



КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОЗАЦЕА У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОИДИТОМ



ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО

Краснощёких А.А.

Научный руководитель Проценко Т.В.

г. Донецк, май 2024г.

В одном из исследований на основании установленной связи между розацеа и высоким уровнем аутоантител к щитовидной железе, пролактина и СРБ, говорилось о важности иммуно-эндокринных взаимодействий [1]. По результатам свежего исследования, было рекомендовано проводить серологический анализ функции щитовидной железы, включая аутоантитела, а также проводить УЗИ щитовидной железы пациентам с диагнозом розацеа [4].

Table I. RR, attributed risk, and NNH for comorbidities associated with rosacea per 10,000 person-years

Study	End point	Exposure	RR	95% CI	AR per 10,000 patient-years	NNH
1 ¹	Thyroid cancer	Rosacea	1.60	1.07-2.36	1.41	7080
1 ¹	BCC	Rosacea	1.50	1.35-1.67	16.46	607
2 ²	Glioma	Mild rosacea	1.43	1.18-1.73	1.44	6963
2 ²	Glioma	Severe rosacea	1.44	1.14-1.82	1.47	6805
2 ²	Glioma	Ocular rosacea	1.55	1.14-2.11	1.84	5444
3 ³	Hepatic cancer	Rosacea	1.42	1.06-1.90	0.46	21,645
3 ³	Breast cancer	Rosacea	1.25	1.15-1.36	6.23	1606
3 ³	Nonmelanoma skin cancer	Rosacea	1.36	1.26-1.47	4.32	2315

AR, Attributable risk; BCC, basal cell carcinoma; CI, confidence interval; NNH, number needed to harm; RR, relative risk.

Риск развития рака щитовидной железы занимает первое место среди злокачественных образований ассоциированных с розацеа. На втором месте - базальноклеточная карцинома, далее - глиома, рак печени, рак груди, и немеланомный рак кожи [2].

По данным статьи анализа тенденций поисковых запросов Google были установлены значительные корреляции между гипотиреозом и индексом объема поиска (ИОП) розацеа ($R = 0,752$; $p < 0,001$) в Великобритании, а также депрессией и ИОП розацеа в США ($R = 0,481$; $p < 0,001$), деменцией и ИОП розацеа в Великобритании ($R = 0,774$; $p = 0,011$) [3].

1. Berksoy Hayta S, Guner R, Cam S, Akyol M. ROSACEA IS ASSOCIATED WITH THYROID AUTOIMMUNITY: A CASE CONTROL STUDY. *Acta Endocrinol (Buchar)*. 2018;14(2):248-251. doi:10.4183/aeb.2018.248
2. Tjahjono LA, Cline A, Huang WW, Fleischer AB Jr, Feldman SR. Rosacea: Relative risk versus absolute risk of malignant comorbidities. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Aug;81(2):623-624. doi: 10.1016/j.jaad.2019.01.013. Epub 2019 Jan 14. PMID: 30654083.
3. Marchitto MC, Chien AL. Rosacea and Associated Comorbidities: A Google Search Trends Analysis. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2020 Jul;13(7):36-40. Epub 2020 Jul 1. PMID: 32983335; PMCID: PMC7492017.
4. Gönülal M, Teker K, Öztürk A, Yaşar FY. Investigation of thyroid blood tests and thyroid ultrasound findings of patients with rosacea. *Dermatol Ther*. 2021 Jan;34(1):e14632. doi: 10.1111/dth.14632. Epub 2020 Dec 13. PMID: 33280224.

Цель работы

Изучить клинико-эпидемиологические особенности течения розацеа у лиц с тиреоидитом.

