

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский
университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения РФ

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

Зав. кафедрой: д.м.н. проф. Ю.В. Карачева

РЕФЕРАТ

Розацеа. Дифференциальная диагностика. Лечение.

Выполнила:
Ординатор 1-го года обучения
Кострулёва Я.В.
Проверила:
д.м.н. проф. Ю.В. Карачева



Красноярск, 2019

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

КАФЕДРА

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

Рецензия <проф., д.м.н.кафедры Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И.Прохоренкова Карачевой Юлии Викторовны> на реферат ординатора первого года обучения специальности Дерматовенерология <Кострулевой Яны Викторовны> по теме: < Розацеа. Дифференциальная диагностика. Лечение. >

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Дерматовенерология:

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

Итоговая оценка: положительная/отрицательна
Комментарии рецензента:

Дата: 2.02.19

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:



Оглавление

Введение:	4
Классификация:	4
Дифференциальная диагностика:.....	5
Лечение:	6
Список литературы:	8

Введение:

В структуре дерматологической заболеваемости розацеа составляет от 2 до 10% всех дерматозов, занимая 7-е место по частоте. Если ранее это заболевание чаще встречалось у лиц 40–50 лет, то в последнее десятилетие его нередко диагностируют в более раннем возрасте. Обострение данного дерматоза может стать причиной нетрудоспособности, т. к. дефекты лица могут препятствовать межличностной коммуникации. Это определяет не только медицинскую, но и социальную значимость данной проблемы.

Розацеа (от латинского *асне rosacea* — розовые угри) — хроническое, рецидивирующее, воспалительное заболевание преимущественно кожи лица, характеризующееся стадийностью клинических проявлений, прогрессивным течением и рефрактерностью к проводимой терапии.

Классификация:

Согласно клинико-морфологической классификации Е. И. Рыжковой (1976) выделяют четыре стадии розацеа:

- 1) эритематозную (*rosacea erythematosus*);
- 2) папулезную (*rosacea papules*) со своеобразной кистозной формой (*rosacea cystosa*);
- 3) пустулезную (*rosacea pustulosa*);
- 4) инфильтративно-продуктивную (*rhinophyma*).

Классификация G. Plewig, T. Jansen, A. Kligman (2000) следующая:

- стадия I — эритематозно-телеангиэктатическая (персистирующая умеренная эритема, единичные телеангиэктазии);
- стадия II — папуло-пустулезная (персистирующая эритема, телеангиэктазии, папулы, пустулы);
- стадия III — пустулезно-узловатая (персистирующая эритема, многочисленные телеангиэктазии, папулы, пустулы и отечные узлы);
- особые формы розацеа — стероидная; гранулематозная, или люпоидная; грамнегативная; конглобатная; фульминантная; розацеа с солидным персистирующим отеком; офтальморозацеа; ринофима и «фимы» других локализаций: гнатофима (подбородок), метафима (область лба), отофима (ухо), блефарофима (веки).

Дифференциальная диагностика:

Эритематозная стадия розацеа требует дифференциальной диагностики с себорейным дерматитом, эритематозом, кожными манифестациями дерматомиозита и карциноидного синдрома, телеангиоэктатической формой мастоцитоза, синдромом Рандю-Ослера.

При себорейном дерматите эритематозные очаги локализуются в области нососечных складок, подбородка, волосистой части головы и заушных складок. Очаги эритемы с четкими границами, жирными желтоватыми чешуйками на поверхности и располагаются на фоне сальной, блестящей, с наличием комедонов коже.

Дерматомиозит характеризуется острым началом с ознобом, болями в мышцах, суставах, головокружением. Вокруг глаз и век в виде очков формируется яркая отечная эритема с лиловым оттенком. Помимо лица эритема может располагаться над суставами, особенно межфаланговыми и пястнофаланговыми, с зоне декольте, на наружных поверхностях бедер и голени. Нередко на фоне эритемы со временем появляются телеангиэктазии, иногда лихеноидные и везикулезные элементы, геморрагические пятна.

В отличие от розацеа при телеангиэктатической форме мастоцитоза кроме многочисленных расширенных мелких поверхностных сосудов кожи наблюдаются пигментные пятна и папулы. При трении элементы становятся отечными и более яркими – феномен Дарье-Унны. Диагноз мастоцитоза подтверждается также при выявлении повышенного уровня биологически активных веществ в крови и моче обычно в 2-3 раза, а также обнаружении многочисленных тучных клеток в верхней трети дермы при гистологическом исследовании.

