Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра дерматовенерологии имени профессора В.И.Прохоренкова с курсом косметологии и ПО

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент Карачева Ю. В

Реферат по теме :

Розацеа

Выполнила:ординатор 1 года ФИО:Уманская Лея Аркальевна

Красноярск, 2022г.

Содержание

Содержание

1.Определение ……..……………………………………….……………......4

2.Этиология и патогенез ……………………………………………………..5

3.Клиническая картина ……………………………………………………....6

4.Лечение ……………………………………………………….…..……….14

5.Дифференциальная диагностика………………………………………………………………......15

6.Список литературы…………………………………………......................16

1**.Определение**

Розацеа - распространенное неинфекционное хроническое воспалительное заболевание кожи лица, в основе развития которого преобладают ангионевроз, иммунные нарушения, характеризующееся развитием эритемы, телеангиэктазий, папул, пустул, а в ряде случаев поражением глаз, формиро- ванием фимы. Показатели заболеваемости розацеа варьируют в широких пределах: так, встречаемость данного заболевания в Европе и США варьирует от 1 до 20%. Согласно результатам исследования RISE (2015), распространенность розацеа в России составляет 5%. Наиболее часто розацеа диагностируется среди лиц с 1 и 11 фототипом, преимущественно североевропейского и кельтского происхождения, значительно реже — у афроамериканцев и азиатов, что может указывать на генетический фактор, обусловливающий развитие данного заболевания. Об этом свидетельствует и тот факт, что большинство афроамериканцев, страдающих розацеа, имеют предка североевропейского происхождения. На частоту заболевания влияют и гендерные различия: соотношение женщин и мужчин, больных розацеа, составляет 1,5-2,0:1,0.  
Доказана генетическая составляющая, при этом риск развития повышается более чем в 4 раза, если диагностирована розацеа у лиц первой степени родства. Генетический анализ демонстрирует потенциальную значимость полиморфизма в гене Ѕ-трансферазы глутатиона (GST), где обнаружены нуклеотидные генотипы GSTT1 и GSTM1. Поскольку GST кодирует фермент, необходимый для каталитического восстановления активных

форм кислорода, полиморфизм в GST может приводить к выраженному окислительному стрессу и влиять на патогенез розацеа. Также у пациентов с розацеа была обнаружена генетическая предрасположенность к переносу полиморфного варианта rs3733631 в генах рецептора тахикинина TACR3, который близко располагается к локусу гена TLR2 при 4q25. Поэтому разумно предположить, что полиморфизм в TACR3 может быть вовлечен в развитие розацеа путем повышения экспрессии TLR2. Были выявлены три основных аллеля главного комплекса гистосовместимости 2-го класса: HLA-DRB1, HLA-DQB1 и HLA-DQA1, которые связаны с розацеа. Анализ транскриптомных профилей наряду с количественным методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией показал, что клинические подтипы розацеа имеют определенные профили генов, которые отличаются от здоровой кожи.

Кожа у пациентов с розацеа - своеобразный «проводник», реагирующий на провоцирующие факторы, которые обычно не вызывают развития иммунологической и/или воспалительной реакции у людей без розацеа. Основными триггерными факторами при розацеа являются УФ-облучение; высокая или низкая температура, метеоусловия (влажность, ветер); острая и горячая пища; алкоголь; эмоциональные стрессы; физическое перена- пряжение; ряд средств ухода за кожей, содержащих этанол, цин- намальдегид.  
Ключевыми факторами в развитии дерматоза являются генетически детерминированное нарушение нейрососудистой регуляции и повышенная иммунная реактивность кожи. Под воздействием различных экзогенных (УФ-А/УФ-В, высокие или низкие температуры, этанол, формалин, капсаицин и др.) и эндогенных (антигены Demodex (D. folliculorum/D. brevis) триггерных факторов у пациентов с определенной генетической предрасположенностью происходит активация системы врожденного (кателицидин-калликреиновая система, Толл-подобные рецепторы) и адаптивного (Т-клеточное звено) иммунитета. Дальнейшее развитие воспаления связано с секрецией клетками дермы (кератиноцитами, лейкоцитами, гистиоцитами, тучными клетками) воспалительных протеаз , калликреинкиназы.