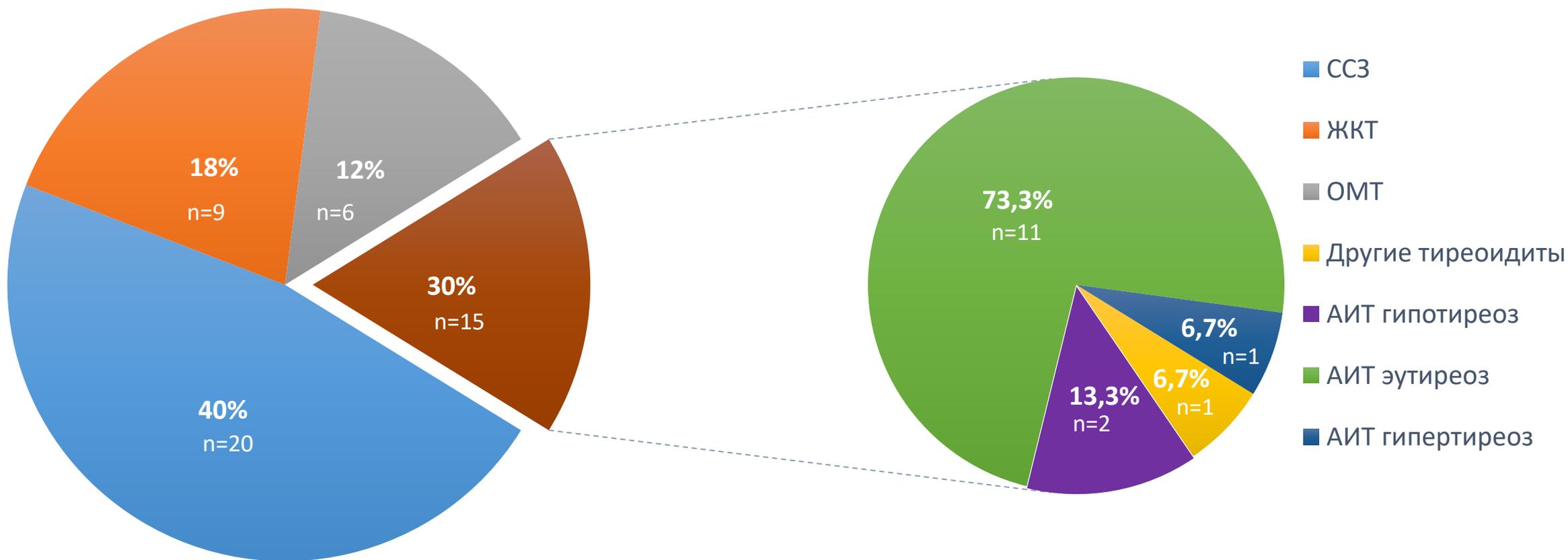
Материалы и методы

Согласно методике исследования больные были разделены на две группы.

В I группу 15 пациентов с различными подтипами розацеа и тиреоидитом в возрасте от 25 до 75 лет, во II группу 15 пациентов с розацеа без тиреоидита. Распределение пациентов основывалось на выраженности клинических проявлений дерматоза, форме розацеа, длительности заболевания, наличии сопутствующей патологии, гендерных характеристиках больных. Средний возраст пациентов – 45.3 ± 3.7 лет; длительность заболевания – от 1 месяца до 10 лет.

Анализ доли различной сопутствующей патологии у пациентов с розацеа

Удельный вес пациентов с розацеа и тиреоидитом и процентное соотношение различных видов тиреоидита



Распределение больных по полу, возрасту, диагнозу и наличию тиреоидита

I группа (с тиреоидитом)			Всего (n; %)
Пол	Мужчины (n; %)	Женщины (n; %)	15 (100%)
	n=5; 33.3%	n=10; 66.7%	
Возраст±SD	47±10.4	51±17.6	
II группа (без тиреоидита)			Всего (n; %)
Пол	Мужчины (n; %)	Женщины (n; %)	15 (100%)
	n=6; 40.0%	n=9; 60.0%	
Возраст±SD	41±6.3	33±2.9	

Данные представлены, как среднее значение±SD-стандартное отклонение

- Эритематозно-телеангиэктатический подтип (ЭТП) розацеа выявлен у 7 пациентов (46,7%), папуло-пустулезный подтип (ППП) – соответственно у 6 больных (40%), фиматозный подтип (ФП) – у 2 мужчин (13,3%).

Подтип розацеа	ЭТП		ППП		ФП	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж
25-30 лет	1	-	-	-	-	-
31-40 лет	-	2	1	1	1	-
41-50 лет	-	3	-	2	-	-
>50 лет	-	1	1	1	1	-
Всего	1	6	2	4	2	-

Распределение больных розацеа I и II групп по степени тяжести заболевания

Форма заболевания	Эритематознотелеангиэктатический подтип	Папуло-пустулезный подтип	Фиматозный подтип	Итого
Группа				
I группа	7 (16.5) [8.02]	6 (15.0) [3.27]	2 (15.5) [2.73]	15
II группа	5 (16.5) [8.02]	8 (15.0) [3.27]	2 (15.5) [2.73]	15
Итого	12	14	4	30

Как видно из таблицы, у больных с тиреоидитом чаще наблюдался эритематознотелеангиэктатический подтип розацеа. Для объективности исследования больные розацеа I и II групп были распределены по выраженности клинических проявлений розацеа (папулы, пустулы, открытые комедоны, телеангиэктазии, перифокальная эритема). Частота встречаемости клинических проявлений розацеа представлена в следующей таблице. У больных I группы преобладали более тяжелые клинические случаи с более выраженными телеангиэктазиями и перифокальной эритемой кожи лица ($p < 0.05$). У больных II группы отмечались папулы, пустулы, небольшое количество телеангиэктазий и пигментации.

