



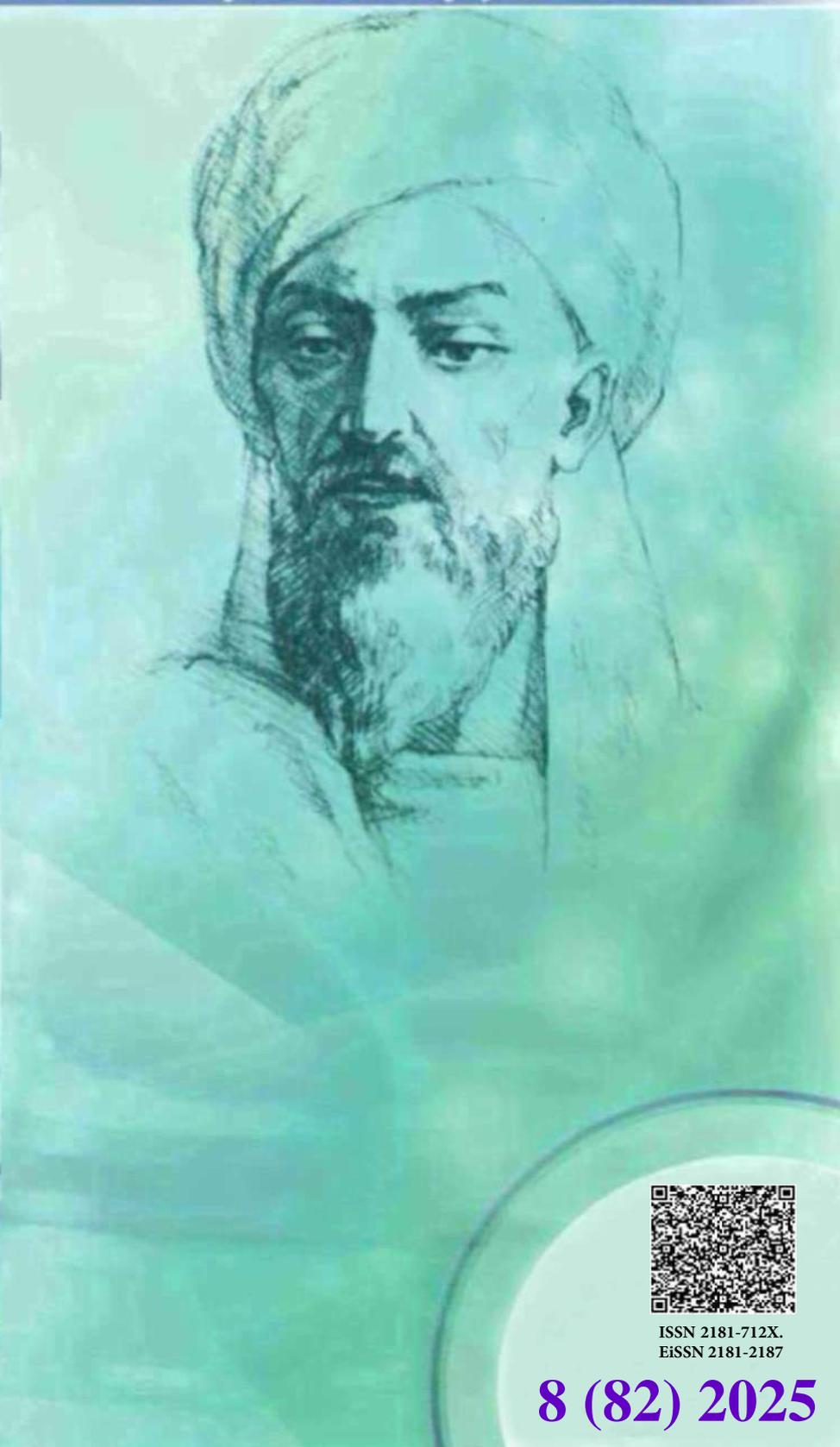
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

8 (82) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

8 (82)

