

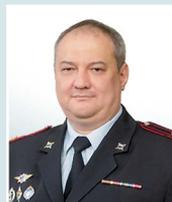
Doi: 10.52341/20738080_2025_138_5_55

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ГРАНУЛЕМАТОЗНЫМ ПОДТИПОМ РОЗАЦЕА С ПРОВЕДЕНИЕМ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ



ПЕРЕВАЛОВА Е. Г.,

к.м.н., создатель и руководитель Клиники дерматологии и косметологии «MDElena», г. Москва, врач высшей квалификационной категории, mdelena@bk.ru



ГЛАДЬКО О. В.,

к.м.н., доцент, заместитель начальника ФКУЗ «Центральная поликлиника № 1 Министерства внутренних дел Российской Федерации», доцент кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (Росбиотех)», полковник вн. службы, doccan@mail.ru



ЛАМОТКИН И. А.,

д.м.н., профессор, заведующий кожно-венерологическим отделением ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» Минобороны России, профессор кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (Росбиотех)», заслуженный врач Российской Федерации, полковник мед. службы в отставке, ilamotkin@mail.ru

Лечение гранулематозного подтипа розацеа путем введения 1%-й гиалуроновой кислоты в активные зоны с топическим нанесением 14%-й феруловой кислоты является эффективным методом и позволяет добиться полной стагнации воспалительного процесса при разной площади поражения кожи.

Ключевые слова: гранулематозный подтип розацеа, гистологическое исследование, гиалуроновая кислота, феруловая кислота, патогенетический метод лечения.

CLINICAL CASE OF EFFICIENT TREATMENT OF A PATIENT WITH GRANULOMATOUS ROSACEA INCLUDING HISTOLOGICAL EXAMINATION

Perevalova E., Glad'ko O., Lamotkin I.

Treatment of granulomatous rosacea by introduction of 1% hyaluronic acid in active zones with topical application of 14% ferulic acid is an efficient method which allows to achieve complete stagnation in the inflammatory process for various affected areas of the skin.

Key words: granulomatous rosacea, histological examination, hyaluronic acid, ferulic acid, pathogenetic method of treatment.

Введение

Гранулематозный подтип розацеа стоит на первом месте по сложности терапии, плохо поддается лечению [1]. Высыпания разрешаются множественными рубцовыми деформациями, что (совместно с воспаленными элементами) еще больше ухудшает клиническую картину и внешний вид пациентов. Важное значение в развитии ангионевроза кожи занимают изменение иммунного статуса больного, функциональная активность кератиноцитов при длительной инсоляции, изменение лимфатического статуса [2, 3].

Обозначение гранулематозного подтипа розацеа претерпевало эволюцию: розацеаподобный туберкулид Левандовского [4] – микропапулезный туберкулид [5] – люпоидная розацеа [6] – акне agminata [7] – идиопатические гранулемы лица с регрессивной эволюцией (FIGURE) [8] – диссеминированная милиарная волчанка лица [9] – гранулематозная розацеа [10].

В настоящее время в системной терапии гранулематозного подтипа используют изотретиноин с длительным приёмом. Изотретиноин обладает различными побочными эффектами со стороны кожи и слизистых оболочек, и больные должны быть информированы о тератогенном действии препарата.

Одновременное лечение системными ретиноидами и тетрациклинами строго противопоказано [11]. В процессе лечения, особенно при применении изотретиноина, кожа становится особенно восприимчивой к внешним воздействиям. Из-за ускоренного обновления клеток эпидермиса и (как следствие) уменьшения толщины защитного рогового слоя крайне важен деликатный уход. Рекомендуется регулярное использование гипоаллергенных увлажняющих средств, разработанных специально для чувствитель-



Рис. 1 а, б. Больная И.: а) до оказания медицинской помощи; б) после проведения патогенетической терапии (в соответствии с патентом на изобретение № 281 1254).

ной кожи. Кроме того, необходима обязательная защита от солнечного излучения с использованием кремов с высоким SPF-фактором, чтобы минимизировать риск повреждения кожи ультрафиолетовыми лучами [12].

Количество побочных эффектов и степень их тяжести, высокий риск рецидивирования высыпаний после отмены системных ретиноидов побуждает искать альтернативные эффективные решения данной задачи.

