



УДК 617.7-06:616.53-002.282-06

ОФТАЛЬМОРОЗАЦЕА КАК ОСОБАЯ ФОРМА ОСЛОЖНЁННОГО ТЕЧЕНИЯ РОЗОВЫХ УГРЕЙ

А.Е. ПУЛИКОВ
Л.В. СИЛИНА
Н.Г. ФИЛИППЕНКО
Е.В. ПИСЬМЕННАЯ

*Курский государственный
медицинский университет*

e-mail:Lehapulia@mail.ru

Под нашим наблюдением находилось 45 человек, больных офтальморозацеа. В клинической картине пациентов с офтальморозацеа были зарегистрированы гиперемия конъюнктивы век, ощущение зуда, жжения, инородного тела, конъюнктивит, гиперемия перiorбитальной области, фоточувствительность, перикорнеальная инъекция сосудов склеры; халазион. Рациональная фармакотерапия офтальморозацеа должна включать специфическое лечение розацеа с параллельным лечением офтальмологических проявлений.

Ключевые слова: розацеа, розовые угри, офтальморозацеа.

Введение. У каждого третьего пациента розацеа протекает с поражением глаз и возникновением офтальморозацеа в виде блефарита, конъюнктивита, ирита, иридоциклита или кератита. При клинико-лабораторном обследовании было установлено, что причиной хронического конъюнктивита в 3% случаев является розацеа. При прогрессировании процесса наблюдается стойкое помутнение роговицы, что может привести к значительному снижению остроты зрения вплоть до слепоты.

Субъективно поражение глаз при розацеа характеризуется чувством жжения, болезненностью, светобоязнью и ощущением инородного тела. При клинико-лабораторном обследовании установили, что причиной хронического конъюнктивита в 3% случаев является розацеа. Примерно в 20% случаев поражение глаз предшествует кожным проявлениям. Этиологическим фактором многих блефаритов, мейбомитов, конъюнктивитов и, как следствие, кератитов и иридоциклитов признаётся клещ *Demodex folliculorum* [1-3]. Наиболее неблагоприятным считается развитие розацеа-кератита – в связи со стойким помутнением роговицы процесс может привести к значительному снижению остроты зрения.

Поражения глаз у больных розацеа колеблется от 60 до 80%. Примерно у 50% больных поражение век и лица начинается одновременно, у 20% поражение век предшествует поражению кожи лица, у 30% – следует за поражением лица. У каждого третьего пациента розацеа протекает с поражением глаз в виде конъюнктивита, иридоциклита, кератита [3-5].

Типичным для офтальморозацеа является циклически протекающий сухой керато-конъюнктивит, который характеризуется ощущением инородных частиц в глазах и светобоязнью. Неблагоприятным для прогноза является розацеа-кератит, который в экстремальных случаях может привести к потере зрения вследствие помутнения роговицы. Пациенты жалуются на жжение, зуд, болезненность, слезотечение, светобоязнь. Часто диагностируют блефарит, халазион, конъюнктивит, ирит, иридоциклит, кератит [4-5].

Блефарит является наиболее частым симптомом розацеа. Веки становятся отечными, гиперемизированными, иногда покрываются мелкими белесоватыми чешуйками. Больные жалуются на зуд, появление отделяемого в углах глазной щели вначале по утрам, а затем и в течение дня, беспокоит ощущение «песка» в глазах, что вызывает частое мигание.

Конъюнктивит при розацеа нередко сочетается с блефаритом и характеризуется гиперемией конъюнктивы глаза, выраженным слезотечением на ветру и на солнце.

Ирит (воспаление радужной оболочки глаза) встречается редко. Больные предъявляют жалобы на выраженное слезотечение, снижение остроты зрения. Рисунок радужной оболочки становится расплывчатым, изменяется ее окраска, суживается зрачок.

Иридоциклит характеризуется вовлечением в воспалительный процесс ресничного тела, о чем свидетельствует появление болей.

Кератит при розацеа начинается с расширения периферических сосудов склеры, постепенно трансформирующихся в периваскулярные инфильтраты, как и при поражении кожи. На отдельных участках склеры формируются очаги помутнения. Воспалительные инфильтраты медленно продвигаются в центральные отделы роговицы и подвергаются распаду. Клинически это характеризуется изъязвлением с последующим рубцеванием. Соли кальция, откладывающиеся в соединительно-тканых рубцах, придают участкам помутнения меловой оттенок. Прогрессирующее снижение остроты зрения может привести к слепоте.

Воспаление мейбомиевой железы (халазион) формируется медленно, часто безболезненно. Вначале появляются гиперемия, под кожей прощупывается подвижное образование величиной от просыаного зерна до горошины, спаянное с хрящом века. Хирургическое лечение не предотвращает рецидивов заболевания.



