

Досвід дистанційного етіологічного та патогенетичного лікування розацеа

І. М. Бронова

Харківська медична академія післядипломної освіти

Резюме

У роботі наведено дані про етіологію, епідеміологію, патогенез і лікування розацеа. Наведено клінічний випадок, який демонструє досвід успішного дистанційного лікування розацеа в пацієнтки віком 50 років.

Ключові слова: розацеа, телемедицина, адапален, метронідазол, доксициклін.

DOI: 10.33743/2308-1066-2020-2-42-45

Розацеа – хронічне рецидивне захворювання сальних залоз і волосяних фолікулів шкіри, поєднане з підвищеною чутливістю капілярів дерми до різних тригерних факторів. Це часто рецидивне захворювання, що має поліетіологічну природу і характеризується стадійним перебігом [2].

У структурі дерматологічної патології розацеа становить від 2 до 8%. Найчастіше пацієнти звертаються за наявності персистоючої еритеми, телеангіоектазій, папул і пустул, а також у разі важчих варіантів хвороби. У структурі акнеподібних дерматозів розацеа має найбільшу питому вагу (36%) [1].

Захворювання найчастіше розвивається в осіб жіночої статі віком 30–50 років, які мають певну генетичну схильність до транзиторного почервоніння шкіри обличчя, рідше – шиї і так званої зони декольте. Вважають, що до розвитку дерматозу частіше схильні особи 1-го і 2-го фототипів, проте захворювання може зустрічатися при будь-якому фототипі шкіри. У країнах Європи захворюваність на розацеа становить від 1,5 до 10% [1].

У розвитку розацеа певну роль відіграють такі чинники, як конституціональна ангіопатія, емоційні стреси, порушення гормональної рівноваги, вплив хімічних агентів. Останніми роками велику увагу приділяють ролі кателіцидинів у розвитку розацеа.

Кателіцидини – родина багатofункціональних білків, які забезпечують у шкірі захист першої лінії проти інфекційних агентів, впливаючи на місцеві запальні реакції і ангіогенез шляхом безпосередньої дії на ендотеліоцити й імунітет.

У хворих на розацеа в шкірі обличчя в 10 разів підвищений рівень кателіцидинів і в роговому шарі в 10 000 разів підвищений рівень протеаз, які активують кателіцидини. При вивченні розацеа Lasey і співавт. (2007) була виділена бактерія (*Bacillus oleroniensis*) з кліща роду *Demodex*, яка, впливаючи на пептиди, стимулює

запальні реакції у хворих на папуло-пустульозну форму розацеа [5–7].

У патогенезі пустульозної та очної форм розацеа етіологічне значення має епідермальний стафілокок, що, можливо, пов'язано з реалізацією його патогенних властивостей через підвищення температури шкіри обличчя внаслідок розширення судин. Доведено також взаємозв'язок розацеа з *Helicobacter pylori* [4, 5, 9].

Для розацеа характерні загострення та ремісії на тлі підвищеної чутливості шкіри. Захворювання погано піддається лікуванню, має персистоючий перебіг, повністю вилікувати його наразі неможливо. Як і при інших хронічних дерматологічних захворюваннях, метою лікування розацеа є купірування загострень, недопущення переходу захворювання в тяжчу стадію, пролонгація періодів ремісії та профілактика, спрямована на зменшення кількості рецидивів і підвищення якості життя пацієнта [4].

Важливим у лікуванні розацеа є вплив на психоемоційний стан пацієнта (лікування дисморфобії), а також поліпшення клінічного перебігу захворювання. Група міжнародних експертів дійшли висновку про необхідність проведення не лише етіотропного, а й у першу чергу – симптоматичного лікування.

Згідно з міжнародними рекомендаціями та протоколами, для лікування розацеа застосовують системні та топічні антибактеріальні засоби, системні та топічні ретиноїди, системні та топічні протипаразитарні препарати, лікарські засоби, що зменшують прояви запалення і не містять кортикостероїди [3, 6, 7, 9].

