

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Утверждаю:

Ректор ГБОУ СибГМУ Минздрава России

профессор Кобикова О.С.



Утверждаю:

Начальник ДЭТО

Холопов А.В.



М.Л. Арипова, С.А. Хардикова

Розацеа

Методическое пособие для врачей,
интернов и клинических ординаторов

Томск
Сибирский государственный медицинский университет
2015

УДК 616.53 (075. 8)
ББК Р608.1
А 811

А811 Арипова М.Л., Хардикова С.А. Розацеа: методическое пособие для врачей, интернов и клинических ординаторов. – Томск: СибГМУ, 2015. – 21 с.

М.Л. Арипова – аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России

С.А. Хардикова – д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России

В методическом пособии для врачей, интернов и клинических ординаторов представлены информационные материалы по этиологии, эпидемиологии, патогенезу, клиническим проявлениям, диагностике, дифференциальной диагностике, лечению и профилактике розацеа.

Пособие предназначено для врачей-дерматовенерологов, косметологов и других специалистов, занимающихся проблемой поражения кожи лица.

УДК 616.53 (075. 8)
ББК Р608.1

©Арипова М.Л., С. А. Хардикова, 2015 г.
© ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, 2015 г

ВВЕДЕНИЕ

Розацеа – хронический дерматоз, преимущественно поражающий кожу лица в виде эритемы и папуло-пустулёзных элементов.

Код по МКБ-10: L-71 Розацеа

L71.1 Ринофима

L71.8 Другой вид розацеа

L71.9 Розацеа неуточненного вида

Описание розацеа в литературе приводится французским хирургом XIV века Guy de Chauliac (Гюй де Шолиак) как «goutta rose» (розовая капля, позже было переименовано «pustule de vin» (прыщи от вина) и связывалось с чрезмерным употреблением спиртных напитков. Авиценна называл розацеа badschenan, из которого позднее сделали abedsamen. Розацеа не новое заболевание, о чем свидетельствует тот факт, что даже в ранней литературе и живописи можно найти отражение ее клиники: Шекспир – «Генрих V»; картина Ghiralandiao в Лувре «Старик с внуком». Описание ринофимы встречается в произведении Юрия Тынянова «Восковая персона»: «Нос его был багровый, бугристый, цвета бордо, как губка или голландский туф, которым обделан фонтан. Нос был как у тритона, потому что от водки и от большого искусства граф Расстрелий сильно дышал».

Впервые Унна заметил отличие розацеа и акне: фолликулиты при rosacea отличаются отсутствием черных угрей, поверхностным расположением, своей локализацией, и их характер зависит от возраста больного. А. Полотебнов дифференцировал розацеа от lupus vulgaris — ярко красный цвет и отсутствие характерных серебристых рубчиков, которых при розацеа не бывает.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Розацеа является довольно часто встречающейся патологией и в структуре дерматологических диагнозов составляет, по данным различных авторов, от 5-10% до 20%.

Розацеа встречается у всех рас, преимущественно у людей со светлой кожей, первый и второй фототип по Фицпатрику (Кельтский тип кожи), в возрасте 30-60 лет. Пик заболеваемости розацеа обычно отмечается к 40 годам.

Женщины болеют чаще мужчин, однако тяжелые формы с гиперплазией сальных желёз и соединительной ткани встречаются преимущественно у мужчин. Возможно, частота встречаемости у женщин связана с более частым и ранним обращением женщин за медицинской помощью. Редкие формы розацеа, такие как болезнь Морбигана, встречаются чаще у мужчин, а фульминантный розацеа отмечается у молодых женщин. То, что возникновение фим встречается реже у женщин, чем у мужчин предположительно связано с гормональными изменениями, при этом чаще возникает glandулярный тип розацеа (избыточная пористость кожи с гиперплазией сальных желёз).

