

РОЛЬ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВУЛЬГАРНЫМИ И РОЗОВЫМИ УГРЯМИ

В.Г.Панкратов, О.В.Панкратов, О.В.Савкина

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Одной из актуальных проблем современной дерматовенерологии является угревая болезнь ввиду большой её распространенности среди лиц пубертатного и активного репродуктивного возраста, значительного материального и морального ущерба для заболевших, большой длительности и недостаточно высокой эффективности имеющихся методик лечения [1,16]. Для угревой болезни характерно хроническое, нередко рецидивирующее течение, образование открытых и закрытых комедонов, папул, пустул (поверхностных или глубоких), и даже кистозных образований. При вульгарных папулёзно-пустулёзных угрях имеет место хроническое воспаление волосяных фолликулов и связанных с ними сальных желез. В основе этиопатогенеза папулёзно-пустулёзных акне лежат нарушения кератинизации эпидермиса с развитием гиперкератоза устьев волосяных фолликулов и образования комедонов на фоне абсолютной или относительной гиперандрогении, с формированием ретенционных кист сальных желез; изменение химического состава кожного сала; воспаление и нагноение кист при участии *Propionibacterium acnes* с присоединением *Staphylococcus aureus* или *Staph. Epidermididis*, грибов рода *Malassezia* [1, 3, 8, 13, 15, 16].

Начинаясь в подростковом возрасте (14 -17 лет), папулёзно-пустулёзные угри могут самопроизвольно разрешиться к 19-22 годам, но у отдельных пациентов (до 3 – 5 %) папулёзно-пустулёзные угри могут наблюдаться до 45-50, и даже до 60 лет [3, 4, 16]. Среди предрасполагающих факторов угревой болезни называют нарушения иммунитета, изменение обмена гормонов и липидов, дефицит цинка в организме, инфекционные и генетические факторы (наследственная предрасположенность), психосоматические расстройства [1, 3, 8, 16]. Известно, что угнетение личностной оценки у пациентов с акне заставляет их постоянно переживать острые и хронические стрессовые ситуации, которые приводят к вегетативным и эндокринным расстройствам, включая выброс стресс-гормонов андрогенов, которые стимулируют функцию сальных желез [3, 8, 16, 17].

Принципы общего лечения угревой болезни предполагают назначение антибиотиков (тетрациклины, макролиды, цефалоспорины), изотретиноина, препаратов гиалуронидазы (лонгидазы), иммунокорригирующей и иммуностимулирующей терапии

(стафилококковый анатоксин очищенный адсорбированный, или полиоксидоний, или иммунофан), физиотерапевтических методов (по показаниям), местное лечение, включая топические антибиотики и антисептики [1, 15, 16]. По данным В.П.Федотова и соавт. (2006), одновременное назначение антибактериального препарата в комбинации с комедонолитическими агентами оказывается более эффективным, чем монотерапия антибиотиком в лекарственной форме для местного лечения [16]. Наружная терапия вульгарных угрей базируется в основном на использовании третиноина, безоилпероксида, антибиотиков, а в последнее время – препаратов азелаиновой кислоты [1, 2, 9, 13].

Проявления розацеа (розовых угрей) локализуются преимущественно на лице, реже - на шее и груди, представлены эритемой, узелково-пустулёзными элементами, телеангиэктазиями, при формировании ринофимы – узлами [1, 9, 11, 14]. Наш клинический опыт показывает, что в последние годы повышается удельный вес заболеваемости розовыми угрями. Об этом же говорят и украинские коллеги, по их данным на Украине на долю розацеа уже приходится 5 % от всех дерматологических диагнозов [5]. Патогенез розацеа разнообразен, определённую роль играет: патология желудочно-кишечного тракта, сосудистые и психосоматические нарушения, алкогольные напитки, метеоусловия, дискутируется также роль клещей рода *Demodex folliculorum* [1, 6, 11, 14, 19, 22]. Основной контингент – женщины от 30 до 50 лет, мужчины болеют реже, но такое осложнение, как ринофима, встречается практически исключительно у мужчин [1, 7, 9, 11, 22]. Существует несколько рабочих классификаций розацеа. Мы придерживаемся классификации, изложенной в монографии В.П.Адаскевича [1], и выделяем 3 стадии розацеа: эритематозно-телеангиэктатическую, папулёзно-пустулёзную и инфильтративно-нодулярную (фиматозную).