Клинические и экспериментальные исследования показывают что, в развитии офтальморозацеа имеют важное значение иммунные нарушения, возникновение ангиопатии и экзогенные факторы (инфекционные, физические, лекарственные). Большая часть пациентов с офтальморозацеа в течение длительного времени получает стероидные препараты в различных формах, что не дает выраженного клинического результата, но приводит к многочисленным побочным эффектам и резистентности к последующей терапии. Таким образом, рационального и эффективного лечения офтальморозацеа до настоящего времени не существует, что обуславливает актуальность рассматриваемой темы.

Цель: установить клинико-диагностические особенности розацеа, осложненной офтальмологическими проявлениями.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности клинической картины розацеа, осложненной офтальмологическими проявлениями;
2. Выявить наличие осложнений со стороны органа зрения.

Материалы и методы. Мы обследовали 45 больных розацеа с офтальмологическими проявлениями.

Критериями для включения пациентов в исследование были:

- 1) наличие розацеа 2 и 3 степени, осложненное офтальморозацеа;
- 2) возраст от 18 до 60 лет;
- 3) отсутствие других хронических заболеваний в стадии обострения;

Критерии исключения:

- 1) отсутствие хотя бы одного из критериев включения;
- 2) беременность.

Офтальмологическое исследование включало в себя: сбор анамнеза, клиническое, функциональное исследование. При сборе анамнеза обращали особое внимание на возможные факторы риска, наличие сопутствующих заболеваний.

С целью изучения возможных эндогенных источников заболевания тщательно обследовали состояние век, мейбомиевых желез, конъюнктивы, проводили пробу Ширмера. Контрольная группа была представлена 30 здоровыми людьми аналогичного пола и возраста. Лечение пациентов с розацеа проводили по стандарту медицинской помощи больным с розацеа, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 757 от 11 декабря 2007 г. Больные (n=45) получали метронидазол 0,5 г в сутки в течение 10 дней; розамет 1%-ный крем наружно 2 раза в день; криотерапию (криомассаж); умывание лица бактерицидным мылом, при наличии осложнений в виде офтальморозацеа с проявлениями блефарита дополнительно проводилась обработка кожи век и лица демаланом 2 раза в сутки; обработка края век блефарогелем-2 – 2 раза в сутки).

Результаты исследования. Офтальморозацеа, как один из наиболее частых симптомов данной патологии (Потекаев Н.Н., 2000), обнаружена у 33 (37%) пациентов с розовыми угрями. При этом обращалось внимание на время появления офтальмологических симптомов относительно дерматологической манифестации. Полученные данные совпадают с литературными: более чем у половины больных поражение глаз наступает одновременно с кожными проявлениями.

Степень офтальморозацеа мы оценивали по трехбалльной шкале (табл. 1.):

- 1 степень зарегистрирована в 57,6% случаев. Характеризовалась нерезко выраженной гиперемией конъюнктивы век; ощущением зуда, жжения, инородного тела, блефаритом;
- 2 степень отмечается у 40% больных. Сопровождалась конъюнктивитом, гиперемией периорбитальной области, повышенной фоточувствительностью;
- 3 степень составила 3,4%. Проявлялась кератитом, перикорнеальной инъекцией сосудов склеры.

Субъективные и объективные признаки больных представлены в зависимости от степени офтальморозацеа в табл. 1. Функциональные показатели слезы в зависимости от степени офтальморозацеа отражены в табл. 2.

Критериями эффективности лечения являлись сокращение продолжительности воспалительных изменений и сроков лечения.

В процессе проведенного исследования мы установили, что содержание общего белка как признака выраженного воспаления в слезной жидкости менялось в сторону уменьшения в большей степени у пациентов первой группы.



Таблица 1

Количество больных с субъективными и объективными признаками в зависимости от степени офтальморозацеа

Характер жалоб и объективных признаков	Количество больных с субъективными и объективными признаками в зависимости от степени и лечения		
	I степень	II степень	III степень
Ощущение "сухости" в глазу	62,5%	84,62%	100%
Ощущение "инородного тела" в конъюнктивальной полости	75,0%	30,77%	25,0%
Ощущение "жжения" и "рези" в глазу	31,25%	76,92%	50,0%
Светобоязнь	-	30,77%	75,0%
Слезотечение	18,75%	-	-
Резкая болезненность в глазу	-	-	50,0%
Отечность и гиперемия конъюнктивы	93,75%	100%	100%
Перикорнеальная инъекция сосудов склеры	81,25%	76,92%	75,0%

Примечание: 1 – до лечения, 2 – после проведения курса лечения (20-е сутки терапии).

