

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ І ПЕРЕБІГУ РОЗАЦЕА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНИМИ ЛЯМБЛІОЗОМ ТА ДЕМОДЕКОЗОМ

© М. Т. Ковальчук

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

**РЕЗЮМЕ:** Обстежено 319 хворих на розацеа. Встановлено деякі особливості клінічного перебігу хвороби у пацієнтів з розацеа та, особливо, з розацеа й супутніми паразитозами.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** розацеа, клінічний перебіг дерматозу, демодекоз, лямбліоз.

**Вступ.** Розацеа – хронічне рецидивуюче захворювання з локалізацією висипки на шкірі обличчя, шиї, декольте, при цьому пацієнтів турбують як неестетичний зовнішній вигляд, так і відчуття печіння в ділянках ураження, що суттєво погіршує їх якість життя [1, 2, 3]. Багато науковців займалися вивченням етіопатогенезу розацеа, але на сьогодні єдиної та остаточної теорії розвитку цього захворювання не встановлено [2, 4]. В розвитку дерматозу відіграють роль як екзогенні, так і ендогенні фактори, при цьому в патологічний процес втягаються багато органів і систем (особливо системи мікроциркуляції, ендокринна, травна, імунна, психосоматична) [5, 6, 7]. Серед екзогенних факторів, які суттєво впливають на перебіг розацеа, виділяють: аліментарні (вживання алкоголю, гострої їжі, прянощів, гарячих напоїв), метеорологічні впливи, наявність супутньої паразитарної й бактерійної інвазії (кліщів *Demodex folliculorum* та *Helicobacter pylori*), стрес, нераціональна зовнішня подразнювальна терапія та косметичний догляд за ураженою шкірою, гіперінсоляція [5, 8, 9, 10].

За даними Wilkin J. і співавт. (2004) до основних клінічних симптомів дерматозу відносять: припливи, стійку еритему, папули й пустули, телеангіектазії [11]. До другорядних клінічних симптомів належать: відчуття сухості, печіння в ділянці ураженої шкіри, набряк, прояви офтальморозацеа, наявність фім. Враховуючи строкатість клінічної картини дерматозу, було запропоновано поділ патології на підтипи, для яких характерне переважання тих чи інших симптомів, а саме, еритемотелеангіектатичний, папуло-пустульозний, фіматозний, офтальморозацеа.

**Мета роботи:** виявити особливості клінічного перебігу розацеа у пацієнтів із супутніми лямбліозом та демодекозом, що особливо актуально у зв'язку з відсутністю таких даних у доступній літературі нами не було знайдено, що і склало мету роботи.

### Матеріал і методи дослідження.

Під нашим спостереженням перебувало 319 хворих на розацеа у віці від 19 до 55 років. Переважали жінки, їх було 270 (85,1 %), а чолові-

ків – 49 (14,9 %). При встановленні клінічного діагнозу брали до уваги скарги пацієнтів, дані анамнезу, клінічної картини розацеа, наявність ускладнень у вигляді офтальморозацеа [2, 11], а ступінь тяжкості перебігу захворювання визначали, використовуючи шкалу діагностичної оцінки розацеа [11, 12, 13]. Для цього вираженість еритеми визначали в балах (0 – відсутньої еритеми не було, 1 – слабка (легка), 2 – помірно виражена, 3 – тяжка (сильна)), кількість папул і/або пустул (0 – до 10 елементів, 1 – від 11 до 20, 2 – від 21 до 30, 3 – понад 30), наявність телеангіектазій (0 – відсутні, 1 – займають до 10 % площі обличчя, 2 – від 11 до 30 %, 3 – понад 30 %). Серед суб'єктивних ознак оцінювали сухість шкіри (0 – відсутня, 1 – слабка, 2 – помірна, з незначним лущенням, 3 – сильна, з вираженим лущенням і дерматитом), відчуття печіння чи поколювання шкіри (0 – відсутнє, 1 – слабе, 2 – помірне, 3 – сильне) та наявність набряку обличчя (0 – відсутній, 1 – слабкий, 2 – помірний, м'який, 3 – сильний, персистуючий). Окрім того, в балах також виражали прояви офтальморозацеа (0 – відсутні, 1 – не різко виражена гіперемія кон'юнктиви повік, відчуття печіння, свербежу, 2 – кон'юнктивіт, фоточутливість, 3 – кератит, виразка рогівки, холозіон). Мінімальні прояви кожного з об'єктивних та суб'єктивних ознак захворювання оцінювали в 1 бал, а максимальні – в 3.