Частота встречаемости клинических проявлений розацеа у больных I и II групп

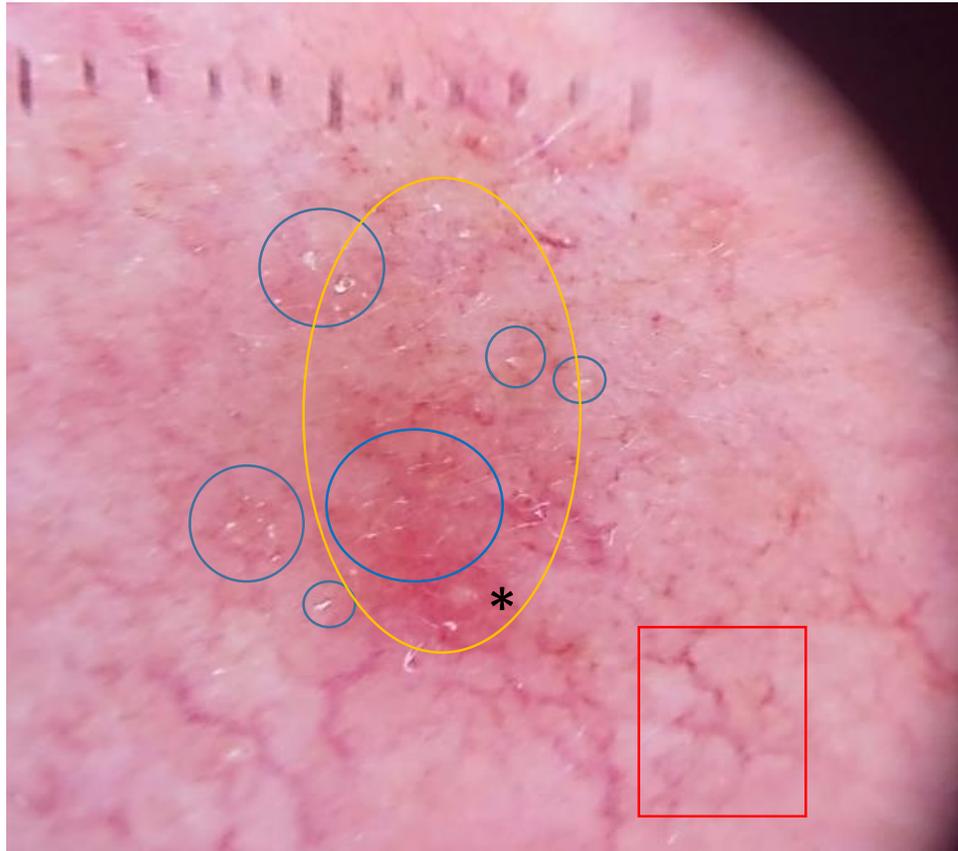
Группа	I группа (%)	II группа (%)	S1 Values	S1 Ranks	S2 Values	S2 Ranks
Морфологические элементы						
Папулы	47	50	24	4	65	13
Пустулы	24	56	47	7	82	16
Открытые комедоны	41	87	22	3	56	12
Телеангиэктазии	87	48	48	8.5	19	1.5
Перифокальная эритема	65	19	72	15	41	6

Mann-Whitney U Test, two-tailed, $p < 0.05$

При сравнении клинических проявлений заболевания получена статистическая разница между I и II группами наблюдения. Такие патологические образования, как телеангиэктазии, эритема кожи лица, более выражены у больных I группы, что еще раз подтверждает, что наличие тиреоидита предрасполагает к большей выраженности сосудистого компонента, способствуя развитию более тяжелых клинических форм заболевания.

Дерматоскопическая картина

Дерматоскопическую оценку выполняли с помощью портативного дерматоскопа (DermLite DL4; 3Gen, Inc., США) при увеличении $\times 10$ (кросс-поляризованный свет). Изображения были записаны непосредственно смартфоном, магнитно прикрепленным к дерматоскопу. Дерматоскопическое обследование проводилось как на наиболее сильно пораженных участках, так и на прилегающей здоровой коже.