2025

август

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.07.2025, Accepted: 10.08.2025, Published: 15.08.2025

УДК 616.53-002.282:576-07

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ ПРИ РОЗАЦЕА

Якубов Абдулазиз Абдужабборович <https://orcid.org/0000-0003-3683-3875>

Сабиров Улугбек Юсупханович <https://orcid.org/0000-0003-8658-6337>

Республиканский специализированный научный-практический центр дерматовенерологии и косметологии Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби, 3,
тел: 78 1470206, 94 6374043 Email: nidiv@mail.ru

✓ Резюме

Одной из актуальных проблем современной дерматологии является розацеа — мультифакториальное заболевание с хроническим рецидивирующим характером течения, преимущественно поражающее кожу лица. В данной статье приводится собственное исследование автора по изучению морфологических изменений кожи при розацеа в зависимости от стадии заболевания. По данным литературы, розацеа относится к ангионеврозам, обусловленным развитием функциональной недостаточности периферического кровообращения вследствие нарушения иннервации сосудов, рефлекторного спазма артериол и понижения тонуса венул. Рядом исследователями были выявлены морфологические изменения в эндотелии сосудов и нарушения микроциркуляции в коже у больных розацеа

Ключевые слова: розацеа, провоцирующие факторы, гистология, морфометрические изменения, стадии розацеа

РОЗАЦЕАДА ТЕРИНИНГ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ

Якубов А.А., Сабиров У.Ю.

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази Ўзбекистон, 100109, Тошкент, Олмазар тумани, Фароби кўчаси, 3,
тел: 78 1470206, 94 6374043 Email: nidiv@mail.ru

✓ Резюме

Замонавий дерматологиянинг долзарб муаммоларидан бири розацеа бўлиб, асосан юз терисининг зарарлайдиган сурункали қайталанувчи хусусиятига эга бўлган кўп омилли касалликдир. Ушбу мақолада касалликнинг босқичига қараб розацеада теридаги морфологик ўзгаришларни ўрганиш бўйича муаллифнинг шахсий тадқиқоти келтирилган. Адабиётда келтирилган маълумотларга кўра, розацеада томирлар иннервациясининг бузилиши, артериолаларнинг рефлектор спазми ва венулалар тонусининг пасайиши натижасида периферик қон айланишининг функционал етишмовчилиги билан боғлиқ ангионевроз ривожланади. Бир қатор тадқиқотчилар томонидан розацеа билан оғриган беморларда қон томирлар эндотелийсида морфологик ўзгаришлар ва терида микроциркуляциянинг бузилиши аниқланган

Калит сўзлар: розацеа, қўзғатувчи омиллар, гистология, морфометрик ўзгариш, розацеа босқичлари

MORPHOLOGICAL SKIN CHANGES IN ROSACEA

Yakubov A.A., Sabirov U.Yu.

Republican Specialized Scientific and Practical Center for Dermatovenereology and Cosmetology
Uzbekistan, 100109, Tashkent, Almazar district, st. Farobi, 3,
tel: 78 1470206, 94 6374043 Email: nidiv@mail.ru

✓ *Resume*

One of the urgent problems of modern dermatology is rosacea, a multifactorial disease with a chronic recurrent course that mainly affects the skin of the face. This article presents the author's own research on the study of morphological changes in the skin in rosacea, depending on the stage of the disease. According to the literature, rosacea refers to angioneuroses caused by the development of functional insufficiency of peripheral circulation due to impaired vascular innervation, reflex spasm of arterioles, and decreased venous tone. A number of researchers have identified morphological changes in the vascular endothelium and microcirculation disorders in the skin of rosacea patients.

Key words: rosacea, provoking factors, histology, morphometric changes, stages of rosacea.

Актуальность

Розацеа (розовые угри, красные угри, acne rosacea) — распространённое хроническое рецидивирующее, воспалительное заболевание мультифакториальной природы, характеризующееся поражением кожи лица в виде эритемы и папулопустулёзных высыпаний, вызванное ангионеврозом в области иннервации тройничного нерва [1].