**2.Этиология и патогенез**

Розацеа представляет собой ангионевроз, локализующийся преимущественно в зоне иннервации тройничного нерва и обусловленный различными причинами, которые можно объединить в следующие группы: сосудистые нарушения; изменения в соединительной ткани дермы; микроорганизмы; дисфункция пищеварительного тракта; иммунные нарушения; изменения сально-волосяного аппарата; оксидативный стресс; климатические факторы; психовегетативные расстройства. В развитии розацеа определенную роль играют такие факторы, как конституциональная ангиопатия; эмоциональные стрессы; нарушения гормонального равновесия; воздействие химических агентов.

К триггерным факторам относят инсоляцию, стрессы, влияние метеорологических и производственных условий, связанных с длительным воздействием высоких и, реже, низких температур (работа на открытом воздухе, в т.н. горячих цехах, профессиональное занятие зимними видами спорта), а также диету с употреблением большого количества горячей пищи и напитков, экстрактивных, тонизирующих веществ и специй, злоупотребление алкоголем .

В последние годы большое внимание уделяется роли кателицидинов в развитии розацеа. Кателицидины – семейство многофункциональных белков, которые обеспечивают защиту первой линии в коже против инфекционных агентов, влияя на местные воспалительные реакции и ангиогенез путем непосредственного воздействия на эндотелиоциты и иммунитет. У больных розацеа в коже лица в 10 раз повышен уровень кателицидинов и в 10 000 раз в роговом слое повышен уровень протеаз, которые активируют кателицидины . Lacey и соавт. (2007) была выделена бактерия (Bacillus oleronius) из клеща рода Demodex, которая, воздействуя на пептиды, стимулирует воспалительные реакции у больных папулопустулезной розацеа . В патогенезе пустулезной и глазной розацеа имеет этиологическое значение эпидермальный стафилококк, что, возможно, связано с реализацией его патогенных свойств из-за повышения температуры лица вследствие расширения сосудов . Обсуждается также взаимосвязь розацеа с Helicobacter pylori.

**Эпидемиология заболевания**

Заболевание чаще развивается у лиц женского пола в возрасте 30-50 лет, имеющих определенную генетическую предрасположенность к транзиторному покраснению кожи лица, реже – шеи и, так называемой, зоны «декольте». Считают, что дерматозу чаще подвержены лица 1 и 2 фототипов, однако заболевание может встречаться при любом фототипе кожи. В странах Европы распространенность розацеа составляет от 1,5% до 10%, в России – 5%

**3.Клиническая картина**

Течение заболевания хроническое, с выраженной стадийностью клинических проявлений. Высыпания, как правило, локализуются на коже лица и располагаются преимущественно центральной его части .

Эритематозно-телеангиэктатический подтип розацеа характеризуется возникновением сначала транзиторной, а затем – стойкой эритемы. Характерно усиление транзиторной эритемы приливами. Цвет эритемы может варьировать от ярко-розового до синюшно-красного, в зависимости от продолжительности болезни. На фоне эритемы постепенно формируются телеангиэктазии в области щек и крыльев носа и отечность кожи. Большая часть пациентов предъявляет жалобы на ощущения жжения и покалывания в области эритемы. Характерна повышенная чувствительность кожи к наружным препаратам и ультрафиолетовому облучению.

Папуло-пустулезный подтип также характеризуется эритемой и телеангиэктазиями, которые выражены меньше, чем при I подтипе. Приливы не характерны. Обнаруживают полушаровидные ярко-красного цвета милиарные папулы, а также акнеиформные папуло-пустулы, склонные к слиянию в бляшки. Высыпания безболезненные при пальпации, они характеризуются яркой красной окраской и перифолликулярным расположением. Шелушение обычно отсутствует. Возможно формирование стойкого отека в участках распространенной эритемы, что чаще встречается у мужчин.

Фиматозный, или гипертрофический тип характеризуется значительным утолщением ткани и неравномерной бугристостью поверхности кожи носа (ринофима), реже – подбородка (гнатофима), лба (метафима), ушных раковин (отофима) или век (блефарофима).