- Хвост демодекса - студенистая беловато-кремовая нить длиной 1–3 мм [○].
- Фолликулярное отверстие содержащее Demodex: круглые, аморфные сероватые / светло-коричневые пробки, окруженные эритематозным ореолом [*].
- Дерматоскопические особенности розацеа: сосудистые структуры [□], фолликулярные пробки, белые или желтоватые чешуйки, оранжево-желтоватые участки [○], расширенные фолликулы и фолликулярные пустулы.

В местах поражения отмечались:

- - незначительно или умеренно расширенные устья волосяных фолликулов – у всех больных, в том числе:

1) у 7 больных с ЭТП розацеа;

2) у 6 больных с ППП розацеа;

3) у 2х больных с ФП розацеа;

- - фолликулярные пробки – у 9 больных, в том числе:

1) у 3х больных с ЭТП розацеа;

2) у 6 больных с ППП розацеа.

Дерматоскопическая картина

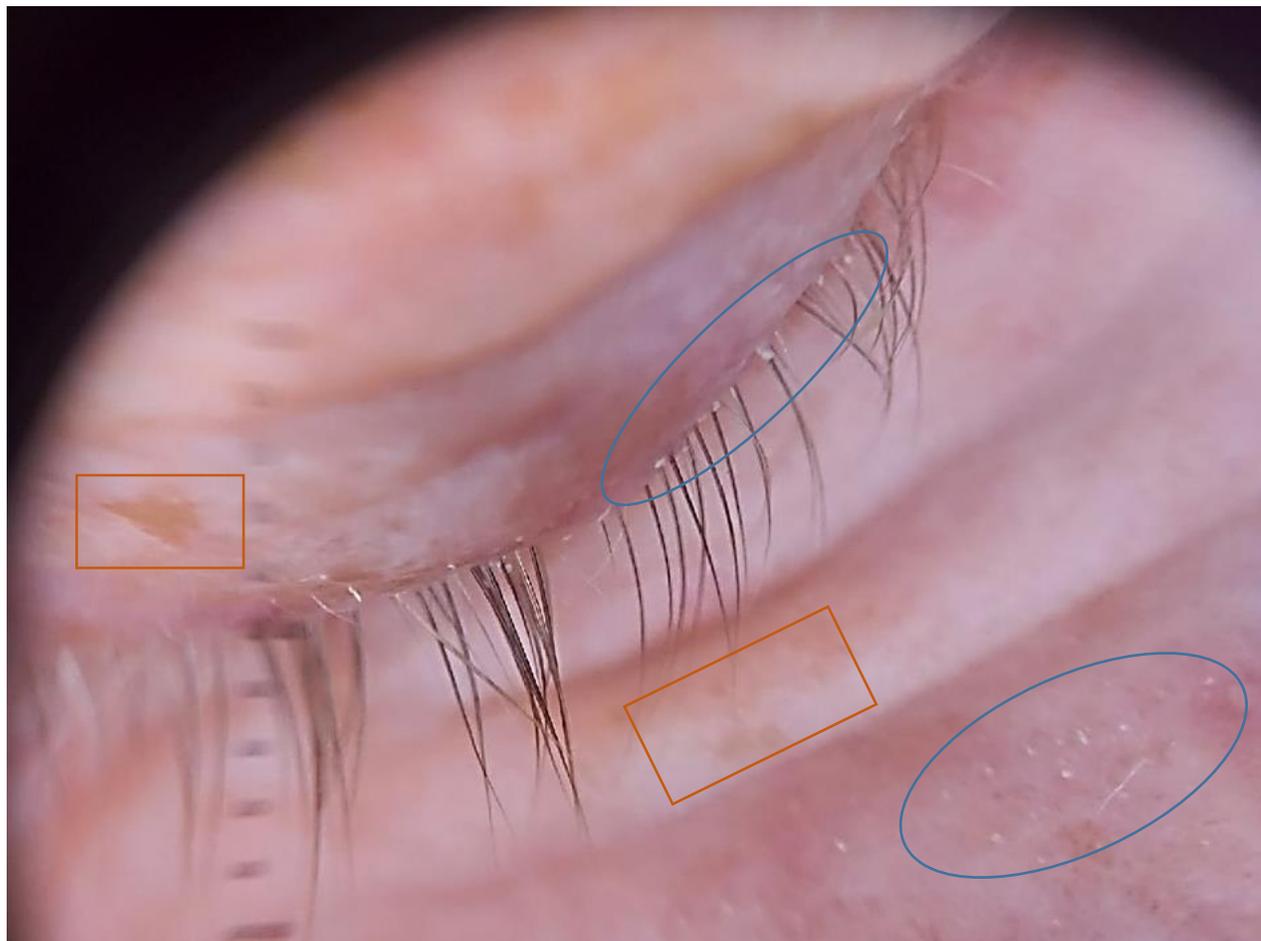


- фолликулярная пустула 
- фолликулярные отверстия
содержащие демодекс 



- хвосты демодекса 
- участки дисхромии 

Поражение глаз при розацеа



Глазные проявления розацеа в виде блефарита, телеангиэктатическое поражение края век.

Жжение, зуд, сухость глаз, ощущение «инородного тела», слезотечение являются типичными проявлениями офтальморозацеа

- хвосты демодекса 
- участки дисхромии 

- Отмечались различия диаметров сосудов ($p < 0,001$):

- при ЭТП розацеа преобладали сосуды:

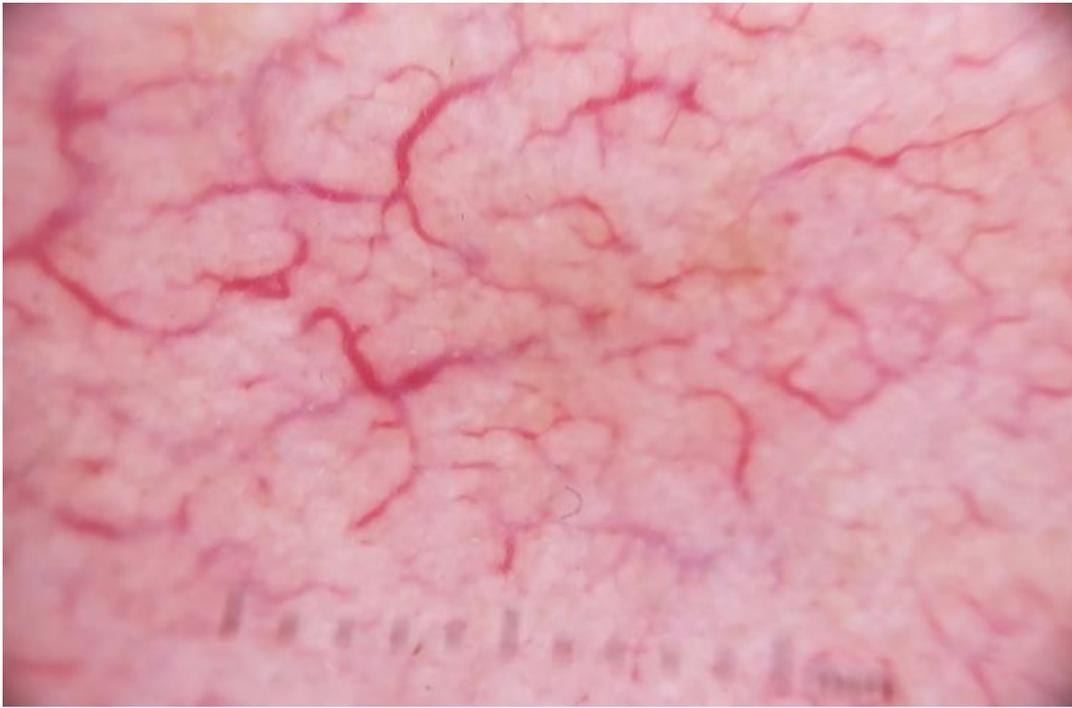
- 1) малого диаметра (0,1-0,3 мм) – 48 %;

- 2) среднего диаметра (0,4-0,5 мм) – 46 %;

- при ППП розацеа преобладали сосуды:

- 1) среднего диаметра – 52 %;

- 2) большого диаметра – 36 %.