Для профілактики припливів крові до обличчя слід утримуватися від вживання алкогольних напоїв, червоних вин, кави, чаю, шоколаду, дуже гарячої їжі (> 60 °C), прямих страв, деяких сортів сиру (пармезан), шпинату, томатів, баклажанів, печінки. Рекомендовано повільне вживання охолоджених напоїв з льодом.

Загальні рекомендації при розацеа: обмежувати інсоляцію (застосовувати взимку і влітку сонцезахисний крем з високим фактором захисту (+30–+50), обмежувати емоційні навантаження, не застосовувати судинорозширювальні препарати: нікотинову кислоту та її похідні, амлінітрит, ніфедипін [5].

Пацієнти з розацеа мають чутливу шкіру. У зв'язку з цим необхідно виключити використання ексfolіативних засобів, лужного мила, парафінових масок, механічного та хімічного пілінгу й інших агресивних косметологічних процедур. Також протипоказані такі апаратні косметологічні методики, як вапоризація, парові ванни, сауна, солярій, електропроцедури, косметичний масаж, застосування препаратів з компонентами водоростей, морських екстрактів, йодидів, солей моря. Рекомендується застосовувати косметичні препарати, що містять у своєму складі зелений пігмент, а також речовини, що сприяють зміцненню судинної стінки.

В наш час стає все актуальнішою телемедицина, завдяки якій стало можливо проведення ефективного лікування хворих на відстані. Все частіше звертаються пацієнти, які потребують онлайн-консультації та дистанційного ведення. Безсумнівно, фото не завжди може передавати всі відтінки, рельєф та особливості шкіри, тому що якість камери, що фотографує, може значно варіювати, але у випадку з розацеа дистанційно діагноз може бути встановлено дуже легко.

Коли ж наші пацієнти потребують телемедицини? Тоді, коли відкриті кордони і багато з них працює або навчається за кордоном або в іншому куточку нашої країни, а також в умовах карантину, коли загострюються хронічні захворювання шкіри, а наражати себе на епідеміологічну небезпеку й виходити з дому – недоцільно.

Далі наведено клінічний випадок, що демонструє досвід дистанційного лікування розацеа.

За допомогою звернулася **пацієнтка 50 років** зі скаргами на висип на обличчі, періодичний свербіж, місцями болісність і збільшення носа. Пацієнтка не є жителькою Харкова, тому скористалася онлайн-консультуванням.

З анамнезу відомо: хворіє з 46 років, лікувалася в 2016 р. в Інституті дерматології та венерології НАМН України (м. Харків) з діагнозом: «Розацеа, папуло-пустульозна форма». Приймала Акнетін у дозі 24 мг упродовж 5 міс, потім застосовувала косметичні засоби з профілактичною метою: фотозахисний крем, косметичний крем для зміцнення судин. Ремісія тривала 4 роки. Останнє загострення відмічає з січня 2020 р., коли почервоніння обличчя стало більш помітним, стали з'являтися поодинокі болісні пустули, згодом відмітила стійке почервоніння шкіри носа з синюшним відтінком і збільшення тканин носа. По допомогу звернулася у лютому 2020 р.

Анамнез життя: жінка віком 50 років, працює вихователькою в Миколаївській області.

Хронічні захворювання, про які відомо пацієнтці: хронічний гастрит у стадії ремісії (останнє відвідування гастроентеролога 3 міс тому, скарг натепер не має).

Гінекологічний анамнез: без особливостей. Перименопаузальний період з 46 років, менопауза з 48 років.

На момент звернення пацієнтка відмічає психоемоційну лабільність, пов'язує її зі змінами зовнішності на тлі розацеа.

Локальний статус: дерматоз локалізується на шкірі обличчя, має центрофасціальний характер локалізації. Представлений декількома папуло-пустулами та папулами на шкірі носа та підборіддя. На шкірі щік і підборіддя прояви куперозу, телеангіоектазії, пори шкіри розширені в себозалежних ділянках, поодинокі комедони. Шкіра носа гіперемована з лівідним відтінком, інфільтрована, є 3 папуло-пустули середнього діаметра. При доторканні до кінчика носа пацієнтка відмічає помірну болісність (рис. 1).

