

УДК 616.5-006.31:615.035.1

© О.Г. Харитонова, Т.В. Святенко, 2013.

## РОЗАЦЕА У ЧОЛОВІКІВ: КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ВЛАСНИХ СПОСТЕРЕЖЕНЬ

<sup>1</sup>О.Г. Харитонова, <sup>2</sup>Т.В. Святенко<sup>1</sup> - Державна косметологічна лікарня м.Дніпропетровськ (гол.лікар – Ю.А.Гашинов);<sup>2</sup> - ДЗ «ДМА МОЗ України», кафедра шкірних та венеричних хвороб (ректор – акад.НАМН України, проф. Г.В. Дзяк), м. Дніпропетровськ.

### ROSACEA IN MEN: A CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE PATIENTS ON THE RESULTS OF THEIR OWN OBSERVATIONS

E.G. Haritonova, T.V. Sviatenko

#### SUMMARY

The article provides information, studied and analyzed on the basis of their own observations on the clinical and epidemiological characteristic of course of rosacea in men. Obtained by the authors in the analysis of data points in favor of the fact that it is likely that rosacea is stage disease. In addition, rosacea has a progressive course, with the severity of manifestations of increases gradually and often slow. In addition, our own experience testifies in favor of the fact that in some patients the course of the disease there is a transition from one stage of rosacea in the other, and back. The authors came to the conclusion that the clinical manifestations of the disease in men are in interdependence and interrelation with the data of age, gender, duration of the disease and should be considered in the development of a comprehensive treatment.

### РОЗАЦЕА У МУЖЧИН: КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОБСТВЕННЫХ НАБЛЮДЕНИЙ

Е.Г. Харитонова, Т.В. Святенко

#### РЕЗЮМЕ

В статье приводятся сведения, изученные и проанализированные на основании собственных наблюдений по клинико-эпидемиологической характеристике течения розацеа у мужчин. Полученные авторами при анализе данные свидетельствуют в пользу того, что вероятнее всего розацеа является стадийной болезнью. Кроме того, розацеа имеет прогрессирующее течение, причем тяжесть проявлений нарастает постепенно и чаще всего медленно. Кроме того, собственный опыт свидетельствует в пользу того, что у некоторых больных в течение заболевания отмечается переход из одной стадии розацеа в другую, и наоборот. Авторы пришли к мысли, что клинические проявления болезни у мужчин находятся во взаимозависимости и взаимообусловленности с данными возраста, пола, давности заболевания и должны учитываться при разработке комплексного лечения.

**Ключові слова:** розацеа, клініко-епідеміологічні особливості, чоловікі.

Незважаючи на різноманітність існуючих методик терапії розацеа, з використанням знань про його патогенез та етіологію, ефективність лікування цього патологічного стану залишається відкритою як в Україні, так і в багатьох зарубіжних країнах. Інтерес до проблеми лікування та реабілітації хворих на розацеа останнім часом помітно посилюється, що зумовлено не тільки зростанням захворюваності серед осіб працездатного віку, але і підвищенням вимог до зовнішнього виду, як фактору, який грає важливу роль в особистому і професійному успіху в соціумі. У результаті хронічного персистуючого перебігу запального процесу на шкірі обличчя формуються стійкі, що спотворюють зовнішність, дефекти, толерантні до більшості методів зовнішньої терапії та косметичної корекції [5]. Косметичні проблеми значною мірою збільшують соціально-психологічні, міжособистісні стосунки у більшості пацієнтів, нерідко викликаючи тривогу, депресію,

зниження якості життя, що робить проблему актуальною і важливою не тільки у медичному, але й у соціальному аспекті [1-4]. Психосоматичні розлади, за даними вітчизняних та закордонних авторів, часто зустрічаються як серед населення в цілому, так і серед пацієнтів дерматологічного профілю.

Незважаючи на те, що тривають дослідження, до теперішнього часу немає єдиної думки щодо концепції патогенезу розацеа [10].

Виникнення та загострення розацеа пов'язують з дією низки тригерних чинників: захворюваннями шлунково-кишкового тракту, жовчовивідних шляхів, гормональними дисфункціями, гіперфункцією та гіперплазією сальних залоз, зміною хімізму шкірного сала, імунологічними, біохімічними зрушеннями та іншими причинами. Але до теперішнього часу не вивчалися особливості тригерних факторів, перебігу та лікування розацеа у чоловіків [6,8]. На сьогодні існує велика кількість класифікацій, заснованих на

оцінці клінічної картини захворювання, в яких не відбито принцип зіставлення клінічної картини та імуноморфологічної характеристики висипань при розацеа. Лікування розацеа, здебільшого, зводиться до зовнішньої терапії. У більшості випадків препарати зовнішнього лікування призначають довготерміново та безперервно, що призводить до розвитку відповідних реакцій подразнення, які спричиняють посилення неприємних відчуттів у хворого, а також посилюють косметичні дефекти, які супроводжують це захворювання, і позитивний ефект низводиться [7,9,11,12].