По статистике, розацеа встречается во всём мире, но чаще выявляется у светлокочих лиц. Розацеа встречается с частотой от 2 до 10 % в европейских странах; женское население болеет в 3 раза чаще, особенно в 30–50-летнем возрасте, но наиболее тяжёлые формы патологии (фимы) выявляются у мужчин.

Розацеа оказывает негативное влияние на социальные аспекты жизни. Локализация высыпаний в центральной части лиц приводит к снижению самооценки, когнитивным нарушениям, депрессии и неврозам; у человека возникают нарушения межличностных взаимоотношений в обществе [2].

Провоцирующими факторами для розацеа являются инсоляция, резкие перепады низких и высоких температур, горячая и острая пища, алкоголь, эмоциональные нагрузки, применение неправильно подобранных косметологических средств по уходу за кожей лица (особенно тех, в состав которых входит циннамальдегид — феноловый альдегид [3].

По данным литературы, розацеа относится к ангионеврозам, обусловленным развитием функциональной недостаточности периферического кровообращения вследствие нарушения иннервации сосудов, рефлекторного спазма артериол и понижения тонуса венул. Рядом исследователями были выявлены морфологические изменения в эндотелии сосудов и нарушения микроциркуляции в коже у больных розацеа [4-6].

Отмечена строгая зависимость ультраструктурных изменений капилляров и их функций от форм заболевания [7]

Цель исследования: явилось изучить морфологические изменения кожи у больных розацеа в зависимости от стадии заболевания.

Материал и метод исследования

Под нашим клиническим наблюдением находились 41 больных с установленным клиническим диагнозом розацеа. Все больные независимо от клинической стадии были обследованы согласно стандартам диагностики и лечения по дерматовенерологии и косметологии и МЗ РУз.

Результат и обсуждение

Гистологическая картина розацеа четко коррелирует с клиническим типом заболевания. При эритематозно-телеангиэктатическом стадии розацеа в эпидермис специфические гистологические изменения не были выражены. В верхних слоях дермы наблюдали расширение капилляров и венул, и они часто имели причудливые формы, при этом эндотелия клеток хорошо различались. Кроме того, в верхней части дермы отмечали слабо выраженный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов и нейтрофилов (рис. 1).

Нами был изучен гнойный экссудат у больных с папуло-пустулёзной стадии розацеа. При этом мы макроскопически рассматривали гнойные очаги на пораженных поверхностях кожи больных. На большинстве участков дермы выявляется распад коллагеновых и эластичных волокон, и

неравномерное наполнения сосудов с миграцией нейтрофилов к поврежденным участкам. Выявлялись нейтрофилы, которые через трансэпидермально мигрировали между эпителиальными клетками и они имели форму амёбы, что получило название лейкодиapedезом. Кроме того, вокруг мелких сосудов в сосочковидного и ретикулярного слоях дермы обнаруживали гиперплазированные очаги скопления лимфоцитов (SALT).



Рис.1 В области эпидермиса выявляются очаги кистозно расширенного гнойного экссудата (1) вокруг очагов нейтрофильной и лимфоцитарной инфильтрации в эпидермисе и дерме, деструкция эластических волокон, очаги эластолиза (2). Размер 4x10

Отмечали пролиферативные очаги фибробластов в очагах с наличием отеками и волокнистых структур. Вокруг гнойных очагов имеются образования в виде кистозного мешка, состоящего из сегментоядерных структур (рис. 2). Эти изменения считаются одной из форм демаркационной линии.

