

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТКИ С ЭРИТЕМАТО-ТЕЛЕАНГИОЭКТАТИЧЕСКИМ ПОДТИПОМ РОЗАЦЕА

Е.Г. Перевалова¹, И.А. Ламоткин^{2,3}¹ Клиника дерматологии и косметологии «MDElena», Москва, Россия² ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н.Бурденко» Минобороны России, Москва, Россия³ Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Введение. Пациентка М., 31 год, обратилась с жалобами на нестерпимый зуд, боль, красноту, отек лица, корки на лице, отсутствие аппетита. При осмотре: разлитая эритема диффузного характера, выраженная пастозность мягких тканей лица, множественные эксфолиации, лицо напряженное, горячее от выраженного отека и разлитого воспалительного процесса, ксероз, гиперкератоз, резко положительный «симптом листка», резко положительный пальпаторный тест. Была проведена терапия в соответствии с патентом на изобретение № 2811254. Вводили 1% гиалуроновую кислоту в активные проекции с последующим нанесением 15% азелаиновой кислоты на зоны активации. В течении 12 месяцев наблюдения пациентки рецидивирования и прогрессии ангионевроза кожи не отмечалось.

Представленный клинический случай эритемато-телеангиоэктатического подтипа розацеа является уникальным и редким, показывает виртуозность розацеа, как она может легко маскироваться под гиперчувствительность немедленного и замедленного типов, в результате чего привести к ошибочной тактике ведения пациента с последующим осложнением воспалительного процесса.

Цель исследования. Рассмотреть сложный клинический случай, осложненный предыдущим лечением, выбрать эффективную альтернативную терапию эритемато-телеангиоэктатического подтипа на патогенетическом уровне.

Материалы и методы исследования. Для рассмотрения и анализа изучили пациентку 31 года с длинным анамнезом, с неправильным изначально поставленным диагнозом, осложненным лечением. Пациент предоставил все данные по приему препаратов и пройденному курсу лечения до обращения в клинику. Провели инъекционную терапию согласно патенту на изобретение № 2811254. Воздействовали на биологически активные точки 1% гиалуроновой кислотой с последующим нанесением 15% азелаиновой кислоты.

Результаты. Оценили полученный клинический результат после каждой процедуры, 6, 12 и 48 месяцев. Получили стагнацию воспалительного процесса после 6 процедур терапии, после 12 месяцев состояние кожи пациента было стабильным, рецидивирование отсутствовало.

Заключение. После проведения 6-ти процедур инъекционной терапии 1% гиалуроновой кислоты и терапии 15% азелаиновой кислоты получили разрешение клинических признаков воспаления кожи у пациентки с ангионеврозом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: эритемато-телеангиоэктатический подтип розацеа, гиперчувствительность немедленного типа, гиалуроновая кислота, патогенетический метод лечения

КОРРЕСПОНДЕНЦИЯ: Перевалова Елена Геннадьевна, e-mail: mdelena@bk.ru

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Перевалова Е.Г., Ламоткин И.А. Патогенетическая терапия пациентки с эритемато-телеангиоэктатическим подтипом розацеа // Вестник Медицинского института непрерывного образования. — 2025. — Т. 5, № 1. — С. 104–108. — DOI 10.36107/2782-1714_2025-5-1-104-108.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ: Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОСТУПНОСТИ ДАННЫХ: Данные текущего исследования можно получить по обоснованному запросу у корреспондирующего автора.

PATHOGENETIC THERAPY OF A PATIENT WITH ERYTHEMATO-TELANGIECTATIC ROSACEA

Е.Г. Perevalova¹, I.A. Lamotkin^{2,3}¹ Clinic of Dermatology and Cosmetology "MDElena", Moscow, Russia² Main Military Clinical Hospital named after N.I. Burdenko of the Russian Ministry of Defense, Moscow, Russia³ Medical Institute of Continuing Education, Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH), Moscow, Russia

ABSTRACT

Background. A female patient M., 31 years old, complained of unbearable itching, pain, redness, facial oedema, crusts on the face, lack of appetite. On examination: diffuse erythema, pronounced pastyness of the soft tissues of the face, multiple excoriations, tense, hot face from pronounced oedema and diffuse inflammatory process, xerosis, hyperkeratosis, a sharply positive leaf symptom, a sharply positive palpation test. The therapy was performed in accordance with the Patent for Invention No. 2811254. 1% hyaluronic acid was injected into the active projections, followed by the application of 15% azelaic acid to the activation zones. No recurrence and progression of skin angioedema was noted during 12 months of patient follow-up.

