

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФОСФОГЛИВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

**О.В. КОБЦЕВА¹, Л.В. СИЛИНА¹,
Н.Г. ФИЛИППЕНКО¹, С.М. ЯЦУН²,
А.Е. ПУЛИКОВ¹, Д.С. СУМИНА¹,
Е.В. ПИСЬМЕННАЯ¹**

¹⁾Курский государственный
медицинский университет

²⁾Курский государственный
университет

e-mail: evpismennaya@yandex.ru

Под нашим наблюдением находилось 110 человек, больных розацеа. У больных была отмечена трансформация качества жизни, оцененная специальными шкалами, опросниками, анкетами и индексами. Нами было выявлено значительное снижение составляющих цифровое значение показателя качества жизни у больных розацеа. Применение балльной оценки в настоящем исследовании выявило психоэмоциональные нарушения у больных розацеа, наиболее часто встречаемые в практике. Установлено, что использование фосфоглива приводит к значительному улучшению течения розацеа, снижению активности воспалительного процесса, способствуя нормализации липидного состава сыворотки крови за счет липотропного и мембранстабилизирующего действия.

Ключевые слова: розацеа, розовые угри, фосфоглив, психоэмоциональные нарушения.

Введение. Дерматозы с поражением кожи лица — одна из актуальных проблем современной дерматологии [1]. В структуре акнеподобных дерматозов наибольший удельный вес имеет розацеа — 36%, причем, начиная с 2005 г., этот показатель имеет стойкую динамику к повышению [2]. Розацеа относится к заболеваниям лиц среднего возрастного периода — периода максимальной социальной и физической активности [3].

Многочисленные дискуссии относительно патогенетических механизмов развития розацеа до сих пор не прояснили причины возникновения этого дерматоза [4]. Проведенный психологический скрининг выявил у больных розацеа эмоционально-вегетативную неустойчивость с тенденцией к подавлению поведенческого реагирования эмоционального напряжения [5]. В многочисленных исследованиях установлена корреляция между розацеа и гепатопатией или холецистопатией. [6, 7]

Терапевтическое действие исследуемого нами препарата направлено на коррекцию различных нарушений функций внутренних органов, в частности, желудочно-кишечного тракта [8]. Фосфоглив — комбинированный препарат, содержащий фосфолипид растительного происхождения — фосфатидилхолин и натриевую соль глицерризиновой кислоты, оказывает мембраностабилизирующее, гепатопротекторное и противовирусное действие. Фосфатидилхолин является основным структурным компонентом фосфолипидного слоя биологических мембран, восстанавливает структуру и функции поврежденных мембран гепатоцитов, благодаря чему предотвращает потерю клетками ферментов и других активных веществ, нормализует белковый, липидный и жировой обмены, восстанавливает детоксикационную функцию печени, ингибирует формирование соединительной ткани печени, снижает риск возникновения фиброза и цирроза печени.

Изучение фармакокинетических характеристик Фосфоглива было проведено в ГУ НИИ биомедицинской химии РАМН [9]. По данным Ю.С. Бутова и соавт. Фосфоглив способен встраиваться в структуру клеточных мембран, замещая дефекты липидного би-слоя, что ведет к восстановлению барьерной функции кожи. [10]. Учитывая повышенную заинтересованность печени и липидных нарушений в патогенезе большинства дерматозов, в том числе розацеа, мы провели изучение клинической эффективности Фосфоглива при данном дерматозе и его воздействие на некоторые функциональные и биохимические показатели.

Целью нашего исследования явилась оценка влияния Фосфоглива на лабораторные показатели и качество жизни пациентов, страдающих папуло-пустулёзной формой розацеа.

Материал и методы. В данном исследовании приняли участие 110 человек обоего пола, страдающих розацеа в возрасте от 25 до 60 лет. Из них 60 человек (1 груп-

па) принимали комплексную терапию, а 50 респондентов (2 группа) – традиционную терапию, группу сравнения составили 40 человек того же возраста без сопутствующих соматических заболеваний (доноры).

Традиционная терапия включала орнидазол 1 г. – 2 раза в сутки 10 дней, доксицилин, 1 г. – 2 раза в сутки в течение 14 суток (при пустулезной форме после выделения и идентификации микробной флоры кожи с определением чувствительности к антибиотикам), бифиформ, аевит, витамины группы В, кларитин. Наружно пациенты использовали метрагил-гель 1 раз в сутки в течение 3-5 недель, спиртовые растворы с резорцином, серой, салициловой и борной кислотами. Для улучшения ожидаемого результата от проводимой терапии с учетом выявленной гепатобилиарной патологии и заболеваний желудочно-кишечного тракта, подтвержденных лабораторно и инструментально, пациентам первой группы к традиционной терапии нами был дополнительно назначен эссенциальный фосфолипид «Фосфоглив» по 2 капсулы 3 раза в сутки.