Таблица 2

Функциональные показатели слезы в зависимости от степени офтальморозацеа и способа лечения

Показатели	Здоровые n =25	Сроки	Основная группа			Группа сравнения		
			I	II	III	I	II	III
Проба Ширмера	19 ±1,3	1	12,11± 1,23	8,09± 0,74	4,56± 0,31	12,43± 1,31	8,18± 0,79	4,29± 0,37
		2	15,78± 1,47	15,21± 1,0	10,98± 0,89	13,54± 1,97	9,09± 0,88	7,61± 0,67
Сдвиг, %			+23	+47	+58	+8	+10	+44

Примечание: 1 – на момент обращения, 2 – после проведения курса лечения (20-е сутки терапии).

После проведенного лечения у пациентов первой подгруппы наблюдалось клиническое выздоровление и существенная нормализация изучаемых показателей с достоверностью $p \leq 0,001$ (табл. 1, 2). У пациентов второй подгруппы не наблюдалось выраженной динамики клинического состояния.

Клинический пример:

Больной Д., 65 лет, обратился за дерматологической помощью в ОКВД г. Курска 12.09.2008 г. с жалобами на высыпания на коже лица, сухость в глазах, светобоязнь, ощущение инородного тела в глазах. Болен 12 лет. Сопутствующих заболеваний в фазе обострения нет.

Объективно: в центральной части лица локализованы сгруппированные полусферические, воспалительные, гиперемированные папулы и телеангиоэктазии. При офтальмологическом обследовании выявлена перикорнеальная инъекция сосудов склеры. Диагноз: Розацеа II степени. Офтальморозацеа: сухой кератоконъюнктивит.

Значения лабораторных показателей: общий белок слезной жидкости 6,0 мг/мл; проба Ширмера I: 7 мм.

Проведенное лечение: метронидазол 0,5 г в сутки в течение 10 дней; розамет 1%-ный крем наружно 2 раза в день; криотерапия (криомассаж); умывание лица бактерицидным мылом. После проведенного лечения нивелировались жалобы на светобоязнь, сухость и ощущение инородного тела в глазах. Объективно инъецированность склер значительно уменьшилась.

Значения лабораторных показателей: общий белок слезной жидкости 3,4 мг/мл. Проба Ширмера I: 15 мм.

Выводы. Таким образом, в клинической картине пациентов с офтальморозацеа были зарегистрированы гиперемия конъюнктивы век; ощущение зуда, жжения, инородного тела,



конъюнктивит, гиперемия периорбитальной области, фоточувствительность, перикорнеальная инъекция сосудов склеры; халазион (3,4%). Рациональная фармакотерапия офтальморозацеа должна включать специфическое лечение розацеа с параллельным лечением офтальмологических проявлений.

Литература

1. Юцковская, Я.А. Обоснование патогенетической терапии при акнеподобных дерматозах, осложненных клещевой инвазией *Demodex folliculorum* / Я.А. Юцковская, Н.В. Кусая, С.Б. Ключник // Клиническая дерматология и венерология. – 2010. – №3. – С.60-63.
2. Егорова, Ю.С. К вопросу об истории и комплексном лечении розацеа / Ю.С. Егорова, Д.В. Заславский, Н.С. Волкова, О.В. Оловяшников // Клиническая дерматология и венерология. – 2009. – №3. – С. 80-84.
3. Лалаева, А.М. Современные представления о патогенезе и лечении розацеа / А.М. Лалаева, С.И. Данилов, В.А. Пирятинская, Т.В. Грибанова // Клин. дерматология и венерология. – 2003. – № 2. – С. 29-34.
4. Адашкевич, В.П. Акне вульгарные и розовые / В.П. Адашкевич. – Н.Новгород : НГМА, 2005. – С. 160.
5. Тарасенко, Г.Н. Роль патологии пищеварительного тракта и печени в патогенезе розацеа / Г.Н. Тарасенко, Е.С. Васильева, С.А. Белякин // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2010. – № 1. – С. 54-57.

OPHTALMOROSACEA AS A SPECIAL FORM OF THE COMPLICATED CURRENT OF PINK ACNE

A.E. PULIKOV
L.V. SILINA
N.G. FILIPPENKO
E.V. PISMENNAYA

Kursk State Medical University

e-mail: Lehapulia@mail.ru

There were 45 people under our supervision, patients with ophtalmorosacea. In a clinical picture of patients with ophtalmorosacea the giperemiya of a conjunctiva of eyelids, feeling of an itch, burning, a foreign matter, conjunctivitis, a giperemiya of periorbit area, photosensitivity, a perikorneal injection of skler vessels were registered. The rational pharmacotherapy of ophtalmorosacea should include specific treatment of rosacea with simultaneous treatment of ophthalmologic display.

Keywords: rosacea, pink acne, ophtalmorosacea.