The presented clinical case of erythemato-telangiectatic subtype of rosacea is unique and rare, shows the virtuosity of rosacea, as it can easily disguise itself as immediate and delayed-type hypersensitivity, resulting in erroneous patient management tactics with subsequent complication of the inflammatory process.

Purpose. To review a complex clinical case complicated by previous treatment, and to choose an effective alternative therapy for the erythemato-telangiectatic subtype at the pathogenetic level.

Materials and methods. For review and analysis, we studied a 31-year-old patient with a long medical history, misdiagnosed initially, complicated by treatment. The patient provided all the data on taking medications and the course of treatment before contacting the clinic. Injection therapy was performed according to the Patent for Invention No. 2811254. Biologically active points were treated with 1% hyaluronic acid, followed by the application of 15% azelaic acid.

Results. The clinical result obtained after each procedure, 6, 12 and 48 months, was evaluated. The inflammatory process stagnated after 6 therapy procedures, and after 12 months the patient's skin condition was stable and there was no recurrence.

Conclusion. After 6 procedures of injectable therapy with 1% hyaluronic acid and therapy with 15% azelaic acid, the clinical signs of skin inflammation in a patient with angioedema were resolved.

KEYWORDS: erythematotelangiectatic rosacea, immediate hypersensitivity, hyaluronic acid, pathogenetic treatment method

CORRESPONDENCE: Elena G. Perevalova, e-mail: mdelena@bk.ru

FOR CITATIONS: Perevalova E.G., Lamotkin I.A. Pathogenetic therapy of a Patient with Erythematotelangiectatic Rosacea // Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education. — 2025. — V. 5, No. 1. — P. 104–108. — DOI 10.36107/2782-1714_2025-5-1-104-108.

FUNDING SOURCE: The authors declare no funding for the study.

DECLARATION OF COMPETING INTEREST: The authors declare the absence of apparent and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

DATA AVAILABILITY STATEMENT: Data from the current study are available upon reasonable request from the corresponding author.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Доказано, что при розацеа мишенью повреждения являются утолщающиеся эндотелиоциты, нарушается целостность базальной мембраны, клетки рыхло располагаются в отношении друг друга [1, 2, 3]. Диагноз «эритемато-телеангиэктатический подтип розацеа» ставится на основе стойкой эритемы и телеангиэктазии [4, 5].

В настоящее время для лечения розацеа широко назначаются системные ретиноиды (нивелируют выработку патоген-ассоциированных рецепторов — TLRs), назначают изотретиноин в малых дозах 0,2–0,4 мг/кг в сутки в течение 4–6 месяцев [6, 7]. В практической деятельности к врачу обращаются пациенты, в анамнезе которых были многократные курсы изотретиноина по 8–12 месяцев приема.

Высокую эффективность лечения наблюдали от применения азелаиновой кислоты [8, 9, 10]. Насыщенная C₉-дикарбоновая кислота природного происхождения (содержится в злаковых, мясе, может в незначительных количествах синтезироваться эндогенно) восстанавливает кератинизацию в сально-волосяных фолликулах, ингибирует синтез *P. acnes* и *S. Epidermidis*, супрессирует нейтрофильный ряд (ингибирует выработку свободных форм кислорода), нормализует пигментный обмен на ферментном уровне, угнетает рост *Pityrosporum ovale*, *Candida albicans*, штаммов *S. Aureus* [11, 12].

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Пациентка М., 31 год, обратилась в критическом состоянии с диагнозом «розацеа, ангионевротический отек». Беспокоила краснота, сильный отек лица, лицо пульсировало, присутствовал выраженный болевой синдром, зуд, кожа лица была покрыта корками, что не позволяло проводить ежедневный гигиенический уход за кожей, нарушение сна, снижение аппетита. При осмотре кожа была горячая на ощупь, пунцового цвета, наблюдалась выраженная пастозность мягких тканей лица, множественные эскориации, ксероз, гиперкератоз, резко положительный пальпаторный тест (гиперчувствительная реакция со стороны кожи, проявляющаяся при ее пальпации в виде покраснения в результате резкого прилива крови), резко положительный «симптом листка» (при проведении по коже пациента рукой в медицинской перчатке врач слышит

так называемый звук шелеста листы, который указывает на выраженное нарушение липидной мантии, обезвоженное состояние кожи, нарушение барьерной функции (кожи). Состояние кожи, с которым больная М. обратилась за медицинской помощью, проиллюстрировано на рис. 1.