Для анализа и оценки эффективности терапии авторами был рассмотрен клинический случай пациентки с гранулематозным подтипом розацеа с поражением зоны носогубного треугольника и подбородка.

Клинический пример

Пациентка И., 40 лет, в 2024 г. обратилась в Клинику дерматологии и косметологии «MDElena» (далее – клиника) с жалобами на стойкую красноту в области носогубного треугольника, подбородка; на множественные высыпания округлой формы (плотные при пальпации); на болевой синдром постоянного характера (что не характерно для данного субтипа), который усиливался при умывании, приеме пищи и перенапряжении; на отечность в области воспаления; на ощущение корки – «неживой» кожи – при пальпации. При осмотре визуализировалась выраженная стойкая эритема в области носогубного треугольника, подбородка, пастозность мягких тканей лица, гиперкератоз, ксероз, множественные высыпания округлой формы гранулематозного характера, болевой синдром при пальпации, резко положительный пальпаторный тест, положительный симптом листка.

Состояние кожи больной представлено на рис. 1 а.

Следует сказать, что клиникой был разработан инновационный патогенетический метод лечения данного подтипа розацеа, который и был применен больной И. (патент на изобретение Российской Федерации № 2810402). Результаты терапии представлены на рис. 1 б.

Пациентке проводили терапию 1 раз в 14 дней – № 6. В ходе лечения она чувствовала себя хорошо. После проведения процедур в течение недели был организован реабилитационный период, который сопровождался в первые 3 суток чувством стянутости кожи, на 3–4 сутки – шелушением по крупнопластинчатому типу, и к 6–7 суткам больная И. уже увидела обновленную кожу с уменьшением красноты, гранулематозных элементов, отечности. Нормализовалась и чувствительность кожи к внешним факторам среды, в том числе к ультрафиолетовому облучению.

Было важным в этот период проводить обработку кожи 14%-й феруловой кислотой после активации кислотой после активации гиалуроновую кислоту. Подобная тактика позволяет купировать ксероз кожи и нивелировать активацию первого звена патогенеза розацеа. Введение гиалуроновой кислоты в определенной последовательности позволяет создать физико-химические воронки в мягких тканях лица и обеспечивает

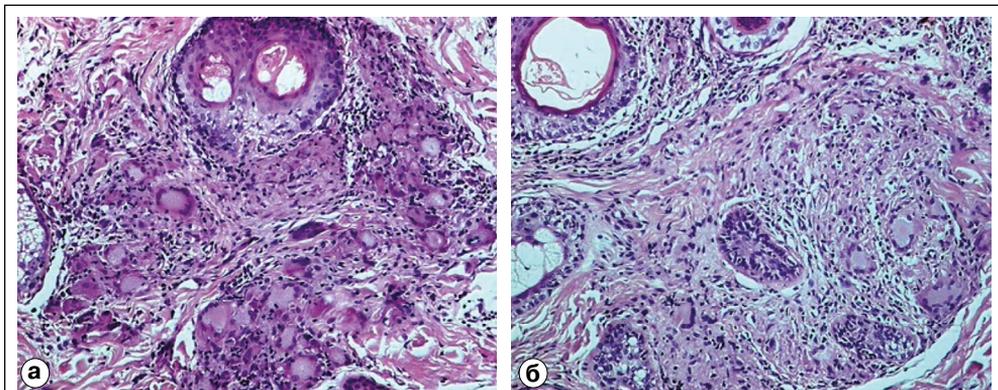


Рис. 2 а, б. Картина гранулематозного воспаления pilosebaceousных комплексов больной И.: а) до оказания медицинской помощи; б) после оказания медицинской помощи.

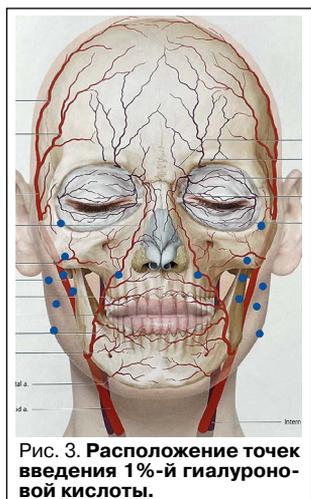


Рис. 3. Расположение точек введения 1%-й гиалуроновой кислоты.

