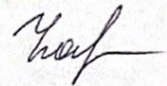


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Институт последипломного образования

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И.Прохоренкова

Заведующий кафедрой:
д.м.н., проф. Карачёва Юлия Викторовна



Реферат
Розацеа

Выполнила:
Ординатор 2 года обучения
Цих В.С.

Проверил:
д.м.н., проф. Карачёва Юлия Викторовна

Красноярск 2020

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

Институт последипломного образования

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. Проф. В.И. Прохоренкова

Рецензия д.м.н., проф. Карачевой Юлии Викторовны на реферат ординатора второго года обучения специальности Дерматовенерология Цих Викторией Сергеевны по теме:

«Розацея»

Основные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Дерматовенерология

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	<i>полож.</i>
2. Наличие орфографических ошибок	<i>полож.</i>
3. Соответствие текста реферата по его теме	<i>полож.</i>
4. Владение терминологией	<i>полож.</i>
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	<i>полож.</i>
6. Логичность доказательной базы	<i>полож.</i>
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	<i>полож.</i>
8. Круг использования известных научных источников	<i>полож.</i>
9. Умение сделать общий вывод	<i>полож.</i>

кар

Оглавление

Введение.....	4
Этиология и эпидемиология.....	4
Классификация.....	4
Клиническая картина.....	5
Диагностика.....	5
Дифференциальная диагностика.....	5
Список литературы.....	6

Введение :

Розацеа – хронический дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица в виде эритемы и папулопустулезных элементов.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

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-волосного 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.

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*.

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 заболеваемость розацеа составляет от 1,5% до 10%.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Выделяют 4 основных подтипа розацеа (соответствующих эритематозной, папулопустулезной, гипертрофической стадиям и офтальморозацеа в прежних классификациях) и один вариант – гранулематозную розацеа.

Подтипы розацеа:

подтип I – эритемато-телеангиэктатический;

подтип II – папуло-пустулезный;

подтип III – фиматозный;

подтип IV – глазной.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Эритемато-телеангиэктатический подтип розацеа характеризуется возникновением сперва транзиторной, усиливающейся приливами, а затем превращающейся в стойкую, эритемой, локализирующуюся преимущественно на щеках и боковых поверхностях носа. Цвет эритемы может варьировать от ярко-розового до синюшно-красного в зависимости от продолжительности болезни. На фоне эритемы у больных появляются телеангиэктазии различного диаметра и отечность кожи. Большая часть больных предъявляет жалобы на ощущения жжения и покалывания в области эритемы. Проявления заболевания усиливаются при воздействии низких и высоких температур, алкоголя, острой пищи и психоэмоционального напряжения. Характерна повышенная чувствительность кожи к наружным лекарственным препаратам и ультрафиолетовому облучению. Даже индифферентные кремы и солнцезащитные препараты могут вызывать усиление воспалительных проявлений.

Папуло-пустулезный подтип розацеа характеризуется аналогичной клинической картиной, однако больные, как правило, не отмечают субъективных ощущений со стороны эритемы, а предъявляют жалобы на папулезные высыпания. Высыпания характеризуются яркой красной окраской и перифолликулярным расположением. Отдельные папулы могут быть увенчаны небольшой округлой пустулой. Шелушение обычно отсутствует. Возможно формирование стойкого отека по месту распространенной эритемы, что чаще встречается у мужчин.

Фиматозный, или гипертрофический подтип розацеа характеризуется значительным утолщением ткани и неравномерной бугристостью поверхности кожи. Возникновение таких изменений на коже носа называют ринофимой, на коже лба - метафимой, на коже подбородка - гнатофимой, на коже ушных раковин (бывают монолатеральными) – отофимой. Значительно реже процесс распространяется на кожу век (блефарофима). Различают 4 гистопатологических варианта шишковидных образований: glandулярный, фиброзный, фиброангиоматозный и актинический.

Окулярный подтип или офтальморозацеа клинически преимущественно представлен сочетанием блефарита и конъюнктивита. Клиническая картина заболевания часто сопровождается рецидивирующим халязионом и мейбومیитом. Нередко наблюдаются конъюнктивальные телеангиэктазии. Жалобы пациентов неспецифичны, часто отмечаются жжение, зуд, светобоязнь, ощущение инородного тела. Офтальморозацеа может осложняться кератитом, склеритом и иритом, но на практике такие изменения встречаются редко. В редких случаях развитие глазных симптомов опережает кожную симптоматику.

