

## ROLE OF SOME BIOCHEMICAL INDEXES AT PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATIT

V.N.Sknar

The review of literature, testifying to growth of morbidity by chronic prostatitis in the structure of illnesses of organs of urogenital sphere, is presented. The results of the got researches are indicated on violations of immunity and antioxidant system at patients with chronic prostatitis, that it is necessary to take into account at setting of medical treatment.

## КОСМЕТОЛОГІЯ

УДК 616.53-002.282-05 (1-31)

### КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗАЦЕА У МЕШКАНЦІВ ПРОМИСЛОВОГО РЕГІОНУ ДОНБАСА

Я.О.Полях

*Донецький національний медичний університет ім.М.Горького*

**Ключові слова:** розацеа, анамнез, клініка, статистичний аналіз

#### Актуальність теми

Розацеа є однією з сучасних медично-соціальних проблем у практичній дерматології [1-3]. В теперішній час розацеа розглядається як хронічний, неінфекційний поліетіологічний, мультифакторний дерматоз, який характеризується хронічним прогресивним перебігом та рефрактерністю до традиційних засобів лікування [5, 6]. Переважна локалізація розацеа на шкіри обличчя є причиною психічної та емоційної дезадаптації пацієнтів, що знижує якість життя й негативно впливає на соціальний статус і працездатність [4, 7].

#### Матеріал і методи дослідження

Були вивчені клініко-анамнестичні дані 156 хворих на розацеа, що проживають у Донбасі. Ретельному аналізу підлягали паспортні дані, соціальний статус, можливі причини виникнення та тривалість захворювання, клінічний перебіг захворювання, сезонність, наявність супутньої патології, попереднє лікування та його ефективність, вживання профілактичних заходів, а також спадковий та алергійний анамнез. Гендерний розподіл був наступний: 118(75,6%) жінок та 38(24,4%) чоловіків. Таким чином, серед хворих найчастіше зустрічались жінки, що відповідає даним літератури. Вік хворих коливався від 19 до 69 років. Залежно до виділених вікових періодів хворі на розацеа були розділені на 5 груп. Вікова характеристика хворих на розацеа представлена в табл. 1.

Таблиця 1

Вікова характеристика хворих

Вік хворих (роки)	Хворі чоловіки (n=38 ) абс. число(%)	Хворі жінки (n=118) абс. число(%)	Всього (n=156) абс. число(%)

19-29	3 (7,9%)	8 (6,8%)	11 (7,1%)
30-39	6 (15,8%)	15 (12,7)	21 (13,5%)
40-49	7 (18,4%)	23 (19,5)	30 (19,2%)
50-59	13 (34,2%)	47 (39,8%)	60 (38,5%)
60-69	9 (23,7%)	25 (21,2%)	34 (21,7%)

Як видно з таблиці 1, найбільша кількість хворих на розацеа була у віці 50-59 років - 60 (38,5%). За соціальним статусом службовців було - 59 (37,8%), робітників - 34 (21,8%), студентів - 17 (10,9%), робітників сільського господарства - 18 (11,6%), тимчасово не працюючих - 13 (8,6%), пенсіонерів - 15 (9,6%). У дослідженні застосовано усталені класифікаційні підходи, якими враховується стадія та клініко-морфологічні прояви розацеа. При визначенні клінічного діагнозу у наших пацієнтів ми дотримувались розгорнутої класифікації розацеа, що використовується в Європі та США. На нашу думку ця класифікація найчастіше використовується у практичній медицині. Так, серед наших пацієнтів еритематозно-телеангіектатичну стадію розацеа було встановлено у 37 (23,7%) хворих, папуло-пустульозну у 105 (67,3%), пустульозно-вузловату у 14 (9%). Серед досліджених у переважній більшості зустрічались хворі з давністю захворювання від 6 до 10 років. Що свідчить про хронічний тривалий перебіг дер-

