

Діагностика і лікування гранулематозної розацеа

Л.Д. Калюжна¹, А.В. Петренко¹, Л.В. Гречанська²

¹ Національний університет охорони здоров'я імені П.Л. Шупика

² Українська військово-медична академія

Резюме

У статті наведено випадок розацеа в чоловіка 36 років з ураженням шкіри у вигляді еритеми в центральній частині обличчя, телеангіектазій, фіматозних розростань на лобі та перенісці. Диференційну діагностику проводили між лімфомою шкіри, червоним вовчаком, хворобою Морбігана, фульмінантними акне і гранулематозною розацеа. Лікування проводили з використанням доксицикліну і препарату Ілон.

Ключові слова: розацеа, фіма, червоний вовчак, лімфома, Ілон.

DOI: 10.33743/2308-1066-2021-3-28-30

Розацеа зазвичай вражає центральну ділянку обличчя, переважно в осіб середнього і похилого віку [2]. Захворювання стартує з тимчасового розширення капілярів із розвитком еритеми, яка швидко минає з наступним утворенням телеангіектазій і стійких еритематозних плям, переважно на шкірі щік і носа. У тяжких випадках розвиваються пустули і гіперплазія сальних залоз фігурного окреслення на носі й інших ділянках обличчя. Зазвичай частота розацеа становить 165 хворих на 100 тис. осіб популяції з коливанням від 1 до 22% [4, 5]. В осіб зі світлим типом шкіри ризик розвитку розацеа вищий.

Останніми роками дерматологи сумісно з офтальмологами розробили фенотипічно обґрунтовану класифікацію розацеа: еритема, що минає, стійка еритема, телеангіектатична розацеа, папульозно-пустульозна запальна і фіматозна розацеа, офтальморозацеа [9]. Ці форми поділяють на 3 субтипи, а офтальморозацеа відокремлена як субтип IV. До тригерних факторів відносять екстремальну температуру (спекотне або холодне повітря), коливання температури, каву, алкоголь, гарячу та пряну їжу, інсоляцію, гімнастичні вправи, сильні психологічні стреси, менструацію, кліщів *Demodex*, деякі медикаменти [7].

У сучасних публікаціях при цьому захворюванні відзначена надпродукція антимікробних пептидів, таких як інтерлейкін-37 (IL-37). Т-клітини, макрофаги, нейтрофіли виявляють при всіх субтипах розацеа. Нейтрофіли відіграють значну роль у патогенезі розацеа. Показано, що вони продукують реактивні різновиди протеаз і пошкоджують кровеносні судини [10]. Це сприяє запальній реакції, ангіогенезу, що остаточно реалізує себе у вигляді телеангіектазій.

Відомо, що кліщі *Demodex* містяться і в нормальній шкірі, але можуть у значній кількості виявлятися у хворих на розацеа. Водночас зменшення кількості кліщів корелює зі зниженням вираженості симптомів розацеа [8]. Деяку роль у патогенезі захворювання відіграють вазоактивні нейропептиди чутливих нервових закінчень [13].

На сьогодні широко використовують клінічну класифікацію, коли субтипи розацеа розрізняють за тяжкістю

процесу, морфологічною картиною та поширеністю процесу на шкірі обличчя [12, 14].

У хворих із субтипом I у центральній частині обличчя (нос, щоки) з'являються локалізовані еритематозні плями з розширеними капілярами, можуть виникати епізоди припливів або стійка еритема. Судинна сітка стає постійно розширеною, розвивається стійка еритема. При I субтипі розацеа диференційну діагностику проводять із менопаузальними припливами, проявами артеріальної гіпертензії, червоним вовчаком, себорейним дерматитом, фототоксичними реакціями, фотоіндукованим висипом при дерматоміозиті, сімейною еритемою обличчя зі схильністю до atopічного дерматиту, прийомом нітритів, вживанням алкоголю, кофеїновою залежністю, карциноїдним синдромом, кістковою пухлиною, нирковою карциною, мастоцитозом, хворобою Паркінсона, розсіяним склерозом.