На підставі скарг, анамнезу та клінічних проявів було встановлено **діагноз:** «Розацеа, ринофіма». Пацієнтка пройшла загально-клінічне обстеження: клінічний аналіз крові, сечі, печінкові проби, глюкоза, ліпідограма (враховуючи вік), зскрібок на *Demodex folliculorum*, консультацію гастроентеролога, гінеколога.

Було призначено курс системних ретиноїдів, але в ході обстеження було виявлено протипоказання до цього виду терапії, а саме гіперхолестеринемію – 8,2 ммоль/л. У зскрібку було виявлено кліщ *D. folliculorum*. Усі інші результати обстеження – без патологічних змін. Пацієнтці була рекомендована консультація терапевта з метою корекції ліпідного профілю та наступного моніторингування та профілактики серцево-судинних захворювань.

Було призначено таку терапію: Юнідокс солютаб (доксидиклін) – 100 мг двічі на добу, 14 днів; Дермапро – 2 капсули на добу, 30 днів; зовнішньо: Розамет (метронідазол) крем двічі на добу (вранці та в обід) – 1 міс; Деріва С МС (адапален + кліндаміцин) – 1 раз на добу на ніч. З засобів косметичного догляду – обов'язкове застосування фотозахисного крему з SPF 30–50, крем для зволоження шкіри пацієнтів, що отримують терапію при акне та розацеа, – Effaclar H.

Через 2 тиж, тобто після закінчення застосування системного антибіотика, у пацієнтки спостерігалась позитивна динаміка (рис. 2). Після 2 тиж лікування зміни стану шкіри позитивно вплинули на пацієнтку: вона зауважує, що не соромиться виходити на вулицю та менш емоційно реагує на життєві обставини. Зміни локального статусу позитивні: нові гострозапальні елементи висипу відсутні, гіперемія не виражена, інфільтрація тканин носу зменшилася.

Терапію було продовжено, і через місяць після початку лікування було відмінено крем Розамет і Деріва С,



Рис. 1. Пацієнтка до лікування (тут і далі - фото надано автором)



Рис. 2. Пацієнтка через 2 тиж після початку терапії



Рис. 4. Пацієнтка через 2 міс після проведення терапії



Рис. 3. Пацієнтка через місяць після лікування

закінчено прийом Дермапро і повторно зскрібок на кліща *D. folliculorum* – результат негативний (не виявлено). Динаміка змін шкіри наведена на рисунку 3.

Через місяць після початку терапії призначили: використання водного гелю Деріва 1 раз на добу на ніч упродовж 3 міс. Застосування гелю для вмивання та крему Effaclar Н і фотозахисного крему Anthelios 50+.

Результати лікування через 2 міс після початку терапії наведені на рисунку 4.

На момент останнього фотоконтролю пацієнтка скарг не пред'являє. Надано такі рекомендації: дотримання дієти, диспансерний нагляд у гастроентеролога, продовження застосування косметики зі зволожувальними та сонцезахисними властивостями, Деріва водний гель 1 раз на ніч 2 міс. Також звернуто увагу пацієнтки на дотримання рекомендацій щодо уникання дії прямого сонячного світла на шкіру, відвідувань бань, саун та агресивних процедур в косметологічному кабінеті. Для корекції косметичного вигляду шкіри обличчя рекомендовано лазерне лікування телеангіектазій після закінчення курсу основного етіопатогенетичного лікування. Пацієнтка була задоволена та відмітила позитивний вплив стану шкіри на її настрій та якість життя.

Ефект від такої терапевтичної комбінації обумовлений впливом терапії на всі ланки етіопатогенезу розацеа з урахуванням індивідуальних особливостей та обставин пацієнтки. Таким чином, наведений клінічний випадок демонструє, що діагностика, лікування пацієнта з розацеа та спостереження за ним дистанційно, за допомогою сучасних технологій (особливо в умовах карантину), можливі та ефективні.