Лечение больных розацеа проводится с учетом стадии патологического процесса. Поскольку у таких пациентов довольно часто диагностируют хеликобактерную инфекцию, то в этих случаях рекомендовано проведение курса антихеликобактерной терапии. По нашим наблюдениям и данным других авторов у большей половины больных с розацеа в соскобах с поражённой кожи, в покрышках пустул обнаруживается клещ *Demodex folliculorum*, поэтому для местного лечения используют препараты серы, 10%-я суспензию бензил-бензоата, спрегаль, мазь «Ям», мази и кремы с метронидазолом [1, 9, 11]. Системная терапия при розацеа чаще базируется на использовании антибиотиков (тетрациклинов, макролидов), изотретиноина, метронидазола [1, 5, 6, 7, 11, 14, 22]. Для наружной терапии с успехом использовали гель или крем с метронидазолом, с антибиотиками (эритромицин, клиндамицин), с азелаиновой кислотой [2, 5, 9, 12, 14, 18, 19, 22]. Одной из целей настоящей публикации является расширение знаний об

использовании препаратов азелаиновой кислоты для наружного лечения пациентов с вульгарными и розовыми угрями.

Вначале азелаиновая кислота использовалась в дерматологии для лечения гиперпигментации и злокачественной меланомы без развития депигментации нормальной кожи [13]. В дальнейшем её стали использоваться в виде 20 %-го крема вначале для лечения акне [1-4, 10, 12, 13, 21], а затем в виде 15 %-ного геля при розацеа [6, 7, 9, 12, 14, 18, 19]. Азелаиновая кислота представляет собой природную насыщенную 9-карбоновую дикарбоксильную кислоту с прямой цепью. Она является продуктом окисления ненасыщенных дикарбоновых кислот, в организме человека является промежуточным продуктом обмена липидов, образуется в небольшом количестве [6, 14]. Азелаиновая кислота безопасна для организма человека, не токсична, не обладает мутагенными свойствами, поэтому беременность и период лактации не являются противопоказанием для наружного применения препаратов данной кислоты [13, 14]. Антимикробные свойства азелаиновой кислоты связаны со способностью угнетать митохондриальную активность клеток, она является конкурентным ингибитором различных кислородвосстанавливающих ферментов, проявляет антиоксидантную активность, избирательно проникая в воспаленные и неопластические клетки [10, 12, 13, 20]. По мнению проф. Н.Н.Потекаева (2004), клиническая эффективность топических препаратов азелаиновой кислоты при розацеа связана также и с её противовоспалительным действием вследствие ингибирования фермента оксидоредуктазы и образования гидроксильных радикалов нейтрофилами [12]. Наряду с противовоспалительным и антимикробным действием азелаиновая кислота обладает способностью нормализовать процессы кератинизации в фолликулах, т.е. антикомедонным действием [13]. Так, крем Скинорен, содержащий 20 % азелаиновой кислоты, может рассматриваться в качестве альтернативы местной терапии угревой болезни макролидными антибиотиками [16]. Основным показанием для применения препаратов азелаиновой кислоты (20 % крема скинорен или 15 %-ного геля скинорен) являются папулезно-пустулезные вульгарные угри и папулезно-пустулезная форма розацеа. Экспериментальными исследованиями, проведенными сотрудниками фирмы «Шеринг» на биоптатах кожи безволосых мышей, были показаны преимущества гелевой основы, которая обеспечивала более эффективную концентрацию азелаиновой кислоты и обеспечивала быстрое её проникновение в кожу [10]. Скинорен-гель не содержит спирта и жиров, имеет рН 4,8, не токсичен, не имеет запаха, не вызывает фотосенсибилизации, обладает охлаждающим эффектом. Скинорен-гель оказался более приемлемым для наружного лечения розацеа, чем скинорен-крем, так как в геле только 15 % азелаиновой кислоты, а в креме – 20 %. Клиническая эффективность скинорена-геля

при вульгарных и розовых угрях была показана во многих публикациях иностранных и российских дерматологов [1, 4, 6, 9, 13, 14, 18, 19, 21].