У зв'язку з цим актуалізується питання про розкриття патогенетичних механізмів, які формують різноманіття клінічних проявів розацеа, для індивідуалізації терапевтичних і реабілітаційних підходів щодо кожної клінічної форми захворювання та вивчення мікроскопічних змін у шкірі при різних морфологічних проявах.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під нашим наглядом знаходилося 110 хворих на розацеа. Серед них було 73 (%) чоловіків та 37 жінок (%). Усі хворі знаходилися на лікуванні у Дніпропетровській державній косметологічній лікарні. В усіх хворих нами вивчалися паспортні та анамnestичні дані, якими були вік, стать, професія, давність захворювання, причини появи хвороби та загострень, терапія, яка застосовувалася та її ефективність, супутні захворювання та шкідливі звички, а також спадковість та алергологічний анамнез.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ІХ ОБГОВОРЕННЯ

У процесі спостереження усі хворі були розподілені на дві групи: загальну 62,7 (%), та контрольну групу 37,3 (%), яка отримувала традиційну комплексну терапію. Обидві групи не відрізнялись одна від одної за загальними признаками. Серед усіх хворих (n=110), які до нас звернулися 95 (%) були міські жителі, а 5 (%) сільські особи. За професіями 74 (%) хворих були службовці, 2 (%) хворих були робітниками, 1 (%) хворих - військовими, 1 (%) хворих – фермерами, 10 (%) хворих – домогосподарки, 12 (%) хворих – учні та студенти.

З загальної кількості хворих у віці від 20 до 29 років було 12 (%), від 30 до 39 років було 25 (%), 40 до 49 років було 29 (%), 50 до 59 років було 26 (%), 60 до 69 років було 8 (%), віком старіше ніж 70 років було 2 (%). У жінок середній вік складав 37,3 у чоловіків 39,1 роки. З хворих загальної групи у віці від 20 до 29 років було 21 (%), від 30 до 39 років було 35 (%), 40 до 49 років було 33 (%), 50 до 59 років було 7 (%), 60 до 69 років було 3 (%), віком старіше ніж 70 років було 1 (%). У жінок середній вік складав 41,1, у чоловіків 43,0 роки. З загальної кількості хворих контрольної групи у віці від 20 до 29 років було 9 (%), від 30 до 39 років було 21 (%), 40 до 49 років було 31 (%), 50 до 59 років було 32

(%), 60 до 69 років було 7 (%), віком старіше ніж 70 років було 1(%). У жінок контрольної групи середній вік складав 39,2, у чоловіків 41,4 роки.

Розподіл хворих за давністю захворювання у загальній групі був наступним: до 1 року на хворобу страждали 11(%), від 1 до 5 років – 48 (%), від 5 до 10 років - 31(%), більше 10 років - 10(%). У контрольній групі до 1 року на хворобу страждали 9(%), від 1 до 5 років - 43(%), від 5 до 10 років - 39(%), більше 10 років - 9(%).

При з'ясуванні сімейного анамнезу нам вдалося встановити, що у 28 хворих серед членів родини відмічалися подібні прояви на обличчі (почервоніння та дрібні висипання), з них нами оглянуто було 19 осіб та встановлено наступні діагнози: у 9 розацеа, у 1 atopічний дерматит, у 1 себорейний псоріаз, у 3 вугрова хвороба.

При зверненні усі хворі скаржилися на почервоніння, висипку у ділянках обличчя різної розповсюдженості та інтенсивності. В найбільш важких випадках хворі скаржилися на зміну рис та деформацію овалу обличчя, внаслідок чого збільшувались його розміри, особливо носу та підборіддя. Суб'єктивно хворі відмічали відчуття жару, свербіння, печії у вогнищах висипань. У більшості випадків такі скарги були постійними або тимчасовими, рідко – відсутніми.

Анамnestично нами було відмічено, що у 24 з 61 хворих за декілька років (5-7 років) до появи перших висипань, відмічалось поява почервоніння під впливом різних провокуючих чинників: емоційних стресів, зміни температурного режиму середовища, прийнятті алкоголю, гарячої або гострої їжі. З початку хворі не звертали уваги на таку реакцію, вважали її природною. Але з часом вона почала їх турбувати, особливо у зв'язку з виразним почервонінням носу. Крім того з часом, такі почервоніння ставали більш тривалими, виникали при більш слабких провокуючих чинниках. Наприклад, короткочасному перебуванні на вулиці, вживанні косметичних засобів, які раніше добре переносилися хворими. Прогресування хвороби відзначалося появою стійкої еритеми на носі та щоках, що й було причиною звернення до лікаря.

