеполовые симптомы (учащенное мочеиспускание, сильные позывы на мочеиспускание, аменорея, менорагия, фригидность, преждевременная эякуляция, утрата либидо, импотенция).

13. Вегетативные симптомы (сухость во рту, покраснение или бледность кожи, потливость, головные боли с чувством напряжения).

14. Поведение при осмотре (ерзанье на стуле, беспокойная жестикуляция и походка, тремор, нахмуривание лица, напряженное выражение лица, вздохи или учащенное дыхание, частое сглатывание слюны).

Оценивается сумма баллов:

- 7-16 баллов – легкому депрессивному эпизоду;

- 7-27 баллов – умеренному депрессивному эпизоду;

- выше 27 баллов – тяжелому депрессивному эпизоду.

При оценивании депрессии по **шкале Зунге**, пациент также отвечает на перечень вопросов, которые оцениваются от 1 до 4 баллов (Табл. 1).

Результаты варьируются от 20 до 80. Все результаты можно разделить на четыре числовых диапазона:

- 20-49 – нормальное состояние;

- 50-59 – состояние лёгкой подавленности;

- 60-69 – состояние умеренной подавленности;

сти;

- 70 и выше – тяжелая форма депрессии.

В ходе исследования так же были выявлены

Таблица 1 - Перечень вопросов при оценивании депрессии по шкале Зунге

№№	Вопросы	Никогда	Иногда	Часто	Постоянно
1	Я чувствую подавленность	1	2	3	4
2	Утром я чувствую себя лучше всего	4	3	2	1
3	У меня бывают периоды плача или близости к слезам	1	2	3	4
4	У меня плохой ночной сон	1	2	3	4
5	Аппетит у меня не хуже обычного	4	3	2	1
6	Мне приятно общаться с привлекательными лицами противоположного пола	4	3	2	1
7	Я замечаю, что теряю вес	1	2	3	4
8	Меня беспокоят запоры	1	2	3	4
9	Сердце бьется быстрее, чем обычно	1	2	3	4
10	Я устаю без всяких причин	1	2	3	4
11	Я мыслю так же ясно, как всегда	4	3	2	1
12	Мне легко делать то, что я умею	4	3	2	1
13	Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте	1	2	3	4
14	У меня есть надежды на будущее	4	3	2	1
15	Я более раздражителен, чем обычно	1	2	3	4
16	Мне легко принимать решения	4	3	2	1
17	Я чувствую, что полезен и необходим людям	4	3	2	1
18	Я живу достаточно полной жизнью	4	3	2	1
19	Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру	1	2	3	4
20	Меня до сих пор радует то, что радовало всегда	4	3	2	1

сопутствующие заболевания:

- *Demodex folliculorum*, осложнивший течение заболевания, – у 7 больных;
- *Malassezia* – у 11 больных;
- нарушение менструального цикла – у 9 женщин;
- гастрит (*Helicobacter pylori*) – у 7 больных.

Полученные результаты: У исследуемых больных до лечения наблюдалась стойкая и интенсивная эритема в области лба, носа, щёк и подбородка, сопровождающаяся чувством зуда, жжения и покалывания. На некоторых участках на фоне эритемы появлялись инфильтрация и капиллярные телеангиоэктазии, а также изолированные или сгруппированные воспалительные розово-красного цвета папулы диаметром до 3-5 мм. При оценивании психоэмоционального состояния больных была выявлена раздражительность, нарушение настроения и сна, недовольство своим внешним видом, замкнутость в общении, особенно с людьми противоположного пола.

По результатам исследования всех больных произвольно разделили на 2 группы по 15 человек в каждой (эти группы были идентичны по возрасту, полу, длительности заболевания и особенностям клинической симптоматики):

- больным 1 группы наблюдения проводилась только стандартная терапия, которая включала:

- 1) антибиотик тетрациклин – по 100 мг

2 раза в день;

2) метронидазол – курсами по 16-дневной схеме с перерывами 10 дней, в суммарной дозе 10 г;

- 3) ангиопротекторы;
- 4) антигистаминные, десенсибилизирующие препараты;
- 5) гепатопротекторы;
- 6) витамины;

- больным 2 группы проводилась стандартная терапия, как и больным 1 группы; однако этим больным дополнительно рекомендовали прием анксиолитика «Мебикар», который регулирует состояние вегетативной нервной системы и имеет слабый общий антипсихотический эффект, – по 1 табл. (0,3 г) 3 раза в день – утром, в обед и вечером, независимо от приема пищи, запивая большим количеством воды; длительность лечения – 28 дней.

Пациенты с выявленными сопутствующими заболеваниями получали дополнительную терапию:

- больные, у которых был выявлен *Demodex folliculorum*, принимали трихопол – по 1 табл. 2 раза в день, в течении 10 дней;

- больным с *Malassezia* назначался дополнительно «Итраконазол» – по 1 капсуле 2 раза в день, в течении 15 дней и местно – паста «Сульсена»;

- женщины с нарушением менструального цикла были консультированы гинекологом, ко-

торым дополнительно назначали гормональные препараты;

- больные с сопутствующим гастритом были направлены на консультацию к гастроэнтерологу и принимали рекомендованные препараты в комплексе со стандартной терапией.