Материал и методы.

Папулёзно-пустулёзные угри лёгкой и средней степени тяжести были диагностированы у 75 пациентов (34 мужчины и 41 женщина). Больные были в возрасте от 13 до 34 лет, при этом в возрасте от 17 до 25 лет – 54 пациента (72,0 %). Степень тяжести угревой болезни определялась по критериям Американской Академии Дерматологии [1]. Лёгкая степень тяжести акне диагностировалась при наличии на лице или в области спины на участке 20 x 20 см не более 10 папуло-пустул. Наличие 11-29 элементов указывало на среднюю степень тяжести акне, а тяжёлую форму акне диагностировали при наличии 30-40 папулопустул, но пациенты с тяжелой формой акне в данное исследование не включались. Легкая степень тяжести папулёзно-пустулёзных угрей была диагностирована у 14 мужчин и 16 женщин, средняя степень тяжести угревой болезни – у 20 мужчин и 25 женщин. Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 16 лет, в том числе от 1 года до 5 лет – у 48,0 %. У 63 больных (84 %) отмечались явления себорейного дерматита лёгкой или средней степени тяжести. Из других сопутствующих заболеваний у обследованных пациентов были выявлены хронический тонзиллит – у 9, хронический гастродуоденит – у 16, атрофические полосы натяжения – у 4, тиреоидит – у 5, паховая грыжа – у 2, артериальная гипертензия – у 1.

Под нашим наблюдением находилось 38 больных розовыми угрями – 4 мужчин и 34 женщины. Мужчины были в возрасте от 31 до 63 лет, женщины – от 22 до 59 лет. Давность заболевания была от 1 года до 11 лет. У всех больных была папулёзно-пустулёзная форма розацеа с локализацией высыпаний в центральной части лица. Сыпь была представлена воспалительными гиперемизированными папулами и папулопустулами, телеангиэктазии выявлялись от единичных до большого количества. Критериями исключения были случаи гранулематозной и конглобатной розацеа, а также пациенты с ринофимой и болезнью Морбигана. Большинство больных (25 пациентов) ранее лечились препаратами метронидазола, как внутрь, так и для наружного применения (гель метрогил), 7 пациенток получали лечение 10 %-ной эмульсией бензил-бензоата в течение 8-20 дней в связи с обнаружением у них клеща *Demodex folliculorum* (за 3-7 месяцев до начала лечения скинорен гелем).

Все пациенты вульгарными или розовыми угрями получали наружное лечение скинореном. Скинорен крем использовали 35 (21 муж и 14 жен) больных вульгарными угрями и 9 (2 мужчин и 7 женщин) больных розацеа, скинорен гель применяли 13 мужчин и 27 женщин с папулёзно-пустулёзными вульгарными угрями, а также 2 мужчин и 27

женщин с розовыми угрями. Скинорен крем или гель наносился на предварительно очищенные лосьоном участки пораженной кожи тонким слоем дважды в день, длительность лечения была от 6 до 16 недель, а в 4 случаях в течение 18-20 недель.

Среди больных с легкой степенью тяжести вульгарными угрями наружная терапия скинорен кремом проводилась у 12 больных (6 мужчин и 6 женщин), а скинорен гель назначался 18 пациентам (8 мужчин и 10 женщин). Антибиотикотерапия этим пациентам не назначалась, большинство из них принимали ежедневно по 1 таблетке витаминно-микроэлементного комплекса «теравит антистресс» или «центрум» и по 2-3 таблетки метионина по 250 мг в течение 3-4 недель.

При средней степени тяжести папулезно-пустулезных угрей общее лечение проводилось антибиотиками (тетрациклин, юнидокс, цефазолин кларитромицин), с учётом результатов антибиограммы в течение 10-28 дней, в сочетании с приемом метионина по 0,25 г 2-3 раза в день, витаминно-микроэлементных комплексов типа «теравит антистресс» или «центрум» по 1-2 таблетки в день, цинктерала 0,124 г 1-2 таблетки после еды. Специфическая иммунотерапия в виде стафилококкового анатоксина очищенного адсорбированного (8 подкожных инъекций в возрастающих дозах) по схеме была проведена 11 пациентам на фоне антибиотикотерапии. Наружно больные использовали скинорен крем (15 мужчин и 8 женщин) или скинорен гель (5 мужчин и 17 женщин). Наружное лечение длилось от 6 до 12 недель.