Список літератури

1. Болотная Л.А. Топический метронидазол в лечении розацеа. Дерматология та венерология. 2017. № 4(78). С. 32–38.
2. Kutasevich J.F. Опыт топического применения метронидазола для комплексного лечения больных розацеа. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2015. № 3. С. 59–62.
3. Kutasevich J.F. Оценка терапевтической эффективности и переносимости препаратов Дерива и Дерива С в лечении угревой болезни. Дерматология та венерология. 2014. № 4. С. 81–91.
4. Савоськина В.А., Бильченко А.А. Розацеа: особенности патофизиологии, клиники и лечения. Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. 2012. № 8(57). С. 5–13.
5. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс, 2016. С. 528–542.
6. Mite related bacterial antigens stimulate inflammatory cells in rosacea / Lacey N., Delaney S., Kavanagh K, et al. Br J Dermatol. 2007. № 157. P. 474–481.
7. Treatment of rosacea / A. Parodi, F. Drago, S. Paolino, et al. Ann. Dermatol. Venereol. 2011. № 138(3). P. 211–214.
8. Update on the Management of Rosacea from the American Acne & Rosacea Society (AARS) / J.Q. Del Rosso, E. Tangheiti, et al. J Clin Aesthet Dermatol. 2019. № 12(6). P. 17–24.
9. Webster G.F. Rosacea: pathogenesis and therapy. G. Ital. Dermatol. Venereol. 2011. № 146(3). P. 235–241.

References

1. Bolotna LA. Topichesky metronidazol v lechenyy rozatsea (Topical metronidazole in the treatment of rosacea). Dermatology and Venereology. 2017;4(78):32–38.
2. Kutasevich JF. Opyt topicheskoho prymenenyya metronidazola dlya kompleksnoho lechenyya bol nykh rozatsea (Experience of topical application of metronidazole for complex treatment of patients with rosacea). Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology. 2015;3:59–62.
3. Kutasevich JF. Otsenka terapevtycheskoy efektyvnosti y perenosymosti preparatov Deryva y Deryva S v lechenyy uhrevoy bolezny (Evaluation of therapeutic efficacy and tolerability of Deriva and Deriva C preparations in the treatment of acne). Dermatology and venereology. 2014;4:81–91.
4. Savoskina VA, Bilchenko AA. Rosatsea: osobennosti patofyziolohyy, klynyky y lechenyya (Rosacea: features of pathophysiology, clinics and treatment). Clinical immunology. Allergology. Infectology. 2012;8(57):5–13.
5. Federal clinical guidelines. Dermatovenereology 2015: Bolezny kozhy. Ynfektsyy, peredaemye polovym putem (Skin Diseases. Sexually transmitted infections). 5th ed., Remaking. and ext. Moscow: Business Express, 2016. P. 528–542.
6. Lacey N, Delaney S, Kavanagh K, et al. Mite related bacterial antigens stimulate inflammatory cells in rosacea. Br J Dermatol. 2007;157:474–481.
7. Parodi A, Drago F, Paolino S, et al. Treatment of rosacea. Ann. Dermatol. Venereol. 2011;138(3):211–214.
8. Del Rosso JQ, Tangheiti E, et al. Update on the Management of Rosacea from the American Acne & Rosacea Society (AARS). J Clin Aesthet Dermatol. 2019;12(6):17–24.
9. Webster GF. Rosacea's Webster: Pathogenesis and Therapy. G. Ital. Dermatol. Venereol. 2011;146(3):235–241.

**ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОГО ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО
И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РОЗАЦЕА**

И. М. Бронова

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Резюме

В работе представлены данные об этиологии, эпидемиологии, патогенезе и лечении розацеа. Приведен клинический случай, демонстрирующий опыт успешного дистанционного лечения розацеа у пациентки в возрасте 50 лет.

Ключевые слова: розацеа, телемедицина, адапален, метронидазол, доксициклин.

EXPERIENCE OF DISTANCE ETIOLOGICAL AND PATHOGENETIC TREATMENT ROSACEA

I.M. Bronova

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Abstract

The article presents evidence on the etiology, epidemiology, pathogenesis and treatment of rosacea. A clinical case demonstrating the experience of successful remote treatment of rosacea in a patient of 50 years is presented.

Key words: rosacea, telemedicine, adapalene, metronidazole, doxycycline.

Відомості про автора:

Бронова Ірина Михайлівна – канд. мед. наук, доцент кафедри дерматовенерології та ВІЛ/СНІДу Харківської медичної академії післядипломної освіти. bronovaderma@ukr.net

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7008-0195>
