

## НАШ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РОЗАЦЕА-КЕРАТИТАМИ И РОЗАЦЕА-ЯЗВАМИ РОГОВИЦЫ



Касимова Мунирахон Садикжановна, Абдуллаев Шерзод Рахматович,  
Бабаханова Диларам Мухутдиновна, Максудова Лайло Масхутовна  
Центр развития повышения квалификации медицинских работников МЗ РУз,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент

### РОЗАЦЕА-КЕРАТИТ ВА ШОХ ПАРДА ЯРАСИНИНГ РОЗАЦЕАЛИ БЕМОРЛАРНИ КЛИНИК КУЗАТУВДАГИ ТАЖРИБАМИЗ

Касимова Мунирахон Садикжановна, Абдуллаев Шерзод Рахматович,  
Бабаханова Диларам Мухутдиновна, Максудова Лайло Масхутовна  
ЎзРесССВ Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази,  
Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

### OUR EXPERIENCE IN THE MANAGEMENT OF ROSACEA-KERATITIS AND ROSACEA CORNEAL ULCERS

Kasimova Munirakhon Sadikjanovna, Abdullaev Sherzod Rakhmatovich,  
Babakhanova Dilaram Mukhutdinovna, Maksudova Laylo Maskhutovna  
Center for the Development of Advanced Training of Medical Workers of the Ministry of Health of the  
Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: [sherzod.glaz@mail.ru](mailto:sherzod.glaz@mail.ru)

**Резюме.** Розацеа жуда кенг тарқалган сурункали юз тери касаллиги бўлиб, кичик томирлар ва ёғ соч фолликулаларининг шикастланиши билан юзага келади. Яқин вақтгача розацеа фақат дерматологик касаллик деб ҳисобланар эди, гарчи қўлланиладиган беморларнинг катта қисмида ушбу патологиянинг клиник кўриниши кўз соҳасида локализация қилиниши мумкин. Розацеа ва офтальморозацеа билан касалланган беморларнинг тахминан учдан бирида кўриш пасайишини кескин бузилишига олиб келадиган шох парда жароҳатланиши мавжуд. Розацеа сурункали, қайталанувчи табиатга эга бўлиб, прогрессив белгилари бор. Дерматознинг кечишини ёмонлаштирадиган ва бошқа кучайишининг ривожланишига ҳисса қўшадиган экзоген ва эндоген омиллар маълум: ультрабинафша нурлар таъсири, аччиқ ёки ишур овқатлар, спиртли ичимликлар истеъмол қилиш, ҳаддан ташқари ҳароратда таъсир қилиш, ижтимоий машқлар, менопауза, ҳаддан ташқари эмоционаллик, гормонал, иммун ва эндокрин дисфункциялар, *beriberi*, ошқозон-ичак трактининг фаолияти бузилишлари ва бошқалар. Розацеа ёки офтальморозацеанинг кўз шакли турли хил клиник кўринишлар билан тавсифланади.

**Калит сўзлар:** розацеа, офтальморозацеа, кератит, шох парда яраси, даволаш.

**Abstract.** Rosacea is a very common chronic facial skin disease that occurs with damage to small vessels and sebaceous hair follicles. Until recently, rosacea was considered exclusively a dermatological disease, although in a significant proportion of applied patients, the clinical manifestations of this pathology can be localized in the eye area. Approximately one third of patients with rosacea and ophthalmic rosacea have corneal damage, leading to impaired visual acuity. Rosacea has a chronic relapsing course, with progressive symptoms. Exogenous and endogenous factors are known that worsen the course of dermatosis and contribute to the development of another exacerbation: exposure to ultraviolet rays, spicy or salty foods, alcohol consumption, exposure to extreme temperatures, exercise, menopause, excessive emotionality, hormonal, immune and endocrine dysfunctions, *beriberi*, activity disorders gastrointestinal tract, etc. The ocular form of rosacea or ophthalmic rosacea is characterized by a variety of clinical manifestations.

**Keywords:** rosacea, ophthalmic rosacea, keratitis, corneal ulcer, treatment.

**Актуальность.** Розацеа – это весьма распространенное хроническое заболевание кожи лица, протекающее с поражением мелких сосудов и сально-волосяных фолликулов. Розацеа до недавнего времени считалось исключительно дер-

матологическим заболеванием, хотя у значительной части обратившихся пациентов клинические проявления этой патологии могут локализоваться в области глаз. Примерно у трети пациентов с розацеа и офтальморозацеа наблюдается поражение

роговицы, приводящее к нарушению остроты зрения [1].