Из анамнеза со слов пациентки известно: больной считает себя с 2014 года, когда впервые покраснели щеки, самостоятельно принимала супрастин, наносила на кожу циндол 2 недели, покраснения разрешились. Через 6 месяцев на лице вновь появилась краснота. На приеме у дерматолога получила назначения по применению крема Акридерм гк в течение 7 дней (был поставлен диагноз псориаз (на теле) и аллергический дерматит на лице). На 4 день нанесения крема Акридерм гк пациентка проснулась ночью от сильного отека, под пальцами лопалась кожа (пузыри). Была экстренно госпитализирована, провели курс инъекционной терапии преднизолоном, назначен курс антибиотикотерапии (юнидокс солютаб). Полученный результат носил нестойкий характер, каждые 3 месяца рецидивировала краснота, высыпания, сухость, шелушение кожи, выраженный зуд. В дерматологическом отделении был назначен курс ретаккутана в суточной дозировке 16 мг, 8 месяцев, параллельно был назначен юнидокс солютаб в течении месяца по 100 мг × 2 раза в день, утром и вечером.



Рис. 1. Больная М., 31 год, слева — в таком состоянии пациентка обратилась за медицинской помощью, справа — после проведения патогенетической терапии в соответствии с патентом № 2811254.

В 2019 году больная М. отмечала сильное ухудшение клинической картины, пошло сильное обострение (до 2019 г. прошла 2 курса изотретиноина по 8 месяцев в суточной дозировке 16 мг, вес пациентки 54 кг), что побудило пациентку искать альтернативные методы лечения.

Провели патогенетическое лечение в соответствии с патентом № 2811254. Вводили 1% гиалуроновую кислоту в активные проекции, после чего на активированные точки и сформированные воронки наносили 15% азелаиновую кислоту. Выполнили 6 процедур с интервалом в 2 недели. В первые 3 процедуры наблюдали выраженный реабилитационный период, который сопровождался активным шелушением, шелушение носило двухкратный, трехкратный характер, каждое последующее носило менее активный характер, чем предыдущее. Важным условием проведения терапии по методике было не форсировать шелушение, нельзя скрабировать кожу, отдираять отходящие чешуйки преждевременно, использовать агрессивные уходовые средства, содержащие ретинол, витамин С, отбеливающие компоненты (гидрохинон, резорцин). Чувство стянутости кожи пациентка ощущала первые 2-е суток, на 3-и сутки кожа начала трескаться в области губ, носогубного треугольника и далее шелушение распространялось от центра к периферии, заканчивалось через 7–8 дней. В качестве домашнего ухода были назначены эмоленты, в частности, Emolent линейки Passaggio и солнцезащитная эмульсия Protezione Solare 50 spf линейки Passaggio, которая выполняет защитную и десенсибилизирующую функции, успокаивает кожу после проведения лечебных инъекционных процедур. Точки введения 1% гиалуроновой кислоты приведены на рис. 2, промежуточный результат виден на рис. 3.

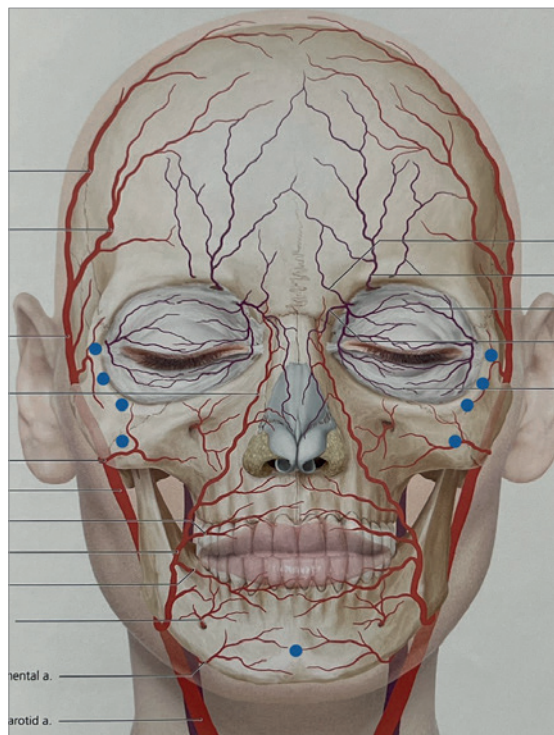


Рис. 2. Точки введения 1% гиалуроновой кислоты в соответствии с патентом № 2811254