Офтальмологическая розацеа – поражение глаз розацеа у 20% пациентов возникает до появления кожного процесса, а у 50% после появления кожного процесса.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

За последние 10 лет в научном мире в понимании патогенеза розацеа сделаны важные шаги. Несмотря на обилие работ отечественных и зарубежных исследователей этиология розацеа неизвестна, а патогенетические механизмы развития до конца неясны. Существующие теории дополняются все новыми данными, при этом более ранние теории не потеряли актуальности. Предполагается, что различные субтипы розацеа отличаются по этиологии и патогенезу. Ведущей теорией на сегодня является иммунная.

Несомненным является появление клинических признаков розацеа под влиянием экзогенных и эндогенных триггерных факторов. К экзогенным триггерным факторам относят:

- экстремальные температуры (жара, холод, ветер);

- инсоляцию;
- алиментарные факторы (горячая и холодная, острая пища, алкоголь);
- стресс;
- физическую нагрузку;
- лекарственные препараты (местные и системные);
- косметические средства;
- *Demodex spp.* и *V. Oleoronius*.

К эндогенным триггерным факторам относят:

- патологию желудочно-кишечного тракта;
- *H. pylori*;
- гормональные изменения.

Триггерные факторы вызывают изменения, способствующие связыванию лигандов с толл-подобными рецепторами 2 типа (TLR2) и активацию кателицидинового пути. При розацеа отмечается повышенная экспрессия TLR2 на пораженной коже, повышен уровень антимикробного пептида кателицина (LL 37) и его активатора калликреина-5 и калликреин 7 (химотрипсиновый фермент рогового слоя). Калликреин-5 при розацеа экспрессирован во всех слоях эпидермиса, а у здоровых лиц только в верхних слоях.

Дальнейшее развитие воспаления обусловлено секрецией кератиноцитами воспалительных протеаз (матриксные металлопротеиназы, калликреинкиназы) и антимикробных пептидов (альфа-, бетадефензины и кателицидин LL-37).

У больных розацеа отмечается повышения уровня VEGF индуцирующей образование новых сосудов, и эндотелий кровеносных сосудов кожи лица имеет функциональную и органическую недостаточность.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В 1993 г. немецкие дерматологи G. Plewig, A.M. Kligman, Th. Jansen предложили подразделение заболевания на классическое стадийное течение с учётом многообразных клинических вариантов.

Классические стадии розацеа

Эпизодическая эритема (розацеа диатез)

Стадия 1 - эритематозно-телеангиэктатическая: стойкая, умеренно выраженная эритема с рассеянными телеангиэктазиями

Стадия 2 - папуло-пустулёзная: стойкая, умеренно выраженная эритема, множественные телеангиэктазии, папулы, пустулы

Стадия 3 - пустулёзно-узловатая: стойкая, насыщенная эритема, густые скопления телеангиэктазий, образующие сосудистые пучки, особенно на носу, папулы, пустулы.

Помимо классических вариантов розацеа авторы выделяют особые или атипичные варианты розацеа:

Персистирующий розацейный отек кожи.

Офтальморозацеа: блефарит, конъюнктивит, ирит, иридоциклит, кератит.

Люпоидная или гранулематозная розацеа.

Стероидная розацеа.

Грамнегативная розацеа.

Молниеностная розацеа (*rosacea fulminans*).

Конглобатная розацеа.

Фимы при розацеа: ринофима (нос), гнатофима (подородок), метофима (лоб), отофима (ухо), блефарофима (веки).

В 2002 г. экспертный комитет американского национального общества розацеа (*National Rosacea Society Expert Committee*) предложили другую классификацию с разделением на подтипы:

1. Эритематозно-телеангиэктатическая (центрофасциальная, сосудистая эритема).
2. Папуло-пустулёзная (воспалительная, акнеподобная).
3. Фимозная (утолщение кожи с искажением контуров лица).
4. Глазная.

Морфологический вариант - гранулематозная розацеа (желто-коричневые или розовые папулы).

По мнению А. Kligman, данная классификация (деление на 4 подтипа) не отражает полный спектр возможных клинических проявлений розацеа и является неполноценной.

