

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТКИ С ОФТАЛЬМОРОЗАЦЕА

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 А., 40 лет, обратилась с жалобами на выраженную боль, жжение лица, ощущение «пожара» на лице после любых эмоций и во время сна, которые не проходили самостоятельно (пациентке приходилось прикладывать влажное полотенце, предварительно остуженное в морозилке, чтобы уснуть), нарушение сна, отсутствие аппетита, красноту в области глаз, щек, отек лица, корки на лице в области медиальных участков щек, нижних век обоих глаз, крупнопластинчатое шелушение кожи в области корок. Пациентку беспокоила повышенная светочувствительность, постоянно прищуривала глаза на яркий свет (солнечный в том числе), слезотечение, выделения из глаз белого цвета, иногда желтые, чувство «песка в глазах», снижение зрения. При осмотре: V-образное поражение кожи щек симметричного характера, воспалительный процесс затрагивал кожу нижних век, сливная эритема, корочки на пораженном участке, следы эксфолиаций, выворот нижних век из-за выраженной отечности тканей. V-образный участок горячий на ощупь, визуализируется ксероз, гиперкератоз, резко положительный симптом листка (участок, болезненный при пальпации), положительный пальпаторный тест. Была проведена терапия в соответствии с патентом на изобретение № 2810361. Вводили 1% гиалуроновую кислоту в активные проекции с последующим нанесением 20% молочной кислоты на зоны активации. В течении 36 месяцев наблюдения у пациентки отсутствовали жалобы на воспалительный процесс в V-образной зоне поражения щек и век. Представленный клинический случай офтальморозацеа является нетривиальным, показывает вариативность патологии, психоэмоциональный фон носил патовый характер с суицидальными мыслями.

Цель. Разобрать неординарный клинический случай, осложненный неправильной стратегией предыдущей терапии, выявить результативный способ лечения пациентки с офтальморозацеа, нивелировать осложнения после некорректной косметологической помощи.

Материалы и методы. Анализ причинно-следственной связи случая пациентки А. 40 лет, которая имела отрицательную динамику от назначенной терапии. Пациентка предоставила все данные по приему и использованию препаратов, курсовых интервалов, косметологическим процедурам и косметическим средствам. Провели инъекционную терапию согласно патенту на изобретение № 2810361. Инъектировали 1% гиалуроновую кислоту с последующим нанесением 20% молочной кислоты.

Результаты. Наблюдали результат после каждой процедуры, 6, 12, 24, 36 месяцев. Воспалительный процесс купирован после 4 процедуры (выполнили 6, как положено по инструкции для получения фиксированного результата), после 12, 24, 36 месяцев состояние глаз, век и кожи больной были интактными, рецидивов не отмечено.

Заключение. После инъекционной терапии 1% гиалуроновой кислотой и применения 20% молочной кислоты достигнуто купирование всех признаков воспаления глаз, век и кожи лица.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: офтальморозацеа, ксероз кожи, блефарит, конъюнктивит, 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 офтальморозацеа // Вестник Медицинского института непрерывного образования. — 2025. — Т. 5, № 2. — С. 43–47. — DOI 10.36107/2782–1714_2025–5–2–43–47.

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 OPHTHALMOROSACEA

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

ABSTRACT

Background. Patient A., 40 years old, complained of severe pain, burning of the face, a feeling of “fire” on the face after any emotions and during sleep, which did not go away on their own (the patient had to apply a wet towel, previously cooled in the freezer to fall asleep), sleep disorders, lack of appetite, redness in the eye area, cheeks, swelling of the face, crusts on the face in the medial areas of the cheeks, lower eyelids of both eyes, large-scale peeling of the skin in the area of the crusts. The patient was concerned about the increased photosensitivity of the eyes, constantly squinting her eyes at bright light (including sunlight), lacrimation, white and sometimes yellow discharge from the eyes, a feeling of “sand in the eyes”, decreased vision. On the examination: A V-shaped lesion of the cheek skin of a symmetrical nature, the inflammatory process affects the skin of the lower eyelids, erythema multiforme, crusts on the affected area, traces of excoriation, eversion of the lower eyelids due to pronounced swelling of the tissues. The V-shaped area was hot to the touch, xerosis, hyperkeratosis were visualized, a sharply positive leaflet

symptom (the area is painful on palpation), a positive palpation test. The therapy was performed in accordance with the Patent for invention No. 2810361. 1% hyaluronic acid was injected into the active projections, followed by the application of 20% lactic acid to the activation zones. During 36 months of follow-up, the patient had no complaints of an inflammatory process in the V-shaped lesion area of the cheeks and eyelids. The presented clinical case of ophthalmorosacea is non-trivial, shows the variability of pathology, the psychoemotional background was of a stalemate with suicidal thoughts.

