

РОЗОВЫЕ УГРИ. АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Хамидова Муслима Зухриддин кизи

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация: Розацеа (син.: розовые угри, красные угри, acne rosacea, gutta rosacea, cuperose, teleangiectasiasis faciei) является одним из распространенных дерматозов, заболеваемость которым колеблется от 0,5 до 10% и занимает 7-е место по частоте среди кожных заболеваний. Точная этиология розацеа до сих пор неизвестна, но, безусловно, заболевание является многофакторным, т. е. лежащая в его основе наследственная предрасположенность реализуется под воздействием множества внешних факторов. В статье рассмотрены вопросы эпидемиологии, патогенеза розацеа. Изложены особенности классификации, клинического течения, диагностики. Приведено подробное описание встречающихся клинических проявлений, дополненное иллюстрациями.

Ключевые слова: розацеа, эритема, телеангиэктазии, клещи Demodex, ринофима, розацеаподобные заболевания.

ACNE ROSE

Khamidova Muslima Zuhriddin kizi

Andijan State Medical Institute

Abstract: Rosacea (syn.: rosacea, acne rosacea, acne rosacea, gutta rosacea, cuperose, teleangiectasiasis faciei) is one of the most common dermatoses, the incidence of which ranges from 0.5 to 10% and occupies 7% of the local diseases. The exact etiology of rosacea is still unknown, but, of course, the disease is multifactorial, that is, the hereditary predisposition underlying it is realized under

the influence of many external factors. The article deals with the issues of epidemiology, pathogenesis of rosacea. The features of classification, clinical course, diagnosis are outlined. A detailed description of the occurring clinical manifestations, supplemented by illustrations, is given.

Keywords: rosacea, erythema, telangiectasias, Demodex mites, rhinophyma, rosacea-like diseases.

ВВЕДЕНИЕ

Клинические и гистологические характеристики розацеа остаются плохо изученными, несмотря на то, что розовые угри являются относительно распространенным дерматозом. Не существует никакого лабораторного теста, который может легко подтвердить диагноз розацеа. Кроме того, представление, что некоторые заболевания «родственны» розацеа, основано на клиническом сходстве, а не на научных доказательствах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Термин «розацеа» охватывает совокупность симптомов и признаков, к которым относятся стойкая эритема лица, телеангиэктазии, воспалительные узелки и гнойнички, частые приливы к лицу, не оставляющий ямок отек на лице, воспаление глаз различного типа, фиматозные изменения, главным образом носа, а также ушей, лба, подбородка, век. Некоторые авторы различают розацеа фульминанс, характеризующуюся стремительным появлением узелков и пустул, накладывающихся на эритему лица, иногда с лихорадкой, и розацеа конглобата, когда наблюдаются воспалительные кисты на лице с последующим рубцеванием. Однако отнесение этих симптомокомплексов к розацеа спорно, и немало авторов считают их в большей степени родственными обыкновенным угрям. Стойкие красно-коричневые узелки на лице с характерной гранулематозной гистологией без казеозного некроза называют гранулематозной розацеа, в то время как частые приливы к лицу и легко раздражимую кожу лица относят к «прерозацеа». Включение вышеперечисленного неоднородного спектра клинических

проявлений в характеристику розацеа затрудняет понимание патогенеза этого заболевания [1].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Таблица 1. Патогенетические гипотезы розацеа

Теория	Объяснение
Аномалии врожденного иммунного ответа	<ul style="list-style-type: none"> • Врожденный иммунный ответ защищает от микробной инфекции, не требуя специфического распознавания патогенного раздражителя • Активация врожденного иммунитета ведет к секреции цитокинов и противомикробных молекул, например пептида кателицидина • При розацеа имеется повышенная регуляция кателицидина и процессинга сериновой протеазы, что говорит о дисфункции системы врожденного иммунитета
Ультрафиолетовое излучение (УФИ)	<ul style="list-style-type: none"> • Установлено, что воздействие УФИ: <ul style="list-style-type: none"> – стимулирует ангиогенез – увеличивает выработку химически активных частиц кислорода, что приводит к повышенной регуляции матриксных металлопротеиназ • Матриксные металлопротеиназы повреждают кровеносные сосуды и основное межклеточное вещество дермы
Сосудистые изменения	<ul style="list-style-type: none"> • При розацеа наблюдается усиление кровотока в пораженной коже • Пациенты с розацеа краснеют легче в ответ на тепло по сравнению с контрольными группами • Наблюдается повышенная экспрессия VEGF* и маркеров эндотелия лимфатических сосудов, что говорит о стимуляции эндотелиальных клеток кровеносных и лимфатических сосудов
Дисфункция эпидермального барьера	<ul style="list-style-type: none"> • Усиленная трансэпидермальная потеря воды • Сниженный порог раздражимости кожи • Наблюдается как при эритематозно-телеангиэктатической, так и при папуло-пустулезной форме розацеа
Нейрогенное воспаление	<ul style="list-style-type: none"> • Сенсорные нервы секретируют нейромедиаторы в местах воспаления, приводя к вазодилатации, экстравазации плазменных белков и рекрутированию клеток воспаления • Точные механизмы не вполне понятны
Микробы	<ul style="list-style-type: none"> • Клещи <i>Demodex (folliculorum and brevis)</i>, которые являются комменсалами нормальной кожи, обнаруживаются в больших количествах у пациентов с розацеа • Инвазия <i>Demodex</i> связана со значительным перифолликулярным инфильтратом преимущественно с CD4+ Т-хелперными клетками