матозу. Безсумнівно, це відбивалося на тяжкості захворювання, лікування якого було більш складним. В анамнезу хворих спадковий фактор відмічено у 13 (8,3%) хворих. Питання про наявність супутньої патології у пацієнтів з поліфакторними дерматозами є дуже важливим, тому що її слід враховувати у плані лікування. При ретельному клініко-лабораторному обстеженні у 86,7% хворих на розацеа була виявлена різноманітна супутня патологія. Як видно з табл. 2 найбільш питома вага припадає на захворювання шлунково-кишкового тракту (хронічний гастрит, дуоденіт, виразкова хвороба шлунку, холецистит, панкреатит, гепатит, дискінезія жовчовивідних шляхів та ін.) - 98 (62,3%), та гінекологічні захворювання у жінок 37 (31,3%). Захворювання ендокринної системи (еутиреоз, гіперплазія щитовидної залози, дифузний зоб, цукровий діабет та ін.) зустрічались у 9 (5,7%) хворих на розацеа, тобто у 6 (5,1%) жінок, та у 3 (7,9%) чоловіків.

Таблиця 2

Деякі анамнестичні дані хворих на розацеа

Показники	Хворі		
	чоловіки (n=38 ) абс.число(%)	жінки (n=118) абс.число(%)	всього (n=156) абс.число(%)
Тривалість хвороби (роки)			
До 1 року	3 (7,9%)	16 (13,5%)	19 (12,2%)
1-5	16 (42,1%)	28 (23,7%)	44 (28,2%)
6-10	15 (39,5%)	38 (32,2%)	53 (33,9%)
більше 10 років	4 (10,5%)	36 (30,6%)	40 (25,7%)
Супутня патологія:			
захворювання орга- нів травлення	27 (71%)	71 (60,2%)	98 (62,3%)
захворювання ендокри- ної системи	3 (7,9%)	6 (5,1%)	9 (5,7%)
гінекологічні захво- рювання у жінок		37 (31,3%)	37 (31,3%)
патологія сечостатевої системи	7 (18,4%)	11 (7,9%)	18 (11,5%)
вегетосудинні порушен- ня	3 (7,9%)	13 (8,3%)	16 (10,2%)
захворювання серцево-су- динної системи	4 (10,5%)	9 (7,6)	13 (8,3%)
захворювання шкіри	2 (5,2%)	7 (5,1%)	9 (5,7%)

Також звертають на себе увагу високий рівень вегето-судинних порушень - 16(10,2%) та патологія сечостатевої системи - 18(11,5%). Багато наукових робіт присвячено вивченню причин виникнення і розвитку розацеа [1-4, 7]. Але треба визнати, що досі відсутня єдина концепція що до патогенезу цього захворювання. Більшість авторів у пусковому механізмі розацеа виділяють цілу низку ендогенних та екзогенних факторів. Аналізуючи вплив різноманітних ендогенних та екзогенних чинників на розвиток та перебіг розацеа відзначено, що найчастіше розвиток та/або загострення хвороби пацієнти пов'язували з несприятливими метеорологічними факторами. Дебют захворювання під впливом сонячної інсоляції відзначався у 63(40,4%) хворих. Дія низьких та високих температур також спричиняло появу захворювання на розацеа у більшій кількості пацієнтів, тобто відповідно 36(23,1%) та 41(26,3%) хворих. Отже багатофакторний вплив несприятливих метеорологічних умов треба вра-

ховувати при складі профілактичних заходів індивідуально для кожного хворого. Розвиток хвороби пов'язаний з використанням косметичних заходів відзначали 26(22%) жінок, на відміну від чоловіків які цьому майже не надавали уваги. Звертає на себе увагу також той факт, що дуже часто хворі на розацеа пов'язували розвиток та /або загострення хвороби з нервовим стресом, психологічними травмами або негативними емоціями в особистому житті - 58(37,1%). Серед хворих на розацеа надмірне вживання алкоголю відмічалось у 3(7,8%) чоловіків та 4(3,4%) жінок. Співвідношення хворих які палять до осіб які не палять склало 0,4. Розглядаючи питання про аліментарні фактори слід відмітити, що серед досліджених на розацеа зовсім не було вегетаріанців, а навпаки прихильників жирної їжі було 43(27,6%). Із даних анамнезу свідчить, що у переважної більшості хворих 67(42,9%) реакцію приливів викликало вживання гострої, жирної та гарячої їжі, а також кави. Се-

