

Синдромологічні аспекти розацеа

Сарайрех Анас Аталла Салем

Медичний інститут Сумського державного університету

Резюме

Мета дослідження: з'ясування клінічних синдромологічних проявів з боку шкіри та інших систем організму в жінок репродуктивного віку, хворих на розацеа.

Матеріали та методи дослідження: клініко-лабораторне обстеження 52 жінок репродуктивного віку (від 18 до 35 років), хворих на розацеа. Всі пацієнтки консультувалися в гінеколога, ендокринолога, невропатолога.

Результати та їх обговорення. Виявлено чіткий зв'язок загострення дерматозу з порушеннями гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної системи в 59,6% обстежених жінок, хворих на розацеа, зокрема – з порушеннями менструального циклу в 15 з них (40,4%). Ці зміни мали переважно синдромний характер і на шкірі проявлялися у вигляді гірсутизму, гіперпігментації, атрофічних стрій, фолікулярного гіперкератозу, алопеції за чоловічим типом. Окремі типи для розацеа прояви на шкірі необхідно диференціювати більш ніж з 20 синдромами, при яких виявляють висипку або косметичні зміни на шкірі, дисендокринні або вегето-судинні розлади. У патогенезі як розацеа, так і синдромів з розацеаподібними змінами важливу роль відіграють пептидні сигнальні молекули різних класів (нейропептиди, простагландини, кініни та ін.), і виявлення змін умісту цих біологічно активних сполук потребує внесення коректив у комплексну терапію хворих.

Висновки. У жінок, хворих на розацеа, сучасними особливостями перебігу захворювання є його поява в більш ранньому віці та поєднаність з певними синдромами (переважно з порушеннями гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної системи), що потребує вивчення ролі пептидних сигнальних сполук у патогенезі дерматозу як модуляторів її регульовальної діяльності і факторів, що можуть обумовлювати клінічні ознаки захворювання і розацеаподібні прояви при різноманітних синдромах.

Ключові слова: розацеа, жінки репродуктивного віку, синдроми.

DOI: 10.33743/2308-1066-2020-3-16-20

Вступ

Особливостям перебігу хронічних захворювань шкіри (у тому числі розацеа) в жінок останніми роками приділяється велика увага у зв'язку з тенденцією до зростання їх частоти й негативним впливом локалізації висипки на відкритих ділянках шкіри на психоемоційний стан пацієнток [4, 6, 11]. Але Е.М. Волкова і соавт. [5] вважають, що переважання жінок, які страждають на розацеа, не відображає реальної захворюваності серед чоловіків, оскільки жінки зазвичай більш вимогливо ставляться до проблем шкіри в ділянці обличчя та декольте і частіше звертаються по відповідну допомогу.

Автори спостерігали, що переважна кількість жінок, хворих на розацеа, в яких одночасно виявляли вульгарні акне, були віком від 18 до 25 років (що підтверджує сучасну тенденцію «помолодшання» захворюваності на розацеа), мали «поєднані дерматози» (розацеа й вульгарні акне, розацеа і демодекоз та ін.) і клінічні асоціації з іншими супутніми соматичними захворюваннями (дисендокринії з боку гонадотропної системи, мігреноподібні та клімаксоподібні стани як прояви вегето-судинної дистонії тощо).

При розгляді сучасних особливостей клінічного перебігу розацеа звертає на себе увагу також актуальність проблеми синдромології, якій у дерматології останніми роками приділяють велику увагу, в тому числі на міжнародних конгресах, з описанням нових синдромів уражень шкіри або таких, які мають прояви на шкірі [7]. Це також обумовлено тим, що в літературі виділяють,

за різними клінічними класифікаціями, декілька форм розацеа (еритематозна, папульозна, пустульозна, інфільтративно-продуктивна – ринофіма, офтальморозацеа, стероїдна, гранулематозна, конглобатна, фульмінтативна, грамнегативна, розацеа із солідним перситувальним набряком – хвороба Марбігана), а диференційну діагностику, на думку В.П. Федотова [17], необхідно проводити з багатьма захворюваннями, при яких виявляють розацеаподібну висипку на шкірі (себорейний і періоральний дерматити, вульгарні та конглобатні акне; синдроми – Рандю–Ослера, Россолімо–Мелькерсона–Розенталя, карциноїдний, Хабера; дискоїдний, червоний, туберкульозний та «озноблювальний» вовчак; дерматоміозит, мастоцитоз телеангіектатичний, еозинофільна гранульома, ангіосаркома, ретикулосаркома Готтрона, дрібнопапульозна форма саркоїдозу; бешиха, оперізувальний лишай, бромодерма, рубромікоз шкіри обличчя, червона зернистість носа).

