



Розацеа

Сидорова Екатерина
4 курс МПФ 9 группа

Розацеа

- **Розацеа** (от лат. *acne rosacea* — розовые угри) — это хроническое рецидивирующее заболевание сальных желез и волосяных фолликулов кожи лица в сочетании с повышенной чувствительностью капилляров дермы к теплу.



- Заболевание чаще возникает у женщин старше 40 лет и лиц с патологией ЖКТ
- Элементы локализуются преимущественно в области кожи щек, носа, лба, подбородка
- Может поражаться конъюнктив (светобоязнь, конъюнктивит, кератит)













Этиология и патогенез

- **Патология ЖКТ**
- **Нарушения нейроэндокринной регуляции**
(приводит к ангионеврозам с недостаточностью периферического кровообращения вследствие рефлекторного спазма артериол и понижения тонуса венул)
- **Генетическая предрасположенность** *(особенно лица со светочувствительностью кожи I и II типов)*
- **Деятельность клещей рода *Demodex folliculorum*** (железница) – усугубляет течение болезни, появляются жжение и зуд





Провоцирующие факторы

- Горячие напитки, острая пища, алкоголь
- Инсоляция
- Перегревание (работа в помещении с повышенной температурой)
- Иногда появляются на фоне обыкновенных угрей или себореи, но чаще — на чистой коже



Клиническая картина

1) Незначительная эритема (прием острой и горячей пищи, алкогольные напитки)

2) Эритематозная стадия.

Стойкая эритема, синюшно-красный цвет, ослабевает к периферии. Появление телеангиэктазии

3) Папуло-пустулезная стадия.

Появляются небольшие узелки плотной консистенции, в центре которых через некоторое время формируется пустула. Узелки могут сливаться, кожа приобретает бургистый вид

4) В области носа могут появиться опухолевидные образования мягкой консистенции. Кожа над ними фиолетового цвета с зияющими устьями волосяных фолликулов, при надавливании на них выделяется жирная масса (ринофима, или шишковатый нос)

Стадии розацеа



начальная стадия
(эпизодическая эритема)