Але треба відзначити, що у 34 з 77 хворих прояви розацеа виникли раптово, та їм не передували ніякі прояви або суб'єктивні відчуття. Частіше за все (28 хворих) тригерним фактором виступило різке емоційне перенавантаження, у 16 хворих – сонячний опік, у 7 хворих – переохолодження, 3 хворих зв'язали виникнення розацеа із початком клімактеричного періоду.

Нами проведено при зборі анамнезу опитування, а у подальшому проаналізовано при тривалому спостереженні у який термін року частіше починалося загострення хвороби. Отримані дані свідчили, що частіше за все загострення мали сезонний ха-

рактер та виникали восени та навесні після надмірної інсоляції. Вказану схильність ми відмітили у 67 хворих з загальної частини осіб, у 58 хворих з загальної групи та 9 хворих із групи контролю.

Особливе значення має до дійсного часу дискусійне питання: чи мають бути різниці клінічних проявів захворювання відображенням різних клінічних форма цього захворювання або різноманітна клінічна картина прогресує в залежності від стадії хвороби. Для того, щоб дати власну відповідь на це запитання нами було вивчено залежність між давністю хвороби та формою (стадією) розацеа. Нами було отримано наступні дані: еритематозна стадія хвороби була у осіб, які страждали на розацеа у середньому до 3 років, папульозна стадія – 3-6 років, пустульозна 5-10 та більше років. Характерним був той факт, що при ринофімі давність хвороби складала 7-10 та більше років. Отримані при аналізі нами дані свідчать на користь того, що більш за все розацеа є стадійною хворобою, яка має прогресуючий перебіг, де важкість проявів наростає поступово та частіше за все повільно. Крім того, наш досвід свідчить також на користь того, що у деяких хворих протягом перебігу захворювання відмічався перехід з однієї стадії розацеа до іншої, та навпаки.

Таким чином, клінічні прояви хвороби знаходяться у взаємозалежності та взаємообумовленості з даними віку, статі, давності хвороби й повинні враховуватися при розробці комплексного лікування.

#### ВИСНОВКИ

1. Згідно даних сучасної літератури, до теперішнього часу немає єдиної думки щодо концепції патогенезу розацеа.

2. Актуалізується питання про розкриття патогенетичних механізмів, які формують різноманіття клінічних проявів розацеа, для індивідуалізації терапевтичних і реабілітаційних підходів щодо кожної клінічної форми захворювання.

3. Клінічні прояви хвороби знаходяться у взаємозалежності та взаємообумовленості з даними віку, статі, давності хвороби й повинні враховуватися при розробці комплексного лікування.

Автори вважають перспективними подальші дослідження клініко-епідеміологічних особливостей хвороби у чоловіків з метою вивчення та аналізу можливих закономірностей у розвитку різних форм захворювання.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Адашкевич В.П. Акне и розаца. – Изд-во «Ольга», 2000. – 132с.
2. Адашкевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. – Москва: Медицинская книга, 2004. – 165с.
3. Возианова С.В., Шармазан С.И. Исследование гормонального статуса у больных розацеа // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2004. - № 1-2. – С.218.
4. Галникіна С.О. Клініко-імунологічна характеристика хворих з патологією шкіри на фоні постоваріоєктомічного синдрому та динаміка змін при комплексній терапії // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2004. - № 1-2. – С.64-70.
5. Джибриль В.А. Результаты комплексной терапии розацеа, сочетающегося с малассезиозом // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2004. - № 1-2. – С.215-217.
6. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний/ Под ред. А.Д.Кацамба, Т.М.Лотти; Пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 736с.
7. Калюжна Л.Д. Хвороби похідних шкіри / Навч.посіб. – К.: Грамота, 2008. – 120с.
8. Лалаева А.М., Данилов С.И., Пирятинская В.А. Современные представления о патогенезе и лечении розацеа // Клиническая дерматология и венерология. - 2003, - № 2, С.29–34.
9. Проценко. Розацеа (учебное пособие). – Киев, 2005. – 56 с.
10. Франкенберг А.А., Шевченко В.А., Кривко С.В. и др. Опыт применения препарата «Орнизол» в комплексной терапии демодикоза // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2007. - № 2. - С.41-44.
11. Sibenge S., Gawkrödger D.J. Rosacea: A study of clinical patterns, blood flow, and the role of Demodex folliculorum // J.Am.Acad.Dermatol. – 1992. – № 26. – P.590-593.
12. Wilkin J.K., De Witt S. Treatment of rosacea: topical clindamycin versus oral tetracycline // Int. J. Dermatol. – 1993. – 32. – P.65-67.