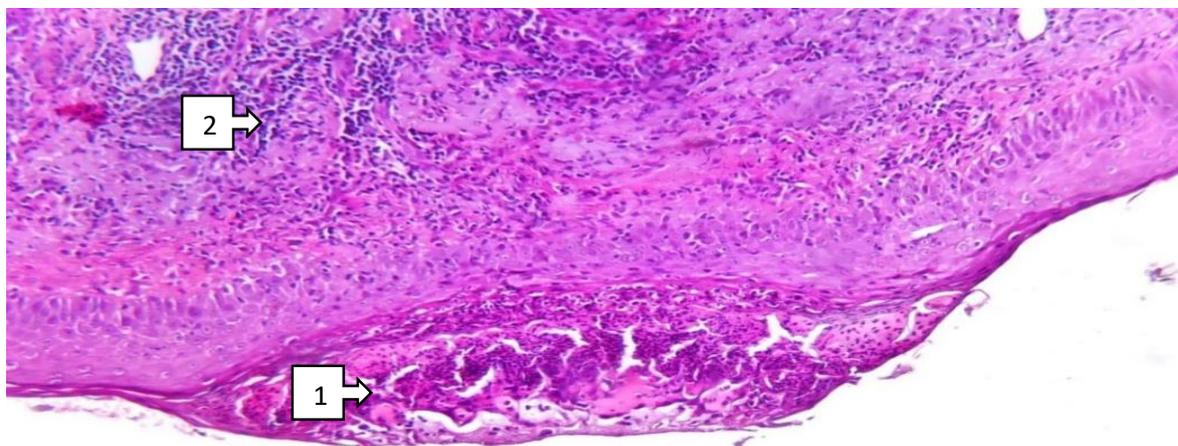


Рис.2 В области эпидермиса обнаруживается пустулезный очаг с накоплением гнойного экссудата (1), в дерме - гиперплазия структуры SALT (2). Размер 4x10

В субэпидермальных зонах наблюдаются очаги слабо мигрирующих лимфоцитов. Это означает, что в воспалительном процессе инфильтрация нейтрофилов только вступает в фазу созревания.

Вокруг созревших гнойных очагов наблюдаются интерстициальные отеки и резко расширенные сосуды. Гной в основном состоит из нейтрофилов и незначительного количества плазматических и лимфоцитов. Вокруг кровеносных сосудов в дерме и гиподерме выявляются периваскулярные отеки.

Вокруг волосяных фолликулов выявляются отеки, разрушение корня волос, которые окружены нейтрофильной инфильтрацией. Наблюдаются гранулярные включения в нейтрофилах, дефрагментация и интенсивный лизис волокнистых структур, а также очаги эластолиза.

Такая картина возникает вследствие того, что волокнистые структуры в основном принимают кашицеобразную форму, деформированные очаги волокон различной величины проявляются в виде тканевого детрита.

В пустулезно-узловой стадии обнаруживаются очаги инфильтрации гигантских клеток – макрофагов, лимфоцитов и плазмоцитов. Редко выявляются нейтрофилы. У обнаруженных нейтрофилов имеются сегментарные ядра, которые уменьшены, а гранулярные включения слабо выражены. Это означает резкое снижение активности нейтрофилов и переход процесса в продуктивную фазу. При этом отмечается резкое количественное снижение жирных клеток в ткани, в большинстве кровеносных сосудов определяются одинаковые слабо сформированные очаги. На месте подвергшихся эластолизу волокнистых структур дермы появляются небольшие очаги с редкими волокнами из соединительной ткани, подвергшиеся репаративной регенерации. Это свидетельствует о том, что в поврежденных участках репаративная регенерация в большинстве своем происходит в виде субституции и созревают мелкие очаговые рубцы.

В данной стадии розацеа еще одним из морфологических особенностей является увеличение уровня плазмоцитов и гигантских макрофагов в очагах лимфоцитарной инфильтрации, который варьирует в зависимости от наличия *Demodex folliculorum*. В исследовании данной стадии розацеа выявлена слабосформированная инфильтрация лимфоцитов и пролиферативно-активных очагов фибробластов (см. рис. 4), в результате чего определялось созревание очагов ангиогенеза за счет воздействия эндотелиального фактора, стимулированного фибробластами (см. рис.3). Это означает, что при 3-й степени розацеа все еще макроскопически сохраняются очаги гиперемии. Этим объясняется сохранение отека между слоями кожи.