Гранулематозную розацеа рассматривают как вариант розацеа, характеризующийся плотными, желтыми, коричневыми или красными папулами, которые по разрешении могут оставлять рубцы. При этом состоянии воспалительная реакция выражена существенно меньше, чем при классической розацеа или может быть совсем незначительной. Преимущественная локализация заболевания - щеки и периорифициальная область. Размеры папул варьируют, однако у одного больного они одинаковы. Данный вариант заболевания можно заподозрить при диаскопии: папулы, располагающиеся на фоне

эритемы, желтят. Однако для постановки окончательного диагноза необходимо провести гистологическое исследование [1, 16].

Для практической работы также важно определять тяжесть течения каждого из подтипов (таблицы 1-4) [1-3].

Таблица 1.

Характеристика тяжести течения эритемато-телеангиэктатического подтипа

Клинические проявления	Легкое течение	Среднетяжелое течение	Тяжелое течение
Эритема	Незначительная, сначала нестойкая, позднее - стойкая	Умеренная стойкая	Выраженная
Приливы (эпизоды внезапного покраснения)	Редкие	Частые	Частые продолжительные
Телеангиэктазии	Мелкие, едва заметные	Заметные	Множественные заметные

Таблица 2.

Характеристика тяжести течения папулопустулезного подтипа

Легкое течение	Среднетяжелое течение	Тяжелое течение
Малое количество папул/пустул	Умеренное количество папул/пустул	Множественные папулы/пустулы, могут сливаться в бляшки

Таблица 3.

Характеристика тяжести течения фиматозного подтипа

Легкое течение	Среднетяжелое течение	Тяжелое течение
Легкая эритема Незначительный отек Расширенные устья сально-волосяного аппарата («поры»)	Умеренная эритема Умеренный отек и увеличение носа Умеренная гиперплазия тканей носа	Выраженная эритема Выраженное увеличение носа Значительное разрастание тканей носа

Таблица 4.

Характеристика тяжести течения окулярного подтипа

Легкое течение	Среднетяжелое течение	Тяжелое течение
Незначительные сухость / зуд Незначительная конъюнктивальная инъекция	Жжение/пощипывание Блефарит, халазион или гордеолум Умеренная конъюнктивальная инъекция	Боль/светобоязнь Выраженный блефарит, эписклерит Конъюнктивальная и перикорнеальная инъекция

ДИАГНОСТИКА

Единственным критерием диагностики розацеа является стойкая эритема центральной части лица, существующая в течение как минимум 3 месяцев, без поражения периокулярных участков. Такие симптомы, как приливы, папулы, пустулы и

телеангиэктазии являются дополнительными признаками, не обязательными для постановки диагноза.

Критерии диагностики розацеа у взрослых

Основные:

- нестойкая эритема;
- стойкая эритема;
- телеангиэктазии;
- папулы/пустулы.

Дополнительные:

- жжение / покалывание / отек лица;
- сухость кожи лица;
- воспалительные бляшки;
- «глазные» симптомы;
- формирование фиматозных изменений.

Для диагностики заболевания необходимо наличие как минимум двух критериев [1].

Розацеа у детей наблюдается редко и выявляется у представителей 1-2 фототипов. У детей длительность покраснения лица свыше 30 минут после школьных физических нагрузок расценивается как риск развития розацеа в более старшем возрасте.

Критерии диагностики розацеа у детей:

- рецидивирующая или постоянная эритема;
- телеангиэктазии;
- папулы и пустулы без комедонов;
- преимущественная локализация на выступающих участках лица;
- поражение глаз (один из следующих признаков: рецидивирующий халазион, гиперемия, кератит) [1, 17].

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальная диагностика розацеа проводится с истинной полицитемией, болезнями соединительной ткани, карциноидом и мастоцитозом. Кроме того, необходимо дифференцировать розацеа с периоральным (розацеаподобным) или стероидным дерматитом и контактными дерматитами, в том числе и фотодерматитом.

Список литературы: 1. Самцов А.В. «Акне и акнеформные дерматозы» Монография. // М.ООО «ЮТКОМ», 2009.- 288с.: ил.;

2. Поткаев Н.Н., Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В., Красносельских Т.В., Михеев Г.Н., Ткаченко С.Б. «Акне и розацеа» // М.: «Издательство БИНОМ», 2007.-216с.,ил.;

3. «Розацеа. Учебно-методическое пособие» А. П.МУЗЫЧЕНКО// Минск БГМУ 2014;

4. «Розацеа: диагностика и лечение» А.А. Кубанова, Ю.Б. Махакова// Вестник дерматологии и венерологии 2015; (4): 27—35.