Часть больных розацеа (11 пациенток и 1 мужчина), у которых число папулопустул на лице было от 8 до 14, в элементах сыпи не обнаруживался клещ демодекс и пациенты не предъявляли никаких жалоб на работу желудка (у них, со слов больных, ранее никогда не обнаруживался хеликобактер), получали скинорен гель (10 человек) или скинорен крем 20 % (1 женщина и 1 мужчина) в виде монотерапии. Дважды в день – утром и вечером – скинорен наносился тонким слоем на предварительно очищенные лосьоном пораженные участки лица, длительность лечения у 7 пациенток составила 5-8 недель, у остальных – 9-12 недель.

Большая часть больных (26 человек) получали местно скинорен гель (19 человек) или скинорен крем (7 пациентов) в составе комплексной терапии. Число папулезных и папулезно-пустулезных элементов у них колебалось от 15 до 50 и более при наличии выраженной эритемы и множества телеангиэктазий. У 18 из них было выявлено повышенное содержание хеликобактера в желудке, а еще 5 страдали в течение последних 8 – 14 месяцев эрозивным гастритом. Эти пациенты получили антихеликобактерную терапию в течение первой недели комплексного лечения (в течение 7 дней больные получали омепразол и кларитромицин дважды в день до еды в обычной дозировке, а после

еды – амоксициллин по 0,5 г 3 раза в день). Наружно с первого дня лечения применялся гель или крем скинорен 2 раза в день. Длительность лечения скинореном была от 8 до 12-16 недель. Все больные до начала лечения, а в случаях упорного течения заболевания и в процессе лечения, обследовались на предмет наличия клеща демодекса. *Demodex folliculorum* был выявлен у 13 больных. Всем им на 2-3-й неделе терапии добавлялось противоклещевое лечение по Демьяновичу, первые 2 дня подряд (за 1,5-2 ч до сна), а затем 2 раза в неделю в течение 4 недель (на фоне не прерывающегося лечения скинорен гелем или кремом). До начала и ежемесячно в процессе лечения у больных проводилось исследование общих анализов крови и мочи, биохимический анализ крови.

Эффективность лечения больных с папулезно-пустулезными угрями оценивали по срокам разрешения себорейного дерматита, исчезновения папул и пустул. О клиническом излечении судили по исчезновению гиперемии, сухости и шелушения в области бывших очагов, отсутствия новых папул и пустул. В пользу значительного улучшения говорили отсутствие шелушения на фоне слабо выраженной гиперемии в очагах поражения, отсутствие новых пустул при наличии единичных не до конца разрешившихся папул. Если в очагах оставалась слабовыраженная гиперемия, еле заметное шелушение, разрешение большинства папулезно-пустулезных элементов и появление лишь единичных новых папул без признаков пустулизации, то это расценивалось как улучшение. Отсутствие динамики высыпаний на фоне лечения в течение не менее 4-6 недель расценивалось как отсутствие эффекта.

Эффективность лечения у больных розацеа оценивали по срокам разрешения эритемы, исчезновения папул и пустул. Поскольку скинорен гель по данным литературы слабо влияет на разрешение телеангиэктазий [6, 9, 10, 12], этот показатель не учитывался при оценке эффективности лечения скинорен гелем. Оценка критериев излеченности приведена в таблице 1.

Таблица 1. Критерии оценки эффективности лечения больных розацеа

Критерий	Динамика симптомов заболевания
Клиническое излечение	Отсутствие эритемы или минимальная остаточная эритема. Отсутствие папул и пустул.
Значительное улучшение	Лёгкая эритема в центральной части лица. Единичные папулы, отсутствие пустул.
Улучшение	Слабая или умеренная гиперемия лица в центральной части лица, немногочисленные папулы и пустулы.
Слабое улучшение	Умеренная эритема лица, выраженное количество папул и пустул, хотя число их и уменьшилось не менее, чем в 2

	раза.
Отсутствие эффекта	Умеренная или тяжёлая эритема по всему лицу, многочисленные папулы и/или пустулы, увеличение количества телеангиэктазий.