избирательное проникновение 14%-й феруловой кислоты в зону асептического воспаления сосудов.

На следующем этапе больной И. выполнили гистологическое исследование пораженного участка кожи. В макроскопическом описании цвет участка ткани был серо-белым, сам участок – эластичной консистенции размером 0,4×0,4×0,3 см. Из срезов изготовили гистологические препараты в окраске гематоксилином-эозином. При *микроскопическом* исследовании в участке была представлена гиподерма с подлежащими подкожно-жировой клетчаткой и поперечно-полосатой мышечной тканью. В толще неравномерно отечной гиподермы расплывались многочисленные пилосебацеиные комплексы с перифокальной инфильтрацией эпителиоидными клетками с примесью лимфоцитов и довольно многочисленных гигантских многоядерных клеток (по типу клеток Ланганса), формирующих эпителиоидно-клеточно-гигантоклеточные гранулемы без некроза. Данные гистологического исследования представлены на рис. 2 на с. 56.

Затем пациентке выполнили активацию точек 1%-й гиалуроновой кислотой (в соответствии с патентом на изобретение № 2810402).

Точки введения кислоты см. на рис. 3.

Точки введения 1%-й гиалуроновой кислоты

Первая группа точек. Это – точки активации работы венозной системы. Определение локализации: провести линию от крыла носа до коммиссуры губ, отступить 2 см от крыла носа по проведенной линии, активировать с обеих сторон (первая и вторая точки).

Вторая группа точек. Это – точки купирования сосудистого воспаления I. Определение локализации: отступить вниз на 1,5 см от латерального угла глаза. Активация точек проводится симметрично с обеих сторон (третья и четвертая точки).

Третья группа точек. Это – точки купирования сосудистого воспаления II. Определение локализации: прочертить первую линию вниз от латерального угла глаза, вторая линия – перпендикуляр от крыла носа до пересечения с первой линией, от точки пересечения вверх 1 см с обеих сторон (пятая и шестая точки).

Четвертая группа точек. Это – противовоспалительные точки гранулем. Определение локализации: выбрать не более 8 гранулем с каждой стороны, отступить в сторону 0,5 см, провести активацию точек с обеих сторон. Активация точек может носить ассиметричный характер (седьмая – двадцать вторая точки).

Пятая группа точек. Это – лимфодренажные активные точки. Определение локализации: от мочки уха провести линию назад, отступить 3 см, провести активацию точек с обеих сторон, симметрично (двадцать третья и двадцать четвертая точки). От мочки уха провести диагональ книзу – к коммисуре губ, отступить от мочки уха 1,5 см, провести активацию точек с обеих сторон (двадцать пятая и двадцать шестая точки). Найти пальпаторно угол нижней челюсти, провести активацию точек симметрично с обеих сторон (двадцать седьмая и двадцать восьмая точки).

Глубина введения – 2 мм. В первую и вторую точки вводят по 0,4 мл 1%-й гиалуроновой кислоты, в третью и четвертую точки – по 0,4 мл, в пятую и шестую точки – по 0,4 мл, в седьмую и двадцать вторую точки – по 0,2 мл, в двадцать третью и двадцать четвертую точки – по 0,2 мл, в двадцать пятую и двадцать шестую точки – по 0,4 мл, в двадцать седьмую и двадцать восьмую – по 0,2 мл.

Выводы

1. Клиническая картина розацеа имеет варибельный характер, что требует дополнительной диагностики и проведения гистологического исследования.

2. Инновационный патогенетический метод лечения гранулематозного подтипа розацеа, разработанный в клинике, включает в себя введение 1%-й гиалуроновой кислоты по особым активным точкам с последующим применением 14%-й феруловой кислоты в виде пилинга.

3. Данный метод лечения является эффективным: в 80% случаев уже после 4-й процедуры больные с этим подтипом розацеа отмечают значительное улучшение.

4. Терапия гранулематозного подтипа путем активации точек 1%-й гиалуроновой кислотой с последующим нанесением 14%-й феруловой кислоты обладает противовоспалительным, дефиброзирующими свойствами и отсутствием побочных действий системного и местного характера, что позволяет получить стагнацию ангионевроза кожи с сохранением ее ресурса, и является альтернативным эффективным решением замены системных ретиноидов.

Литература