После проведенной терапии у пациентов 1 группы на фоне стандартной терапии, которая включала тетрациклин, метронидазол, ангиопротекторы, антигистаминные, десенсибилизирующие препараты, гепатопротекторы и витамины, после двух курсов метронидазола у 6 человек проявления воспаления на коже практически полностью регрессировали, и оставалась лишь незначительная эритема, поствысыпная гиперпигментация и телеангиоэктазии. А у остальных 9 человек хотя и определялось незначительное улучшение, однако признаки воспалительного процесса удерживались, продолжали появляться новые высыпания, эритема оставалась яркой, с достаточно выраженной инфильтрацией. Этим больным назначался 3-й курс метронидазола, после чего высыпания частично регрессировали, однако оставалась эритема, поствысыпная гиперпигментация и телеангиоэктазии. Рецидивы наблюдались у пяти больных.

Во 2 группе пациентов, которые принимали тетрациклин, метронидазол, ангиопротекторы, антигистаминные, десенсибилизирующие пре-

ЛИТЕРАТУРА

1. *Потекаев Н. Н.* Акне и розацеа. – М.–СПб. : Бином, 2007. – 216 с.
2. *Корсунская И. М., Тамразова О. Б., Бигвава С. С.* Гель «Скинорен» в терапии розацеа // Рос. журн. кож. вен. болезней. - 2005. - № 3. – С. 37-40.
3. *Новоселов В. С., Новоселов А. В., Богадельникова А. Е.* Место фотопротекторов в дерматологической практике // Consilium medicum. – 2008. - № 1. – С. 9-12.
4. *Курдина М. И.* Розацеа (Часть I. Этиология, патогенез, клиника) // Эстетическая медицина. – 2004. - Т. 3, № 4. – С. 366-372.
5. *Скрипкин Ю. К., Хамаганова И. В., Иконникова Н. А.* Розамет (метронидазол) 1 % крем в комплексной терапии розацеа // Вестн. дерматол. венерол. – 2005. - № 3. – С. 55-56.
6. *Черкасова М. В., Сергеев Ю. В., Лобанова Е. В., Редькин А. П. и др.* Состояние системы гемостаза и показателей иммунитета у больных розацеа // Вестн. дерматол. венерол. - 1999. - № 6. – С. 28-30.

параты, гепатопротекторы, витамины и ангиопротекторы «Мебикар» в комплексе, клинические проявления розацеа регрессировали на 3-4 дня быстрее, чем в предыдущей группе. Проявления воспаления регрессировали полностью, оставалась лишь поствысыпная гиперпигментация и телеангиоэктазии. Новые высыпания не появлялись уже после второго курса метронидазола. Рецидивы наблюдались у двух больных из 15-и, протекали мягко и быстро регрессировали.

Следует отметить, что при оценивании психоэмоционального состояния больных 1 группы по шкале тревоги Гамильтона и шкале депрессии Зунге было установлено, что после терапии изменений практически не было. У этих пациентов оставалось недовольство своим внешним видом, замкнутость в общении. При оценке состояния пациентов 2 группы на фоне лечения ангиопротектором «Мебикар» отмечалась ликвидация тревоги, что можно объяснить изменением субъективного отношения пациентов к своему заболеванию под влиянием использованного препарата.

Выводы. Применение препарата «Мебикар» на базе стандартной терапии приводит к изменению субъективного отношения пациентов к своему заболеванию, чем значительно повышает эффективность лечения розацеа и сокращает сроки лечения заболевания.

7. *Шугинина Е. А., Потекаев Н. Н., Озерова Р. В.* Вильпрафен в терапии розацеа // Вестн. дерматол. венерол. – 2001. - № 2. – С. 52-53.
8. *Черняк А. Я., Русак Ю. Э., Медведева И. В.* Особенности клиники и лечения розацеа, ассоциированной с хеликобактерной инфекцией // Сибирский журнал дерматологии и венерологии. – 2005. - № 6. – С. 14-17.
9. *Довжанский С. И.* Качество жизни – показатель состояния больных хроническими дерматозами // Вестн. дерматол. венерол. – 2001. - № 3. – С. 12-13.
10. *Сухарев А. В., Назаров Р. Н.* Медико-психологическая коррекция в условиях дерматологического стационара // Рос. журн. кож. вен. болезней. – 2006. - № 4. – С. 25-27.
11. *Потекаев Н. Н., Демидова Л. М.* О причинах сосудистых изменений при розацеа и методах профилактики этого заболевания // Клини. дерматол. венерол. – 2004. - № 4. – С. 82-84.
12. *Сергеев А. Ю., Сергеев Ю. В.* Грибковые инфекции. Изд. 2-е. – М. : Бином-пресс, 2003. – 480 с.