В России распространена клинико-морфологическая классификация Е.И. Рыжковой (1976):

1. Эритематозная стадия (*rosacea erithematosa*)
2. Папулёзная стадия (*rosacea papulosa*)
3. Пустулёзная стадия (*rosacea pustulosa*)
4. Инфильтративно-продуктивная (*rhinophyma*)
5. Кистозная розацеа

Для постановки диагноза используется следующая классификация клинических признаков, предложенная J. Wilkin и

соавт. (2002). Наличие 1 первичного и 1 дополнительного достаточно для постановки диагноза розацеа:

Первичные признаки (наличие одного или более признака):

- 1) переходящая эритема (транзиторная) центральной части лица, усиливающиеся в виде вспышек, телеангиэктазии;
- 2) стойкая эритема;
- 3) папулы и пустулы;
- 4) телеангиэктазии.

Вторичные признаки (наличие одного или более признака):

- 1) жжение или болезненность;
- 2) бляшки (красные);
- 3) сухость кожи;
- 4) отек;
- 5) поражение глаз (глазные симптомы);
- 6) периферическое расположение высыпаний (экстрафациальная локализация);
- 7) фиматозные изменения.

Критерии тяжести течения розацеа

Тяжесть течения розацеа определяется для каждого подтипа отдельно.

Характеристика тяжести течения эритематотелангиэктатического подтипа

Клинические проявления	Легкое течение	Среднетяжелое течение	Тяжелое течение
Эритема	Незначительная сначала нестойкая, а потом стойкая эритема	Умеренная стойкая эритема	Выраженная эритема
Приливы	Редкие эпизоды внезапного покраснения	Частные эпизоды внезапного покраснения	Частые продолжительные эпизоды
Телангиэктазии	Мелкие, едва заметные телангиэктазии	Заметные телангиэктазии	Множественные заметные телангиэктазии

Характеристика тяжести течения папулопустулезного подтипа

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

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

Характеристика тяжести течения окулярного подтипа

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

Примеры формулировки диагноза

- Розацеа, эритематотелангиэктатический подтип, среднетяжелое течение.
- Розацеа, папулопустулезный подтип, легкое течение.
- Розацеа, ринофима, тяжелое течение.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Прерозацеа (эпизодическая эритема, розацейный диатез)

Прерозацеа проявляется нестойкой эритемой (покраснением), преимущественно в центральной части лица: средняя часть лба, нос, щёки иногда захватывает зону декольте. Эритема ярко розового цвета возникает под воздействием триггерных факторов и держится от нескольких минут до нескольких часов. Приступы эритемы субъективно сопровождаются чувством жара на лице, приливами.

Кожа в промежутках эритемы остаётся нормальной. Данная сосудистая реакция является симптомом генерализованного увеличения кровотока во всем теле, клинически проявляется на коже лица. Это связано с поверхностным расположением сосудистой сети на лице. В отличие от физиологической менопаузальной эритемы, карциноидного синдрома розацея эритема не сопровождается потоотделением.

Прогрессирование процесса при несоблюдении режим и профилактических мер приводит к возникновению комплекса симптомов, называемых розацеа.

Эритематознотелеангиэктатический подтип

Приступы нестойкой или периодической эритемы лица приводят к стойкой эритеме. Вначале кожа имеет ярко красный оттенок, затем приобретает синюшно-красный застойный цвет. Покраснение сопровождается постоянной или переходящей отечностью кожи лица, локализованной преимущественно центрифасцеально, формируются застойные явления. На этом фоне формируются капиллярные телеангиэктазии. Поражение лимфатических сосудов кожи лица возникает также. Эритема может распространяться на всю кожу лица, захватывать область шеи, декольте и сопровождается инфильтрацией и шелушением.

Субъективно больных беспокоит чувство жжения, покалывания, жара и зуда. Больные отмечают повышенную чувствительность кожи к косметическим средствам, воде, горячему или холодному воздуху, травмам. У каждого пациента возможны различные комбинации симптомов.

Иногда выраженная эритемы и инфильтрация маскирует телеангиэктазии, мелкие папулы.