Мета дослідження: з'ясувати клінічні синдромологічні прояви з боку шкіри та інших систем організму у жінок репродуктивного віку, хворих на розацеа.

Матеріали та методи дослідження

Під спостереженням знаходилося 52 жінки репродуктивного віку (18–35 років), які страждали на розацеа впродовж від 1 до 5 років. Пацієнтки обстежувалися комплексно (клінічно та лабораторно) з наступною консультацією гінеколога та ендокринолога.

Результати та їх обговорення

Встановлено, що в 31 з 52 жінок, хворих на розацеа (59,6%), чітко прослідковувався зв'язок загострення перебігу захворювання з передменструальним періодом, причому з порушень менструального циклу в 15 (48,4%) з них відмічали періоди нерегулярних менструацій.

У обстежених виявляли ознаки, що свідчили про причетність до патогенезу захворювання розладів гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової систем, що проявлялося клінічно:

- з боку шкіри – наявність гірсутизму в 7 (22,6%) пацієнток, гіперпігментацій – у 6 (19,4%), атрофічних стрій – у 5 (16,1%), фолікулярного гіперкератозу – у 10 (32,3%), алопеції за чоловічим типом – у 4 (12,9%);
- з боку нейроендокринної регуляції: вегето-судинна дистонія – у 8 (25,8%) жінок;
- з боку репродуктивної системи: синдром полікістозних яєчників – у 12 (38,7%) пацієнток, хронічний сальпінгіт – в 11 (35,5%), вульвовагініти – в 9 (29,0%), гіпоплазія матки – у 2 (6,5%), фіброзно-кістозна мастопатія – у 3 (9,7%);
- крім цього, у 20 (64,5%) жінок діагностували дисфункцію яєчників, а у 22 (70,9%) – масталгію чи мастодінію в передменструальний період.

Проведені дослідження свідчили про те, що у 26 (83,9%) жінок клінічні прояви на шкірі були притаманними синдромам гіперандрогенії, причому в 11 (35,5%) пацієнток відмічали гірсутизм, аменорею, акне (гіперпролактинемія), у 15 (48,4%) – аменорею та резистентність до всіх методів лікування (гіперандрогенія надниркового генезу).

Наведені дані свідчать про те, що, хоча розацеа зазвичай виявляють у жінок віком 40–60 років (особливо з ранньою менопаузою, приливами клімаксу), у сучасний період це захворювання спостерігають і в жінок молодшого віку, у яких мають місце розлади менструального циклу, загострення перед менструацією, під час вагітності, що підкреслює роль у патогенезі захворювання статевих стероїдних гормонів (естрадіол, прогестерон, тестостерон, андростендіол).

Крім вказаних гормональних змін можуть виявлятися й інші порушення гуморальної регуляції та клітинної ланки імунітету. Нерідко надзвичайно важливим чинником є не лише вплив андрогенів (оваріального й надниркового походження), а й так звана рецепторна гіперандрогенія, коли спостерігають підвищену чутливість рецепторів до нормальної чи навіть зниженої кількості андрогенів. Водночас причиною гіперандрогенії в жінок можуть бути й такі захворювання, як ендокринопатії, синдроми склерокістозних яєчників і гіперпролактинемії [10].

Як у минулі роки, так і нині проблемі особливостей перебігу акнеформних захворювань у жінок надається велика увага також у зв'язку з наслідками використання контрацептивів. У жінок, які в клімактеричному віці звертаються зі скаргами на косметичний стан шкіри, відмічається гіпоестрогенний синдром (гіпоестрогенний тип шкіри та гіпоестрогенемія).

Пов'язані з проблемою розацеа та вищезазначеними синдромами є і процеси старіння шкіри. Дослідження феномену реактивації метаболічної активності шкіри при цьому стані вказують на те, що він розвивається на всіх рівнях організації організму, але з різною

швидкістю в різних клітинах, тканинах та органах і супроводжується неоднаковими якісними змінами. Той факт, що розацеа найчастіше дебютує у віці після 45–55 років, став основою для вивчення цього аспекту як у сучасній геронтології загалом, так і в дерматокометології зокрема, з акцентом на те, що старінню шкіри сприяють і запальні процеси в ній [1, 3, 8, 19].