При субтипі II прояви мають вигляд папуло-пустульозного висипу, а еритема є наслідком вторинної вазодилатації. Диференційна діагностика субтипу II охоплює папуло-пустульозні акне, періоральний дерматит, алергічний і токсичний контактний дерматит, гранулематозну розацеа, міліарну форму вовчака, саркоїдоз шкіри, грамнегативний фолікуліт, еозинофільний фолікуліт [6, 11].

Із прогресуванням гіперплазії сальних залоз розвивається субтип III (може завершуватись ринофімою). Найбільш припустимою патологією під час диференційної діагностики є еозинофільна гранульома, обморожений люпус, ангіосаркома, лепра.

При офтальморозацеа виявляють такі симптоми: кон'юнктивіт, блефарит, запалення, сухість, кератит. Очні прояви відзначають у 20% випадків до виникнення розацеа на шкірі, 27% – одночасно, 53% – після висипу.

Досить рідко зазначають схожість розацеа із хворобою Морбігана, яка проявляється у вигляді лімфедемії еритеми середньої третини та верхньої частини обличчя. Вперше захворювання зі стійким розацейним набряком у верхній частині обличчя описав R. Degos

в 1957 р. в пацієнта, який походив із південнофранцузької провінції Морбіган [3].

У деяких випадках розацеа диференціюють із синдромом Мелькерсон–Розенталя, для якого є характерним щільний набряк обличчя.

Щодо гранулематозної розацеа слід зазначити, що після довготривалих дискусій таку форму розацеа відокремили. Було визначено, що для неї характерні щільні жовтуваті, коричнюваті або червоні папули. Допомогає в діагностиці локалізація в центральній частині обличчя і стійка еритема.

Крім того, при диференційній діагностиці слід згадати про фульмінантні і конглобатні розацеа, які спостерігають виключно в жінок, переважно у віці 20–30 років: вони вирізняються раптовою появою висипу у вигляді папул, стерильних пустул, сгрупованих вузлів і дренажних синусів. Вкрай суттєвою є диференційна діагностика з конглобатними акне, грамнегативним фолікулітом і червоним вовчаком.

Досить часто можна зустріти стероїдіндуковані розацеа в разі тривалого системного або топічного застосування глюкокортикостероїдів.

Мета роботи – на прикладі клінічного випадку показати необхідність проведення диференційної діагностики між лімфомою шкіри, червоним вовчаком, хворобою Морбігана, фульмінантними акне і гранулематозною розацеа. У запропонованому випадку керувались ще і пересторогою щодо можливої лімфони шкіри, що досить часто «мімікрує». Саме тому була проведена обґрунтована терапія препаратами доксицикліну та гелем Ілон.

Клінічний випадок

Хворий С., 32 років, за 2 міс до першого візиту помітив появу еритематозного вогнища на шкірі лоба. Висип ні з чим не пов'язує, не лікувався. Висип прогресував і поширився на всю верхню половину лоба, згодом став поліморфним: запальні папули, пустули на еритематозному інфільтрованому тлі. Пізніше з'явилося дрібнопластинчасте лущення шкіри лоба і висип на шкірі щік (рис. 1). Типова локалізація: уражена тільки шкіра обличчя, відсутній свербіж і відчуття печіння. Хворий звертався до лікаря, йому призначали топічні гормональні препарати, які не дали ефекту.

Була проведена біопсія шкіри з ураженої ділянки. Патогістологічне дослідження виявило в епідермісі нерівномірний гіперкератоз з утворенням поодиноких

рогових пробок; у дермі – багато гіперплазованих сальних залоз, судини дерми різко розширені, виражена вогнищева інфільтрація поверхневих шарів дерми, у глибоких шарах шкіри – гранулематозні вогнища, представлені лімфоцитами, гістіоцитами, значною кількістю нейтрофілів, фібробластами, плазмоцитами й поодинокими еозинофілами (рис. 2). Враховуючи клінічну і патогістологічну картину захворювання, був встановлений діагноз: гранулематозна розацеа.

