

**Л. А. Мрочко, Д. А. Мазуркевич**  
**КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОЗАЦЕА И**  
**СПОСОБЫ ТЕРАПИИ**

*Научный руководитель: канд. мед.наук, доц. А. П. Музыченко,  
Кафедра кожных и венерических болезней,  
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

***Резюме.** Розацеа является характерным кожным заболеванием с разнообразными клиническими проявлениями, начиная от сосудистой гиперреактивности лица, до гиперплазии сальных желез. Многие теории о патофизиологии розацеа были предложены за последнее десятилетие, однако патогенез изучен мало.*

***Ключевые слова:** розацеа, патогенез, Demodex, лечение.*

***Resume.** Rosacea is a characteristic cutaneous disorder with a diverse clinical manifestations ranging from facial vascular hyper-reactivity to sebaceous gland hyperplasia. Many theories on pathophysiology of rosacea were proposed over the past decade, however the pathogenicity is poorly understood.*

***Keywords:** rosacea, pathogenesis, Demodex, treatment.*

**Актуальность.** Розацеа – мультифакторное заболевание преимущественно кожи лица с хроническим, прогрессирующим течением, стадийностью клинических проявлений и рефрактерностью к проводимой терапии [1, 2, 3].

Данное заболевание вызывает развитие психопатологических расстройств у больных и значительно снижает самооценку пациентов и, как следствие, качество их жизни; приводит к снижению социального статуса; негативно отражается на профессиональной деятельности больных [4].

Также розацеа интересна для современной дермато-косметологии из-за неясной этиологии и недостаточно изученного патогенеза в связи с отсутствием гистологических и серологических маркеров заболевания [5].

**Цель:** на основании клинических данных и данных анамнеза пациентов выявить наиболее часто встречающиеся формы розацеа, связь имеющихся хронических заболеваний с возникновением данного заболевания, определить группы риска и наиболее эффективные методы терапии.

**Задачи:**

1. Выявить распространенность и наиболее часто встречающиеся формы розацеа, требующие стационарного лечения.
2. Определить возрастные и гендерные особенности, сопутствующую патологию в группе пациентов с данным заболеванием и их возможную роль в его развитии.
3. Проанализировать используемые методы терапии и их эффективность.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 108 историй болезни пациентов с верифицированным диагнозом Розацеа (L 71), находившихся на лечении в стационаре УЗ ГККВД за период 2014-2015 гг. А также проводилось проспективное наблюдение за 15 пациентами в период пребывания их в стационаре с декабря 2015 по февраль 2016 г.

**Результаты и их обсуждение.** В 2014 г. общая численность госпитализированных больных с дерматологической патологией составила 1849, из них с диагнозом розацеа 55 (2,97%). В 2015 г. – 1799, из них с диагнозом розацеа 53 (2,95%).

Пациенты, включенные в исследование находились в возрасте от 17 до 70 лет. Из них на долю женщин приходилось 56,25%, мужчин – 43,75%. Средний возраст составил  $47,4 \pm 2,1$  лет. 79% пациентов стационара находились в трудоспособном возрасте. Средний возраст дебюта заболевания приходился на 42 года.

Общая длительность заболевания составляла от 1 месяца до 15 лет. Средняя длительность –  $4,6 \pm 3,2$  лет. Длительность заболевания до 1 года наблюдалась у 26,3% пациентов, от 1 года до 5 лет – 51,3% , продолжительность заболевания более 5 лет выявлена у 22,4% пациентов. Полученные данные подтверждают хронический рецидивирующий характер заболевания.

Среди пациентов, находящихся на лечении в стационаре, папуло-пустулезная форма выявлена у 72% больных, гипертрофическая – у 9%, эритематозно-телеангиоэктатическая – у 8%. Доля пациентов с диагнозом офтальморозацеа составила 11%, с диагнозом стероидиндуцированная розацеа – 6,25% пациентов.

Ведущими триггерами в возникновении заболевания (рис. 1) выступают психоэмоциональное перенапряжение и стресс, инсоляция и климатические факторы, а также употребление горячей пищи и напитков.