Purpose. To analyze an unusual clinical case complicated by an incorrect strategy of previous therapy, to identify an effective method of treating a patient with ophthalmorosacea, and to eliminate complications after incorrect cosmetological care.

Materials and Methods. To understand the cause-effect relationship and to analyse in the case of a 40-year-old patient A. who had negative dynamics from the prescribed therapy. The patient provided all the data on the intake and use of medications, course intervals, cosmetic procedures and cosmetics. The injection therapy was performed according to the Patent for invention No. 2810361. 1% hyaluronic acid was injected, followed by application of 20% lactic acid.

Results. The result was observed after each procedure: 6, 12, 24 and 36 months. The inflammatory process was stopped after 4 procedures (6 were performed as prescribed to obtain a fixed result), after 12, 24 and 36 months the condition of the patient's eyes, eyelids and skin were intact, the patient did not notice any relapses.

Conclusion. After the injection therapy with 1% hyaluronic acid and the use of 20% lactic acid, all signs of inflammation of the eyes, eyelids and facial skin were relieved.

KEYWORDS: ophthalmorosacea, skin xerosis, blepharitis, conjunctivitis, 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 Ophthalmorosacea // Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education. — 2025. — V. 5, No 2. — P. 43-47. — DOI 10.36107/2782-1714_2025-5-2-43-47.

FUNDING SOURCE: The authors claim that there is no funding for the study.

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

DATA AVAILABILITY STATEMENT: Data from the current study can be obtained upon reasonable request from the corresponding author.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Офтальморозацеа сложна в диагностике. Пациенты длительное время живут с жалобами на сухость глаз, повышенную светочувствительность, светобоязнь, слезоточивость, выделения из глаз, ощущением «песка», «инородного тела» в глазах. При нарастании жалоб пациенты, как правило, обращаются к офтальмологам, которые по симптомокомплексу ставят диагноз «синдром сухого глаза» с назначением увлажняющей неспецифичной терапии. Если не лечить офтальморозацеа таргетным способом, это может привести к снижению остроты зрения, а в тяжелых случаях — к потере зрения [1, 2, 3, 4].

Нередко офтальморозацеа сочетается с поражением кожи лица, когда асептический воспалительный процесс затрагивает не только глаза, но и кожу. В подобных случаях широко назначаются системные ретиноиды [5, 6]. Побочное действие от приема ретиноидов в виде выраженного ксероза кожи и глаз еще больше усиливает первое звено патогенеза офтальморозацеа (ксероз) и усугубляет состояние глаз, воспалительный процесс активно начинает прогрессировать.

В настоящее время набрала обороты IPL терапия офтальморозацеа, по-сути — источник широкополосного полихроматического некогерентного света с длиной волн от 400 до 1200 нм. Аппараты используют в основном для лечения телеангиоэктазий и эритемы на коже в области нижних век путем избирательной коагуляции и абляции кровеносных сосудов [8], при этом любая оптическая система обезвоживает ткани, что также в отсроченном периоде времени усугубляет течение офтальморозацеа.

Тяжелым осложнением офтальморозацеа является кератит, наличие которого может привести к появлению изъязвлений и стойкого помутнения роговицы, что заканчивается значительным снижением остроты зрения, вплоть до слепоты [4, 7].