Рис. 3. Промежуточный клинический результат пациентки М

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

После проведенной терапии за пациенткой наблюдали 12 и 48 месяцев (рис. 4), результат был стабильный, рецидивирование ангионевроза кожи отсутствовало, пациентка отмечала отсутствие красноты и отека кожи лица, не беспокоили высыпания, кожа стала приятная на ощупь, увлажненная, нормализовалась чувствительность кожи к внешним факторам среды (солнцу, ветру, морозу), нервным напряжениям. Как триггер розацеа, больная исключила из своей жизни алкоголь (даже редкий прием вина).

ОБСУЖДЕНИЕ

Розацеа за последние годы приобретает новые проявления. Неоднократные курсы системных антибиотиков, изотретиноина, бримонидина (селективного α_2 адреномиметика), инвермектина, противопроtozoных препаратов приводят к резистентным и осложненным формам течения розацеа. После подобной тактики происходит смазывание клинической симптоматики болезни, что затрудняет ее дифференцировку и диагностику. Настороженность в диагностике розацеа является важным аспектом. Из-за схожей клинической картины ошибочно ставят диагноз «аллергический дерматит», что приводит к неправильной стратегии и тактике ведения пациентов с ангионеврозом кожи. Рецидивирование красноты лица, высыпаний, расположенных на эритематозном отечном фоне, жар, приливы должны заставить задуматься о дифференциальном подходе к патологии пациента.

Из наблюдений за пациенткой во время приема изотретиноина видна быстрая динамика купирова-



Рис. 4. Больная М., 31 год, 4 года спустя проведенной терапии

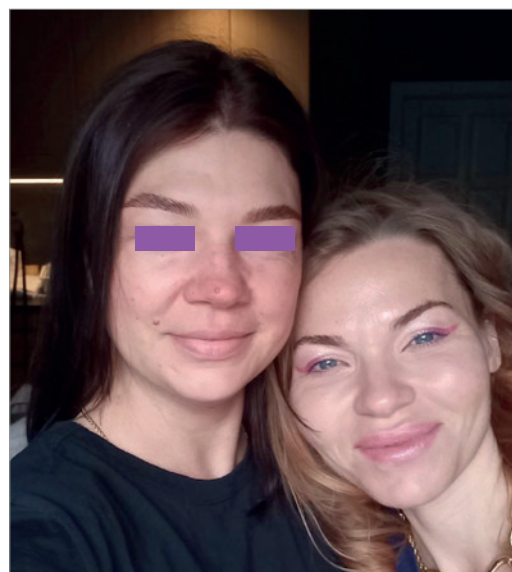


Рис. 5. Пациент после проведенной терапии (слева). Справа лечащий врач.

ния воспалительных элементов, при этом такие сопутствующие состояния во время приема изотретиноина, как обезвоженность кожи крайней степени, высокая гиперчувствительность кожи к ветру, солнцу, морозу (пациентка не могла выйти на улицу зимой, ощущение «вонзающихся многочисленных иголок» в кожу лица), ощущение «панциря» на коже лица, «мертвая» кожа, «не дышит», «чужая» — это слова пациентки; при выборе терапии стоит учитывать диспептические расстройства и депрессивное состояние. После отмены роаккутана сухость кожи продолжала сопровождать больную, шелушение кожи носило постоянный характер.