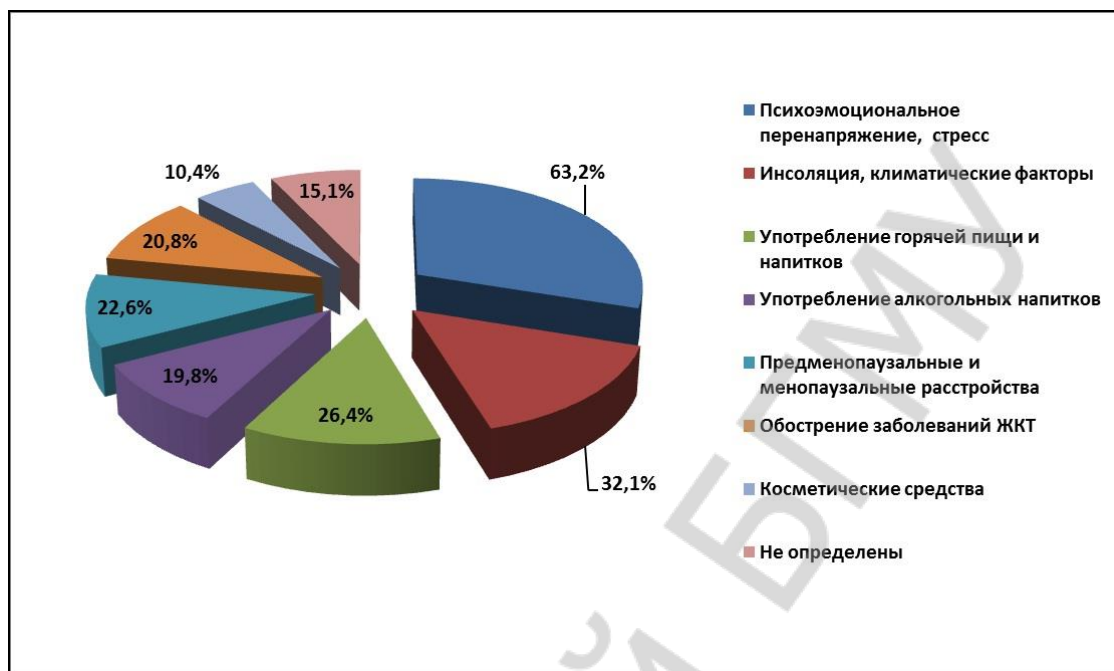
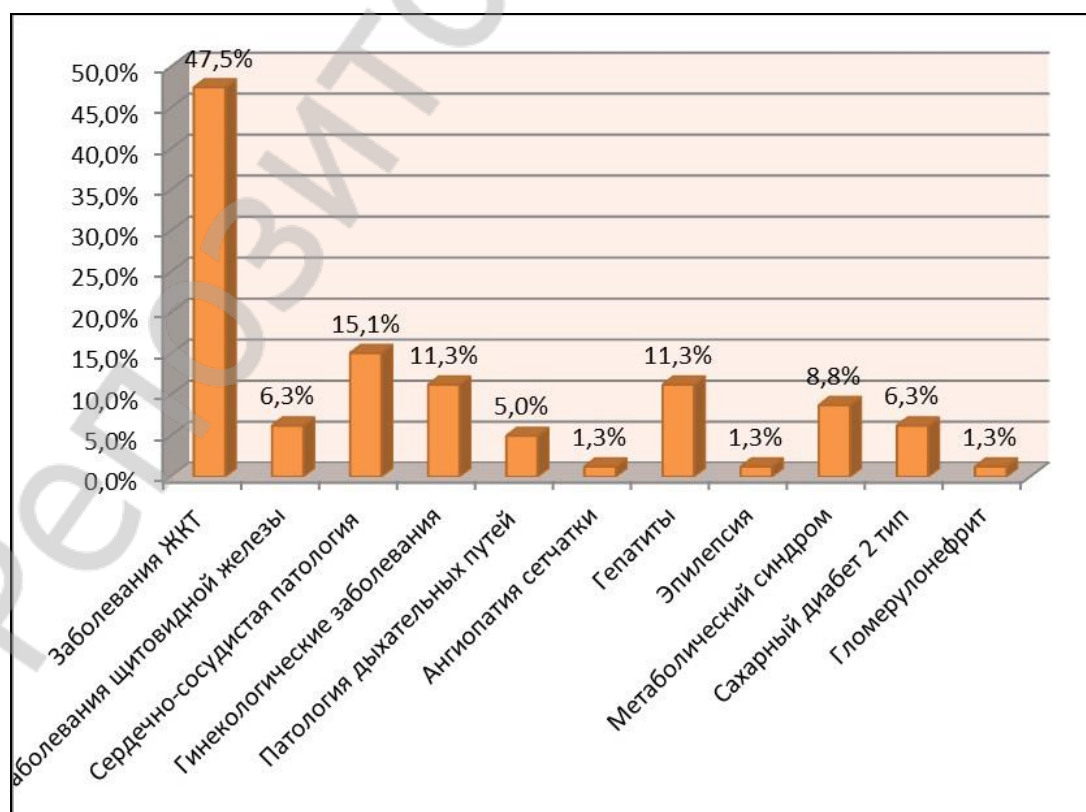