Папулопустулезный подтип

На фоне различной степени выраженности эритемы и телеангиэктазий возникают папулы. Папулы воспалительные от розового до красного цвета, мелкие разбросаны по всей поверхности, но часто группируются. Папулы полусферические, плотноэластической консистенции, с нечеткими границами. Поверхность папул иногда покрыта мелкими чешуйками. При сильном раздражении папулы инфильтрируются и покрываются средне и крупнопластинчатым шелушением. Элементы могут существовать несколько недель. Количество папул может быть

единичным или множественным. Элементы располагаются на коже лба, щек, подбородка, на границе волосистой части головы, на шее и даже в стеральной области. Папулы могут возникать самостоятельно на неизменной коже. Иногда группируясь, папулы образуют бляшки застойного красного цвета без четких границ.

На фоне эритемы и папул развиваются папуло-пустулезные, пустулезные элементы. Пустулы небольшие (1-5 мм) с желтым или зеленым содержимым. Часто содержимое пустул стерильное или с нормальной микрофлорой. Пустулы также имеют склонность к группировке, особенно в центрофасциальной области. Пустулы покрываются гнойными корочками. Иногда отмечаются кровянистые корочки.

Пациентов субъективные ощущения зуда, жжения, покалывания беспокоят меньше чем при эритематозно-телеангиэктатической розацеа.

Фиматозный подтип

Длительное течение воспалительного процесса приводит к формированию инфильтративно-продуктивных изменений у больных розацеа. Возникает прогрессирующая гиперплазия соединительных тканей и сальных желез. На пораженной коже видны воспалительные узлы и расширенные сосуды. Поражение локализуется центрофасциально, и кожа напоминает апельсиновую корку: бугристая, грубая с зияющими расширенными устьями сальных желез. Кожа становится грубой застойного цвета, изменяет черты лица. Разрастание, инфильтративно-продуктивные изменения располагаются на определенных участках и носят название Rhyma – шишка.

В зависимости от области поражения различают: ринофима (шишковидный нос), метофима (утолщение кожи лба), отофима (мочки уха), блефарофима (утолщение и гиперплазия сальных желез века), гнатофима (утолщение кожи подбородка).

Офтальморозацеа (окулярная, глазная розацеа)

Поражения глаз проявляются блефаритом, конъюнктивитом, иритом, склеритом, гипопионом и кератитом. Вовлечение в процесс мейбомиевых желез приводит к развитию мейбомитов и халазион.

Больные предъявляют жалобы на сухость и чувство инородного тела в глазах («песок»), слезотечение, покраснение и светобоязнь.

Блефарит проявляется покраснением и отёчностью век и часто сопровождается конъюнктивитом. Иногда наблюдаются мелкие чешуйки по краю век и появляется слипание век по утрам. При длительном течении блефарит может привести к развитию халазиона. Халазион - чаще безболезненное образование, спаянное с хрящом века, размерами от просяного зерна до горошины.

Реже встречается ирит (воспаление радужки), иридоциклит (воспаление в ресничном теле) и кератит (воспаление роговицы). Перечисленные поражения протекают тяжело, сопровождаются сильными болями и приводят к снижению и потере зрения.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Довольно широкая группа дерматозов характеризуется схожей картиной поражения с розацеа. К данным дерматозам относятся периоральный дерматит, акне, себорейный дерматит, фотодерматит, волчанка, дерматомицит, саркоидоз и другие более редкие заболевания. Для постановки окончательного диагноза помимо правильно собранного анамнеза, тщательного клинического обследования в некоторых случаях необходимо гистологическое исследование.

По данным литературы, возможно применение дерматоскопии для диагностики розацеа. В собственных исследованиях мы дали описание наиболее частых дерматоскопических признаков розацеа, которые могут помочь в постановке диагноза.

Дерматоскопия осуществляется методом кросс поляризации или с иммерсией (вода, масло, спирт). Исследование проводится чистой кожи области лба, щек, носа, подбородка, при необходимости других участков кожи лица.

Изменения носят различный характер в зависимости от подтипа розацеа.