З урахуванням мультифакторіального патогенезу розацеа на сьогодні не передбачається абсолютне вилікування, терапія переважно орієнтована на супресію симптомів запалення і зниження вираженості очевидних ознак. В останніх Європейських протоколах з діагностики й лікування розацеа пропонують системну і топічну терапію [4]. До того ж протоколи лікування орієнтовані на конкретні, згідно з класифікацією, форми захворювання. До препаратів системної терапії розацеа відносять: антибіотики, системні ретиноїди, судинозвужувальні препарати, антипаразитарні препарати, ботулотоксин.

Препарати топічної терапії досить різноманітні: це антипаразитарні препарати, інгібітори кальциневрину, топічні антибіотики, ретиноїди (третіноїн 0,025% і адапален гель), засоби з вираженим протизапальним ефектом. При фіматозній розацеа рекомендоване хірургічне лікування, ізотретіноїн, доксициклін.

Клінічні протоколи лікування гранулематозної розацеа пропонують таку терапію: дапсон, ізотретіноїн, інтенсивна лазерна пульстерапія, кларитроміцин, метронідазол і топічна терапія – крем пімекролімус, гель азелаїнової кислоти.

Для логічного вибору індивідуального лікування в конкретного хворого ми зупинились на такій схемі: доксициклін по 100 мг на добу протягом 4 тиж, для топічної терапії – рослинний препарат Ілон. Ілон сприяє кровопостачанню ураженої ділянки шкіри, усуває запалення і чинить дезінфікуючу дію.

Діючі речовини Ілону: терпентин модрини та терпентинова олія, також до складу входять ефірні олії (розмаринова, евкаліптова та олія чебрецю), кислоти (стеаринова, олеїнова), тимол і ін. Ефекти мазі Ілон різноманітні. Відомо, що завдяки оригінальному складу препарату реалізується антисептична, дезінфікувальна, протинабрякова, знеболювальна, виражена протизапальна дія. Крім того, Ілон зменшує набряк шкіри, сприяє загоєнню ран, запобігає проникненню інфекції в глибокі шари шкіри, сприяє розчиненню гнійників.



Рис. 1. Хворий С., діагноз: гранулематозна розацеа. Прояви на шкірі (тут і далі - фото надано авторами)

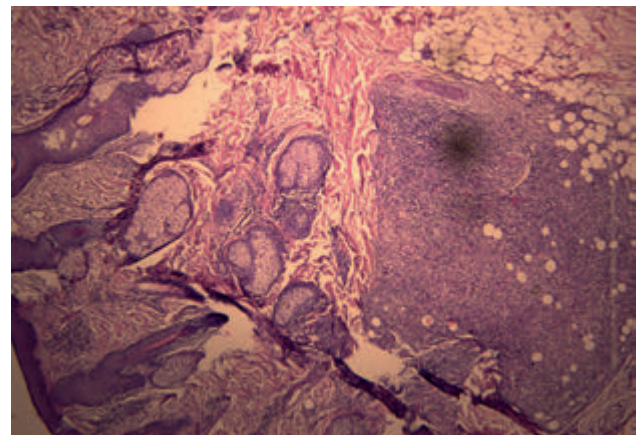


Рис. 2. Хворий С., діагноз: гранулематозна розацеа. Патогістологічна картина

Завдяки наявності в складі препарату терпентиноволі Ілон подразнює чутливі нервові закінчення в шкірі, розширює просвіт судин шкіри, посилює кровообіг у місці запалення. Важливо й те, що здійснюється знеболювальний ефект. Виявилось, що розршення запальних процесів у шкірі призводить до зменшення тиску на чутливі нервові закінчення в шкірі. Ілон запобігає поширенню інфекції в глибокі шари шкіри.

Як показав попередній досвід багаторазового використання Ілону, препарат виявляє розсмоктуючу дію. До речі, препаратів із такими властивостями досить мало. У наведеному випадку наявність у хворого на шкірі лоба інфільтративного вогнища з пустулізацією

потребувало від зовнішньої терапії як розсмоктуючої, так і дезінфікуючої дії. Рішення щодо використання цього препарату в комплексному лікуванні виправдало себе: вже через 2 тижні спостерігалось зникнення пустул і зменшення інфільтрації.

