

**THE FUNCTIONAL CONDITION OF THE THYROID GLAND FUNCTION IN PATIENTS WITH ACNE VULGARIS IN AN IODINE DEFICIENCY REGION**

Yuliya Karvatska, Olha Denysenko

While examining 65 patients with acne vulgaris, living on a territory with natural iodine deficiency, changes of the thyroid gland function are registered in more than half of the patients (55,8%), more often being identified in patients with a medium severe and severe clinical course of the dermatoses.

УДК 616.5-006.31:615.035

**РОЗАЦЕА: ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ  
(ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ВЛАСНИХ СПОСТЕРЕЖЕНЬ)**

О.Г.Харитоновна

*Державна косметологічна лікарня м.Дніпропетровськ*

**Ключові слова:** розацеа, класифікація, форми, стадії.

**Актуальність теми.** На сучасному етапі актуалізується питання про розкриття патогенетичних механізмів, які формують різноманіття клінічних проявів розацеа, для індивідуалізації терапевтичних і реабілітаційних підходів щодо кожної форми захворювання та вивчення мікроскопічних змін у шкірі при різних морфологічних проявах [1-3]. Дослідниками запропоновано декілька класифікацій, які базуються на клініко-морфологічних особливостях розацеа, закономірностях перебігу різних форм та стадій дерматозу. Треба відмітити, що ще за давніх часів вчені, які вивчали розацеа намагалися запропонувати власні підходи до класифікації розацеа. Так наприклад, одна з перших класифікацій розацеа виникла ще у 1952 році (GracianskyP., BoullesS.). Автори виділили дві форми хвороби, ґрунтуючись на типі шкірного сало виділення: жирну та суху. У 1966 році вітчизняний дослідник Б.П.Бакшт розподілив розацеа в залежності від клінічної картини на 2 групи – поверхневу

та глибоку. Кожна група у згаданій класифікації підрозділялася на 3 форми. У групі поверхневих виділялись гладка, локалізована, розлита. У групі глибоких - локалізована з папульозно-пустульозними елементами, локалізована з трансформацією в ринофіму, розлиту з папуло-пустульозними висипами. Минули часи, і дослідниками, які вивчали розацеа ще було зроблено немало спроб систематизувати прояви хвороби, створити класифікацію для зручного використання у практичній діяльності. Треба відмітити, що у цих спробах чимало заважало саме дискусабельне запитання щодо стадійності хвороби. Чи є різні за клінічними ознаками прояви однієї хвороби відображенням стадійності процесу або існування окремих її форм? Отримані у той час відомості були вкрай суперечливими та не мали достатнього наукового підґрунтя [2]. Не дивлячись на те, що розацеа як окрема нозологічна одиниця добре відома вже давно, до дійсного часу є суперечливими точки зору щодо її єдиної класифікації. Деякі автори віддають переваження розподілу за стадіями, деякі автори вва-

жають більш вірним виділяти окремі клінічні форми хвороби [3].

**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 анамнестичні 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 обговорення.** Цікавим з нашої точки зору є той факт, що у хворих, яких нами спостережено, не завжди мала місце класична клінічна картина хвороби. Тому під час первинних звернень до лікувальних установ у 34 хворих не був своєчасно встановленим діагноз розацеа. Інші 27 хворих взагалі довго отримували лікування із такими діагнозами: червоний вовчак, судинний невус, артифіціальний дерматит, алергічний дерматит, екзема, атопічний дерматит, саркоїдоз Бека-Шаумана, токсидермія, вугрова хвороба, демодикоз. Це пояснює той факт, що хворі протягом довготривалого часу отримували різне лікування антибактеріальними, антигістамінними, проти паразитарними, седативними, топічними глюкокортикостероїдними засобами без будь-якого стійкого ефекту. У деяких випадках застосування топічних глюкокортикостероїдів приносили тимчасовий ефект за рахунок їх протизапальної дії, а потім після відміни препарату різке та стійке загострення. З загальної кількості хворих, які знаходилися під наглядом на папуло-пустульозну форму захворювання страждало 41(%), на еритематозно-папульозну форму захворювання - 40(%), конглобатну - 16(%), фульмінантну - 3(%). У групі хворих з загальної групи на папуло-пустульозну форму захворювання страждало 38(%), на еритематозно-папульозну форму захворювання - 36(%), конглобатну - 21(%), фульмінантну - 5(%). У групі хворих з контрольної групи на папуло-пустульозну форму за-