Мінімальна кількість сумарних балів за сімома ознаками дерматозу від 1 до 7 балів вказує на легкий перебіг розацеа; від 8 до 14 балів – середньотяжкий; від 15 до 21 балів – на тяжкий перебіг захворювання.

Супутній лямбліоз [14] встановлено у 249 (78,1 %) хворих на розацеа за допомогою паразитоскопії фекалій (виявлено цистні форми лямблій). У 140 (43,2 %) пацієнтів з дерматозом підтверджено супутній демодекоз (знайдено понад 5 особин *Demodex folliculorum* на 1см<sup>2</sup> при мікроскопічному дослідженні ураженої ділянки шкіри обличчя). Усіх обстежених хворих на розацеа було поділено на 4 групи залежно від виявленої супутньої паразитарної інвазії (лямбліозу та демодекозу): до 1-ї групи ввійшли 60 пацієнтів з розацеа без паразитозів, до 2-ї – 10 хворих з розацеа і демоде-

козом, до 3-ї – 119 осіб з розацеа й лямбліозом, до 4-ї групи – 130 з розацеа, лямбліозом і демодекозом.

**Результати й обговорення.**

Розподіл обстежених хворих за ступенями тяжкості перебігу розацеа представлений у таблиці 1.

Серед пацієнтів з розацеа без супутніх паразитозів виявлено домінування обстежених з легким перебігом дерматозу (39 (65,0 %) осіб), хворих з тяжкими проявами розацеа не встановлено. За наявності супутнього демодекозу було вияв-

лено лише пацієнтів з середньотяжким перебігом хвороби.

При приєднанні супутнього лямбліозу у пацієнтів переважав середньотяжкий перебіг розацеа (75,6 %), у деяких хворих був тяжкий перебіг (8,4 %). За умови виявлення обох супутніх паразитозів переважали також пацієнти з середньотяжким перебігом розацеа (63,9 %) та збільшувалась кількість осіб з тяжким перебігом дерматозу (26,9 %).

Розподіл хворих на розацеа й супутні паразитози за діагностичними ознаками, які визначають ступінь тяжкості розацеа, представлено в таблиці 2.

Таблиця 1. Розподіл хворих на розацеа й супутні паразитози залежно від ступеня тяжкості клінічного перебігу розацеа

Ступінь тяжкості перебігу розацеа	Хворі на розацеа (n=319)							
	хворі на розацеа без паразитозів, 1-а група (n <sub>1</sub> =60)		хворі на розацеа та демодекоз, 2-а група (n <sub>2</sub> =10)		хворі на розацеа й лямбліоз, 3-я група (n <sub>3</sub> =119)		хворі на розацеа, лямбліоз, демодекоз, 4-а група (n <sub>4</sub> =130)	
	абс. число	віднос. число (%)	абс. число	віднос. число (%)	абс. число	віднос. число (%)	абс. число	віднос. число (%)
легкий	39	65,0	–	–	19	16,0	12	9,2
середньотяжкий	21	35,0	10	100,0	90	75,6	83	63,9
тяжкий	–	–	–	–	10	8,4	35	26,9
Всього	60	100	10	100	119	100	130	100

Таблиця 2. Розподіл хворих на розацеа й супутні паразитози за діагностичними ознаками, які визначають ступінь тяжкості розацеа

Діагностичні ознаки	Хворі на розацеа (n=319), бали			
	хворі на розацеа без паразитозів, 1-а група (n <sub>1</sub> =60)	хворі на розацеа та демодекоз, 2-а група (n <sub>2</sub> =10)	хворі на розацеа й лямбліоз, 3-я група (n <sub>3</sub> =119)	хворі на розацеа, лямбліоз, демодекоз 4-а група (n <sub>4</sub> =130)
Папули/пустули	1,3±0,1	1,8±0,3	2,2±0,1 <sup>1</sup>	2,4±0,0 <sup>1,2,3</sup>
Еритема	2,2±0,0	2,3±0,2	2,4±0,0 <sup>1</sup>	2,7±0,0 <sup>1,3</sup>
Телеангіектазії	1,1±0,1	1,2±0,3	1,1±0,1	1,5±0,1 <sup>1,3</sup>
Сухість шкіри	1,5±0,1	1,5±0,3	1,9±0,1 <sup>1</sup>	2,0±0,1 <sup>1</sup>
Поколювання /печіння	1,4±0,1	1,8±0,3,2	1,8±0,1 <sup>1</sup>	2,2±0,1 <sup>1,3</sup>
Набряк обличчя	0,1±0,0	0,8±0,2 <sup>1</sup>	0,7±0,1 <sup>1</sup>	1,1±0,1 <sup>1,3</sup>
Офтальморозацеа	0±0,0	0,3±0,1	0±0,0	0,6±0,1 <sup>2</sup>
Середній бал тяжкості перебігу	7,5±0,2	9,2±0,3 <sup>1</sup>	10,1±0,2 <sup>1,2</sup>	12,5±0,2 <sup>1,2,3</sup>