Так при эритематотелеангиэктатическом подтипе розацеа дерматоскопически кожа имеет розовый окрас. На эритематозном фоне видны расширенные сосуды. Сосудистая сеть располагается поверхностно, при этом сосуды имеют полигональную форму. Редко встречаются поверхностные чешуйки и фолликулярные пробки.

У больных с папулопустулёзным подтипом эритема неявная, единичные полигональные сосуды располагаются центрифасциально, визуализируются фолликулярные пробки, расширенные устья

сальных желёз. Папулы и пустулы визуализируются дерматоскопически. Поверхностные чешуйки встречаются реже.

У пациентов с ринофимой дерматоскопически обнаруживается синюшная эритема с желтыми массами (фолликулярные аномалии) и полигональными сосудами. Местами просвечивали участки фиброза в виде просветлений. На коже носа отмечаются фолликулярные пробки.

Таким образом, полигональные сосуды, фолликулярные пробки, поверхностные чешуйки являются специфическим дерматоскопическим признаком при розацеа. Дерматоскопию можно рекомендовать, как доступный и быстрый метод дифференциальной диагностики розацеа, в ежедневной практике врача.

Лабораторные методы исследования

- тестирование крови на сифилис
- общий анализ крови
- общий анализ мочи
- биохимический анализ крови
- соскоб с кожи лица на *Demodex spp.*

Инструментальные методы исследования

- при наличии симптомов со стороны ЖКТ - (ФЭГДС, определение *H. pylori*)
- при наличии симптомов со - УЗИ органов брюшной полости
- УЗИ сосудов лица

Показания консультации других специалистов

- консультация гастроэнтеролога при наличии патологий ЖКТ
- консультация офтальмолога при наличии поражения глаз
- консультация психотерапевта при тревожных/депрессивных состояниях

Наиболее актуальными в дифференциальной диагностике розацеа является акне, пероральный дерматит (табл.1, 2).

Таблица 1

Дифференциальная диагностика акне и розацеа (В.П. Адашкевич (2004))

Высыпания	Акне	Розацеа
Камедоны	+++	-
Папулы	++	++
Пустулы	++	++
Узлы	+	+
Рубцы	+	-
Келоиды	+	-
Телеангиэктазии	-	++
Поражение глаз	-	(+)
Ринофима	-	(+)

Таблица 2

Клинические дифференциально-диагностические критерии розацеа и перорального дерматита по С.А. Громовой

№	Клинические характеристики	Периоральный дерматит	Розацеа
I	Морфологические элементы		
	1. Эритема	± (бледно или ярко-розовая)	+ (застойно-синюшная)
	2. Телеангиэктазии	±	+
	3. Папулы а) размер б) форма в) группировка	+ 1-2 мм полусферическая +	+ 3-4 мм Плоская ±
	4. Пустулы	-	+
	5. Псевдопустулы	+	-
	6. Ринофима	-	+
II	Субъективные характеристики (жжение и зуд)	± (чаще жжение)	± (чаще зуд)
III	Локализация		
	1. Щеки	медиальные участки	центральные и латеральные участки

	2. Нос	- (кроме переносицы)	+
	3. Лоб	прилегающие к переносице участки	Целиком
	4. Подбородок	+	±
	5. Шея	-	+
	6. Периоральная область	+	±
	7. Веки	+	-
IV	Ободок непораженной кожи вокруг красной каймы губ	±	-
V	Дебют	неспецифический	специфически: эритема
VI	Развитие	быстрое	медленное
VII	Стадийность	-	+
VIII	Течение	монотонное	хроническое рецидивирующее, сезонная зависимость
IX	Осложнение	-	+
X	Распределение по полу: женщины/мужчины	12:1	3:1
XI	Преимущественный возраст	20-30 лет	40-50 лет

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ

Показанием к госпитализации больных розацеа в стационар являются среднетяжелые и тяжелые формы розацеа.

Условием успешной терапии розацеа является устранение триггерных факторов и подобранный уход за чувствительной кожей. Необходимо информировать пациента о провоцирующих факторах: горячая и острая пища, алкоголь, экстремальные погодные условия, стресс, физическая нагрузка и тд.