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Предположительно стафилококковая микрофлора играет роль в патогенезе розацеа |
|--|--|

Точный патогенез розацеа неизвестен. Вероятно, со временем будет установлено, что заболевание, известное на сегодняшний день как розацеа, включает в себе несколько похожих, возможно родственных, но различных клинических состояний, каждое с самостоятельным преобладающим патогенетическим механизмом. Некоторые значимые для розацеа факторы перечислены в таблице 1. Чаще всего розацеа наблюдается у лиц европеоидной расы и у лиц со светлой, чувствительной к солнечному свету кожей, т. е. с фототипами I и II. Возможно, существует генетическая предрасположенность к этому заболеванию, т. к. 10–20% пациентов сообщают о семейном анамнезе розацеа. Эпидемиологические исследования показывают, что эритематозно-телеангиэктатическая розацеа, возможно, связана с воздействием ультрафиолетового излучения и фотоповреждением. Установлено, что воздействие ультрафиолетового излучения спектра В стимулирует ангиогенез и увеличивает секрецию VEGF кератиноцитами.

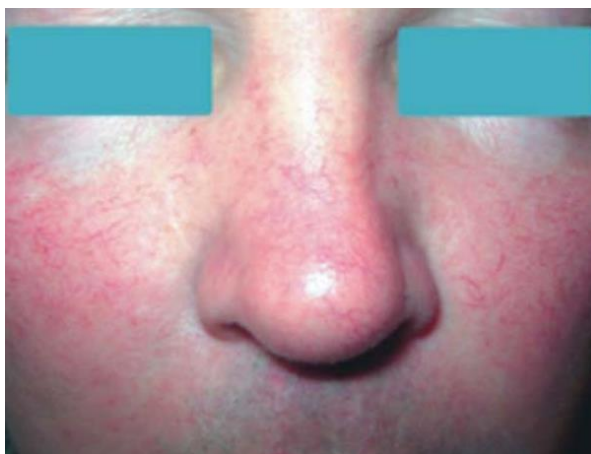


Рис. 1. Эритематозно-телеангиэктатическая розацеа, поражающая щеки и нос

Пациенты с розацеа часто рассказывают о симптомах жжения сухости на лице. Исследования подтвердили сниженный порог раздражимости кожи у пациентов с розацеа. Это может происходить из-за дисфункции эпидермального барьера, при которой увеличивается трансэпидермальная

потеря воды у пациентов с розацеа. Кроме того, предполагается, что повреждение или патология рогового слоя приводит к пенетрации сенсорных раздражителей, что и вызывает чувство жжения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вывод неутешителен: эффективного лечения данной патологии не существует, хотя сообщалось, что длительные курсы изотретиноина в низких дозах помогают отдельным пациентам и что аналогичный эффект имеют антигистаминные препараты для системного применения. Jansen и Plewig [5] предложили схему лечения, включающую изотретиноин в дозе 0,1–0,2 мг/кг в день в течение 2–4-х месяцев, которые можно комбинировать с кетотифеном в дозе 1–2 мг в день и антигистаминным средством.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Rook's Textbook of dermatology, eighth edition, edited by Tony Burns, Stephen Bre- athnach, Neil Cox and Christopher Griffiths in four volumes. Willey-Blackwell, 2010.
2. Dermatology, third edition, 2-volume set, edited by Jean L. Bologna MD, Joseph L. Jo- rizzo MD, Julie V. Schaffer. Elsevier, 2012.
3. Pediatric dermatology, fourth edition, 2-volume set, edited by Lawrence A. Schachner, Ronald C. Hansen. Mosby, 2011.
4. Braun-Falton's Dermatology, Third Edition, Springer Medizin Verlag, 2019.