Рисунок 1 – Триггеры розацеа

Среди сопутствующей патологии (рис. 2) ведущее место занимают заболевания желудочно-кишечного тракта – 47,5%, сердечно-сосудистая патология – 15,1%. Сопутствующие дерматологические заболевания были выявлены у 31,25% пациентов, среди них чаще встречаются: контактный аллергический дерматит, себорейный дерматит, микоз.



**Рисунок 2 – Сопутствующая патология**

Изменения в биохимическом анализе крови выявлены у 35% пациентов. Из них – повышение глюкозы у 53,57%, повышение холестерина – у 32,1%, увеличение АсАт– у 60,7%, подъем АлАт– у 39,28%, высокие показатели триглицеридов выявлены у 14,28% пациентов.

У 50% пациентов было обнаружено повышение индекса массы тела (ИМТ) более 25 кг/м<sup>2</sup>, что дает основание предположить о нарушении обмена веществ у данной категории больных. В связи с изменениями биохимических показателей крови и повышением ИМТ этим пациентам необходимо проводить детальное обследование с целью своевременного выявления метаболического синдрома.

В ходе ретроспективного анализа хронический гастрит был выявлен у 47,5% пациентов.

Обследованию на *Helicobacter pylori* подверглись 15 пациентов. Диагностика проводилась методом иммуноферментного анализа (ИФА) сыворотки крови и методикой ХЕЛИК-тест. *Helicobacter pylori* был выявлен у 10 пациентов, что составило 66,7% и подтверждает литературные данные. При этом чаще всего хеликобактерная инфекция наблюдалась у пациентов с папуло-пустулезной формой – 50%, по 20% пациентов с гипертрофической и стероидиндуцированной формами, а также у 10% больных с офтальморозацеа. Однако, полученные данные не позволяют говорить о наличии хеликобактерной инфекции как первопричине розацеа.

Микроскопическому исследованию на *Demodex* подверглось 15 пациентов с розацеа и 10 пациентов контрольной группы, которая была подобрана из пациентов стационара с дерматозами, не имеющими ассоциации с демодекозом и без клинических проявлений на коже лица. У 11 пациентов (73,3%) розацеа ассоциировалась с клещевой инвазией, у (26,7%) – нет. В контрольной группе *Demodex folliculorum* был обнаружен у 3 (30%) пациентов. Это ставит под сомнение его роль непосредственно в этиологии заболевания.

*Demodex* чаще всего встречался при папуло-пустулезной стадии розацеа (54,5%) и был обнаружен у всех пациентов со стероидиндуцированной и глазной формой.

Оптимальная терапия включает в себя назначение метронидазола и антибиотика или их сочетание, а также сосудистые препараты. Ниже приведены основные препараты, используемые при лечении стационарных пациентов (рис. 3).