Тактика местной терапии определяется клинической формой (подтипом) розацеа. При наличии эритемы и остром процессе местно применяют холодные примочки с 1-2% раствором борной кислоты или резорцина, чая 5 и более раз в день.

- Метранидазол - 0,75% гель и 1% крем 2р/сут. 3-4 мес.

- Азалаиновая кислота - крем и гель 15% 2 р/сут.

- Антибактериальные препараты:

- клиндамицин 1% (гель, раствор) 2 р/сут 6-8 недель

- Топические ингибиторы кальциневрина

- такролимус 0,03%, 1% (2 р/сут. до 2 нед.)
 - пимекралимус 1% (2 р/сут.)
- Бензаилпероксид - 2,5-5-10% гель 2 р/сут. (до 3 месяцев)
- Топические ретиноиды:
- адапален 0,1% крем, гель 1 р/сут. от 3 месяцев.

СИСТЕМНАЯ ТЕРАПИЯ

Системная терапия розацеа включает препараты, применяемые в виде монотерапии или в комбинации. Основные группы включают антибиотики, ретиноиды, противопаразитарные средства.

Метронидазол – препарат из группы нитроимидазола, эффективен при всех проявлениях розацеа. Схема терапии 1-2 гр, среднесуточная доза и курсовая 20 грамм (28 дней).

Необходимо информировать пациентов об исключении алкоголя.

Орнидазол – по 500 мг два раза в сутки курсом в 10 дней.

Изотретиноин – 13 цисретинойная кислота системно при розацеа является альтернативным препаратом резистентных форм розацеа.

Изотретиноина назначать в дозе 0,1-0,3 мг/кг 1 раз в сутки после еды в течение 4-6 месяцев.

При назначении изотретиноина следует учитывать возникновение ретиноевого дерматита у пациентов и назначать увлажняющие средства ухода. В связи с тератогенностью, фотосенсибилизирующим эффектом ретиноиды необходимо назначать с осторожностью. У женщин репродуктивного возраста необходима контрацепция в период лечения и 1 месяц после него.

До начала и ежемесячно во время приема изотретиноина пациенты сдают биохимический анализ крови (билирубин, АСТ, АЛТ, триглицериды, общий холестерин, глюкоза, креатинин, щелочная фосфатаза).

Тетрациклины – антибиотики группы тетрациклинов наиболее обширная группа препаратов, рекомендованных при розацеа. К ним относятся препараты первой и второй генерации.

Препарат первой генерации (тетрациклин): прием два раза в день по 250 мг в течении 4 недель.

Второе поколение тетрациклинов: (миноциклин, доксициклин)

Рекомендованные дозы миноциклина при розацеа по данным 100-200 мг в день 3-4 недель.

Доксициклин назначается в суточной дозировке 200 мг, курсовая доза составляет 2000 мг.

Курс терапии тетрациклиновыми антибиотиками в основном составляет 3-4 недели.

Макролиды – у пациентов с непереносимостью тетрациклиновой группы или с противопоказаниями к ним назначают макролиды. Эритромицин, кларитромицин, азитромицин, являются возможной альтернативой. Эритромицин в дозе 250-1,000 мг в день.

Кларитромицин в дозе 250 мг через день в течение четырех недель, с последующим снижением дозы по 250 мг один раз в день в течение четырех недель.

Приводим разработанную схему комплексной (местная и системная) терапии эритематознотелангиэкатической, папулезной и папулопустулёзной формы розацеа в комбинации со средствами ухода:

- Метронидазол 0,25 мг. 3 р/д в течение 28 дней
- Аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день 1 месяц
- Местно один из препаратов таблицы 3

Таблица 3

15% гель азелаиновой кислоты	Joyskin тоник	Joyskin интенсивный увлажняющий крем	Сетафил® Dermacontrol™ пенка для умывания	Сетафил® Dermacontrol™ интенсивный увлажняющий крем SPF30
2 р/д на сухое чистое лицо (утром и вечером) 3-4 месяцев, затем в качестве профилактик и 1 р/д утром 3-4 месяцев	2 раза в день (утром вечером)	2 раза в день утром и вечером после умывания тоником или через 40 мин.-1 час после нанесения лекарственного препарата	2 раза в день (утром и вечером)	1 раз в день утром после умывания пенкой или через 40 мин.-1 час после нанесения лекарственного препарата

ФИЗИОТЕРАПИЯ

Лазеротерапия. Точкой приложения лазерного излучения в терапии розацеа являются сосудистые высыпания (эритема, телеангиэктазии) и абляция при фимах.