Препарат Ілон, згідно з фармацевтичними показаннями, можна використовувати при абсцесах шкіри, фурункулах, карбункулах, рожі, фолікуліті.

Висновки

Досвід лікування хворого із гранулематозною розацеа дає змогу стверджувати, що доречним є рекомендувати застосування препарату Ілон у протоколі лікування розацеа з явною інфільтрацією вогнищ.

Література

1. A review of the European Directive for prescribing systemic isotretinoin for acne vulgaris / A.M. Layton, B. Dreno, H.P. Golinick, C.C. Zouboulis. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2006. Vol. 20. N7. P. 773–776.
2. A study on the epidemiology of rosacea in the UK / J. Spoenlin, J.J. Voegel, S.S. Jick, C.R. Meier. Br J Dermatol. 2012. Vol. 167. P. 598–605.
3. Chronic eyelid oedema and rosacea (Morbus Morbigan): diagnostic and therapeutic challenges / G. Renieri, C. Brochhausen, N. Pfeiffer, Pitz S. Klin Monbl Augenheilkd. 2011. Vol. 228. P. 19–24.
4. Epidemiologic aspects of rosacea / K.P. Kyriakis, I. Palamaras, S. Terzoudi, S. Emmanouelidis, C. Michailidis, G. Pagana. J Am Acad Dermatol. 2005. Vol. 5. P. 918–919.
5. Goldberg D.J., Berlin A.L. Acne and rosacea: epidemiology, diagnosis and treatment. 2012. Maison publishing. 96 p.
6. Khokhar O., Khachemoune A. A case of granulomatous rosacea: sorting granulomatous rosacea from other granulomatous diseases that affect the face. Dermatol Online J. 2004. N10. P. 6.
7. Major pathophysiological correlations of rosacea: a complete clinical appraisal / R.C. Vemuri, R. Gundamuraju, S.D. Secaran, R. Manikam. Int J Med Sci. 2015. N12. P. 387–396.
8. Mite-related bacterial antigens stimulate inflammatory cells in rosacea / N. Lacey, S. Delaney, K. Kavanagh, F.C. Powell. Br J Dermatol. 2007. Vol. 157. P. 800–805.
9. Plewig G., Kligman A. Acne and Rosacea. 2nd ed. Springer-Verlag, Berlin-New-York. 1993. 726 p.
10. Powell FC. The histopathology of rosacea: 'Where's the Beet?'. Dermatology. 2004. Vol. 209. P. 173–174.
11. Rallis E., Korfitis C. Isotretinoin for the treatment of granulomatous rosacea: case report and review of the literature. J Cuta Med Surg. 2012. N16. P. 438–441.
12. Rosacea treatment update: Recommendations from the global Rosacea consensus (ROSCO) panel / M. Schaller, L. Ameida, A. Bewley et al. Br J Dermatol. 2017. Vol. 176. P. 465–471.
13. Steinhoff M., Schmelz M., Schauder J. Facial erythema of rosacea – aetiology, differential pathophysiology and treatment options. Acta Derm Venereol. 2016. Vol. 96. P. 579–586.
14. Swiss S1 guideline for the treatment of rosacea / F. Arzengruber, J. Czernielewski, C. Conrad, L. Feldmeyer, N. Yamalkar et al. Journ Eur Acad Dermat Vener. 2017. Vol. 31. P. 1775–1791.