У зв'язку з цим запроваджено термін так званого запального старіння (Inflammaging), коли спостерігають персистування «тліючих» прозапальних процесів, які ще більше ушкоджують тканини. Цей вид старіння обумовлений значною мірою вираженим асоційованим з віком порушенням міжклітинних взаємодій, але слід враховувати, що в процесі старіння загалом мають значення впливи навколишнього середовища (в тому числі УФО, як при розацеа), ендегенні чинники (генетична нестабільність та епігенетичні порушення, виснаження пулу стовбурових клітин, вкорочення теломер, дисфункція мітохондрій тощо).

До асоційованих з віком змін обличчя, шиї, декольте (які в сучасній літературі нерідко описують терміном «анатомічні патерни розацеа») відносять в'ялість шкіри, зморшки, дисхромії та посилення судинного рисунка (при розацеа це проявляється у вигляді телеангіектазій).

Надзвичайно важливим є те, що хронічне сонячне навантаження може призводити до так званого еластозу, при якому еластичні волокна повністю руйнуються чи фрагментуються, сплющується епідермаль-но-дермальне сполучення, що клінічно проявляється у тому числі у вигляді зморшок шкіри. Таке УФО-навантаження спричиняє персистування в дермі реактивних форм кисню, що зумовлює порушення антиоксидантного захисту й розвиток запального процесу, обумовленого відповідними біологічно активними сполуками (простагландини, гістамін та ін.), які вивільнюються з опасистих клітин і продуктів перекисного окислення мембранних ліпідів.

Ферменти, що виділяються під дією УФО (еластаза нейтрофільна, матриксні металопротеїнази), відіграють важливу роль у руйнуванні екстрацелюлярного матриксу та розвитку клінічних проявів ще одного виду старіння (фотостаріння).

Окрім нейтрофілів у розвитку запалення, що «тліє», відіграють роль моноцити/макрофаги, тому що, маючи різний фенотип, вони виконують роль «диригентів» і можуть стимулювати як запальні, так і репаративні процеси. До того ж у судинах, у зв'язку з хронічним запаленням (яке має місце при розацеа), активуються ендотеліоцити, що сприяє ремоделюванню судинного русла і підвищенню проникності їх стінок з розвитком інтерстиційного набряку [18, 19]; у таких випадках ефективними є курси біоревіталізації [3, 12].

П.П. Рыжко и соавт. [14] звертають увагу на те, що еволюція старіння шкіри є складним механізмом, який відбувається в кожній її клітині. З урахуванням виникнення розацеа як у осіб старшого віку, так і в молодих, можуть мати значення особливості морфофункціональних властивостей шкіри в такі періоди [1, 15, 16].

Стоншення епідермісу (за рахунок шипуватого шару) та часткове (або навіть повне) зникнення зернистого можуть сприяти патогенетично негативним процесам при розацеа (ушкоджувальним впливам на шкіру УФО та аероіритантів). Гіперкератоз усть сальних

і потових залоз – найчастіший початок патологічного процесу при розацеа, з яким може бути пов'язана підвищена сухість старіючої шкіри [13], навіть більшою мірою, ніж при атрофії.

За даними Л.А. Болотної [2] та опитування, яке проводили у 8 країнах Європи, більш ніж 40% осіб віком старше 15 років мають суху чутливу шкіру, і клінічними проявами цього синдрому є лущення, свербіж, дрібні зморшки, підвищена чутливість шкіри та відчуття її стягнення.

Стосовно проблеми розацеа важливим є урахування видів сухості шкіри (непатологічна та патологічна). Непатологічна – може бути пов'язана з генетичними та фізіологічними процесами, залежати від сезонних факторів і спостерігатися у жінок в період менопаузи. Патологічна – обумовлена неправильним доглядом за шкірою, косметичними процедурами, метеофакторами, впливом температури навколишнього середовища, тривалим УФО і спостерігається при емоційних розладах, ендокринопатіях, синдромі мальабсорбції. «Мішенями» при цьому стають ліпіди – природний зволожувальний фактор (вільні жирні кислоти), міжклітинні ліпіди – цераміди, холестерин і його ефіри, тригліцериди, сквален, а також інші – гіалуронова кислота, білки-регулятори втрати вологи шкірою (профілагрин та ін.).

Підґрунтям для розвитку так званого передчасного старіння може бути те, що до 25 років, незважаючи на збільшення «еластики» шкіри, реакції на полісахариди в ній не змінені, але починаючи з 25–30 років спостерігають перші зміни такої реакції (у віці 45 років і старше у вогнищах гіпереластозу накопичуються глікопротеїни, і надалі в них накопичуються кислі мукopolісахариди типу хондроїтинсульфатів А, С, В і гіалуронової кислоти).