После проведенного патогенетического лечения в соответствии с патентом № 2811254 пациентка вернулась к активной социальной жизни, начала посещать

театры, музеи, пошла в кружок танцев, о котором давно мечтала, но не могла ходить туда из-за состояния своей кожи в течение многих лет. Пациентка после проведенной терапии представлена на рис. 5.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагностическая настороженность является важным аспектом в диагностике розацеа. Прием системных ретиноидов сопровождался рецидивированием воспалительного процесса эндотелиоцитов, но дал быстрый результат по купированию воспалительных элементов. Альтернативная методика в соответствии с патентом № 2811254 явилась эффективной, позволила нивелировать клинические признаки ангионевроза кожи и восстановить физико-химические и барьерные ее свойства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тюрин Ю. А., Мустафин И. Г., Фассахов Р. С. Природная устойчивость бактерий к факторам врожденной иммунной системы, обусловленная бактериальными протеазами // Практическая медицина. — 2010. — №. 40. — С. 7–13.
2. N. Ghariani, M. Kourda, M. Denguczli [et al.]. Papules of the face // Ann. Dermatol. Venereol. — 2002. — V. 129. — No 10, pt. 1. — P. 11811182.
3. Yamasaki K., Gallo R. L. The molecular pathology of rosacea // Journal of dermatological science. — 2009. — V. 55. — №. 2. — P. 77–81.
4. Steinhoff M., Schaubert J., Leyden J. J. New insights into rosacea pathophysiology: a review of recent findings // Journal of the American Academy of Dermatology. — 2013. — V. 69. — №. 6. — P. S15–S26.
5. Wilkin J. et al. Standard classification of rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea // Journal of the American Academy of Dermatology. — 2002. — V. 46. — №. 4. — P. 584–587.
6. Layton A., Thiboutot D. Emerging therapies in rosacea // Journal of the American Academy of Dermatology. — 2013. — V. 69. — №. 6. — P. S57–S65.
7. Baldwin H. E. Diagnosis and treatment of rosacea: state of the art // Journal of drugs in dermatology: JDD. — 2012. — V. 11. — №. 6. — P. 725–730.
8. Тибуто Д., Тьерофф-Экердт Р., Граупе К. Эффективность и безопасность геля с азелаиновой кислотой (15%) в качестве нового препарата для лечения папулезнопустулезной розацеа: результаты двух рандомизированных контролируемых исследований (III фаза) // Клини дерматол венерол. — 2004. — Т. 2. — С. 74–78.
9. Bjerke R., Fyrand O., Graupe K. Double-blind comparison of azelaic acid 20% cream and its vehicle in treatment of papulo-pustular rosacea // Acta dermato-venereologica. — 1999. — V. 79. — №. 6. — P. 456–459.
10. Maddin S. A comparison of topical azelaic acid 20% cream and topical metronidazole 0.75% cream in the treatment of patients with papulopustular rosacea // Journal of the American Academy of Dermatology. — 1999. — V. 40. — №. 6. — P. 961–965.
11. Духанин А. С. Современные критерии рациональной фармакотерапии акне у женщин. Взгляд клинического фармаколога // Клиническая дерматология и венерология. — 2012. — Т. 10. — №. 2. — С. 108–117.

12. Bojar R. A., Cunliffe W. J., Holland K. T. Disruption of the transmembrane pH gradient—A possible mechanism for the antibacterial action of azelaic acid in *Propionibacterium acnes* and *Staphylococcus epidermidis* //Journal of Antimicrobial Chemotherapy. — 1994. — V. 34. — №. 3. — P. 321–330.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Перевалова Елена Геннадьевна — к.м.н., создатель клиники дерматологии и косметологии MDElena, SPIN-код: 1445–5020.

Ламоткин Игорь Анатольевич — д.м.н., заведующий кожно-венерологическим отделением ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н.Бурденко» Минобороны России, профессор кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института непрерывного образования «РОСБИОТЕХ», SPIN-код: 7153–3703, <https://orcid.org/0000-0001-7707-441X>.

АВТОРСКИЙ ВКЛАД

Перевалова Е.Г. — генерация идеи исследования, выполнение рутинной работы, подготовка текста статьи, обработка статистических данных.

Ламоткин И.А. — оформление статьи, одобрение окончательной версии.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПУБЛИКАЦИЮ: авторы получили письменное согласие пациентов на публикацию медицинских данных и фотографий.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ: проведенное исследование соответствует стандартам Хельсинкской декларации (Declaration Helsinki), соответствие протокола исследования этическим принципам было подтверждено Локальным этическим комитетом МИНО ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ» (Москва, Волоколамское шоссе, дом 11, Москва, Россия), протокол № 6/1 от 21 января 2025 г.

ПОСТУПИЛА:	03.02.2025
ПРИНЯТА ПОСЛЕ РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ:	14.03.2025
ОПУБЛИКОВАНА:	30.03.2025