References

1. Layton AM, Dreno B, Golinick HP, Zouboulis CC. A review of the European Directive for prescribing systemic isotretinoin for acne vulgaris. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2006;20:7:773–776.
2. Spoenlin J, Voegel JJ, Jick SS, Meier CR. A study on the epidemiology of rosacea in the UK. Br J Dermatol. 2012;167:598–605.
3. Renieri G, Brochhausen C, Pfeiffer N, Pitz S. Chronic eyelid oedema and rosacea (Morbus Morbigan): diagnostic and therapeutic challenges. Klin Monbl Augenheilkd. 2011;228:19–24.
4. Kyriakis KP, Palamaras I, Terzoudi S, Emmanouelidis S, Michailidis C, Pagana G. Epidemiologic aspects of rosacea. J Am Acad Dermatol. 2005;53:918–919.
5. Goldberg DJ, Berlin AL. Acne and rosacea: epidemiology, diagnosis and treatment. Maison publishing. 2012. 96 p.
6. Khokhar O, Khachemoune A. A case of granulomatous rosacea: sorting granulomatous rosacea from other granulomatous diseases that affect the face. Dermatol Online J. 2004;10:6.
7. Vemuri RC, Gundamuraju R, Secaran SD, Manikam R. Major pathophysiological correlations of rosacea: a complete clinical appraisal. Int J Med Sci. 2015;12:387–396.
8. Lacey N, Delaney S, Kavanagh K, Powell FC. Mite-related bacterial antigens stimulate inflammatory cells in rosacea. Br J Dermatol. 2007;157:800–805.
9. Plewig G, Kligman A. Acne and Rosacea. 2nd ed. Springer-Verlag, Berlin-New-York. 1993. 726 p.
10. Powell FC. The histopathology of rosacea: 'Where's the Beet?'. Dermatology. 2004;209:173–174.
11. Rallis E, Korfitis C. Isotretinoin for the treatment of granulomatous rosacea: case report and review of the literature. J Cuta Med Surg. 2012;16:438–441.
12. Schaller M, Ameida L, Bewley A, et al. Rosacea treatment update: Recommendations from the global Rosacea consensus (ROSCO) panel. Br J Dermatol. 2017;176:465–471.
13. Steinhoff M, Schmelz M, Schauder J. Facial erythema of rosacea – aetiology, different pathophysiology and treatment options. Acta Derm Venereol. 2016;96:579–586.
14. Arzengruber F, Czernielewski J, Conrad C, Feldmeyer L, Yamalkar N, et al. Swiss S1 guideline for the treatment of rosacea. Journ Eur Acad Dermat Vener. 2017;31:1775–1791.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И ЛЕЧЕНИЕ ГРАНУЛЕМАТОЗНОЙ РОЗАЦЕА

Л.Д. Калюжная¹, А.В. Петренко¹, Л.В. Гречанская²

¹ Национальный университет здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, ² Украинская военно-медицинская академия

Резюме

В статье приведен случай розацеа у мужчины 36 лет с поражением кожи в виде эритемы в центральной части лица, телеангиэктазии, фиматозных разрастаний на лбу и переносице. Дифференциальную диагностику проводили между лимфомой кожи, красной волчанкой, болезнью Морбигана, фульминантными акне и гранулематозной розацеа. Лечение проводили с использованием доксицилина и препарата Илон.

Ключевые слова: розацеа, фима, красная волчанка, лимфома, Илон.

DIAGNOSTIC CRITERIA AND THE TREATMENT OF GRANULOMATOUS ROSACEA

L.D. Kaljuzhna¹, A.V. Petrenko¹, L.V. Hrechanska²

¹ Shupyk National Healthcare University of Ukraine, ² Ukrainian Military Medical Academy

Abstract

The article presents a case of rosacea in a 36-year-old man with skin lesions in the form of erythema in the central part of the face, telangiectasia, phymatous growths on the forehead and glabella. Differential diagnosis was made between skin lymphoma, lupus erythematosus, Morbigan disease, fulminant acne, and granulomatous rosacea. Treatment was carried out using doxycycline and Ilon.

Key words: rosacea, phyma, lupus erythematosus, lymphoma, Ilon.

Відомості про авторів:

Калюжна Лідія Денисівна – д-р мед. наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України, професор кафедри алергології, клінічної та лабораторної імунології, Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0425-8194>

Петренко Анастасія Вадимівна – асистент кафедри алергології, клінічної та лабораторної імунології, Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика; e-mail: anastasiia.v.petrenko@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3324-4912>

Гречанська Лариса Василівна – канд. мед. наук, доцент кафедри військової загальної практики – сімейної медицини, Українська військова медична академія, м. Київ; e-mail: lv555@ukr.net

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9913-0603>

