

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД И ПЕРСПЕКТИВА ПРОФИЛАКТИКИ РОЗАЦЕА

Кулак Арина Игоревна

студент, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель

Порошина Лариса Александровна

научный руководитель, ст. преподаватель, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель

Введение. На сегодняшний день одним из самых актуальных вопросов дерматологии является розацеа. Это мультифакториальный дерматоз, как правило, кожи лица, с хроническим рецидивирующим течением. В структуре дерматологических заболеваний розацеа составляет от 2 до 10 % всех дерматозов и преимущественно поражает взрослых в возрасте 30-50 лет. Гипотезы, которые касаются этиологии и патогенеза этого заболевания, многочисленны и противоречивы. [1, 2]

Цель. Выявление основных факторов риска и причинно-следственных связей влияния экзогенных и эндогенных факторов на этиологию и патогенез розацеа. Определение перспективных методов профилактики данного заболевания.

Материалы и методы исследования.

Исследование проводилось на основании ретроспективного анализа 41 истории болезни пациентов (33 женщины и 8 мужчин) в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст $40,8 \pm 9,3$ лет), страдающих розацеа, которые находились на стационарном лечении в УЗ «Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер» в 2018 году.

Кроме этого, была проведена оценка психопатологической симптоматики у пациентов, страдающих розацеа. Материалом для анализа послужили результаты опроса респондентов с помощью опросников SCL-90-R и Индекс качества жизни дерматологических больных (ДИКЖ). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «Statistica» 10.0.

Также проводился анализ источников литературы по изучаемому вопросу.

Результаты исследования и их обсуждения.

Первостепенным и основным методом изучения особенностей данного дерматоза является анализ истории болезни пациента. В дополнение к клиническому наблюдению за первичными и вторичными признаками розацеа, история болезни необходима для выявления визуально неочевидных сопутствующих патологий пациента. Это позволяет исключить альтернативные диагнозы, а также определить потенциальные триггеры заболевания.

Чаще всего у пациентов с розацеа встречались сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – у 51%. Нозологически они были представлены хроническим гастритом, эритематозной гастропатией, хроническим гастроуденитом, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, неспецифическим язвенным колитом.

В настоящее время установлена зависимость развития розацеа не столько от наличия

собственно гастрита, сколько от излишнего заселения гастроинтестинального тракта спиралевидными бактериями *Helicobacter pylori* (этиологический фактор хронического активного гастрита типа В). Считается, что эти бактерии индуцируют выработку вазоактивных пептидов (пентагастрин, вазоактивный интестинальный пептид), способствующих возникновению реакции приливов, характерной для розацеа. [1, 2]

Чуть реже – у 24% обследованных были выявлены сопутствующие патологии эндокринной системы. Нозологически они были представлены сахарным диабетом 2-го типа, аутоиммунным тиреоидитом, узловатым зобом.

Эндокринные заболевания (сахарный диабет, дисфункция щитовидной железы), беременность, овариальная недостаточность, климактерический синдром, прием гормональных контрацептивов могут способствовать развитию и рецидивированию розацеа, однако не являются основной причиной заболевания. [2]

У 51% пациентов было выявлено присутствие клещей рода *Demodex folliculorum*. Наличие данного рода клещей не зависело от формы заболевания. Они встречались как у пациентов с эритематозно-телеангиэктатической, так и с папуло-пустулезной формой розацеа.

Присутствие клещей *Demodex folliculorum* ранее рассматривалось как основная причина возникновения розацеа. На современном этапе вопрос о патогенетической роли клеща является дискуссионным. Главным условием для жизнедеятельности клеща выступает гиперпродукция кожного сала, т. е. *D. folliculorum* паразитирует на себорейных участках кожи. Обнаружение при гистологическом исследовании клещей в отдельных инфильтратах, наличие специфических антител против антигена клеща у 20 % пациентов, а также эффективность акарицидных препаратов (гексахлорциклогексан, кротамитон, бензилбензоат), метронидазола и серы при розацеа подтверждают этиологическую роль *D. folliculorum* в развитии розацеа. Существует гипотеза, что *D. folliculorum* служит механическим проводником бактерий и вирусов, способствующих пустулизации. В то же время патогенетическое значение клеща ставится под сомнение с учетом ряда обстоятельств. *D. folliculorum* — сапрофитный представитель микрофлоры кожи. В результате длительного симбиоза между клещами и организмом хозяина наблюдается равновесие (т. е. бессимптомное носительство), при котором патогенное действие паразита уравнивается механизмами неспецифической резистентности здорового хозяина-носителя, а под влиянием экзо- и эндогенных факторов симбиоз нарушается, что обуславливает появление клинических признаков размножающегося клеща *D. folliculorum*. Таким образом, формирование розацеа создает благоприятные условия для жизнедеятельности и размножения *D. folliculorum*, что способствует утяжелению клинической картины заболевания и усугублению субъективных ощущений пациента. [1, 4]