Импульсные лазеры на красителях (PDL), лазеры на парах меди, Nd:YAG, александритовый лазер, диодный лазер, калий титонил фосфатный лазер (КТР). Длина волны 411, 511, 577, 585 nm. CO₂ и ER:YAG применяются в хирургической терапии при фиматозных изменениях.

Импульсный свет высокой интенсивности (IPL) применяется также в терапии эритемы и телеангиэктазий, преимущественно в осенне-зимний период на фоне адекватной фотопротекции.

Микротоковая терапия применяется в режиме лимфодренажа 3 раза в неделю 10 процедур.

ПРОФИЛАКТИКА

Неспецифические профилактические меры: избегать воздействия метеорологических факторов, соблюдать тепловой режим приема пищи, санация хронических очагов инфекции, лечение сопутствующей патологии (ЖКТ, эндокринная), избегать агрессивных косметологических процедур.

Применять мягкие средства очищения, увлажнения и фотопротективные средства.

Специфической профилактики нет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич, В.П. Акне вульгарные и розовые : руководство / В.П. Адаскевич. – Москва : Медицинская книга ; Нижний Новгород : Издательство НГМА, 2005. – 159 с.
2. Акне и розацеа / под ред. Н.Н. Потекаева. – Москва : БИНОМ, 2007. – 213 с.
3. Аравийская, Е.Р. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных розацеа [Электронный ресурс] / Е.Р. Аравийская, А.В. Самцов. – Москва, 2013. – Режим доступа: http://mgupmed.ru/about/publications.php?ELEMENT_ID=616.
4. Арипова, М.Л. Розацеа и описторхозная инвазия / М.Л. Арипова, С.А. Хардикова, А.П. Зима // Вестник Авиценны. – 2013. – № 9. – С. 85–89.
5. Бабкина, А.В. Состояние желудочно-кишечного тракта и иммунитета у больных розацеа / А.В. Бабкина, М.А. Федотова // Вестник российской военно-медицинской академии. – 2011. – Т. 35, № 3. – С. 231–234.
6. Дарье, Ж. Основы дерматологии / Ж. Дарье ; пер. с фр. В.Р. Антоневича, Б.И. Ботковский, А.Н. Домерниковой и др. ; под ред. А.А. Сахновской. – Москва; Ленинград : Гос. изд-во, 1930. – 1068 с.
7. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний : пер. с англ. / ред. А.Д. Кацамбас, Т.М. Лотти. – 2-е изд. – Москва : МедПресс-информ, 2009. – 736 с.
8. Елистратова, Л.Л. Морфология биопленки кожи лица при акнеподобных дерматозах, осложненных демодекозом / Л.Л. Елистратова, Н.И. Потатуркина-Нестерова, А.С. Нестеров // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 8. – С. 308–310.
9. Михнёва, Е.Н. Лечение розацеа / Е.Н. Михнёва // Дерматология та венерология. – 2012. – Т. 58, № 4. – С. 90–95.
10. Пашинян, А.Г. Лечение розацеа / А.Г. Пашинян // Клиническая дерматология и венерология. – 2009. – № 1. – С. 64–66.
11. Перламутров, Ю.Н. Сравнительная оценка эффективности различных методов терапии розацеа / Ю.Н. Перламутров, В.Ш. Сайдалиева, К.Б. Ольховская // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. – № 3. – С. 73–79.
12. Родионов, А.Н. Дерматокосметология : поражения кожи лица и слизистых диагностика, лечение, профилактика / А.Н. Родионов. – Санкт-Петербург : Наука и техника, 2011. – 909 с.
13. Рыжкова, Е.И. Клинико-морфологические особенности, патогенез и лечение розацеа : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.В. Рыжкова. – Москва, 1976. – 28 с.
14. Самцов, А.В. Акне и акнеформные дерматозы / А.В. Самцов. – 2-е изд. доп. и перераб. – Москва : ФАРМТЕК, 2014. – 352 с.