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Пациентка А, 40 лет, обратилась первично за консультацией с диагнозом «розацеа», жалобы носили умеренный характер в виде незначительной красноты, которая усиливалась при нервном напряжении и на солнце. Также пациентка отмечала незначительный дискомфорт в области глаз, повышенную светочувствительность (предпочитала носить солнечные очки при солнечной погоде даже зимой). Предварительно пациентка использовала крем солантру (около года), розамет, принимала внутрь юнидокс солютаб курсами. Результат от используемых средств ее устраивал, на терапию активации точек она не осталась. Прошло 4 месяца, пациентка А. вернулась за повторной консультацией в тяжелейшем состоянии (фото представлено на рис. 1 слева). За этот период больная обратилась к другому дерматологу, косметологу, ей был выполнен курс IPL — терапии в комбинации с пилингом Джесснер. В первое время пациентка видела положительную динамику по коже после проведенных процедур, спустя 2 месяца от начала терапии состояние кожи резко ухудшилось, воспалительный процесс стал носить неконтролируемый характер, краснота кожи стала резко прогрессировать, появилось ощущение «огня» на лице, корки, поражение кожи с щек дошло до глаз, развился блефарит и конъюнктивит.

Пациентка пришла на повторную консультацию в клинику дерматологии и косметологии MDElena в кепке, лицо пыталась закрыть полностью курткой и руками, на глазах были одеты солнечные очки. Клинические признаки носили тяжелый характер, беспокоил сильный отек лица, боль, зуд кожи и глаз, поражение кожи носило V-образный характер, основанием направленное вверх, кожа нижних век была полностью вовлечена в активный воспалительный процесс, тотальное поражение нижних век (наблюдали отек, боль, красноту, корки, трещины, сукровичные выделения). Пациентка страдала нарушением сна (к лицу прикладывала мокрое поло-

тенце, которое остужала в морозильной камере), полным отсутствием аппетита, сильнейшей депрессией с суицидальными мыслями, она даже не могла оставаться в отношениях с мужем, так тяжело было принять себя и коммуницировать с окружающими, т. е. болезнь нанесла серьезный урон как социальной, так и семейной жизни пациентки. При осмотре: кожа покрыта плотными корками, при пальпации резко выражен болевой синдром, горячая на ощупь, наблюдалась умеренная пастозность V-образного участка, множественные эскориации, ксероз, резко выраженный гиперкератоз, резко положительный пальпаторный тест (гиперчувствительная реакция кожи, возникающая при ее ощупывании, проявляется покраснением, обусловленным внезапным увеличением кровотока), резко положительный симптом листка (при касании кожи пациента рукой в медицинской перчатке врач может услышать звук, напоминающий шелест листьев. Этот звук свидетельствует о значительном нарушении липидной мантии, обезвоживании кожи и нарушении ее барьерных функций). Липидная мантия была сильно нарушена, кожа перестала выполнять свою основную защитную функцию, выполнение световых процедур с пилингами спровоцировали прогрессию воспалительного процесса в результате активации первого (ксероза) и четвертого звеньев патогенеза офтальморозацеа (нарушение липидной мантии).



Рис. 1. Больная А., слева — в таком состоянии пациентка обратилась за медицинской помощью, справа — после проведения патогенетической терапии в соответствии с патентом № 2810361.

Из анамнеза со слов пациентки известно: с 2016 года выполняла чистку лица на постоянной основе, никаких критических жалоб не было. В 2018 году обратилась за медицинской помощью к дерматологу в связи с повышенной чувствительностью кожи во время переживаний. Диагноз был сразу поставлен верно, врач установил розацею. Был назначен юнидокс солютаб курсами по 14 дней, далее терапию усилили солантрой и розаметом. Эффект пациентка наблюдала во время приема таблеток и применения солантры, но, как только курс заканчивался, все симптомы возвращались. Более того, присоединились высыпания на щеках, краснота приобрела постоянный характер. Курсы антибиотиков применялись на регулярной основе, спустя год эффективность от приема юнидокс солютаба стала низкой, пациентку начали беспокоить диспепсические явления. В связи с появлением побочных эффектов от антибиотикотера-

пии больная начала искать альтернативные методы лечения. Широкая реклама и свободный выбор пациентов в применении того или иного метода в платной медицине сподвигли пациентку выполнить курс IPL терапии в комбинации с пилингом Джесснер. В конце курса у пациентки развилось критическое состояние с поражением не только кожи, но и глаз, что требовало четких аргументированных действий для решения сложной задачи.