У молодих людей можуть змінюватися топографічні співвідношення температури шкіри, а дермографізм може взагалі не виявлятися або бути різко ослабленим через зміни в судинах і нервах шкіри, і внаслідок цього порушуються реакції на подразники (в тому числі температурні, УФО та ін.); у випадках, коли дермографізм виникає – тривалість його збільшується.

Таким чином, на зміни різноманітних функцій шкіри при передчасному та фізіологічному старінні впливають як морфологічні порушення, що відбуваються безпосередньо в ній, так і функціональні – з боку центральних регулювальних систем організму, і на першому місці серед таких є зміни в судинах шкіри.

Надзвичайно важливою обставиною, яка може стати одним з пояснень сучасної клінічної особливості розацеа, а саме дебюту захворювання в осіб (особливо жінок) молодого віку, є те, що зміни в шкірі при передчасному старінні аналогічні тим, що відбуваються і при фізіологічному. Це, зокрема, стосується і реакції судин шкіри на дію численних біологічно активних сполук (адреналін, гістамін, простагландини, нейропептиди) і брадикініну, якому надається особливе значення в патогенезі розацеа.

Це пов'язано з місцевим ушкодженням периферичних судин, але значною мірою – зі змінами збудження центральних регулювальних апаратів гемодинамічного центру, про що свідчать роботи багатьох авторів і щодо розацеа, але це свідчить і про порушення реактивності симпатoadреналової системи, зокрема ослаблення її адаптаційних і потенціальних механізмів завдяки нерівномірному характеру збуджуваності

вищезазначеного гемодинамічного центру, чутливість якого до впливу гормонів і медіаторів зростає. Послаблюються також субкоординаційні зв'язки (вищих відділів ЦНС з нижчими) та внутрішньоцентральні взаємовідносини, що якісно змінює їх функції, і це зумовлює неадекватну відповідь організму в разі стрес-реакцій (у тому числі впливу косметичного стресу, обумовленого наявністю висипки на шкірі обличчя при розацеа).

Сезонний характер загострень розацеа може також залежати від впливу відповідних факторів на активність холінестерази (у молодих осіб взимку вона зазвичай вища, а в осіб старшого віку влітку вона така сама, як і в молодих навесні). З віком стираються також статеві відмінності холінергічної системи шкіри. Щодо норадреналіну, з віком у всі сезони року його вміст значно вищий, ніж у молодих. Ці реакції нервової системи також певною мірою можна віднести до таких, що мають полісиндромний характер.

У старіючій шкірі обличчя настають специфічні гістохімічні зміни, які трактуються як ушкодження еластичних чи колагенових волокон або їх загального продукту-попередника, що й стало підставою для виділення окремого терміну «гіпереластоз». Цей «сенільний гіпереластоз» характеризується поступовим збільшенням кількості еластичних волокон, перетворенням їх на компактні маси, «деколагенізацією». На діяльність сальних залоз впливають андрогени та ретиноїди, пероксисоми, які активують проліферацію рецепторів меланокортинів, кортикотропінвизивляючого гормону та рецепторів фактору росту [19].

Важливе значення в розвитку гіперандрогенемії як одного з компонентів метаболічного синдрому має пролактинемія [10, 11], що впливає на взаємодію мікробіоти шкіри з Toll-подібними рецепторами та різними імунними факторами [20] і має враховуватися в алгоритмі лікування з урахуванням патогенетичних складових захворювання [5, 9, 12].

Отримані дані свідчать про важливість саме синдромного аналізу результатів дослідження перебігу розацеа в жінок репродуктивного віку, пов'язаного з порушенням менструального циклу, бо це дає змогу пояснити вже відомі чинники, які впливають на етіопатогенез захворювання.

Яєчники за допомогою стероїдних і нестероїдних біологічно активних сполук, які вони продукують, регулюють секрецію гонадотропних гормонів гіпофіза, а за рахунок ендогенних опіатів впливають на діяльність гіпоталамічних центрів. Ці центри (гонадoreгулювальний, гемодинамічний, емоційний та ін.) при порушенні функціональної діяльності та ієрархічних відносин зі структурами дифузної нейрон-ендокринно-імунної регулювальної системи організму спричиняють найбільш ранні прояви розацеа (приливи, лабільна еритема, емоційне реагування) і задіяні в наступних стадіях захворювання з проявами у вигляді телеангіектазій, папуло-пустульозної висипки та ін.