Результаты и их обсуждение

У больных папулёзно-пустулёзными угрями с лёгкой степенью тяжести заболевания наружная терапия препаратами азелаиновой кислоты позволила добиться к концу первого месяца лечения клинического излечения у 11 (36,7 %) пациентов или значительного улучшения – 15 (50,0 %), а улучшения – у 4. К концу второго месяца лечения суммарная ремиссия акне произошла у 19 (63,3 %), значительное улучшение отмечено у 9 (30,0 %), улучшение – у 2 больных. К концу 3-го месяца лечения клиническое излечение констатировано у 25 (83,3 %), значительное улучшение – у 5 (16,7 %). Трое пациентов из 5 удовлетворились достигнутыми результатами и прекратили дальнейшее лечение скинореном кремом, а 2 пациента продолжали аппликации скинорен геля 1 раз в день еще 2-3 недели и у 1 из них практически прекратились высыпания папул и пустул.

Из 45 пациентов с угревой болезнью средней степени тяжести комплексное лечение с использованием в качестве наружной терапии препаратов азелаиновой кислоты позволило к концу первого месяца лечения достичь клинической ремиссии у 7 (15,6 %), значительного улучшения – у 23 (51,1 %), улучшения – у 15 (3,3 %). К концу второго месяца комплексного лечения клиническое излечение суммарно отмечено у 11 (24,4 %), значительное улучшение – у 25 (55,6 %), улучшение – у 9 (20,0 %). В дальнейшем 16 пациентам из 34 был дополнительно назначен низорал по 0.2 г 2 раза в день в течение 2 недель на фоне продолжающейся наружной терапии скинореном. К концу 4-го месяца лечения полная ремиссия угревой болезни констатирована у 34 пациентов из 45 (75,6 %), значительное улучшение достигнуто у 9 (20,0 %), а у 2 (4,4 %) больных на фоне улучшения клиники продолжали эпизодически появляться новые папулёзные или папулёзно-пустулёзные акне.

Больные вульгарными угрями переносили местное лечение скинореном удовлетворительно. Лёгкое жжение и усиление гиперемии лица отметили в первые дни аппликаций крема скинорен 11 из 35 пациентов, а при использовании геля скинорен – 7 из 40 больных. Лечение скинореном было продолжено, но 2 пациентки предпочли заменить крем на гель скинорен. Полученные нами результаты согласуются с наблюдениями отечественных [2] и российских [10] дерматовенерологов.

Среди больных розацеа, получавших скинорен гель (10 человек) или скинорен крем (2 пациента) в виде монотерапии, были получены следующие результаты. Из 10

пациенток, применявших скинорен гель, к концу 8-й недели лечения ремиссия болезни отмечена у 7, значительное улучшение – у 2, улучшение – у 1. Две женщины применяли скинорен гель 12 недель, у обоих констатировано значительное улучшение. У одной из них спустя 3 месяца после окончания лечения произошло обострение высыпаний на фоне нарушения режима питания и приёма спиртных напитков. Переносимость лечения было хорошей, лишь 2 женщины отмечали легкое жжение после нанесения геля в первые 3-5 дней лечения, но усиления эритемы или появления большего количества папулёзных и пустулёзных элементов не отмечалось в эти дни, поэтому препарат не отменялся.

Через 4 недели комплексного лечения больных розацеа клиническое излечение отмечено у 26,9 % пациентов, значительное клиническое улучшение – у 50,0 %, а улучшение - у 23,1 %. К концу второго месяца лечения клиническое излечение было достигнуто у 53,8 % больных, а выраженное улучшение – у 30,8 %, т.е. у 84,6 % больных был достигнут высокий клинический эффект применения геля скинорен в качестве наружного средства лечения розацеа (начиная со второй недели 13 больных получали только местное лечение гелем скинорен, другим 13 больным на третьей неделе добавлялось лечение сопутствующего демодикоза по методу Демьяновича). Абсолютное большинство больных отмечали выраженное улучшение уже на второй и, особенно, третьей неделе лечения. В конце курса лечения (12-16-я недели) остаточные слабовыраженные единичные папулёзные высыпания на фоне легкой эритемы центральной части лица были отмечены только у 3 больных (11,5 %). Неудовлетворение лечением в связи с неполным разрешением гиперемии лица и наличия единичных папулёзно-пустулёзных высыпаний после 3 месяцев лечения выразила 1 женщина 57 лет, которая более 8 лет страдала одновременно хроническим гепатохолециститом, артериальной гипертензией.