Примітки:

<sup>1</sup> – відмінність вірогідна порівняно з показниками пацієнтів із розацеа без супутніх паразитозів (p<0,01); <sup>2</sup> – відмінність вірогідна порівняно з показниками пацієнтів з розацеа й демодекозом (p<0,05); <sup>3</sup> – відмінність вірогідна порівняно з показниками пацієнтів з розацеа й лямбліозом (p<0,01).

Порівнюючи діагностичні ознаки розацеа (виражені у балах), ми встановили зростання кількості папул, пустул у хворих на розацеа з супутнім лямбліозом та в поєднанні з обома паразитозами, порівняно з аналогічними показниками у пацієнтів

з розацеа без паразитарної інвазії (на 69,2 % і 84,6 % відповідно, p<0,001 в обох випадках).

Слід відмітити зростання цього показника у хворих на розацеа в поєднанні з обома паразитозами, порівняно з пацієнтами з розацеа й демо-

декозом та особами з розацеа й лямбліозом (на 33,3 % і 9,1 % відповідно,  $p < 0,05$  в обох випадках).

Оцінюючи виразність еритеми у хворих 4-х досліджуваних груп встановили вірогідне зростання цієї ознаки у пацієнтів з розацеа в поєднанні з лямбліозом та обома паразитозами, порівняно з особами лише з розацеа (на 9,1 % та 22,7 % відповідно). Лише у пацієнтів з розацеа й обома паразитозами виявлено вірогідне зростання цього показника на 12,5 %, порівняно з особами з розацеа й супутнім лямбліозом.

Нами встановлено зростання кількості телеангіектазій у хворих на розацеа в поєднанні з обома паразитозами, порівняно з пацієнтами з розацеа без супутніх паразитозів та особами з розацеа й супутнім лямбліозом (на 36,4 %,  $p < 0,01$  в обох випадках).

Аналізуючи суб'єктивний показник сухості шкіри, відзначено вірогідне зростання цього показника у хворих на розацеа й супутній лямбліоз та у пацієнтів з розацеа в поєднанні з обома паразитозами, порівняно з особами лише з розацеа (на 26,7 % та 33,3 % відповідно).

Вірогідне збільшення показника відчуття печіння чи поколювання ураженої шкіри виявлено у хворих на розацеа в поєднанні з лямбліозом та у осіб з розацеа й супутніми лямбліозом та демодекозом, порівняно з пацієнтами лише з розацеа (на 28,6 % та 57,1 % відповідно). Цей показник істотно зріс у хворих на розацеа й супутні паразитози, порівняно з особами з розацеа й лямбліозом (на 22,2 %,  $p < 0,01$ ).

Вірогідно зріс показник набряку обличчя у хворих усіх трьох досліджуваних груп, порівняно

з пацієнтами з розацеа без супутніх паразитозів, особливо у осіб з розацеа, лямбліозом і демодекозом (у 1,1 раза). Відмічено також зростання цього показника у пацієнтів з розацеа й обома паразитозами, порівняно з хворими на розацеа й супутній лямбліоз (на 57,1 %  $p < 0,01$ ).

Прояви офтальморозацеа у пацієнтів з розацеа в поєднанні з обома паразитозами порівняно з хворими лише на розацеа, виявлено удвічі частіше ( $p < 0,05$ ).

Найбільший середній бал тяжкості перебігу дерматозу відзначено у пацієнтів з розацеа й супутніми лямбліозом і демодекозом ( $12,5 \pm 0,2$ ), який був вірогідно вищий, порівняно з хворими на розацеа, розацеа й демодекоз, розацеа й лямбліоз (на 66,7 %, 35,9 % та 23,8 % відповідно).

