

менности и итогов родов в группах беременных с различными результатами обследования на токсоплазменный антиген статистически значимых различий не было выявлено, что свидетельствует об эффективности профилактики десятидневных курсов профилактической антибиотикотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Казанцев, А. П. Токсоплазмоз / А. П. Казанцев. — Л., 1985. — 168 с.
2. Serological survey of *Toxoplasma gondii* infections in stray cats from Italy / R. Papini [et al.] // Rev. med. vet. — 2006. — Vol. 157, № 4. — P. 193–196.
3. Гончаров, Д. Б. Токсоплазмоз: роль в инфекционной патологии человека и методы диагностики / Д. Б. Гончаров // Медицинская паразитология. — 2005. — № 4. — С. 52–58.
4. Саидов, М. С. Токсоплазмоз: роль в патологии беременности и плода / М. С. Саидов, Б. М. Саидова. — Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2011. — 120 с.
5. Колесникова-Тартыньских, Л. А. Значение токсоплазменной инфекции в патологии беременности и плода / Л. А. Колесникова-Тартыньских // Акушерство и гинекология. — 1998. — № 1. — С. 45–48.

УДК 616.53-002.282-02-092-022

РОЛЬ ИНФЕКЦИИ В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ РОЗАЦЕА

Флейтух Д. А.

Научный руководитель: старший преподаватель Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Розацеа является одним из распространенных и нередко тяжело протекающим заболеванием преимущественно кожи лица, которое характеризуется стадийным течением. Не смотря на хорошие знания о данном заболевании, вопрос этиопатогенеза и рационального лечения остается нерешенным. Исследование более эффективного способа и лечения имеет как медицинскую, так и социальную значимость, так как пациенты вынуждены достаточно долго находиться на лечении, сохраняя трудоспособность. Кроме того, долгие высыпания на коже пациентов могут привести их к серьезным невротическим расстройствам, в последствии которых появляется снижение трудоспособности, уровня жизни, социальные проблемы.

Цель

Изучение современных концепций формирования розацеа, оценить роль инфекции в этиопатогенезе розацеа.

Материал и методы исследования

Описание, анализ научной и экспериментальной литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

Розацеа — хроническое полиэтиологическое воспалительное заболевание кожи лица, проявляющееся эритемой центральной части лица, телеангиоэктазиями, папулами, пустулами, гиперплазией соединительной ткани и сальных желез, офтальмологическими симптомами. Имеет как экзогенное, так и эндогенное происхождение, чаще всего сочетается с нарушениями эндокринной системы, пищеварительного тракта, инфекционных заболеваний, избыточной инсоляции и т. д. [1–3, 7]. Патогенез розацеа до конца не изучен. Но в последние годы большое внимание уделяют роли кателицидинов в развитии розацеа. Выявлено, что дисфункция кателицидинов является одним из основных звеньев в патогенезе дерматоза. Кателицидины — многофункциональные белки, обеспечивающие защиту первой линии в коже против инфекционных агентов, влияя на местные воспалительные реакции и ангиогенез путем воздействия на эндо-

телиоциты и иммунитет. Дисфункция кателицидина приводит к иммунозависимому хроническому воспалению кожи. Патологические кателицидины повышают синтез хемокинов клетками дермы (тучными клетками, лейкоцитами, гистиоцитами), хемотаксис иммунных клеток в очаг воспалительного процесса, усилению пролиферации эндотелия сосудов и ангиогенеза. В результате нарушаются строение межклеточного матрикса, неоангиогенез и регуляция нейрососудистых связей в коже. Внешне формируются стойкая эритема и телеангиоэктазии — основные признаки розацеа. Нарушение микроциркуляции (гиперпродукция vasoактивных пептидов, изменение стенки сосудистого тонуса и повышение проницаемости сосудов) в свою очередь приводит к появлению стойкой гиперемии и отека тканей [1, 2, 8].

Прошло более 20 лет с того момента, когда была установлена этиологическая значимость *H. pylori* в развитии хронического гастрита, а позднее признана его важность в патогенезе других заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки [4]. Если роль инфицирования *H. pylori* в патологии гастродуоденальной зоны изучена достаточно полно, то патогенез заболеваний вне желудочной локализации до конца не исследован. Предполагается, что хеликобактерная инфекция приводит к формированию гиперэргических иммунных реакций, которые сопровождаются нарушениями пролиферации. Считается, что при деструктивном действии *H. pylori* на ткани желудка и двенадцатиперстной кишки из разрушенных клеток высвобождаются медиаторы воспаления, которые играют весомую роль в патогенезе розацеа. Основным механизмом передачи *H. pylori* является фекально-оральный, который осуществляется через водный, контактно-бытовой, реже — пищевой путь. На данный момент получены четкие доказательства ятрогенной передачи *H. pylori* от пациента к пациенту через медицинские инструменты, т. е. тогда, когда не учитывается инфекционная этиология заболевания желудка и не принимаются должные меры по дезинфекции инструментов [5, 9].

В исследовании, проведенного Gravina в 2012 г., было целью определить роль *H. pylori* у пациентов с розацеа и симптомами расстройства желудочно-кишечного тракта. Биопсия желудка показала, что изъязвление желудка было чаще у пациентов с папуло-пустулезной розацеа, а эрадикационное лечение у этих пациентов было особенно эффективным при розацеа. Результаты исследования показали, что *H. pylori* играет большую роль у пациентов с розацеа с сопутствующими диспепсическими проблемами, особенно при папуло-пустулезном подтипе. Распространенность инфекции *H. pylori* была выше у пациентов с розацеа. Успешная эрадикация *H. pylori* привела к полному или частичному регрессу поражений на коже. Большинство пациентов с неудачным лечением инфекции не достигли никакого улучшения. Симптомы розацеа улучшились только тогда, когда был проведен повторный курс эрадикации *H. pylori*. Наиболее заметное улучшение симптомов кожи наблюдалось на второй (стойкая эритема с телеангиоэктазиями и чувствительной кожей) и третьей (папулы, пустулы, глазные изменения) стадиях заболевания [6].