хворювання страждало 39(%), на еритематозно-папульозну форму захворювання - 41(%), конглобатну - 18(%), фульмінантну - 2(%). Еритематозно-папульозна форма у наших хворих характеризувалася дифузним ураженням шкіри щок, носу, лоба, підборіддя, значним набряком обличчя, інфільтрацією, яскравою червоною або із синюшним відтінком еритемою. На тлі цього чітко виділялися дрібні напівкулясті папули, поодинокі пустули, дрібно - або середнепетельні телеангіектазії. Папуло-пустульозна форма спостерігалася у більшості наших хворих. При огляді хворих патологічний шкірний процес локалізувався переважно на шкірі щок, лоба, носо-губного трикутника та був представлений папулами та пустулами на тлі інфільтрації, набряку ділянок. Однак серед первинних морфологічних елементів висипки значно переважали пустульозні елементи. У 18(%) хворих поряд з типовими папульозними та пустульозними висипами спостерігалися поодинокі великі вузли, які нагноювалися та зливалися у конгломератні утвори. Треба відмітити, що останнім часом у іноземній літературі виділяється окрема тяжка форма хвороби – *rosaceaconglobata*, для якої притаманні більш тяжкі прояви, є характерною наявністю вузлів, більш глибоких морфологічних елементів, щільної інфільтрації у вогнищі ураження. Наші спостереження підтверджують той факт, що еритематозна стадія, яка за думкою деяких авторів є початковою у розвитку розацеа, спостерігається у більш ранньому віці. Переважна кількість хворих на цю стадію розацеа знаходилися у віці від 22 до 37 у загальній групі та у віці від 23 до 30 у контрольній групі хворих. І тільки 4 осіб з загальної кількості хворих були у віці старше 40 років. Ще одним підтвердженням цього ствердження є те, що давність захворювання у осіб, які знаходилися в еритематозній стадії хвороби була найменшій у порівнянні з іншими стадіями. Звертало також на себе увагу, що більшість хворих (28 осіб) мали локальні вогнища, а тільки 16 осіб мали більш розповсюджені прояви розацеа. У 3 з 47 обстежених осіб еритема мала дрібно во-

гнищевий характер, що надавало вогнищам вид так званої «cutismgramorata». Інтенсивність еритеми була від світло-рожевого до багрового із синюшним відтінком. Патогномонічним признаком цієї стадії в усіх осіб була наявність телеангіектазій. Гілочки телеангіектазії на шкірі носу були більш товстими у діаметрі, у 15 осіб мали багрово-синюшний відтінок, були довгими та хвилястими. У інших 19 осіб телеангіектазії були червоними (капілярними) та багрово-синюшними (венозними), розходилися радіально від перенісся до крил носу. Телеангіектазії, які було розташовано на щоках були більш короткими та тонкими, та знаходилися вони на тлі яскравої еритеми. Виразність еритеми та кількість телеангіектазії значною мірою залежала від інтенсивності сало виділення шкіри хворих. Так, у хворих з жирною шкірою еритема була більш виразною, а у хворих із тонкою сухою шкірою на перший план виходили телеангіектазії. Суб'єктивні відчуття хворих з цією стадією практично не турбували. Хворі вказували на транзиторні зміни інтенсивності проявів захворювання від зміни температурного режиму, вживання тієї чи іншої їжі, перебуванні на сонці, стресів, загострень соматичних хвороб. Як свідчить з наших спостережень, 37 осіб страждали на папульозну стадію хвороби. Ці особи знаходилися переважно у молодому віці від 20 до 30 років, хоча декілька осіб знаходилися у зрілому віці (старше 40 років). Осіб старше 60 років у цій групі не спостережено. Це опосередковано свідчить на користь того, що ця стадія розвитку розацеа є також більш ранньою стадією у патоморфозі хвороби. Це ствердження також підтверджує той факт, що більшість хворих страждало на дерматоз від 3 до 5 років. І тільки один хворий звернувся до нас із давністю хвороби більше 6 років. Клінічна картина характеризувалася дрібними вузликами, частіше на тлі яскравої еритеми. Суб'єктивно хворі скаржилися на періодичні відчуття болючості, особливо при початковій появі елементів, іноді печію. Однак деякі хворі (16 осіб) не відчували ніякої турботи, окрім косметичного