#### Висновки.

1. У хворих на розацеа без супутніх паразитозів переважав з легкий перебіг дерматозу.

2. Приєднання супутнього лямбліозу сприяло більш частому виявленню хворих з середньотяжким та появі осіб з тяжким перебігом розацеа.

3. На тлі лямбліозу й демодекозу кількість хворих з тяжким перебігом дерматозу суттєво збільшувалась, що вказує на обтяжливий вплив супутньої паразитарної інвазії.

#### Перспективи подальших досліджень.

Виявлені особливості клінічного перебігу дерматозу у хворих на розацеа на тлі супутніх лямбліозу й демодекозу обґрунтовують доцільність призначення комплексного лікування. А метод бальної оцінки ступеня тяжкості перебігу дерматозу може бути використаний для оцінки ефективності терапії у цих пацієнтів.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Bikowski JB. Subantimicrobial dose doxycycline for acne and rosacea. / J. Bikowski // Skinmed. – 2003. – Vol. 4. – P. 234-245.

2. Мавров І. І. Основи діагностики й лікування в дерматології та венерології : посібник для лікарів, інтернів і студентів / Мавров І. І., Болотна Л. А., Сербіна І. М. – Х. : Факт, 2007. – 792 с.

3. Ахтямов С. Н. Практическая дерматокосметология : учеб. пособ / С. Н. Ахтямов, Ю. С. Бутов. – М. : Медицина, 2003. – С. 234-281.

4. Иконникова Н. А. Комплексная патогенетическая терапия розацеа с учетом данных микробиологического исследования и ультраструктуры кожи: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Н. А. Иконникова. – М., 2005. – 32 с.

5. Лапаева А. М. Современные представления о патогенезе и лечении розацеа / А. М. Лалаева, С. И. Данилов, В. А. Пирятинская // Клиническая дерматология и венерология. – 2003. – № 2. – С. 29–34.

6. Разнатовский К. И. Оценка показателей микроциркуляции в области лица у женщин с розацеа / К. И. Раз-

натовский, Ф. А. Алиев // Тезисы материалов IX Всероссийского съезда дерматовенерологов. – Москва, 2005. – Т. 1. – С. 96–97.

7. Акилов О. Е. Клиническая оценка взаимосвязи нарушения иммунной системы и особенности HLA-гистотипа у больных демодекозом кожи : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук / О. Е. Акилов. – М., 2002.

8. Бутов Ю. С. Клинические особенности и вопросы классификации демодекоза кожи / Ю. С. Бутов, О. Е. Акилов // Русский журнал кожных и венерических болезней. – 2003. – № 2. – С. 53–58.

9. Русак Ю. Э. Helicobacter pylori у больных розацеа / Ю. Э. Русак, А. Я. Черняк, Л. П. Солоница // Вестник дерматологии и венерологии. – 2002. – № 1. – С. 34–35.

10. Dahl M. V. Temperature regulates bacterial protein production: possible role in rosacea / M. V. Dahl, A. J. Ross, P. M. Schlievert // J Am Acad Dermatol. — 2004. – Vol. 2. – P. 266–272.

11. Standart classification of rosacea: report of the National Rosacea Society expert committee on the classification and

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, короткі повідомлення

staging of rosacea / J. Wiikin, M. Dahl, L. Drake [at al.] // J. Am. Acad. Dermatol. – 2004. – Vol. 50. – P. 907–912.

12. Адашкевич В. П. Диагностические индексы в дерматологии / В.П. Адашкевич. – М. : Медицинская книга, 2004. – 165 с.

13. Харитоновна Е.Г. Диагностическая оценка роза-

цеа / Е. Г. Харитоновна, Т. В. Святенко // Журнал дерматовенерологии, косметологии ім. М. О. Торсуєва. – № 1–2 (18). – 2009. – С. 120.

14. Крамарев С. А. Лямблиоз. Диагностика, клиника, лечение : метод. рекомендации / С. А. Крамарев. – Киев, 2005. – 22 с.

## **FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS AND THE COURSE OF ROSACEA IN PATIENTS WITH CONCOMITANT LAMBLIOSIS AND DEMODECOSIS**

©**М. Т. Kovalchuk**

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky»*

**SUMMARY:** 319 patients with rosacea were inspected. Some features of clinical course of rosacea and rosacea with associated parasitosis were estimated.

**KEY WORDS:** rosacea, clinical features of dermatosis, demodecosis, lambliosis.