В последние десятилетия активно обсуждается вопрос о важной роли клещей *Demodex folliculorum* и *Demodex brevis* в развитии розацеа. Ряд исследователей считают наличие данных паразитов в сально-волосяных фолликулах кожи лица одной из основных причин развития розацеа. За счет колонизации клещами сальных желез, а также аллергического компонента на активность *Demodex spp.* и продукты их жизнедеятельности развивается уменьшение липидного секрета за счет истончения водно-липидного барьера кожи. Это, в свою очередь, приводит к воспалительной реакции и инфильтрации кожи лица и ресничного края. На коже лица появляется легкая гиперемия, шелушения, выраженность пор. К внутренним факторам, которые способствуют прогрессированию заболевания, могут относиться нарушение гормонального фона, стрес-

совые ситуации и снижение иммунитета. Носительство клеща *Demodex* у здоровых лиц в разные возрастные периоды составляет 19,3–61,2 %. Несмотря на высокую распространенность клещей, заболеваемость составляет 2,1 % в структуре всех заболеваний кожи. Заражение происходит от человека-носителя, однако не исключена возможность заражения от домашних животных [11]. Наибольшая активность клещей рода *Demodex* выявляется в весенне-летний период.

Выводы

В данной работе была оценена связь развития розацеа с инфекцией *H. Pylori*, клещей рода *Demodex*, что необходимо учитывать при лечении данных пациентов. Не стоит забывать, что розацеа является полиэтиологичным заболеванием, поэтому врачу необходимо соблюдать логичность в поиске основной причины заболевания и соответствующей терапии. Целесообразно оптимизировать преемственность в работе гастроэнтерологов и дерматологов с целью повышения частоты выявления сопутствующей инфекции *Helicobacter pylori* у дерматологических пациентов. На сегодняшний день эффективность лечения розацеа определяется стадией, особенностями клинической картины и давностью заболевания. В лечении важно исключить триггеры заболевания: гиперинсоляция, стресс, употребление алкоголя, острой, пряной, соленой пищи, сауну, баню, горячую ванну, душ, горячие напитки, топические стероиды. Поэтому важными условиями в лечении розацеа являются исключение пребывания на солнце и нанесение солнцезащитного крема, использование в домашнем уходе ежедневно эмолентов для чувствительной кожи, рекомендуется умывание на основе сульфата цетамида и серы. Эффективной местной терапией является гель с 15 % азелаиновой кислоты или 20 % крема, или мазь с метронидазолом 0,75–1 %, или крем с изотретионином 0,2 %, а также 1–2 % раствор борной кислоты, растительные примочки. Длительность применения местной терапии от 16 недель. В системной терапии важно использовать препараты, которые улучшают микроциркуляцию, одним из них является Эглонил, а также препараты, которые имеют венотоническое действие на сосуды в организме в целом, такие как флебодиа, цикло-3-форте, танакан.

Ключевой задачей в просветительской работе с пациентами — формирование адекватного образа жизни во избежание факторов, провоцирующих развитие патологии, например, санация очагов хронической инфекции, оптимизация гигиены кожи, что позволит контролировать течение заболевания и добиваться стойких ремиссий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич, В. П. Кожные и венерические болезни / В. П. Адаскевич, В. М. Козин. — 2-е изд. — М.: Мед. лит., 2009. — С. 345–349.
2. Возианова, С. В. Розацеа / С. В. Возианова // Дерматолог. — 2013. — Т. 4, № 1. — С. 46–53.
3. Исаева, Г. Ш. Роль бактерий рода *Helicobacter pylori* в патологии человека / Г. Ш. Исаева, О. К. Поздеев // Казанский медицинский журнал. — 2007. — № 1. — С. 55–61.
4. Пашинян, А. Г. Терапия больных различными клиническими формами розацеа / А. Г. Пашинян // Вестник дерматовенерологии. — 2010. — № 6. — С. 83–85.
5. Rebora, A. The management of rosacea / A. Rebora // Am. J. Clin. Dermatol. — 2012. — Vol. 3. — P. 489–496.
6. Аркайкина, Л. С. Внегастральные проявления хеликобактериоза / Л. С. Аркайкина, Л. В. Матвеева, Л. М. Мосина // Успехи современного естествознания. — 2011. — № 8. — С. 87–88.
7. Chosidow, O. Epidemiology of rosacea: updated data / O. Chosidow, B. Cribier // Ann. Dermatol. Venereol. — 2011. — Vol. 138, Suppl. 2. — P. 124–128.
8. Литвицкий, П. Ф. Врожденный иммунитет: механизмы реализации и патологические синдромы / П. Ф. Литвицкий, Т. Г. Синельникова // Вопросы современной педиатрии. — 2009. — Т. 8, № 4. — С. 95–101.
9. Beneficial effect of *Helicobacter pylori* eradication in dermatologic diseases / A. Shiotani [et al.] // Helicobacter. — 2015. — Vol. 6, № 1. — P. 60–65.
10. Коган, Б. Г. Современные подходы в комплексном лечении пациентов с демодекозом и розовыми угрями / Б. Г. Коган, Д. Я. Головченко // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. — 2011. — № 1. — С. 38–43.
11. Сирмайс, Н. С. Демодекоз: патогенетические аспекты при различных дерматозах лица: метод. пособие / Н. С. Сирмайс, Г. А. Абесадзе, М. В. Устинов. — М., 2013. — 26 с.