зонність загострення захворювання у теплу пору року спостерігалась у 73,6% хворих, у холодну – 13,7% позасезонні рецидиви відзначено у 12,7% хворих. Алергійний анамнез у хворих на розацеа було відмічено всього у 6(3,8%) осіб, що на наш погляд не мало значення для розвитку дерматозу. Аналізуючи обсяг попереднього лікування встановлено, що переважна більшість хворих – 98(62,8%) періодично отримували системні антибіотики та препарати імідазольної групи. Тимчасове поліпшення від отриманого лікування відмічали лише у 47(30,1%) хворих. Нестерпність лікарських засобів спостерігалась дуже рідко. Встановлено, що 116(74,3%) хворих вживали різноманітні стероїдні мазі та креми, при тому більшість пацієнтів використовували ці заходи самостійно, без спостереження лікарів та дуже тривалий час. Лише 33(21,1%) хворих не лікувались взагалі. Ми проаналізували анамнестичні дані проведення профілактичного лікування серед обстежених хворих. Було встановило, що профілактичне лікування на розацеа ніколи не отримали 56(33,9%) хворих, інколи отримували – 36(23,6%) хворих та постійно отримували - 23(14,7%). На наш погляд окремо становить інтерес питання про використання сонцезахисних заходів з профілактичною метою у хворих на розацеа. Отримані дані свідчать, що жінки частіше за чоловіків користуються сонцезахисними заходами, відповідно - 49(35,5%) і 5(13,1%). При тому лише 15,6%

обстежених хворих вживають ці заходи постійно в часи найбільшої інсоляції, 27% хворих – інколи, а 58% хворих - ніколи раніше не користувались. Найчастіше хворі на розацеа скаржилися на висип - 143(91,6%) хворих, свербіж – 69(44,2%) та печію уражених ділянок шкіри - 73 (46,7%). набряк обличчя спостерігався у 72 (46,3%) хворих. Великий інтерес представляє вивчення клінічних проявів розацеа, які приведені у табл. 3. Місцем первинної локалізації висипань частіше були щоки – у 68(43,6%) хворих, ніс - у 25(16,1%) та лоб – 21(13,5%). Первинні ураження підборіддя відзначали – 15(9,6%) осіб, періоральної ділянки шкіри – 9 (5,7%), повік - 11(7,0%). Декілька рідше при первинній локалізації шкіри вражалось одночасно декілька ділянок шкіри – в 5(3,2%), та ще рідше відмічалось ураження екстрафасціальних ділянок шкіри. Цікаво, що найбільша частота первинної локалізації висипу на щоках збігається у чоловіків та жінок, відповідно 31,5% та 47,5%. Також звертає на себе увагу те, що у чоловіків частіше вражається ніс та повіки. Клінічна картина у хворих на розацеа характеризувалась поліморфізмом морфологічних елементів висипів, відповідно до стадії захворювання. У переважній більшості хворих клінічна картина була представлена множинними папулами та пустулами розташованими на фоні гострозапальної еритеми.

Таблиця 3

## Характеристика клінічних проявів розацеа

Показники	Чоловіки (n=38) абс.число(%)	Жінки (n=118) абс.число(%)	Всього (n=156) абс.число(%)
Первинна локалізація висипань:			
Щоки	12 (31,5 %)	56 (47,5 %)	68 (43,6 %)
Лоб	5 (13,1 %)	16 (13,5 %)	21 (13,5 %)
Ніс	8 (21,1 %)	17 (14,5 %)	25 (16,1 %)
Підборіддя	4 (10,5 %)	11 (9,4%)	15 (9,6 %)
Періоральна ділянка	2 (5,3 %)	7 (5,9 %)	9 (5,7 %)

Повіки	4 (10,6 %)	7 ( 5,9 %)	11 (7,0 %)
екстрафациальні ділянки	1 (2,6%)	1 (0,8%)	2 (1,3 %)
одночасно на декількох ділянках	2 (5,3 %)	3 ( 2,5 %)	5 (3,2 %)