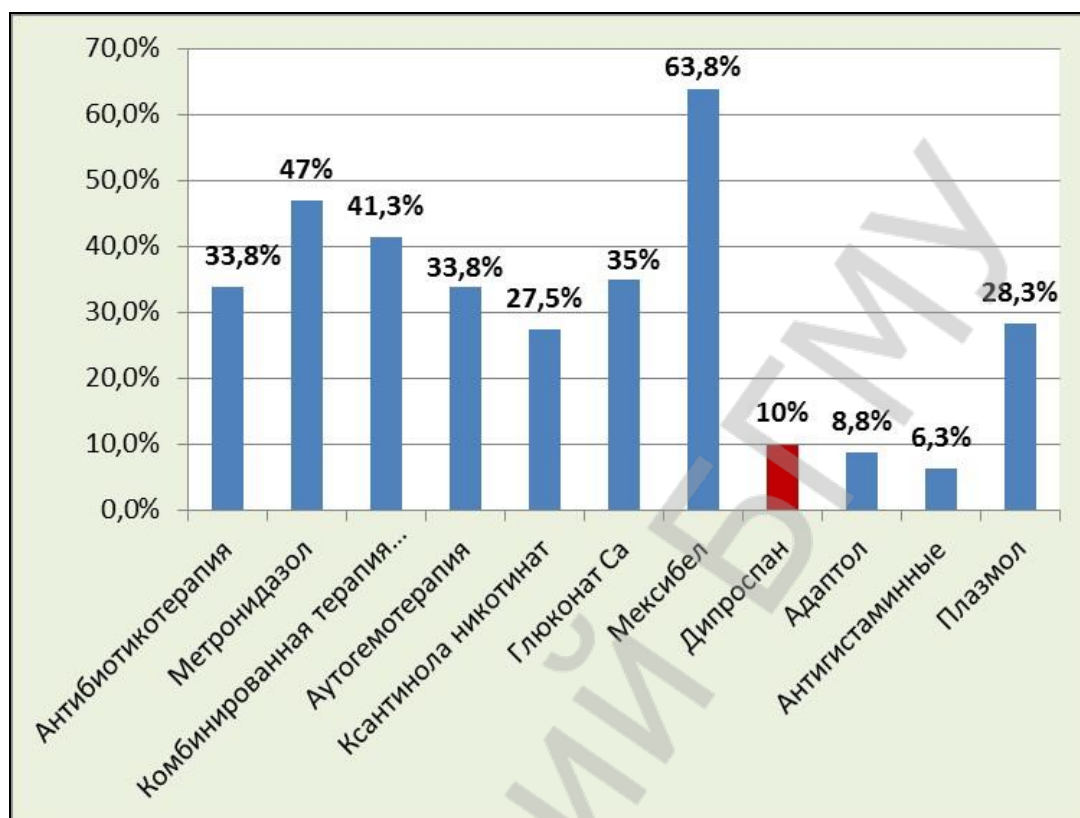


Рисунок 3 – Проводимое лечение

Согласно проанализированным данным средства патогенетической терапии (метронидазол, азелаиновая кислота) назначались только в 33,3% случаев. В большинстве случаев наружная терапия была необоснованной, что, возможно, связано с терапевтическими возможностями стационара. Обращает на себя внимание назначение 10% пациентов глюкокортикостероидных гормонов (дипроспан), что при данном заболевании является противопоказанным, а также назначение 26,3% пациентов стероидных мазей, что приводит к формированию стероидзависимых форм.

При анализе стационарного лечения пациентов было выявлено, что чаще всего назначаются антибиотики: азитромицин (44,4%), цефтриаксон (29,6%), кларитромицин (11,1%), офлоксацин (11,1%). Хотя, согласно клиническим протоколам, препаратами выбора являются антибиотики тетрациклинового ряда.

#### **Выводы:**

1 Результаты нашего исследования подтверждают основные теории возникновения розацеа. Кожные проявления дерматоза являются результатом сочетанного влияния эндогенных и экзогенных факторов.

2 *Demodex folliculorum* не является основной причиной, но представляет собой важный кофактор развития розацеа.

3 Роль хеликобактерной инфекции, как основной причины возникновения розацеа, сомнительна и требует дальнейшего изучения.

4 К лечению розацеа необходимо подходить дифференцированно в каждом

конкретном случае, учитывая основные звенья патогенеза и исключая из терапии системные и наружные глюкокортикостероиды.

*L. A. Mrochko, D. A. Mazurkevich*

## **CLINICO-PATHOLOGIC FEATURES AND TREATMENT OF ROSACEA**

*Tutor: associate professor A. P. Muzychenka*

*Department of Skin and Venereal Diseases,  
Belarusian State Medical University, Minsk*

### **Литература**

1. Адашкевич, В. П. Акне вульгарные и розовые. – НГМА, 2003. – С. 160.
2. Кошевенко, Ю.Н. Справочник по дерматокосметологии / Ю.Н. Кошевенко. – М.: Академия косметологии, 2009. – 296 с.
3. Потеекаев, Н.Н. Розацеа. М – Ст-Петербург: Невский диалект 2000; 144.
4. Черкасова, М.В. Новые аспекты патогенеза и лечение розацеа. (Клинико-эпидемиологические и иммунологические исследования): автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.00.11 / М.В. Черкасова; Мед. центр упр. делами президента РФ. – Москва, 1997. – 21 с.
5. A study of the pathogenesis of rosacea: how angiogenesis and mast cells may participate in a complex multifactorial process / K. Aroni [etal.]. // ArchivesofDermatol. Research. – 2008. – Vol. 300. – P. 125-131.