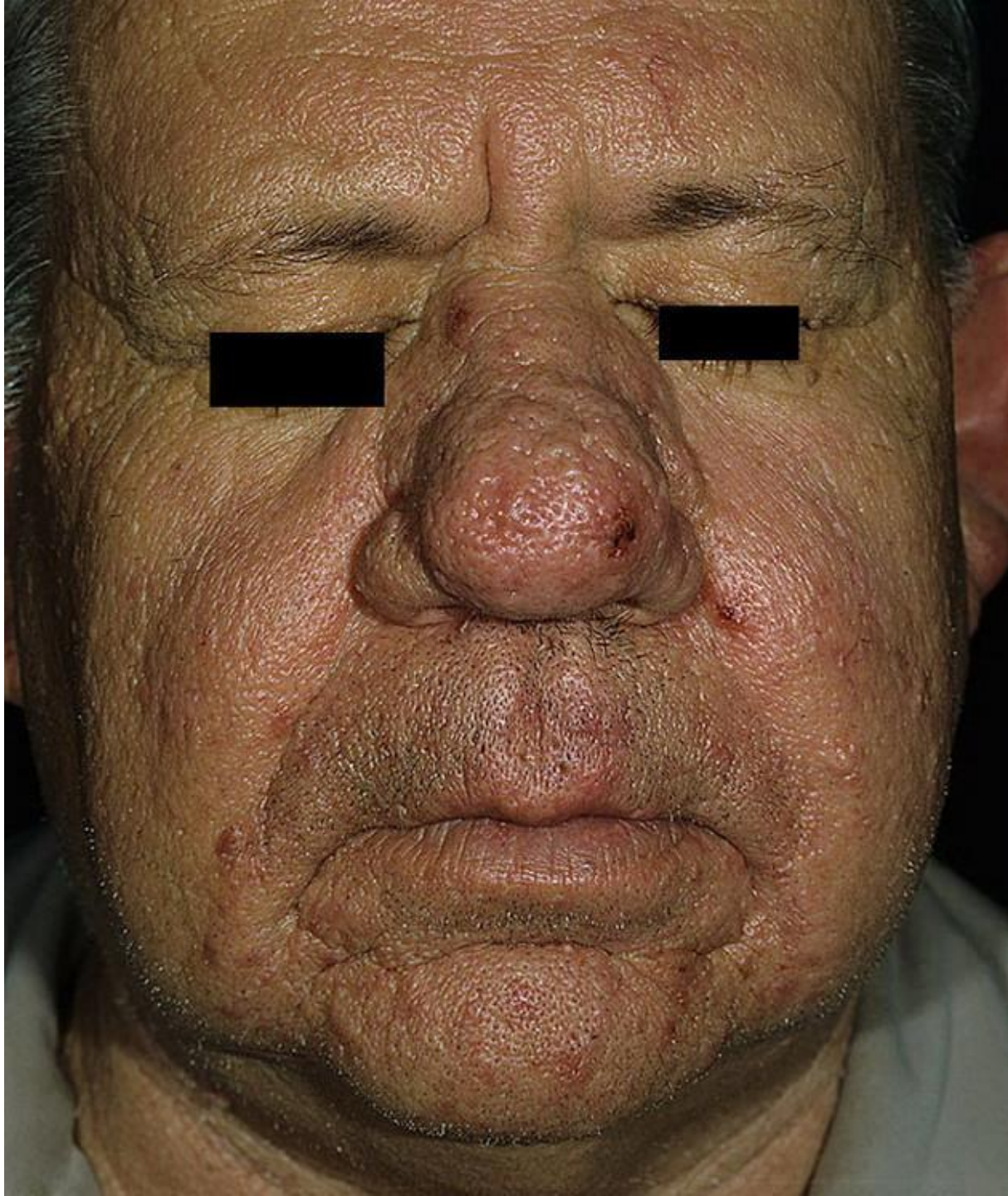


папуло-пустулезная



фиматондная

- Продромальный период: приливы.
- Стадия I: стойкая эритема, телеангиэктазии.
- Стадия II: стойкая эритема, телеангиэктазии, папулы, мелкие пустулы.
- Стадия III: стойкая насыщенная эритема, густая сеть телеангиэктазий, папулы, пустулы, узлы; иногда — обширные инфильтраты в центральной части лица.