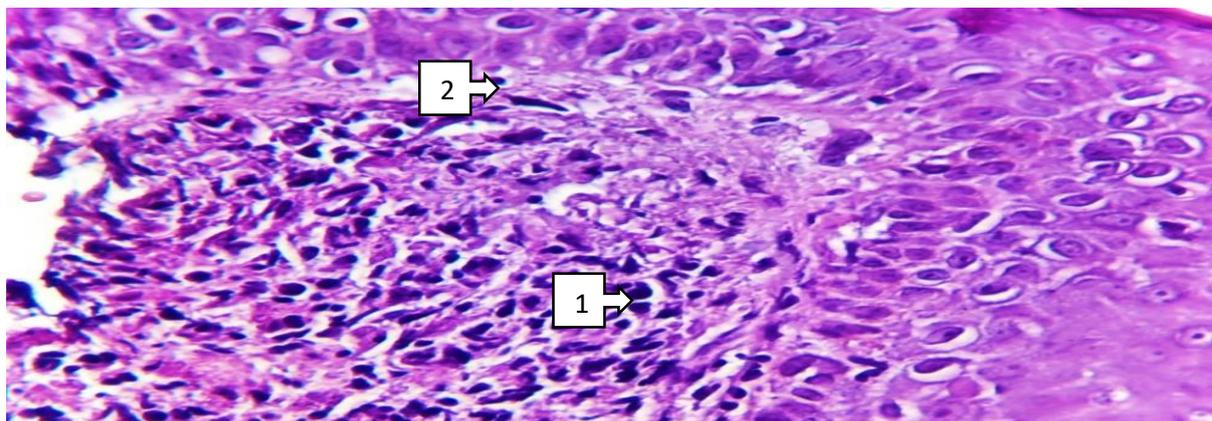


Рис.3 В субэпидермальной зоне выявляются очаги массивной нейтрофильной и слабо сформированной лимфоцитарной инфильтрации (1), вокруг определяется розовый гомогенный тканевый детрит (2). Размер 40x10

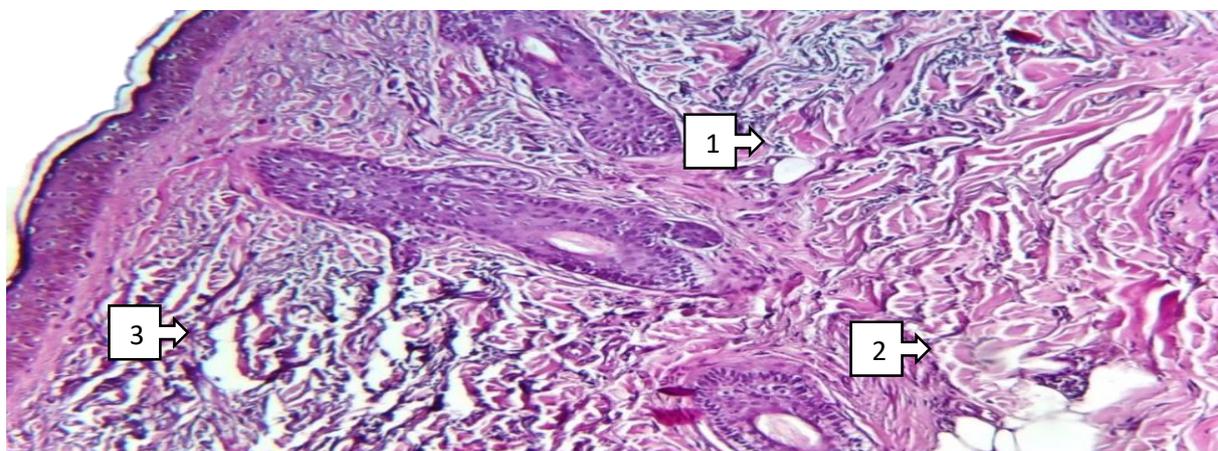


Рис.4 Вокруг очагов эластолиза в области дермы выявляются хаотически расположенные очаги гомогенных розовых различных волокнистых структур (1) и рубцовые очаги с репаративной регенерацией (2). сохраняются промежуточные отеки (3). Размер 10x10