Синдром Рандю-Ослера является семейным геморрагическим ангиоматозом и характеризуется многочисленными ветвистыми звездчатыми телеангиэктазиями на коже лица, шеи, верхней части груди, ладоней, слизистой оболочке носа, губ, языка. Больных также беспокоят рецидивирующие кровотечения из десен и носа. При наличии ангиом во внутренних органах – кровавая рвота, мелена.

Дифференциальная диагностика папуло-пустулезной розацеа проводится с периоральным дерматитом, *acne vulgaris*.

В отличие от розацеа при периоральном дерматите сохраняется свободной от высыпаний узкая полоска кожи вокруг красной каймы губ, а телеангиэктазии встречаются редко.

Угревую сыпь характеризуют: начало заболевания в пубертатном возрасте, вовлечение в процесс не только лица, а пораженная кожа отличается повышенной сальностью, наличием закрытых и открытых комедонов.

Лечение:

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

При лечении розацеа рекомендуется:

1. Исключить провоцирующие факторы.
2. Применять зимой и летом солнцезащитный крем с фактором защиты > 30, содержащий оксид цинка или диоксид титана, диметикон.
3. Исключить эксфолиативные средства, щелочи (мыло). Также противопоказаны вапоризация, чистка лица, паровые ванны, сауны, солярий, электропроцедуры, косметический массаж, механический и химический пилинги.
4. Применять мягкие эоленты. Выбор терапевтической тактики должен основываться на клинической форме, степени тяжести кожного процесса и эффективности предшествующих методов лечения.

СИСТЕМНАЯ ТЕРАПИЯ

Антибиотики тетрациклинового ряда одобрены FDA (Food and drug administration), они остаются самыми эффективными антибактериальными препаратами в лечении розацеа.

Режимы дозирования антибиотиков, применяемых при розацеа, следующие:

- тетрациклин — 250–500 мг 2 раза в сутки 6–12 недель;
- доксициклин — 100 мг в сутки 12 недель;
- доксициклина моногидрат — 40 мг в сутки 12 недель;
- миноциклин — 50–100 мг 1–2 раза в сутки 6–12 недель;
- азитромицин — 500 мг в 1-й день, затем 250 мг в сутки 4 дня или 250 мг 3 раза в неделю 1–3 месяца;
- кларитромицин — 250 мг 2 раза в сутки, затем 250 мг 1 раз в сутки

6–12 недель;

– эритромицин — 250–1000 мг в сутки 6–12 недель.

Более 50 лет для лечения розацеа успешно применяют производные 5-нитроимидазолов. Метронидазол оказывает противовоспалительный, антипаразитарный в отношении *D. folliculorum* и *H. pylori*, иммуномодулирующий и противоотечный эффекты. Препарат назначается по 200 мг 2 раза в сутки или 0,75–1,5 г в сутки 4–8 недель.

Для лечения тяжелых форм розацеа применяют синтетические ретиноиды, в частности изотретиноин (13-цис-ретиноевая кислота).

ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Метронидазол (0,75–1%-ный гель/крем) — лекарственное средство имидазольной группы, которое ингибирует образование активных форм кислорода и обладает противовоспалительным и акарицидным действием.

Азелаиновая кислота (15–20%-ный гель/крем) — производная дикарбоновой кислоты с выраженным антимикробным, кератолитическим и противовоспалительным эффектом.

Клиндамицин (1%-ный гель)— полусинтетический антибиотик группы линкомицина, особенно эффективный в комбинации с 5%-ным бензоилпероксидом.

Натрий сульфацетамид 10%-ный + сера 5%-ная оказывают антибактериальное, акарицидное и кератолитическое действие.

Топические ингибиторы кальциневрина — пимекролимус (1%-ный крем), такролимус (0,03%-ная мазь) — обладают противовоспалительным и иммуномодулирующим действием. Третиноин (0,025-, 0,05-, 0,1%-ный) и бензоилпероксид (5–10%-ный) оказывают бактериостатическое, противовоспалительное, кератолитическое и себостатическое действие.

ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ

Для лечения эритематозно-телеангиэктатической розацеа применяют:

- импульсный лазер на красителях (585 или 595 нм);
- калий-титанил-фосфатный лазер (532 нм);
- двухчастотный лазер с диодной накачкой (532 нм);
- неодимовый лазер (1064 нм);
- лазер на александрите (755 нм);
- диодный лазер (810 нм).

Для лечения папуло-пустулезной розацеа применяют:

- импульсный СО₂-лазер;
- фракционный эрбиевый лазер;
- карбондиоксидный лазер.

Список литературы:

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