Все больные проходили полное клинико-физикальное обследование, которое включало жалобы, анамнез жизни и заболевания, данные клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Трансформация качества жизни предполагала самостоятельную оценку респондентом своего физического, психического, социального и экономического благополучия. Оценка качества жизни осуществлялась методом анкетирования. Все пациенты были подвергнуты анкетированию по выбранной нами методике включающей: тест Айзенка экстраверсия(ТАЭ), интроверсия(ТАИ), нейротизм(ТАН), тест Тейлора, шкала реактивности и личностной тревожности(ШРТ), дерматологический индекс качества жизни(ДИКЖ).

Перед началом лечения и после окончания терапии проводилась оценка биохимических показателей крови: определение общего белка, альбумина, холестерина, общего билирубина, аланин- и аспартатаминотрансминаз (АЛТ и АСТ соответственно), гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТ), тимоловой пробы, каталазы; а так же исследование антиоксидантной системы включавшей: общую антиоксидантную активность (ОАА), супероксиддисмутазу (СОД), МДА (малоновыйдиальдегид), ацилгидроперекись (АГП).

Достоверность различий определяли с использованием критерия Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при достигнутом уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. При изучении психоэмоционального статуса больных розацеа практически у всех обследованных выявлены расстройства различной степени тяжести. Нами были отмечены высокие показатели по шкалам эмоциональной лабильности, сенситивности, агрессивности и нейротизма. Результаты, полученные нами после проведения анкетирования больных и здоровых, представлены в табл. 1, из которой видно, что после проведенного лечения, в схему которого был включен Фосфоглив, показатели ТАЭ, ТАИ, тест Тейлора, ШРТ, ДИКЖ, значительно снизились.

Эти факты объясняются тем, что психо-эмоциональное состояние пациентов с заболеваниями кожи, локализующимися на лице и способствующими возникновению обезображивающего косметического дефекта в максимальной степени подвержено изменениям, абсолютно совпадающим с изменениями локального статуса. В некоторых исследованиях, включающих изучение особенностей психоэмоциональной сферы пациентов с розовыми угрями и проведение детализации психоневротических расстройств так же отмечают высокие показатели по шкалам и эмоциональной лабильности, и сенситивности, и агрессивности и нейротизма. Кроме того, у большинства пациентов по данным литературы отмечают высокие показатели, отражающие симпатикотонические вегетативные сдвиги в организме, сопутствующие тревожности (учащенное сердцебиение, приступы головокружения и слабости и т.д.). Следует отметить, что выраженность психоэмоциональных расстройств не имела прямой зависимости от степени тяжести розацеа.

При оценке эффективности адекватной терапии, авторы указывают на улучшение показателей психоэмоционального статуса, а в ряде случаев - нормализация исследуемых показателей [11]. Нами отмечено, что значения сдвигов дерматологических

индексов в первой группе были больше, чем во второй, что говорит о более выраженной положительной динамике розацеа у пациентов, принимавших Фосфоглив, по сравнению с динамикой течения заболевания у больных, получавших лечение по традиционной методике.

Таблица 1

Сдвиги дерматологических индексов у больных розацеа

№№ п.п.	Показатель	До лечения М ± m	I группа		II группа	
			После лечения М ± m	Сдвиг, %	После лечения М ± m	Сдвиг, %
1	ТАЭ	19,56±0,22	11,81±0,32	-40	17,46±0,23	-11
2	ТАИ	22,15±0,3	9,85±0,27	-56	14,42±0,27	-35
3	ТАН	22,58±0,34	12,77±0,31	-43	17,82±0,49	-21
4	Тест Тейлора	39,26±0,32	18,96±0,6	-52	31,24±0,47	-20
5	ШРТ	49,98±0,34	29,62±0,53	-41	44,28±0,54	-11
6	ДИКЖ	15,09±0,27	5,9±0,22	-61	8,4±0,19	-44
7	Σсдвигов, %			292		143

Примечание:

1. М±m – среднее значение показателя;
2. Сдвиг, % – изменение среднего значения показателя в сравнении с его величиной до лечения;
3. Σ сдвигов, % – величина суммы сдвигов без учёта знака сдвига.
4. Достоверность результатов исследования $p \leq 0,05$.

Далее нами было проведено исследование лабораторных показателей, установлены их средние значения и сдвиги цифровых значений данных показателей, в зависимости от проведенного лечения по отношению к группе до лечения.

Средние значения исследуемых лабораторных показателей отражены в табл. 2, из которой видно, что у больных розацеа имеются сдвиги, в ту или иную сторону, практически всех показателей. Аналогичные изменения в системе перекисного окисления липидов отмечают и другие исследователи.