В 2020 году больной была проведена патогенетическая терапия в соответствии с патентом № 2810361. Вводили 1% гиалуроновую кислоту в активные проекции, после чего наносили 20% молочную кислоту. За период из шести процедур, проведенных с интервалом в две недели, наблюдали выраженный реабилитационный процесс. При первых трех сеансах отмечалось активное шелушение, которое проявлялось по два раза в каждой сессии, при этом каждое последующее шелушение было менее интенсивным, чем предыдущее. Важной частью терапии по данной методике стало соблюдение ряда условий: не допускалось форсирование процесса шелушения, нельзя было использовать скрабы, преждевременно снимать отходящие чешуйки и применять агрессивные средства ухода, содержащие ретинол, витамин С и отбеливающие компоненты (например, гидрохинон и резорцин). В первые два дня пациентка ощущала стянутость кожи, а на третий день в V-образной зоне начинали появляться трещины, которые заживали в течение 7–8 дней.

В качестве домашнего ухода были назначены противовоспалительное очищающее молочко Passaggio (Latte Tonico), регенерирующая сыворотка Siero Passaggio, увлажняющий крем (Viso) и восстанавливающая маска Maschera Passaggio после инвазивных лечебных процедур. При выходе на улицу в солнечный день было рекомендована солнцезащитная эмульсия Protezione Solare 50 spf (Passaggio), которая выполняет защитную и антиоксидантную функции. Указанные точки введения 1% гиалуроновой кислоты приведены на рис. 2. Полученный результат после терапии офтальморозацеа после активации точек в боковой проекции виден на рис. 3.



Рис. 2. Точки введения 1% гиалуроновой кислоты в соответствии с патентом № 2810361.



Рис. 3. Больная А. в боковом ракурсе, слева — в таком состоянии пациентка обратилась за медицинской помощью, справа — после проведения патогенетической терапии в соответствии с патентом № 2810361.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

После завершения терапии пациентка была под наблюдением в течение 12, 24 и 36 месяцев. Результаты оставались стабильными, рецидивы ангионевроза кожи не отмечались, пациентка отмечала отсутствие гиперемии, зуда, слезотечения, жжения, светобоязни, ощущения инородного тела и ухудшения зрения, краснота и отечность кожи лица также не беспокоили, кожа стала увлажненной, перестала гореть при стрессе, пациентка вернулась к привычному образу жизни. Данные клинического осмотра и впечатления больной показывают, что спустя время (12, 24 и 36 месяцев) наблюдалось не только отсутствие красноты, высыпаний, отечности тканей и глазных симптомов, но и сохранение качественных характеристик кожи (тургор, эластичность, увлажненность, состояние липидной мантии) на высоком уровне, что гарантировало и обеспечивало пролонгированный стабильный результат.

Состояние кожи пациентки с офтальморозацей в разных ракурсах после трех лет с начала терапии представлено на рис. 4.



Рис. 4. Больная А. через три года после завершения терапии

ОБСУЖДЕНИЕ

С каждым годом количество тяжелых больных с розацеа, в частности, с офтальморозацей становится больше (по статистике наших наблюдений в 2017 году

офтальморозацей встречалась у каждого 12 пациента с розацеа, то в 2024 году — у каждого 5-го). Неблагоприятная тенденция по офтальморозацей по нашим наблюдениям связана с неконтролируемым использованием гаджетов (телефонов) для работы онлайн, нарушением режима труда и отдыха, также с неправильной тактикой ведения пациента, в частности, применения неоднократных курсов антибиотикотерапии, лазерных систем, некорректный подбор пилинговых составов, а также домашнего ухода. Стоит отметить, что особое внимание заслуживают пациенты, которые проходят лазерное, либо IPL воздействие на кожу в комбинации с системным изотретиноином, такие пациенты находятся в зоне риска по офтальморозацей в связи с двойным действием на первое звено патогенеза (ксероз, обезвоживание кожи и глаз). У данной категории больных без грамотного выполнения водного баланса и липидной мантии кожи и глаз воспалительный процесс затрагивает орган зрения, причем, данную тенденцию отмечают сами пациенты. Стоит учитывать, что при наличии глазных симптомов и постановки офтальмологом диагноза «синдром сухого глаза» необходимо проводить дифференциальную диагностику с офтальморозацей, особенно при отсутствии положительной динамики от применения назначенных глазных капель.

При выполнении не однократных курсов антибиотикотерапии при офтальморозацей сглаживаются и становятся менее явными кожные симптомы розацеа, что также может внести сложности в постановку правильного диагноза офтальморозацей.