Розацеа имеет хроническое рецидивирующее течение, с прогрессирующими симптомами. Известны экзогенные и эндогенные факторы, ухудшающие течение дерматоза и способствующие развитию очередного обострения: воздействие ультрафиолетовых лучей, острая или солёная пища, употребление алкоголя, воздействие экстремальных температур, физические упражнения, менопауза, чрезмерная эмоциональность, гормональные, иммунные и эндокринные дисфункции, авитаминозы, нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта и т.д [3].

Глазная форма розацеа или офтальморозацеа отличается многообразием клинических проявлений. Одним из самых частых форм офтальморозацеа является поражение роговицы в виде розацеа-кератита и розацеа-язвы роговицы (до 30% всех случаев). Поражение роговицы обычно двухстороннее, сопровождается значительным снижением зрительных функций, при этом тяжесть поражения глаз часто не коррелирует с выраженностью кожных проявлений розацеа [2].

При этом, почти у половины больных, розацеа-кератит возникает после кожных проявлений розацеа в виде розовых угрей, а у 20% пациентов – до возникновения кожных высыпаний. В остальных случаях, поражение кожи и глаз происходит одновременно. Заболевание имеет прогрессирующее рецидивирующее течение, которое нередко приводит к слепоте.

Причины, дающие толчок к развитию розацеа-кератита, как в случае с кожным заболеванием акне розацеа, неизвестны. В наших наблюдениях, как и по данным литературы, определенную роль сыграли хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (холецистит, гастриты, хеликобактерная инфекция), эндокринопатии (сахарный диабет, гипотиреоз, дисменорея), нейровегетативные расстройства (гипертоническая болезнь, вегетососудистая дистония), наследственность, дефицит витаминов – гиповитаминозы А, Е, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>. Доказана этиологическая роль клеща демодекс не только в развитии кожной формы розацеа, но и розацеа-кератита [5].

В качестве провоцирующих факторов может быть: солнечная радиация, холод, стресс, некоторые особенности питания (чрезмерное потребление алкоголя, острой или пряной пищи, горячих напитков), физические нагрузки, менопауза, приём пероральных контрацептивов и пр.

Согласно рабочей классификации поражения роговицы при офтальморозацеа клинически могут проявляться в виде поверхностного краевого инфильтрата, субэпителиального инфильтрата и прогрессирующей язвы роговицы [6].

Поверхностная форма характеризуется образованием серовато-белых инфильтратов у лимба, слегка возвышающихся над роговицей с единичными поверхностными сосудами. Инфильтраты со временем распадаются с образованием язвочек, которые после эпителизации, оставляют незначительные помутнения роговицы [4].

Для субэпителиальных инфильтратов характерно расположение под роговичным эпителием мелких выпуклых узелков серого цвета. Распад таких узелков сопровождается изъязвлениями, васкуляризацией, а также отложением солей кальция, что становится причиной образования помутнения роговицы мелового оттенка [8].

При прогрессирующем розацеа-кератите формируется обширная язва, схожая с ползучей язвой, имеет валикообразно приподнятый край и противоположный ему плоский край, к которому тянутся грубые новообразованные сосуды [7].

**Цель работы.** Изучить этиопатогенез, клиническое разнообразие и современные подходы к лечению больных с розацеа-кератитом.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 12 пациентов (24 глаз) с офтальморозацеа. Из них 1 мужчина и 11 женщин (Рис.1а). Средний возраст пациентов составил 38,6±3,2 и колебался от 28 лет до 65 лет. Офтальмологическое обследование включило в себя визометрию, периметрию, биомикроскопию, переднюю оптическую когерентную томографию с целью определения глубины и площади язвы роговицы, УЗИ глазного яблока (В-скан), пахиметрию. С помощью инстилляции раствора флюоресцеина и лиссаменового зелёного обнаруживали дефекты роговичного эпителия. Для выявления демодекозного клеща исследовали эпилированные экземпляры ресниц и соскоб с кожи лица пациента. Степень нарушения слезопродукции определяли пробами Ширмера и Норна. Функцию мейбомиевых желёз определяли на аппарате ЛакриДиаг. Лабораторные исследования помимо общих анализов крови и мочи, включили в себя биохимию крови, комплекс HALC – Helicobacter + Ascaris + Lamblia + Candida, микроскопия ресниц и соскоба с кожи лица на демодекоз, иммунограмма крови и слезы, анализ кала, по показаниям – посев с конъюнктивальной полости с определением чувствительности к антибиотикам.