Так, К.Н. Конторщиковой и соавт. описаны сведения о возможном участии нарушений баланса про- и антиоксидантной систем в патогенезе розацеа, что подтверждается нарушением показателей первичных и промежуточных продуктов, СОД, общей антиоксидантной активности плазмы, окислительной модификации белков [12]. О.А. Биткина указывает на повышение уровня СОД при различных формах розацеа [13]. Хотя в нашем исследовании наряду со значительными сдвигами показателей перекисного окисления, показатель супероксиддесмутаза на общем фоне изменился не так значительно.

Достоверно установлено, что у пациентов первой группы сдвиги по многим лабораторным показателям выше, чем во второй группе. Кроме того, после проведенного лечения с применением препарата Фосфоглив общая сумма сдвигов превысила в 2,5 раза сумму сдвигов группы получавшей традиционное лечение, что свидетельствует о высокой степени эффективности лечения розацеа с применением гепатопротектора Фосфоглив. На изменения, выявляемые в печени и желудочно-кишечном тракте указывает в своих исследованиях Г.Н. Тарасенко, при этом она утверждает, что коррекция указанных нарушений даёт хороший терапевтический эффект при розацеа [14]. После проведенного комплексного лечения наблюдалось значительное улучшение средних значений лабораторных показателей и показателей дерматологических индексов в первой группе, что говорит о более выраженной положительной динамике розацеа у пациентов, принимавших Фосфоглив.

Заключение. Таким образом, нами было установлено, что применение препарата Фосфоглив в комплексной терапии розацеа положительно влияет на общее состоя-

ние пациентов и локальный статус, тем самым нормализуя психоэмоциональное состояние и улучшая качество их жизни.

Таблица 2

**Средние значения лабораторных показателей
в первой и второй группе больных до и после лечения**

№ № п.п.	Показатель	До лечения	1 группа	Сдвиг, %	2 группа	Сдвиг, %
		М ± m	М ± m		М ± m	
1	Лейкоциты $\times 10^9/\text{л}$	13,82 ± 0,35	6,99 ± 0,18	-49*	10,72 ± 0,32	-22*
2	Эозинофилы, %	4,82 ± 0,15	2,86 ± 0,14	-41*	3,52 ± 0,21	-27*
3	Лимфоциты %	40,21 ± 0,32	31,50 ± 0,44	-22*	37,82 ± 0,47	-6*
4	СОЭ, мм/ч	20,65 ± 0,33	8,80 ± 0,37	-57*	14,92 ± 0,41	-28*
5	Общ.белок, г/л	79,95 ± 0,72	79,80 ± 1,66	0	83,20 ± 0,52	+4*
6	Альбумин	38,96 ± 0,53	39,99 ± 0,50	+3	41,47 ± 0,39	+6*
7	Глобулин α 1 %	4,71 ± 0,11	4,85 ± 0,15	+3*	5,15 ± 0,15	+9*
8	Глобулин α 2 %	7,68 ± 0,11	7,88 ± 0,15	+3	7,82 ± 0,15	+2
9	Глобулин β %	14,03 ± 0,49	11,07 ± 0,47	-21	13,95 ± 0,55	-1
10	Глобулин γ %	18,97 ± 0,37	16,64 ± 0,40	-12*	19,51 ± 0,28	+3
11	Холестерин, ммоль/л	5,59 ± 0,11	3,88 ± 0,11	-31*	4,85 ± 0,12	-13*
12	Общ.билирубин, мкмоль/л	19,97 ± 0,46	15,32 ± 0,51	-23*	19,13 ± 0,46	-4*
13	АЛТ, МЕ/мл	31,31 ± 0,84	27,78 ± 0,89	-11*	30,62 ± 0,90	-2
14	АСТ, МЕ/мл	30,18 ± 0,79	26,47 ± 0,92	-12*	30,48 ± 0,87	+1
15	ГГТ, МЕ	32,83 ± 0,86	20,56 ± 0,71	-37*	28,78 ± 0,82	-12*
16	Тимоловая проба	4,68 ± 0,15	2,11 ± 0,12	-55*	3,85 ± 0,18	-18*
17	Каталаза, мкат/мл	10,23 ± 0,16	18,55 ± 0,29	+81*	13,82 ± 0,22	+35*
18	Кортизол	278,35 ± 13,61	235,10 ± 16,2	-16*	277,88 ± 18,7	0
19	Общий тестостерон	7,71 ± 0,66	7,41 ± 0,94	-4*	7,17 ± 0,76	-7*
20	Эстрадиол	0,45 ± 0,05	0,50 ± 0,06	+11*	0,32 ± 0,05	-29*
21	ОАА, %	41,23 ± 0,46	50,99 ± 0,74	+24*	42,03 ± 0,40	+2
22	СОД, у.е./мл	12,23 ± 0,14	10,62 ± 0,17	-13*	10,63 ± 0,15	-13*
23	МДА, мкмоль/л	4,53 ± 0,71	2,58 ± 0,10	-43*	3,45 ± 0,07	-24*
24	АГП, у.е.	0,63 ± 0,02	0,24 ± 0,74	-62*	0,55 ± 0,02	-13*
26	Σсдвигов, %			634		259

Примечание:

- 1.* - статистически значимые сдвиги;
2. достоверность результатов исследования статистически значимых данных $p \leq 0,05$;
3. $M \pm m$ – среднее значение показателя;
4. сдвиг, % - изменение среднего значения показателя в сравнении с его величиной до лечения;
5. Σ сдвигов, % - величина суммы сдвигов без учёта знака сдвига.