Глазной подтип, или офтальморозацеа. Выявляют телеангиэктазии в области конъюнктивы и ресничного края века. Клиническую картину часто сопровождают рецидивирующие халязион и мейбомиит. Офтальморозацеа может иногда осложняться кератитом, склеритом и иритом. Глазные симптомы сопровождают кожные проявления, но в ряде случаев могут опережать кожную симптоматику. Пациенты предъявляют жалобы на жжение, зуд, светобоязнь, ощущение инородного тела, а также покраснение глаз. Гранулематозная розацеа. Характеризуется плотными, желтоватыми, коричневатыми или красноватыми папулами, размером 2-4 мм в диаметре, которые после разрешения могут оставлять рубчики. Эритема при этом варианте выражена существенно меньше, чем при классической розацеа. Преимущественная локализация – щеки и периорифициальная область. При диаскопии папулы приобретают желтоватый цвет (положительный симптом «яблочного желе»).

**4.Диагностика**

Для диагностики розацеа дополнительные лабораторные исследования не показаны. Не рекомендуется применять микроскопию с целью обнаружения Demodex spp. и микроорганизамов и посев содержимого пустул для диагностики розацеа .

Инструментальные диагностические исследования: не применяются

Иные диагностические исследования

- Рекомендуется консультация врача-офтальмолога целью уточнения объема и характера дополнительного обследования при офтальморозацеа и при осложненной офтальморозацеа с целью лечения

- Рекомендуется консультация врача-гастроэнтеролога с целью уточнения объема и характера дополнительного обследования.

**5.Лечение**

При ведении пациентов с розацеа конечной целью терапии является максимально полная ремиссия дерматоза. Достижение этой цели позволяет добиться большей удовлетворенности пациентов лечением и увеличить безрецидивный период.

-Рекомендуется для лечения эритемато-телеангиэктатического, папулопустулезного, глазного подтипов и гранулематозной розацеа антибактериальные препараты системного применения:

Доксициклин 100-200 мг в сутки перорально в течение 14-21.

- Рекомендуется для лечения эритемато-телеангиэктатического, папулопустулезного, глазного подтипов и гранулематозной розацеа системные ретиноиды (при тяжелой, резистентной к лечению розацеа):

изотретиноин 0,1-0,3 мг на кг массы тела перорально 1 раз в сутки после еды в течение 4-6 месяцев .

Перед назначением препарата и на протяжении всего курса

лечения обязателен ежемесячный контроль биохимических показателей крови (общий билирубин, АЛТ, АСТ, триглицериды, общий холестерин, глюкоза, креатинин, щелочная фосфатаза).

Препарат является потенциальным тератогеном и обладает побочными

При эритемато-телеангиэктаической розацеа лицам в возрасте

старше 40 лет, с частыми обострениями заболевания или у которых базовый кровоток в области розацеа и непораженной кожи лица изначально выше нормальных показателей

белладонны алкалоиды + фенобарбитал + эрготамин по 1 таблетке перорально 2 раза в сутки в течение 4 недель.

При эритемато-телеангиэктатической розацеа лицам моложе 40

Лет ксантинола никотинат 300 мг перорально 2 раза в сутки в течение 4 недель .

Наружное лечение является предпочтительным для всех типов розацеа, за

исключением гипертрофического, при котором наиболее эффективными оказываются хирургическое лечение и системные синтетические ретиноиды.

Наружная терапия пацинетам с розацеа:

-ивермектин, крем 1% наносят на кожу лица 1 раз в сутки (на ночь) ежедневно на протяжении всего курса лечения папуло-пстулезного подтипа розацеа – до 4-х месяцев.

-бримонидина тартрат, гель 0,5%, небольшоеколичество геля тонким слоем наносят на кожу каждой из 5 зон лица (лоб, подбородок,

нос, щеки) 1 раз в сутки (утром) для лечения стойкой эритемы лица при розацеа .