Порушення стероїдогенезу може бути детерміновано й генетично (близько 50% батьків хворих жінок страждали на андрогенні дерматопатії) і бути набутим, особливо при синдромі полікістозних яєчників та інших подібних синдромах (гіперплазія кори наднирників, захворювання щитоподібної залози, гіперпролактинемія, андрогенпродукувальні пухлини яєчників).

Фосфоліпіди, що синтезуються в яєчниках (простагландини), які беруть участь в овуляції, а поза цими органами через кровотік здійснюють важливі ефекти регуляції гемостазу, тону судин і запальних реакцій (в тому числі при розацеа). Практично не вивчений той факт, що ці сполуки синтезуються й астроцитами головного мозку, і вони виконують функції гормональних сигналів фазового звільнення релізинг-фактора лютеїнізуючого гормону гіпоталамуса.

Біологічні ефекти стероїдних статевих гормонів не обмежуються дією на репродуктивні органи, вони впливають і на інші органи, тканини, клітини-мішені (у тому числі структур шкіри). Важливим для патогенезу розацеа є також те, що окремі андрогени (дегідроепіандростерони) утворюються переважно в наднирниках, тобто, задіяною в патогенезі дерматозу є і гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова система, яка реагує на стресові впливи (у тому числі косметичного плану, як при розацеа). У зв'язку з тим, що ці дві системи через ліганд-рецепторні зв'язки тісно пов'язані з імунокомпетентними клітинами, це може стати чинником синдромності клінічних проявів розацеа (як при деяких ендокринних синдромах, наприклад, Кушинга).

Висновки

Таким чином, необхідність диференціювання проявів на шкірі у хворих на розацеа майже з 11 різноманітними формами цього дерматозу, з понад 20 іншими захворюваннями, при яких мають місце подібні симптоми, диктує необхідність і диференційованого підходу до лікування пацієнтів.

Проблема лікування цього захворювання ускладнюється ще більше у зв'язку із синдромним характером багатьох його основних і додаткових клінічних ознак, які можуть бути частково обумовлені такими самими механізмами, що спричиняють розвиток більш ніж 20 синдромів, де також подібні ознаки мають важливе значення для встановлення діагнозу:

- це група синдромів з подібними до розацеа патогенетичними чинниками (антифосфоліпідний, метаболічний, синдром хибного еластозу);

Список літератури

1. Бауманн Л. Косметическая дерматология. Принципы и практика. Пер. с англ.; ред. докт. мед. наук, проф. Н.Н. Потехаева. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2013. 688 с.
2. Болотная Л.А. Сухость кожи: средства лечебной косметики. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2012. № 4 (7). С. 98–101.
3. Волошина-Андрашко І.О., Калмикова А.В., Яремкевич Р.Р. Дослідження впливу препарату Prostralone Natural-B на основі патогенетичної ланки запального старіння шкіри. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2019. № 1 (72). С. 21–27.
4. Дюдюк А.Д., Полюн Н.Н., Горбунцов В.В. Эффективность применения секмидазола в комплексном лечении больных с акнеподобными поражениями кожи лица. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2014. № 2 (53). С. 96–101.
5. Инновация ведения больных с акне: предварительные результаты лечения / Е.М. Волкова, М.А. Есимбиева, К.А. Ландышева и др. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2012. № 4 (47). С. 92–97.
6. Калужна Л.Д., Петренко А.В. Тяжкі форми акне: можливості лікування. Український медичний часопис. 2014. № 6. С. 67–69.
7. Коляденко К.В., Ткачишина К.С. 28-й конгрес Європейської академії дерматології та венерології. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2019. № 4 (75). С. 107–108.
8. Кормилицина А.В., Калинин Н.М. Роль провоспалительных цитокинов в инициации и течении угревой болезни: современный взгляд. Инфекция и иммунитет. 2017. Т. 7. № (1). С. 21–26.
9. Кутасевич Я.Ф., Джораева С.К., Олішнік І.О. Нові можливості зовнішньої антибактеріальної терапії. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2019. № 2 (73). С. 63–69.
10. Наумова Л.О., Степаненко В.І. Комплексна диференційована терапія вугрової хвороби в жінок із встановленим синдромом гіперандрогенії різного генезу. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2015. № 3 (58). С. 44–49.
11. Наумова Л.О., Сулік Я.О. Диференційована терапія вугрової хвороби у жінок молодого і зрілого віку з урахуванням гормональних порушень. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2016. № 1 (60). С. 17–25.
12. Петренко А.В. Алгоритм лікування акне з урахуванням патогенетичних складових. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2017. № 2 (65). С. 44–48.
13. Прутіло О.А., Горбенко А.В. Эмолиенты синдрома сухой кожи в дерматологии и косметологической практике. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2012. № 2 (45). С. 82–91.