Все пациенты отмечали хорошую переносимость и комплаентность геля и крема скинорен, легкое жжение после аппликаций скинорена на воспаленных участках в первые 2-4 дня лечения отметили только 5 больных (чаще после крема). Наши данные согласуются с наблюдениями других исследователей [5, 6, 9, 12, 13, 14, 15, 18]. Проведенное сравнительное изучение клинической эффективности 15 %-ного геля скинорен и 0,75 %-ного геля метронидазола в лечении папулёзно-пустулёзной формы розацеа показало преимущество геля скинорен [14].

Таким образом, препараты азелаиновой кислоты скинорен гель и скинорен крем хорошо переносятся больными и позволяют добиться в сравнительно короткие сроки хорошего терапевтического эффекта у больных папулёзно-пустулёзной формой вульгарных и розовых угрей при использовании их как в виде монотерапии при лёгком

течении заболевания, так и в составе схем комплексного лечения пациентов со средней степенью тяжести патологического процесса. При выборе лекарственной формы скинорена для наружного лечения вульгарных или розовых угрей следует учитывать длительность течения заболевания, распространенность сыпи и конституциональные особенности - брюнеты лучше переносят аппликации крема и геля, блондинкам предпочтительнее назначение гелевой формы.

Литература

1. Адашкевич В.П. Акне и розацеа. СПб : Изд-во «Ольга». – 2000. – 132 с.
2. Адашкевич В.П., Саларев В.В., Аль-Джари А.М. Азелаиновая кислота в комплексном лечении папулопустулезной формы акне. // Патогенез, диагностика, терапия и профилактика инфекций, передаваемых половым путём, и кожных болезней / Материалы пленума Белорусского научного медицинского общества врачей дерматологов и венерологов (Полоцк, 28 июня 2000 г.). – Минск, 2000. – С. 133-136.
3. Аравийская Е.Р., Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Кожный зуд. Акне. Урогенитальная хламидийная инфекция. – СПб., 1998. – 148 с.
4. Болотная Л.А. Современные подходы и средства лечения угревой болезни. // Дерматология. Косметология. Сексопатология. . – 2008. - № 1-2 (11). – С. 174-178.
5. Джибриль Васим А. Розацеа (розовые угри). // Дерматология. Косметология. Сексопатология. . – 2002. № 1-2 (5). – С. 118-122.
6. Клеменова И.А., Пантелеева Г.А. Скинорен гель – новое средство терапии розацеа. // Клин. дерматол. и венерол. – 2004. - № 4. – С. 70-71.
7. Кудрина М.И. Азелаиновая кислота (скинорен) в терапии розацеа. // Вестн. дерматол. венерол. – 2000. - № 1. – С. 34-35.
8. Молочков В.А., Молочков А.В., Семенова Т.Б., Корнева Л.В. Акне: клиника, диагностика, лечение : Учебное пособие. – М., 2006. – С. 1-16.
9. Панкратов В.Г., Панкратов О.В. Скинорен гель в комплексной терапии больных с папулезно-пустулезной формой розацеа // Мед. новости. – 2009. - № 14. – С. 64-66.
10. Пантелеева Г.А. Гель скинорен в терапии акне. // Вестн. дерматол. венерол. – 2005. - № 1. – С. 62-63.
11. Потекаев Н.Н. Розацеа. – М.-СПб.: ЗАО «Изд-во БИНОМ» - «Невский диалект», 2000. – 144 с.
12. Потекаев Н.Н., Андреева Л.М. Препараты азелаиновой кислоты в дерматологии. Опыт применения при розацеа. // Клин. дерматол. и венерол. – 2004. - № 3. – С. 49-51.
13. Самцов А.В., Шимановский Н.А. Скинорен в лечении вульгарных угрей. // Вестн. дерматол. венерол. – 1998. - № 6. – С. 39-41.