Важная роль в возникновении заболевания отводится психоэмоциональным расстройствам. Было выявлено, что пациенты с розацеа подвержены развитию соматических, обсессивно—компульсивных расстройств, повышенной тревожности и могут испытывать более заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия. Среднее значение ДИКЖ составило $8,4 \pm 2,2$, то есть заболевание оказывает умеренно негативное влияние на качество жизни. В связи с заболеванием 82% пациентов испытывают чувство смущения и неловкости, у 68% наблюдается снижение социальной активности, 77% пациентов симптомы отвлекают от работы, у 32% пациентов заболевание повлияло на отношения с родственниками и друзьями, у 68% пациентов лечение отнимает дополнительное время.

Кожная симптоматика и спровоцированные ею психогении сами по себе обладают психотравмирующим воздействием, запуская прогрессивное течение заболевания и приводя к формированию порочного круга. Психогенные же воздействия выступают в качестве звена в череде последовательных иммунологических событий и приводят к обострению дерматоза лишь в тесной связи с основными факторами патогенеза. [1]

Одну из основных ролей в развитии дерматоза отводят экзогенным факторам. Среди них — алиментарные факторы (употребление алкоголя, горячих напитков и пряностей), которым нередко ошибочно приписывают ведущее значение. Они стимулируют слизистую оболочку желудка и вызывают рефлекторное расширение кровеносных сосудов лица. Злоупотребление

кофе и чаем патогенетически связано с розацеа, однако специфическим стимулятором являются высокие температуры, а не перечисленные напитки. Физические агенты (солнечное излучение, воздействие ветра, высоких и низких температур) оказывают аггравирующее действие при розацеа. [4]

Одним из факторов, обуславливающих развитие розацеа, является повышенное содержание порфиринов в секрете сальных желез кожи лица, что в сочетании с рядом других причин вызывает фотодинамическое поражение структурных элементов кожи. Патогенетическое значение придается повреждению соединительной ткани вследствие хронической инсоляции, приводящей к актиническому эластозу. Люди с I и II типами фоточувствительности кожи чаще подвержены развитию розацеа.

Поскольку пациенты с розацеа часто имеют чувствительную и легко раздражаемую кожу, с частыми явлениями покраснения, воспаления и жжения, уход за ней является важным компонентом профилактики розацеа. Цель ежедневного ухода за кожей заключается в поддержании целостности кожного барьера, избегая при этом агентов, вызывающих воспаление или покраснение. Солнцезащитные средства, эффективные против полного спектра UVA и UVB-излучения, весьма необходимы для пациентов с розацеа, кожа лица которых может быть особенно восприимчива к актиническому повреждению и последующим вспышкам заболевания. [1, 3]

Выводы.

Таким образом, изучив особенности влияния различных триггеров на возникновение и развитие розацеа выделить основополагающий этиологический фактор не представляется возможным.

Несмотря на хроническое рецидивирующее течение, клинические проявления данного дерматоза можно существенно уменьшить или контролировать с помощью ряда терапевтических и профилактических методов. Такие факторы, как уход за кожей и предотвращение потенцирующего действия разнообразных экзогенных и эндогенных факторов обострения может значительно улучшить качество жизни пациентов с данной патологией.

Дальнейшее изучение вопроса этиологии и патогенеза розацеа позволит значительно расширить спектр медицинской помощи и обеспечит более точный выбор терапии и контроля данного заболевания.

Список литературы:

1. Музыченко А.П. Розацеа: учеб.-метод. пособие / А.П. Музыченко. Минск: БГМУ, 2014.– 20 с.
2. Потекаев Н. Н., Аравийская Е. Р., Соколовский Е. В. и др. Акне и розацеа/Под. ред. Потекаева Н. Н. М.: Издательство «Бинорм», 2007. С. 109-190.
3. Юсупова Л. А. Современные аспекты диагностики и терапии розацеа // Журнал международной медицины. 2014. № 5 (10). С.115-120
4. Gallo RL, Granstein RD, Kang S, Mannis M, Steinhoff M, Tan J, et al. Standard classification and pathophysiology of rosacea: The 2017 update by the National Rosacea Society Expert Committee. J Am Acad Dermatol. 2018 Jan. 78 (1): P. 148-155.