дефекту. Такі хворі на відміну від еритематозної стадії не вказували на зміни інтенсивності проявів хвороби протягом тривалого часу. При огляді ми відмітили, що патологічний шкірний процес частіше локалізувався на шкірі щок, носу, лобу, підборідді і тільки у окремих випадках (5 осіб) він виходив за ці межі та розповсюджувався на шкіру шиї. Кількість вузликів була теж різною від декількох папул до декількох десятків елементів, які зливаючись між собою утворювали великі болючі вогнища. На поверхні вогнищ було також помітним дрібно пластинчасте лущення. Пустульозна стадія хвороби спостерігалася у 31 наших хворих. У більшості випадків (27 осіб) це була класична клінічна картина, але у 4 осіб спостерігалася ускладнена кистозна форма. Слід відмітити, що вікова складова у цій групі хворих дещо відрізнялася від інших груп розацеа. Звертало на себе увагу невелика кількість молодих осіб. Наприклад не зверталися хворі віком до 26 років із пустульозною формою розацеа. Низьким був також відсоток осіб й у вікових групах 30-40 років (тільки 14 осіб). Однак великою була кількість хворих старше 40 років. Усі хворі мали скарги на відчуття стягування шкіри, болючість, печіння, турбувалися виразним косметичним дефектом. У зв'язку з тим, деякі особи скаржилися на те, що мали необхідність відокремитись від деяких соціальних контактів та дій. Об'єктивно: патологічний шкірний процес мав більш розповсюджений характер, був представлений симетрично розташованими пустулами на гіперемічному тлі, щільною інфільтрацією, лущенням. В деяких ділянках відмічалось злиття первинних морфологічних елементів та утворення невеличких бляшок. Пустули мали розмір від 1-2 до 3-4 мм, не були прив'язані до фолікул волосся. Деякі елементи, які мали вигляд папул, після їх проколювання виявлялися товстостінними пустулами, а на поверхні появлялася крапля густого жовто-зеленого гною. У деяких чоловіків, які страждали на подібні прояви захворювання вже тривалий час (іноді декілька років) відмічалася деяка деформація кон-

турів обличчя за рахунок бугристості. Окремі випадки ускладнювалися так званими кистозними елементами, які містили густий клейкий вміст. Звертало на себе увагу, що такий варіант перебігу хвороби спостережено у більш молодому віці. Іноді прояви хвороби починалися раптово, без передуючих еритеми, телеангіектазій та папул. Кистозна розацеа мабуть повинна розглядатись, як особлива окрема форма хвороби, але наявність у клінічній картині й типових проявів пустульозної стадії надають підстави деяким авторам віднести її до ускладненої пустульозної форми. Така клінічна картина дещо нагадує клінічні прояви саркоїдоза Бека-Шаумана. Це підтверджується й виявленою нами діагностичною помилкою. Треба мати на увазі, що на відміну від пустульозної розацеа, клінічно при саркоїдозі ведучим елементом є бугорок. При зворотному розвитку бугорків лишається вторинна гіперпігментація та рубцева атрофія. При діаскопії елементів саркоїдозу лікар бачить так званий симптом «пилу», який проявляється у вигляді жовтувато-буруватих плямочок. Вирішальним значенням у таких випадках можуть бути тільки дані гістологічного дослідження біоптату шкіри.

Таким чином здобуті спостереження звертають увагу на той факт, що

не дивлячись на те, що розацеа як окрема нозологічна одиниця добре відома вже давно, суперечливі точки зору щодо єдиної класифікації викликають деякі труднощі у практичній діяльності під час визначення стадії та форми дерматозу. На нашу думку, буде перспективним вивчення кореляцій між клінічними та морфологічними проявами різних форм розацеа з метою уточнення механізмів розвитку та ретельної систематизації окремих форм та стадій хвороби.