**Результаты и обсуждение:** Из 12 пациентов с офтальморозацеа у 8 выявлено розацеа - кератит, у 4 пациентов розацеа-язва роговицы (рис. 1б).

При обращении к нам пациенты жаловались на жжение и рези в глазах, покраснение, слезотечение и светобоязнь, чувство инородного тела и песка в глазах, снижение зрения различной степени. При обследовании пациентов мы обратили внимание на кожу лица: у всех 12 пациентов были

кожные проявления различной степени выраженности: от незначительной эритемы щёк, носа, лба или телеангиэктазии и шелушения до ярко-красных папуло-пустулезных высыпаний и гипертрофических фимозных изменений кожи определенных частей лица. Со стороны глаз наблюдалось: перикорнеальная или смешанная инъекция конъюнктивы глазного яблока, у 3 пациентов – слизисто-гнойное отделяемое, у 10 пациентов – телеангиэктазии на коже век. У 8 пациентов диагностирован хронический блефарит и у 4 пациентов – халазион. Для правильной постановки диагноза розацеа-кератита (рис. 2) и розацеа-язвы (рис. 3) роговицы некоторые диагностические исследования проводились совместно с дерматовенерологами, эндокринологами и гастроэнтерологами. Лечение пациентов с офтальморозацеа проводилось совместно с дерматологами, согласно стандартам обследования и лечения по дерматовенерологии (2017 г.) и клиническим рекомендациям (протоколам) по розацеа (2008 г.), утверждённые Министерством здравоохранения Республики Узбекистан. В стандартном лечении офтальморозацеа используют лекарственные средства местного и системного действия. В системную терапию включили Метронидазол в виде внутривенных инъекций или в виде таблеток Трихопола или Вольфурана по 0,25 4 раза в день в течение 10-15 дней), антибиотик тетрациклинового ряда (доксциклин), ангиопротекторы, антигистамин-

ные препараты, витамины (аевит и группы В). Пациенты с сопутствующей патологией получали лечение, назначенное инфекционистом, гастроэнтерологом, эндокринологом. Особое значение придаётся выявлению и исключению сопутствующих факторов, усиливающих тяжесть состояния: воздействие погодных условий, употребление острых блюд и напитков, алкоголя, неумеренность в еде. Местное лечение поражений роговицы включало в себя антибиотики в виде капель и мазей, исходя из результатов бактериального посева с конъюнктивальной полости и чувствительности к препаратам. Чаще всего высевался *Staphylococcus epidermidis*, чувствительный к азитромицину. У всех 12 пациентов в эпилированных ресницах обнаружен клещ *Demodex*.

Инфильтраты при розацеа-кератитах и розацеа-язвах были различными. Небольшие поверхностные инфильтраты полностью рассасывались без последствий или оставляли после себя незначительные помутнения (облачко). Более глубоко расположенные инфильтраты завершались образованием стойких, поверхностных или глубоких помутнений в виде лейкомы или бельма.

При язве роговицы инфильтрат выскрабливали острой ложечкой и раневую поверхность тушировали 2% спиртовым раствором йода, бриллиантовой зелени или бетедином. Лечение проводилось до клинического выздоровления.



а)



б)

**Рис. 1.** Распределение больных с офтальморозацеа по полу (а) и нозологии (б)



**Рис. 2.** Пациентка Ш.К., 32 года. Розацеа с офтальморозацеа (краевой кератит с десцеметоцеле)



**Рис. 3.** Пациент А.Г., 43 года. Розацеа, краевой розацеа-кератит с васкуляризацией

Излечение наступало у больных с розацеа-кератитами на 8-15 день, в случаях розацеа-язвы роговицы рассасывание инфильтрата и эпителизация язвы наблюдалось на 12-23 дни. Местное лечение направлено на рассасывание инфильтратов и профилактику вовлечения в воспалительный процесс радужной оболочки и цилиарного тела: инстилляцией 1% раствора сульфата атропина, глазных капель НПВС. После стихания воспалительного процесса для рассасывания помутнений назначался 3% раствор йодида калия 3-4 раза в день. С целью устранения вторичного синдрома сухого глаза, вызывающего ксероз роговицы и замедляющего процесс заживления нами назначались лубриканты на длительный срок. Из всех 12 пациентов выздоровление наступило у 9 больных, улучшение – у 2 больных и у 1 больного терапевтический эффект не отмечен. Двум больным был проведен повторный курс лечения в связи с рецидивом. У одного пациента краевая розацеа-язва роговицы из-за поражения глубоких слоёв осложнилась десцеметоцеле (рис. 2). С целью профилактики перфорации роговицы больному произведена операция пластика аутоконъюнктивой с последующей блефароррафией.