-0,5% гель бримонидинатартрата эффективен при длительной терапии пациентов, по крайней мере, в течение 12 месяцев с приемлемым профилем безопасности . Средняя продолжительность лечения составляет 3-4

месяца. Одновременная комбинированная наружная терапия ивермектином 1 раз в сутки (на ночь) и бримонидинатартратом 1 раз в сутки (утром), у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением папулопустулезной розацеа, позволяет достичь оптимального результата лечения

-метронидазол, гель 0,75%, крем 1% наносят на предварительно очищенную кожу тонким слоем 2 раза в сутки, утром и вечером, в течение 3-9 недель.

Нанесение крема и геля можно чередовать. Средняя

продолжительность лечения составляет 3-4 месяца.

-азелаиновая кислота\*\*, крем 15%, гель наносят на все пораженные участки кожи и слегка втирают 2 раза в сутки (утром и вечером).

-клиндамицина фосфат, гель 1% или клиндамицина гидрохлорид, раствор для

наружного применения 1%. Тонкий слой геля или раствора наносят на пораженную область кожи, предварительно очищенную и сухую, 2 раза в день. Курс лечения не более 6–8 недель

-такролимус, мазь 0,03%, 0,1 % наносят тонким слоем на пораженные участки кожи. Такролимус при папулопустулезной розацеа приводит к

уменьшению эритемы, но не папулопустулезных высыпаний: 0,03 % или 0,1 % такролимус в виде мази, а также 1% пимекролимус в виде крема эффективны при стероидной зависимости.

Лечение необходимо начинать с применения мази 0,1% 2 раза в сутки и

продолжать до полного очищения очагов поражения. По мере улучшения состояния кожи уменьшают частоту нанесения мази или переходят на использование мази 0,03%. Как правило, улучшение наблюдается в течение одной недели с момента начала терапии. В случае повторного возникновения симптомов заболевания следует возобновить лечение с использованием мази 0,1% 2 раза в сутки. По мере улучшения состояния кожи следует

снизить частоту применения препарата, либо использовать мазь 0,03%. Если признаки улучшения на фоне терапии отсутствуют в течение двух недель, следует рассмотреть вопрос о смене терапевтической тактики.

-пимекролимус, крем 1% наносят тонким слоем на пораженные участки кожи

-бензоилпероксид, 2,5-5-10% гель равномерно наносить на пораженную

поверхность 2 раза в сутки (утром и вечером) на чистую сухую кожу Терапевтический эффект развивается после 4 недель лечения,

стойкое улучшение после 3-х месячного курса лечения .

Для лечения фиматозного подтипа розацеа системные ретиноиды:

изотретиноин 0,1-0,3 мг на кг массы тела перорально 1 раз в сутки после еды в течение 4-6 месяцев.В основе лечебных мероприятий лежит обеспечение адекватного ежедневного ухода за кожей и солнцезащитных средств.

Хирургическое лечение

Хирургическое иссечение, лазерная дермабразия при лечении

фиматозного подтипа розацеа.

Физиотерапевтическое лечение:

источники некогерентного интенсивного светового излучения (IPL) и диодные, калий-титанил-фосфатный (КТР), александритовые, и, наиболее современные, длинноимпульсные неодимовые лазеры на аллюмо-итриевом гранате (Nd:YAG-лазеры)

Всем пациентам с розацеа криотерапия, с целью противовоспалительного, сосудосуживающего, антидемодекозного действия. Процедуру проводят 2-3 раза в неделю, на курс 10 процедур.

**6.Дифференциальную диагностику проводят:**

заболевание необходимо дифференцировать с вульгарными угрями, периоральным дерматитом, красной волчанкой, дерматомиозитом, туберкулезной волчанкой, саркоидозом.

**Список литературы**

1.Кожные и венерические болезни под редакцией О.Ю.Олисовой. 2019 г.

2. Кожные и венерические болезни :

Справочник: Под ред. О.Л.Иванова. М: Медицина 1997 г.

3.Дерматовенерология.Национальное руководство. М. ГЭОТАР- Медиа,2011.

4. Рецептурно-терапевтический справочник дерматовенеролога. М.: Алмаз, 2004.

5.Tan J; ROSCO coauthors. Updating the diagnosis, classification and assessment of rosacea by effacement of subtypes: reply from the author. Br J Dermatol. 2017 Aug;177(2):598-599.