### Висновки.

На підставі вивчення клініко-анамнестичних даних хворих на розацеа у мешканців промислового регіону Донбасу встановлені деякі особливості: останнім часом відзначається тенденція до збільшення числа хворих розацеа; жінки хворіють на розацеа значно частіше, ніж чоловіки; найбільша кількість хворих за медичною допомогою звертається в папулопустульозній стадії розацеа; соціальний статус та спадковий фактор не має важливого впливу на патогенез розацеа; дерматоз має стадійно-прогресивний розвиток та хронічний тривалий перебіг; у пацієнти с розацеа відмічається високий рівень різноманітної супутньої патології, серед якої найчастіше зустрічаються захворювання органів травлення та гінекологічні захворювання у жінок; клінічна картина розацеа характеризується поліморфізмом морфологічних елементів висипів; серед клінічних проявів найпоширенішою є папульозно-пустульозна форма розацеа; дерматоз у промисловому регіоні протікає важко, та відрізняється збільшеною частотою рецидивів, укороченням періодів ремісії, торпідністю до лікування, що обумовлено формуванням резистентності у першу чергу до антибіотиків та препаратів імідазольного ряду; переважна більшість хворих дуже пізно звертається за спеціалізованою медичною допомогою та займається самолікуванням тривало та безконтрольно використовуючи місцеві стероїдні препарати та інші засоби; пацієнти на розацеа не надають великого значення профілактичним заходам. Аналізуючи отримані дані можна стверджувати, що слід планувати діагностично-лікувальні заходи хворих на розацеа з урахуванням клініко-анамнестичних та етіопатогенетичних чинників особисто для кожного хворого. Також і подалі необхідно розробляти та впроваджувати нові комплексні лікувально-профілактичні засоби,

спрямовані на стабілізацію функціональних розладів та підвищення адаптаційних можливостей організму, що підвищують ефективність терапії та сприяють профілактики рецидивів захворювання.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Адашкевич В.П., Козловская В.В. Орунгал в лечении себорейного дерматита, розацеа, себорейного псориаза и ладонно-подошвенного пустулеза //Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2004. - №4. – С. 31-34.
2. Айзятулов Р.Ф. Клиническая дерматология (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение): Иллюстр. руководство. – Донецк: Донеччина, 2002. – 432 с., ил.
3. Коган Б.Г., Степаненко В.И. Розацеа, демодикоз, дерматит периоральный – обоснование стандартных подходов к диагностике и рациональной терапии //Дерматология. Косметология. Сексопатология. – 2003. - №1-4(6). – С. 57-69.
4. Курдина М.И. Розацеа (Часть 1. Этиология, патогенез, клиника) //Эстетическая медицина. – 2004. - №4. – С. 366-372.
5. Курдина М.И. Розацеа (Часть 2. Лечение) //Эстетическая медицина. – 2005 - №1 – С.62-66.
6. Потекаев Н.Н. Акне и розацеа - М.: «Издательство БИНОМ», 2007. – 216 с.,ил.
7. Ramelet A.A. Rosacea: Disease or Reaction Pattern //Dermatoljgica.- 1986. – Vol. 173, №2.- P.53-56.

**КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗАЦЕА  
У ЖИТЕЛЕЙ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА ДОНБАССА**

Я.А.Полях

В статье изучены и проанализированы клинико-anamnesticкие данные 156 больных с различными формами розацеа, проживающие в промышленном регионе. Проведен статистический анализ некоторых параметров. Выделины особенности клинической картины и течения розацеа у жителей промышленного региона Донбасса.

**KLINIKO-ANAMNESTIC CHARACTERISTIC OF ROSACEA  
FOR HABITANTS OF INDUSTRIAL REGION OF DONBASSA**

J.A.Poljah

In the article studied and analysed kliniko-anamnestic information 156 patients with the different forms of rosacea, resident in an industrial region. The statistical analysis of some parameters is conducted. The peculiarities of feature of clinical picture and flow of rosacea for the habitants of industrial region of Donbassa.