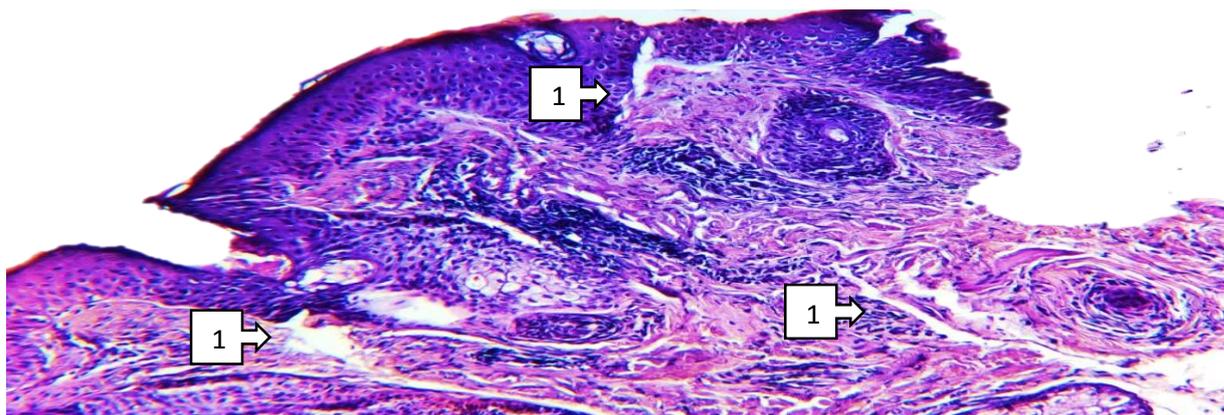


Рис.5 3 стадия. В области эпидермиса сохраняются очаги лимфоцитарной инфильтрации, в областях дермы, богатых волокнистыми структурами, выявляются промежуточные отеки (1)

Заключение

Таким образом, установлено, что морфологически при в первой стадии розацеа имелись расширение капилляров и венул, а в верхней часто слабо выраженный инфильтрат. Во второй стадии розацеа большая часть воспалительного экссудата составляли из сегментоядерные нейтрофилы. Кровеносные сосуды имели различную расширенность, и межтканевой отек. В третей стадии лимфоциты, плазмоциты и макрофаги составляли 75% воспалительного инфильтрата, выявляли небольшое количество нейтрофильной инфильтрации. Это подтверждает переход воспалительного процесса в продуктивную фазу. В зонах, подвергшихся эластолизу и дезорганизации, наблюдаются грубые волокнистые структуры и рубцовую соединительную ткань (см. рис. 5).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Олисова О.Ю., Додина М.И., Кушлинский Н.Е. Роль фактора роста сосудистого эндотелия в патогенезе розацеа и его медикаментозная коррекция. *Клин дерматол венерол* 2012; 1: 49—55.
2. Горбакова Е.В., Масюкова С.А., Ильина И.В., и др. Патофизиология воспаления и направления терапии при розацеа // *Вестник медицинского института непрерывного образования*. 2022. № 3. С. 44–47. doi: 10.46393/27821714-2022-3-44
3. Кубанова А.А., Махакова Ю.Б. Розацеа: распространенность, патогенез, особенности клинических проявлений // *Вестник дерматологии и венерологии*. 2015. № 3. С. 36–45.
4. . *Dermatology*, third edition, 2-volume set, edited by Jean L. Bolognia MD, Joseph L. Jorizzo MD, Julie V. Schaffer. Elsevier, 2012.
5. *Pediatric dermatology*, fourth edition, 2-volume set, edited by Lawrence A. Schachner, Ronald C. Hansen. Mosby, 2011.
6. *Braun-Falson's Dermatology*, Third Edition, Springer Medizin Verlag, 2009.
7. Cribier B. Rosacea under the microscope: Characteristic histological findings. *J Eur Acad Dermatology Venereol* 2013; 27: 1336—1343.

Поступила 20.07.2025