**Висновки.** На теперішній час було зроблено немало спроб систематизувати прояви хвороби, створити класифікацію для зручного використання у практичній діяльності. Однак у цих спробах чимало заважає саме дискусійне запитання щодо стадійності хвороби. Серед хворих, яких спостережено, не завжди мала місце класична клінічна картина хвороби, тому під час первинних звернень до лікувальних установ у 34 (30,9%) хворих не був своєчасно встановлений діагноз розацеа. Не дивлячись на те, що розацеа як окрема нозологічна одиниця добре відома вже давно, суперечливі точки зору щодо єдиної класифікації викликають деякі труднощі у практичній діяльності під час визначення стадії та форми дерматозу.

### Список літератури

1. Jackson J.M., Kircik L.H. Efficacy of extended-release 45 mg oral Minocycline and extended-release 45 mg oral Minocycline Plus 15% azelaic acid in the treatment of acne rosacea // *J Drugs Dermatol.* – 2013. -12(3). – P.292.
2. Van Onselen J. Rosacea: symptoms and support. // *Br J Nurs.* – 2012. - 21(21). – P.1252-1255.
3. Cribier B. Rosacea under the microscope: characteristic histological findings // *J Eur Acad Dermatol Venereol.* – 2013. - 4. - P.1212.

## РОЗАЦЕА: ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОБСТВЕННЫХ НАБЛЮДЕНИЙ)

О.Г.Харитоновна

Статья посвящена актуализации вопроса о раскрытии патогенетических механизмов, которые формируют многообразие клинических проявлений розацеа, что имеет значение для индивидуализации терапевтических и реабилитационных подходов относительно

но каждой клинической формы заболевания. Под наблюдением находилось 110 больных розацеа. Полученные данные обращают внимание на тот факт, что несмотря на то, что розацеа как отдельная нозологическая единица хорошо известна уже давно, противоречивые точки зрения относительно единой классификации вызывают некоторые трудности в практической деятельности при определении стадии и формы дерматоза. Кроме того, среди наблюдаемых пациентов, не всегда имела место классическая клиническая картина болезни, поэтому во время первичных обращений в лечебные учреждения у 34 (30,9%) больных не был своевременно установлен диагноз розацеа. По мнению авторов, будет перспективным изучение корреляций между клиническими и морфологическими проявлениями различных форм розацеа с целью уточнения механизмов развития и тщательной систематизации отдельных форм и стадий болезни.

### **ROSACEA: OBJECTIVE CLINICAL MANIFESTATIONS (BASED ON RESULTS OF OWN OBSERVATIONS)**

O.H.Haritonova

The article is devoted to the mainstreaming of the issue of the disclosure of the pathogenic mechanisms, which form a variety of clinical manifestations of rosacea, which is important for the individualization of therapeutic and rehabilitative approaches in relation to each of the clinical form of the disease. Under the supervision was 110 patients with rosacea. The obtained observations pay attention to the fact that in spite of the fact that rosacea as a separate nosological unit is well known for a long time, conflicting points of view on the uniform classification of cause some difficulties in the practical operation when determining the stage and form of skin. In addition, among patients seen, not always had a place in the classical clinical picture of the disease, so during the initial visits to medical institutions in 34 (30,9%) patients was not in a timely manner set diagnosed with rosacea. In the opinion of the authors, will be a prospective study of correlations between clinical and morphological manifestations of different forms of rosacea with the purpose of specification of mechanisms of development and thorough systematization of individual forms and stages of the disease.

УДК 616.594.14-031.12-08

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ АУТОПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ, В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИЕЙ**

Е.А.Шагов, И.Е.Белик, И.В.Свистунов, П.О.Синяченко

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

**Ключевые слова:** алопеция очаговая, лечение, аутоплазма, обогащенная тромбоцитами.

**Введение.** Эффективность лечения больных очаговой алопецией (ОА) вызывает немалые трудности [2, 6, 13], несмотря на постоянное внедрение в клиническую практику принципиально