15. Хебра, Ф. Руководство к изучению болезней кожи : в 3 т. Т. 1 / Ф. Хебра ; пер. с 2-х нем. изд. под ред. А. Полотебнова. – Санкт-Петербург, 1876. – 781 с.
16. Risk factors associated with rosacea / K. Abram, H. Silm, H. Maaros et al. // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* – 2010. – Vol. 24. – P. 565–571.
17. An evaluation of potential correlations between pathophysiologic mechanisms, clinical manifestations, and management of rosacea / J.Q. Del Rosso, R.L. Gallo, E. Tanghetti et al. // *Cutis.* – 2013. – Vol. 91, Suppl. 3. – P. 1–8.
18. Cathelicidin, kallikrein 5, and serine protease activity is inhibited during treatment of rosacea with azelaic acid 15% gel / A.B. Coda, T. Hata, J. Miller et al. // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2013. – Vol. 69, N 4. – P. 570–577.
19. Dermoscopic patterns of common facial inflammatory skin diseases / A. Lallas, G. Argenziano, Z. Apalla et al. // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* – 2014. – Vol. 28, N 5. – P. 609–614.
20. Helicobacter pylori infection but not small intestinal bacterial overgrowth may play a pathogenic role in rosacea / A. Gravina, A. Federico, E. Ruocco et al. // *United European Gastroenterol. J.* – 2015. – Vol. 3, N 1. – P. 17–24.
21. Holmes, A.D. Potential role of microorganisms in the pathogenesis of rosacea / A.D. Holmes // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2013. – Vol. 69. – P. 1025–1032.
22. Plewig, G. Akne and Rozacea / G. Plewig, A.M. Kligman. – Berlin: Shpringer-Verlag, 1994. – 740 p.
23. Polygonal vessels of rosacea are highlighted by dermoscopy / A. Lallas, G. Argenziano, C. Longo et al. // *Int. J. Dermatol.* – 2014. – Vol. 53, N 5. – P. e325–e327.
24. Rolleston, J.D. A Note on the Early History of Rosacea / J.D. Rolleston // *Proc. R. Soc. Med.* – 1933. – Vol. 26, N 4. – P. 327–329. Rosacea and rhinophyma / Y. Tüzün, R. Wolf, Z. Kutlubay et al. // *Clin. Dermatol.* – 2014. – Vol. 32. – P. 35–46.
25. Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea / J. Wilkin, M. Dahl, M. Detmar et al. // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2002. – Vol. 46, N 4. – P. 584–587.
26. Standard grading system for rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the classification and staging of rosacea / J. Wilkin, M. Dahl, M. Detmar et al. // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2004. – Vol. 50. – P. 907–912.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.....	4
ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.....	4
КЛАССИФИКАЦИЯ.....	5
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ.....	8
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.....	11
МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ.....	14
СИСТЕМНАЯ ТЕРАПИЯ.....	15
ФИЗИОТЕРАПИЯ.....	16
ПРОФИЛАКТИКА.....	17
ЛИТЕРАТУРА.....	18

Учебно-методическое издание

Мукаддам Лутфилловна Арипова

Светлана Анатольевна Хардикова

РОЗАЦЕА

методическое пособие
для врачей, интернов и клинических ординаторов

Издательство СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. 8(382-2) 51-41-53
факс. 8(382-2) 51-53-15
E-mail: bulletin@bulletin.tomsk.ru

Подписано в печать 13.10.2015 г.

Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.

Печать ризограф. Гарнитура «Times». Печ. лист.1,25. Уч. изд. лист. 1,2

Тираж 500 экз. Заказ №

Отпечатано в лаборатории оперативной полиграфии СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2