При курсовом выполнении IPL терапии необходимо уделить особое внимание гидратации кожи и регенеративным компонентам в домашнем уходе с целью снижения побочного действия от оптической системы в виде ксероза кожи. Обезвоживание кожи является одним из основных звеньев, участвующих в запуске и усилении развития ангионевроза кожи. Сочетание лазера с пилингами относится к терапии с высокими рисками, которая может обеспечить молниеносное развитие болезни. Назначение солнцезащитного средства также является обязательным условием для проведения IPL терапии. Важным критерием отбора солнцезащитного препарата является отсутствие комедоногенного действия, так как ретенционный гиперкератоз (закупорка сально-волосяных фолликулов) может вызвать развитие воспалительной реакции со стороны кожи анаэробного характера.

После проведенного патогенетического лечения в соответствии с патентом № 2810361 пациентка вернулась к активной социальной и семейной жизни в стабильном психоэмоциональном состоянии, отсутствием кожных и глазных симптомов, полным восстановлением ресурса кожи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагностическая бдительность при наличии синдрома сухого глаза является важным моментом в диагностике розацеа. Сочетание курсовой IPL терапии и пилинговых систем может вызвать фульминантное развитие розацеа, в частности, офтальморозацей. При не однократных курсах антибиотикотерапии, лазерных систем и их сочетания необходимо регулировать уровень гидрорезерва кожи и состояние липидной мантии для

исключения прогрессии розацеа. Системная антибиотикотерапия дает временный результат, при этом сопровождается выраженными диспепсическими явлениями. Альтернативная методика в соответствии с патентом № 2810361 явилась эффективной и безопасной, позволила купировать клинические признаки офтальморозацеа

и обеспечить стабильную и длительную стагнацию процесса. Хорошая переносимость метода и отсутствие системных побочных эффектов обеспечивает его высокую практическую значимость среди пациентов с офтальморозацеа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заславский Д. В. и др. К вопросу об истории и комплексном лечении розацеа // Клиническая дерматология и венерология. — 2009. — Т. 7. — № 3. — С. 80–84.
2. Vieira A. C. C., Höfling-Lima A. L., Mannis M. J. Ocular rosacea: a review // Arquivos brasileiros de oftalmologia. — 2012. — Т. 75. — С. 363–369. doi: 10.1590/s0004-27492012000500016.
3. Перевалова Е.Г., Ламоткин И.А. Особенности эпидемиологии, систематизации и клиники розацеа // Медицинский вестник МБД. — 2023. — Т. 122. — № 1. — С. 43–47. doi: 10.52341/20738080_2023_122_1_43.
4. Geng R. S. Q. et al. Ocular rosacea: The often-overlooked component of rosacea // JEADV Clinical Practice. — 2024. — Т. 3. — № 5. — С. 1349–1363. <https://doi.org/10.1002/jvc2.4.428>.
5. Layton A., Thiboutot D. Emerging therapies in rosacea // Journal of the American Academy of Dermatology. — 2013. — Т. 69. — № 6. — С. S57–S65.
6. Baldwin H. E. Diagnosis and treatment of rosacea: state of the art // Journal of drugs in dermatology: JDD. — 2012. — Т. 11. — № 6. — С. 725–730.
7. Tavassoli S., Wong N., Chan E. Ocular manifestations of rosacea: A clinical review // Clinical & experimental ophthalmology. — 2021. — Т. 49. — № 2. — С. 104–117. doi: 10.1111/ceo.13900.
8. Seo K. Y. et al. Long-term effects of intense pulsed light treatment on the ocular surface in patients with rosacea-associated meibomian gland dysfunction // Contact Lens and Anterior Eye. — 2018. — Т. 41. — № 5. — С. 430–435. doi: 10.1016/j.clae.2018.06.002.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

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

Ламоткин Игорь Анатольевич — д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кожно-венерологическим отделением ФГБУ «ГВКГ имени Н.Н. Бурденко»; профессор кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии МИНО ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», eLIBRARY SPIN-код: 7153–3703; ORCID <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) в редакции 2024 г, соответствие протокола исследования этическим принципам было подтверждено Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ» (Москва, Волоколамское шоссе, дом 11), протокол № 6/1 от 21 января 2025 г.

ПОСТУПИЛА:	06.04.2025
ПРИНЯТА ПОСЛЕ РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ:	07.05.2025
ОПУБЛИКОВАНА:	23.06.2025