Список литературы

1. Шварц, Н.Е. Качество жизни больных угревой болезнью и его изменение вследствие проведения различных видов терапии/ Н.Е. Шварц, Л.В. Силина, В.А. Лазаренко // Курский науч.-практ.вестник «Человек и его здоровье» 2008;1: 91-96.

2. Юцковская, Я.А. Обоснование патогенетической терапии при акнеподобных дерматозах, осложненных клещевой инвазией *Demodex folliculorum*. / Я.А. Юцковская, Н.В. Кусая, С.Б. Ключник // Клиническая дерматология и венерология 2010; 3: 60-63.
3. К вопросу об истории и комплексном лечении розацеа. / Ю.С. Егорова [и др.] // Клиническая дерматология и венерология 2009; 3: 80-84.
4. Современные представления о патогенезе и лечении розацеа. / А.М. Лалаева [и др.] // Клиническая дерматология и венерология 2003; 2: 29-34.
5. Черкасова, М. В. Эглонил в патогенетической терапии розацеа / М. В. Черкасова, Ю. В. Сергеев // Вестник дерматологии и венерологии 1995; 5: 40-43.
6. Абрагамович, Л.Е. Состояния гастродуоденальной и гепатобилиарной систем у больных розацеа, аллерго и системными дерматозами. / Л.Е. Абрагамович, А.У. Лаврик // Актуальные вопросы практической медицины. Тезисы докладов научной практической конференции; 1990 Сентябрь. 20-21; Львов; 1990.
7. Адашкевич, В.П. Акне вульгарные и розовые. / В.П. Адашкевич // Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2005. с 160.
8. Терапия розацеа / М.И. Курдина [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии 1998; 4: 16-20.
9. Довжанский, С.И. Качество жизни – показатель состояния больных хроническими дерматозами. / С.И. Довжанский // Вестник дерматологии и венерологии 2001; 3: 12-14.
10. Фосфоглив в терапии ряда дерматозов. РМЖ / Ю.С. Бутов [и др.] // 2006; 5: 123-125.
11. Захарова, Е.Е. Опыт применения Пиразидола в комплексной терапии больных розовыми угрями. Тезисы докладов научной практической конференции Национального альянса дерматологов и косметологов. 2008 Апрель; / Е.Е. Захарова, Л.В. Силина // Ростов-на-Дону; 2008.
12. Уровень окислительного стресса у больных розацеа и обоснование терапевтического применения озono-кислородной смеси. / К.Н. Конторщикова [и др.] // Клиническая лабораторная диагностика. 2010;
13. Применение медицинской озono-кислородной смеси в практике дерматолога / О.А. Биткина [и др.] // Медицинский альманах 2010; 2: 317-321.
14. Тарасенко, Г.Н. Роль патологии пищеварительного тракта и печени в патогенезе розацеа. Российский журнал кожных и венерических болезней / Г.Н. Тарасенко, Е.С. Васильева, С.А. Белякин // 2010; 1: 54-57.

ASSESSMENT OF THE CLINICAL EFFICACY OF THE ADMINISTRATION OF FOSFOGLIV IN COMPLEX THERAPY OF PATIENTS WITH ROSACEA

**O.V. KOBCEVA¹, L.V. SILINA¹,
S.M. YATSUN², N.G. FILIPPENKO¹, A.E. PULIKOV¹, D.S. SUMINA¹,
E.V. PISMENNAYA¹**

¹⁾ *Kursk State Medical University*

²⁾ *Kursk State University*

e-mail: *evpismennaya@yandex.ru*

We observed 110 patients with rosacea and indicated a transformation of a life quality by using specific scales, questionnaires and indexes. A significant decrease of the components of life quality index has been revealed. By using point system while estimating the results of our research we have revealed the most common psychoemotional disorders. The authors established that the administration of Phosphogliv results in a considerable improvement of the course of rosacea and reduction in the activity of the inflammatory process contributing to the normalization of the lipid composition of the blood serum at the expense of the lipotropic and membrane stabilizing action.

Key words: rosacea, pink acne, Fosfogliv, psychoemotional disorders.