- синдроми з косметичними проявами на шкірі («сухої шкіри», «фотостаріння», «передчасного старіння», «сенільного гіпереластозу»);
- синдроми з розацеаподібними проявами (Рандю–Ослера, Россолімо–Мелькерссона–Розенталя, карциноїдний, Хабера, Блума);
- гінекологічні синдроми (склерокістозних яєчників та ін.);
- дисендокринологічні синдроми (гіперандрогенії яєчничкового генезу, гіперандрогенії надниркового генезу, пролактинемії, гіпоестрогенний синдром, синдром прогресуючого дефіциту андрогенів);
- синдроми з проявами вегето-судинної дистонії (клімаксоподібні, мігреноподібні).

З урахуванням цього є актуальною пропозиція вітчизняних вчених щодо впровадження новітніх інноваційних підходів до лікування таких хворих [9].

Перспективи досліджень

У жінок, хворих на розацеа, сучасними особливостями перебігу захворювання є його поява в більш ранньому віці та поєднаність з певними синдромами (переважно пов'язаними з порушеннями гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової регульовальних систем організму). Потребує вивчення роль пептидних сигнальних сполук у патогенезі розацеа, оскільки ендогенні опіоїди, простагландини, брадикінін беруть безпосередню участь у модуляції регульовальної діяльності цих систем з контролю як репродуктивної функції, так і відповіді на стресові впливи, і в разі дисфункціональних змін у хворих це проявляється клінічними ознаками розацеа (приливи, почервоніння шкіри обличчя, а згодом – симптомами запалення). Синдромність клінічних проявів розацеа може бути обумовлена і впливом цих біологічно активних сполук на обмін інформаційними сигналами між клітинами, які забезпечують інтегративну діяльність гіпоталамуса, гіпофіза, яєчників, наднирників з клітинами-ефекторами структур шкіри (епідермісу, дерми, нервів, судин, імуніцитів), що також потребує спеціальних досліджень з метою призначення адекватної терапії хворим.

References

1. Baumann L. Kosmeticheskaya dermatologiya. Principy i praktika (Cosmetic dermatology. Principles and practice). Per. s angl.; red. dokt. med. nauk, prof. N.N. Potekhaeva. 2-e izd. M.: MEDpress-inform, 2013. 688 p.
2. Bolotnaya LA. Suhost' kozhi: sredstva lechebnoy kosmetiki (Dry skin: medical cosmetics). Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology. 2012;4(7):98–101.
3. Voloshina-Andrashko IO, Kalmikova AV, Yaremkevich RR. Doslidzhennya vplyvu preparatu Prostralone Natural-B na osnovi patogenetichnoy lanki zapal'nogo starinnya shkiri (Study of the effect of the drug Prostralone Natural-B on the basis of the pathogenetic link of inflammatory aging of the skin). Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology. 2019;1(72):21–27.
4. Dyudyun AD, Polion NN, Gorbuncov VV. Effektivnost' primeneniya sekmidazola v kompleksnom lechenii bol'nyh s aknepodobnyimi porazheniyami kozhi lica (The effectiveness of semicidazole in the complex treatment of patients with acne-like lesions of the facial skin). Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology. 2014;2(53):96–101.
5. Volkova EM, Esimbieva MA, Landysheva KA, et al. Innovatsiya vedeniya bol'nyh s akne: predvaritel'nye rezul'taty lecheniya (Innovation in Acne Patient Management: Preliminary Treatment Results). Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology. 2012;4(47):92–97.
6. Kaluzhna LD, Petrenko AV. Tyazhki formy' akne: mozhl'y'vosti likuvannya (Severe acne: treatment options). Ukrayins'kyj medychnyj chasopys. 2014;6:67–69.
7. Kolyadenko KV, Tkachyshina KS. 28j kongres Yevropejs'koy akademiyi dermatologiyi ta venerologiyi (28th Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology). Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology. 2019;4(75):107–108.
8. Kormilitsyna AV, Kalinina NM. Rol' provospalitel'nyh citokinov v iniciatsii i techenii ugrevoj bolezni: sovremennyj vzglyad (The role of pro-inflammatory cytokines in the initiation and course of acne: a modern view). Infektsiya i immunitet. 2017;7(1):21–26. (in Russian)
9. Kutasevich YaF, Dzorayeva SK, Olyshnik IO. Novi mozhl'y'vosti zovnishn'oyi anty'bakterial'noy terapiyi (New possibilities of external antibacterial therapy). Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology. 2019;2(73):63–69. (in Ukrainian)
10. Naumova LO, Stepanenko VI. Kompleksna dy'ferencijovana terapiya vugrovoyi vhoroboy' vzhinko iz vstanovlenim syndromom giperandrogeniyi riznogo g'nezu (Complex differentiated therapy of acne in women with established hyperandrogenism syndrome of different genesis). Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology. 2015;3(58):44–49. (in Ukrainian)
11. Naumova LO, Sulik YA O. Dy'ferencijovana terapiya vugrovoyi vhoroboy' u zhinko molodogo i zrilogo viku z urakhuvannya hormonal'ny'x porushen' (Differentiated therapy of acne in young and mature women, taking into account hormonal disorders). Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology. 2016;1(60):17–25. (in Ukrainian)