14. Тибуто Д., Тьерофф-Экерт Р., Граупе К. Эффективность и безопасность геля с азелаиновой кислотой (15 %) в качестве нового препарата для лечения папулёзно-пустулёзной розацеа: результаты двух рандомизированных контролируемых исследований (III фаза). // Клини. дерматол. и венерол. – 2004. - № 2. – С. 74-78.
15. Третьякова Е.И., Прокофьев А.А., Корнева Л.В. Лонгидаза в комплексном лечении больных с вульгарными угрями. // Рос. журн. кож. и вен. болезней.-2009. - № 6. – С. 65-68.
16. Федотов В.П., Святенко Т.В. Акне: теория и практика. // Дерматовенерология. Косметология, Сексопатология. – 2006. 3 1-2 (9). – С. 80-85.
17. Bassi R. Is acne a psychosomatic disease? // Abstracts of the 9th Congress EADV. Geneva, Switzerland. – 11-15 October, 2000. – P.17.
18. Elewski B.E., Fleischer A.B.Jr, Pariser D.M. Comparison of 15 % azelaic acid gel and 0,75 % metronidazole gel in the topical treatment of papulo-pustular rosacea: result of randomized trial. // Arch. Dermatol. – 2003.- Vol. 139. – N 11. – P. 1444-1450.
19. Maddin S.A. Comparison of topical azelaic acid 20 % cream in the treatment of patients with papulopustular rosacea. // J. Am.Acad. Dermatol. – 1999. – Vol. 40. - P. 961-965.
20. Mingrone G., Greco A.V., Ciardiello A. Et al. Distribution of radiolabelled azelaic acid in eye membranes and fluids of rabbits // Exp. Pathol. – 1984. – vol. 72. – N 6. – P. 85-88.
21. Nazzaro-Porro M., Passi S., Picardo M., Breathnach F., et al. Beneficial effect of 15% azelaic acid cream on acne vulgaris // Br. J. Dermatol. – 1983. – Jul; -Vol. 109. – N 1. – P. 45-48.
22. Rebora A. The management of rosacea //Am. J. Clin. Dermatol. -2002. –Vol. 3. – N 7. – P.489-496.

Реферат

РОЛЬ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМИ И РОЗОВЫМИ УГРЯМИ

В.Г.Панкратов, О.В.Панкратов, О.В.Савкина

Обсуждается опыт наружного применения препаратов азелаиновой кислоты в комплексном лечении больных вульгарными и розовыми угрями. Под наблюдением находилось 75 пациентов папулёзно-пустулёзными угрями лёгкой и средней степени тяжести и 38 больных розовыми угрями. Скинорен крем использовали 35 больных вульгарными угрями и 9 больных розацеа. Гелевую форму скинорена применяли в качестве наружной терапии 40 больных папулёзно-пустулёзными вульгарными угрями и 29 больных розовыми угрями. При этом 30 больным вульгарными угрями с легкой степенью тяжести антибиотикотерапия не проводилась, местно назначался гель или крем скинорен 2 раза в день на фоне витаминно-микроэлементного комплекса. У 12 больных розацеа с числом папуло-пустул от 8 до 14 также проодилось только наружное лечение препаратами азелаиновой кислоты. Остальные больные вульгарными и розовыми угрями получали местно скинорен гель или крем в составе комплексной терапии. Все больные переносили лечение скинореном удовлетворительно, лишь отдельные пациенты отмечали легкое жжение и умеренную гиперемию в первые дни лечения (чаще после крема). Клиническое выздоровление или значительное улучшение к концу первого месяца лечения достигнуто при вульгарных угрях у 66,7-86,7 % пациентов, к концу второго месяца лечения – у 80,0- 93,3 %, при розовых угрях – соответственно у 76,9 % и 84,6 % пациентов.

Ключевые слова: *вульгарные угри, розовые угри, лечение, азелаиновая кислота, скинорен гель, скинорен крем.*

in the combined Treatment of Patients with Acne Vulgaris and Rosacea
V.G.Pancratov, O.V.Pankratov.