Исходя из результатов иммунного анализа крови и слезы, применялись иммуностимуляторы и иммуномодуляторы местного и системного действия: Актипол, Офтальмоферон и Окоферон в инстилляциях, Т-лайф в виде внутримышечных и внутривенных инъекций.

**Выводы.** Таким образом, в наших исследованиях офтальморозацеа с вовлечением в воспалительный процесс роговицы у женщин встречается в 11 раз чаще, чем у мужчин. Среди пациентов с офтальморозацеа и поражением роговицы розацеа-кератит встречался в 2 раза чаще, чем розацеа-язва роговицы. Лечение роговичных проявлений розацеа проводится совместно с дерматовенерологами и другими специалистами по необходимости. Системное и местное применение антибиотиков, Метронидазола, лубрикантов, витаминов, иммуномодуляторов в лечении офтальморозацеа позволяет получить быстрый клинический эффект.

#### Литература:

1. Бабаджанов О.А., Арифов С.С. Роль гена TNF- $\alpha$  в формировании розацеа // Медицинские новости. – 2020. – №. 3 (306). – С. 73-75.
2. Бабаджанов О. А. и др. Исследование полиморфизма гена IL-1 $\beta$  у больных розацеа в ассоциации с клещами *Demodex folliculorum* // Медицинские новости. – 2018. – №. 11. – С. 56-58.

3. Худойбергенов А. Р., Абдуллаев Ш. Р., Бабаханова Д. М. Оценка эффективности лубриканта в терапии офтальморозацеа // Современные технологии в офтальмологии. – 2020. – №. 3. – С. 47-48.
4. Afonso AA, Sobrin L, Monroy DC, Selzer M, Lokeshwar B, Pflugfelder SC. Tear fluid gelatinase B activity correlates with IL-1 alfa concentration and fluorescein clearance in ocular rosacea. Invest Ophthalmol Vis Sci. 1999;40(11):2506-12. 20.
5. Bakar O, Demircay Z, Toker E, Cakir S. Ocular signs, symptoms and tear function tests of papulopustular rosacea patients receiving azithromycin. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2009;23(5):544-9.
6. Ghanem VC, Mehra N, Wong S, Mannis MJ. The prevalence of ocular signs in acne rosacea: comparing patients from ophthalmology and dermatology clinics. Cornea. 2003;22(3):230-3.
7. National Rosacea Society. 16 million Americans have rosacea and most of them don't know it Internet. Barrington, Illinois; NRS; 2012.
8. Spöndlin J, Voegel JJ, Jick SS, Meier CR. A study on the epidemiology of rosacea in the U.K. Br J Dermatol. 2012;167(3):598-605.

#### **НАШ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РОЗАЦЕА-КЕРАТИТАМИ И РОЗАЦЕА-ЯЗВАМИ РОГОВИЦЫ**

Касимова М.С., Абдуллаев Ш.Р., Бабаханова Д.М.,  
Максудова Л.М.

**Резюме.** Розацеа – это весьма распространенное хроническое заболевание кожи лица, протекающее с поражением мелких сосудов и сально-волосяных фолликулов. Розацеа до недавнего времени считалось исключительно дерматологическим заболеванием, хотя у значительной части обратившихся пациентов клинические проявления этой патологии могут локализоваться в области глаз. Примерно у трети пациентов с розацеа и офтальморозацеа наблюдается поражение роговицы, приводящее к нарушению остроты зрения. Розацеа имеет хроническое рецидивирующее течение, с прогрессирующими симптомами. Известны экзогенные и эндогенные факторы, ухудшающие течение дерматоза и способствующие развитию очередного обострения: воздействие ультрафиолетовых лучей, острая или солёная пища, употребление алкоголя, воздействие экстремальных температур, физические упражнения, менопауза, чрезмерная эмоциональность, гормональные, иммунные и эндокринные дисфункции, авитаминозы, нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта и т.д. Глазная форма розацеа или офтальморозацеа отличается многообразием клинических проявлений.

**Ключевые слова:** розацеа, офтальморозацеа, кератит, язва роговицы, лечение.