14. Рышко П.П., Рощенко Л.В., Штыров И.Н. К вопросу эволюции кожи. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2017. № 3 (66). С. 117.
15. Свирид-Дзядикевич О.С., Сулік Я.О., Степаненко В.І. Енергетична спроможність клітин периферичної крові та її корекція автоплазмою, збагаченою тромбоцитами, у хворих на вугрову хворобу. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2018. № 1 (68). С. 61–66.
16. Сибора, угрєвая болєзн (акне) и акнеформные заболевания / В.И. Степаненко, Н.М. Шульєнко, О.О. Сызон, Б.Г. Коган, А.В. Клименко, Л.Я. Федорич. Дерматология, венерология. Ред. проф. В.И. Степаненко. К.: КИМ, 2012. С. 370–382.
17. Федотов В.П. Розацеа и амикробные пустулезы. Клинические лекции по дерматовенерологии, косметологии и эстетической медицине. Кол. моногр. / под ред. В.П. Федотова, А.И. Макаруча. Запорожье: Просвіта, 2017. Т. 5. С. 138–160.
18. Kimura A., Kanazawa N., Li H.J. Influence of chemical peeling on the skin stress response system. Exp. Dermatol. 2012. V. 21, Suppl. 1. P. 8–10.
19. Salminen A., Kaarniranta K., Kauppinen A. Inflammation: disturbed interplay between autophagy and inflammasomes. Aging. 2012. V. 4 (3). P. 166–175.
20. Zhuang Y., Lyga J. Inflammation in skin and other tissues the roles of complement system and macrophage. Inflamm. Allergy Drug Targets. 2014. V. 13 (3). P. 153–161.

12. Petrenko AV. Algorit'm likuvannya akne z uraxuvannyam patogenety'ch-ny'x skladovy'x (Algorithm for acne treatment taking into account pathogenetic components). Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology. 2017;2(65):44–48. (in Ukrainian)
13. Pritulo OA, Gorbenko AV. Emollients syndrome in dermatology and cosmetology practice. Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology. 2012;2(45):82–91. (in Russian)
14. Ryzhko PP, Roshchenyuk LV, Shtyrov IN. K voprosu evolyucii kozhi (On the issue of skin evolution). Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology. 2017;3(66):117.
15. Svy'ry'd-Zyady'kevy'ch OS, Sulik YaO, Stepanenko VI. Energety'chna spromozhnist' klity'n pery'fery'chnoyi krovi ta yiyi korekciya avtoplazmoyu, zbagachenoyu trombochy'tamy', u xvory'x na vugrovu xvorobu (Energy capacity of peripheral blood cells and its correction by platelet-enriched autoplasm in patients with acne). Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology. 2018;1(68):61–66.
16. Stepanenko VI, Shupen'ko NM, Syzon OO, Kogan BG, Klimenko AV, Fedorich LYa. Seboreya, ugrєvaya bolєzn' (akne) i akneformnye zabolєvaniya (Seborrhea, acne and acneiform diseases). Dermatologiya, venerologiya. Rед. prof. V.I. Stepanenko. K.: KIM, 2012:370–382.
17. Fedotov VP. Rozacea i amikrobnnye pustulezy. Klinicheskie lekci'i po dermatovenerologii, kosmetologii i esteticheskoj medicine (Rosacea and amicrobial pustulosis. Clinical lectures on dermatovenerology, cosmetology and aesthetic medicine). Kol. monogr. / pod red. VP Fedotova, AI Makarchuka. Zaporozh'e: Prosvita, 2017;5:138–160.
18. Kimura A, Kanazawa N, Li HJ. Influence of chemical peeling on the skin stress response system. Exp. Dermatol. 2012;21:1:8–10.
19. Salminen A, Kaarniranta K, Kauppinen A. Inflammation: disturbed interplay between autophagy and inflammasomes. Aging. 2012;4(3):166–175.
20. Zhuang Y, Lyga J. Inflammation in skin and other tissues the roles of complement system and macrophage. Inflamm. Allergy Drug Targets. 2014;13(3):153–161.

СИНДРОМОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РОЗАЦЕА

Сарайрех Анас Аталла Салем

Медицинский институт Сумского государственного университета

Резюме

Цель исследования: выяснение клинических синдромологических проявлений со стороны кожи и других систем организма у женщин репродуктивного возраста, больных розацеа.

Материалы и методы исследования: клинко-лабораторное обследование 52 женщин репродуктивного возраста (от 18 до 35 лет), больных розацеа. Все пациентки консультировались у гинеколога, эндокринолога, невропатолога.

Результаты и их обсуждение. Выявлена четкая связь обострения течения дерматоза с нарушениями гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы у 59,6% обследованных женщин, больных розацеа, в частности с нарушениями менструального цикла у 15 из них (40,4%). Эти изменения имели преимущественно синдромный характер, и на коже проявлялись преимущественно в виде гирсутизма, гиперпигментации, атрофических стрий, фолликулярного гиперкератоза, алопеции по мужскому типу. Отдельные типичные для розацеа проявления на коже необходимо дифференцировать более чем с 20 другими синдромами, при которых имеют место высыпания или косметические изменения на коже, дисэндокринии или вегето-сосудистые расстройства. Как для розацеа, так и для синдромов с розацеаподобными изменениями, важную роль в патогенезе играют пептидные сигнальные молекулы различных классов (нейропептиды, простагландины, кинины и др.), и выявление у пациенток изменений содержания в организме этих биологически активных соединений требует внесения корректив в комплексную терапию больных.

Выводы. У женщин, больных розацеа, современными особенностями течения заболевания является его появление в более раннем возрасте и сочетанность дерматоза с определенными синдромами (преимущественно с нарушениями гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы), что требует дальнейшего изучения роли пептидных сигнальных соединений в патогенезе дерматоза как модуляторов ее регулирующей деятельности и факторов, которые могут обуславливать клинические признаки заболевания и розацеаподобные проявления при различных синдромах.

Ключевые слова: розацеа, женщины репродуктивного возраста, синдромы.

SYNDROMOLOGICAL ASPECTS OF ROSACEA

Sarayreh Anas Atalla Salem

Medical Institute of Sumy State University

Abstract

The objective: to clarify the clinical syndromological manifestations of the skin and other body systems in women of reproductive age, patients with rosacea.

Materials and methods: clinical and laboratory examination of 52 women of reproductive age (from 18 to 35 years old), patients with rosacea. All patients consulted with a gynecologist, endocrinologist, neuropathologist.

Results and its discussion. A clear connection was found between the exacerbation of the course of dermatosis and disorders of the hypothalamic-pituitary-gonadal system in 59.6% of the examined women with rosacea, in particular, with menstrual irregularities in 15 of them (40.4%). These changes were mainly of a syndromic nature, and on the skin manifested mainly in the form of hirsutism, hyperpigmentation, atrophic striae, follicular hyperkeratosis, male alopecia. Separate skin manifestations typical of rosacea have a need to differentiate also with more than 20 other syndromes, in which there is a rash or cosmetic changes on the skin, dysendocrinia or vegetative-vascular disorders. Both for rosacea and for syndromes with rosacea-like changes, peptide signaling molecules of various classes (neuropeptides, prostaglandins, kinins, etc.) play an important role in pathogenesis, and the identification of changes in the content of these biologically active compounds in patients requires an adjustment to the complex therapy of patients.

Conclusions. In women with rosacea, the current features of the course of the disease are its appearance at an earlier age and the combination of dermatosis with certain syndromes (mainly associated with disorders of the hypothalamic-pituitary-gonadal system), which requires further study of the role of peptide signaling compounds in the pathogenesis of dermatosis as modulators of its regulatory activities and factors that may determine the clinical signs of the disease and rosacea-like manifestations in various syndromes.

Key words: rosacea, women of reproductive age, syndromes.

Відомості про автора:

Сарайрех Анас Аталла Салем – аспірант кафедри нейрохірургії та неврології з курсом психіатрії, наркології, дерматовенерології, професійний хвороб, клінічної імунології, алергології Медичного інституту Сумського державного університету. E-mail: anas_sarayreh@yahoo.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4485-3828>