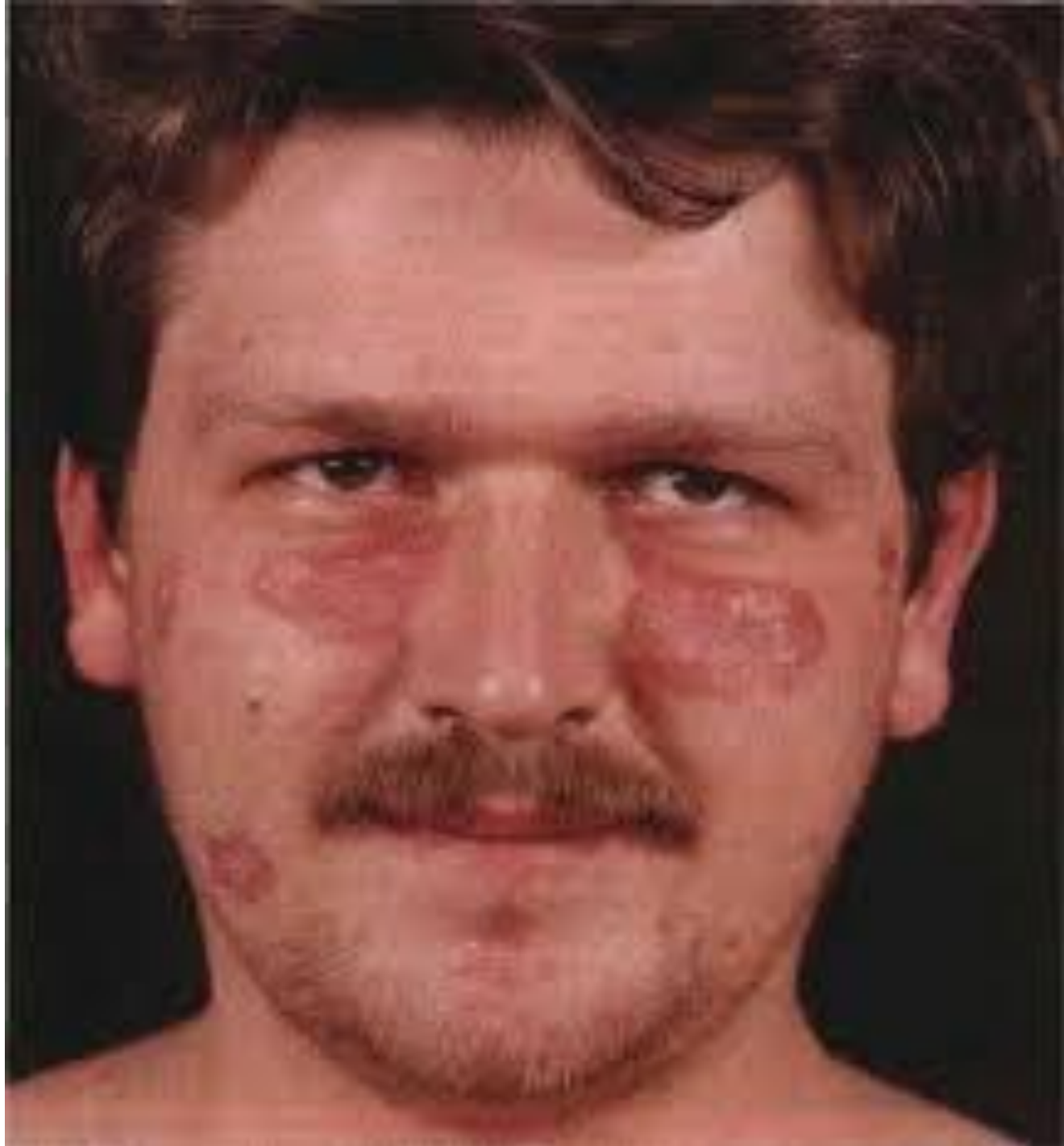


Дифференциальная диагностика

- Дискоидная красная волчанка
- Обыкновенные угри
- Перiorальный или перiorифициальный дерматит
- Стероидная розацеа
- Демодикоз (возбудитель — клещ *Demodex folliculorum*)

Дискоидная красная волчанка

- Характерно наличие эритематозных очагов разной величины с четкими границами, слегка инфильтрированных, покрытых плотно сидящими чешуйками, с атрофией кожи



Обыкновенные угри

- Появляются в юношеском возрасте, характеризуются образованием на фоне жирной кожи лица узелков, из которых быстро формируется пустула с воспалительной реакцией вокруг. В большом количестве имеются комедоны. Телеангиэктазии отсутствуют. Процесс может локализоваться на лице, груди и спине.



Периоральный или периорифициальный дерматит

- Чаще возникает у женщин
- Поражается кожа лица, как правило, вокруг рта (*периоральный дерматит*), но может локализоваться в области крыльев носа, на веках (*периорифициальный дерматит*)
- Неярко и нерезко ограниченная гиперемия
- Узелки величиной с просыное зерно
- В центре узелков образуется небольшая пустула, при вскрытии которой выделяется серозно-гнойный экссудат, затем появляется шелушение

Этиология и патогенез

- Длительный прием глюкокортикоидных препаратов
- Прием косметических средств: кремов, грима, лосьона (наличие в их составе формальдегида)
- Фторсодержащие кортикостероидные мази. Снижают бактерицидные свойства кожи, создает предпосылки для размножения железницы.



Стероидная розацеа

- Появляется вследствие длительного использования глюкокортикостероидной терапии (тридерм, дермовейт, бетасалик, гидрокортизоновая мазь, лоринден, синафлан, оксикорт, целестодерм)
- Обширная эритема темно-красного цвета, участки субатрофированной, истонченной и шелушащейся кожей, на поверхности которой появляются телеангиоэктазии и папуло-пустулезные элементы сыпи.





Лечение

- Устранение причинных факторов, лечение эндокринных расстройств, заболеваний полового аппарата, желудка и печени, нераздражающая диета, запрещение алкоголя, горячих напитков, острых блюд
- Внутрь: ацидин-пепсин, витамины комплекса В, эссенциале, пиридоксин, никотиновая кислота, трихопол, антималярийные препараты, роаккутан.
- Наружное лечение - спиртовые растворы, антибиотики
- При обнаружении железницы лечение по методу М. П. Демьяновича (раствор №1 – 60% раствор натрия тиосульфата, раствор №2 – 6% раствор концентрированной хлористоводородной кислоты)
- Назначают 33% серную мазь, смешанную в равных частях с лоринденом С
- Противопаразитарные средства – мазь Ям, аэрозоль спрегаль, 20% гель бензил-бензоата, метрогил-желе (1% метронидазол)

Местное лечение

- Метронидазол: 0,75% гель или крем наносят на пораженные участки 2 раза в сутки.
- Антибиотики, например эритромицин (гель).

Общее лечение

- Антибиотики. Если местное лечение неэффективно или заболевание протекает в тяжелой форме, назначают антибиотики внутрь.
- Препарат выбора: тетрациклин, 1,0—1,5 г/сут, в несколько приемов; по мере улучшения состояния дозу постепенно снижают до 250—500 мг 1 раз в сутки.
- Препараты резерва: миноциклин или доксициклин, по 50—100 мг 2 раза в сутки. Доксициклин вызывает фототоксические реакции, поэтому летом следует ограничить пребывание на солнце.
- Метронидазол 500 мг/сут в течение 2-4 нед
- Роаккутан 0,1-0,2 мг/кг ежедневно в течение 3-4 мес.

Поддерживающее лечение.

- После исчезновения папул и пустул назначают тетрациклин (250—500 мг/сут), миноциклин (50 мг/сут) или доксициклин (50 мг/сут). Изотретиноин показан при тяжелой форме розовых угрей (особенно на III стадии), если местное лечение и прием антибиотиков неэффективны. Назначают 0,1—0,2 мг/кг/сут внутрь, при необходимости дозу повышают до 1 мг/кг/сут.

Физиотерапевтические методы

Криомассаж и Электрокоагуляция



Благодарю за внимание!