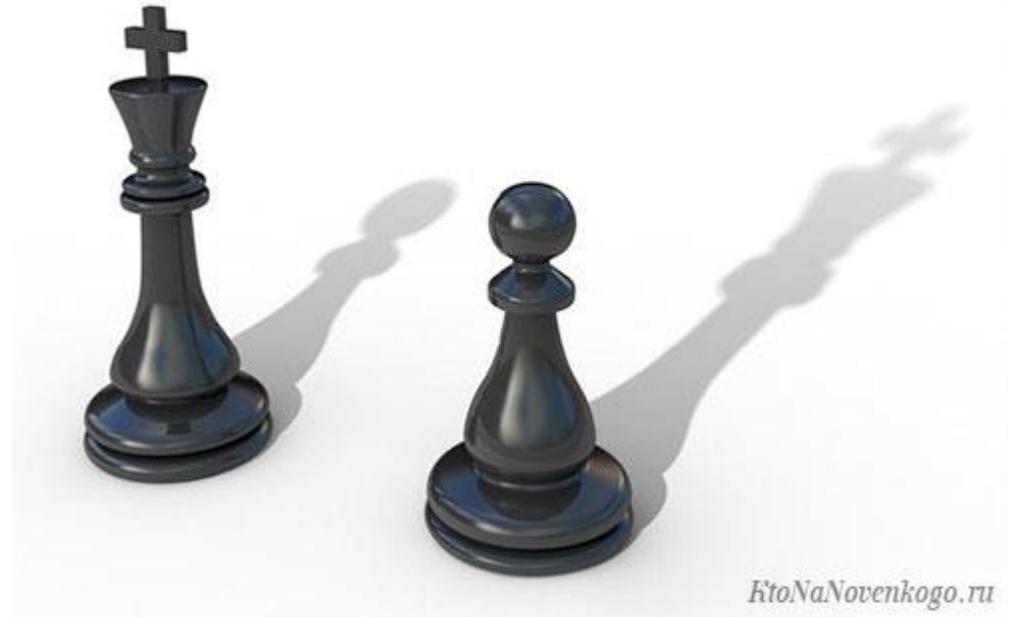
- у всех больных с ЭТП розацеа выявлено увеличение количества поверхностных сосудов в центральной части лица, их расширение и выраженная ветвистость с формированием полигональной сосудистой сетки в области поражения.



- у больных с ППП розацеа также отмечалась выраженная дилатация сосудов с формированием сосудистой сетки, однако наблюдалась тенденция к формированию единичных более широких ветвистых сосудов с наличием широкой центральной части и нескольких сосудистых веточек, отходящих от нее.

Дерматологические индексы в оценке степени тяжести розацеа

С целью унификации оценки степени выраженности клинических проявлений розацеа и мониторинга эффективности терапии были использованы различные шкалы и дерматологические индексы, определяющие как объективные симптомы дерматоза, так и субъективное их восприятие.



Интерпретация дерматологических шкал

- **СКИНДЕКС-29**, состоящий из 29 вопросов, имеет три раздела: симптомы, эмоции и функции. Чем больше набранных баллов по каждому из разделов, тем ниже психологическое качество жизни пациента.
- **ДИКЖ (DLQI)**, включающий 10 вопросов, детализирован по шести параметрам качества жизни: симптомы и ощущения (вопросы 1–2), ежедневная деятельность (вопросы 3–4), отдых (вопросы 5–6), работа и/или учеба (вопрос 7), межличностные отношения (вопросы 8–9), лечение (вопрос 10) [1]. Для оценки степени влияния кожного заболевания на качество жизни применялась шкала Likert — четырех балльная система с градацией от 0 до 3 баллов, где: 0 — нет, 1 — незначительным образом, 2 — достаточно сильно, 3 — очень сильно). Максимально возможная сумма баллов — 30, при этом качество жизни пациента обратно пропорционально сумме баллов.
- **Общая исследовательская оценка (IGA)** — оценивается по количеству воспалительных элементов и выраженности эритемы
- **Шкала диагностической оценки розацеа (ШДОР)** (Адаскевич В.П., 2004) - Эта шкала включает качественную оценку выраженности эритемы: 0 — ощутимой эритемы нет; 1 — слабая (легкая); 2 — умеренно выраженная; 3 — тяжелая (сильная); определение количества папул и пустул: 0 — менее 10; 1 — от 11 до 20; 2 — от 21 до 30; 3 — более 30; наличие телеангиэктазий: 0 — отсутствуют; 1 — занимают менее 10 % лица; 2 — от 21 до 30 %; 3 — более 30 %. Также оценивали второстепенные признаки : сухость кожи и наличие шелушения: 0 — сухость отсутствует; 1 — слабая; 2 — умеренная, с незначительным шелушением; 3 — сильная, с выраженным шелушением; субъективных ощущений (чувство жжения и покалывания кожи); наличие отека лица: 0 — отсутствует; 1 — слабый; 2 — умеренный; 3 — сильный; выраженность симптомов офтальморозацеа: 0 — отсутствует; 1 — нерезко выраженная гиперемия; 2 — конъюнктивит; 3 — кератит, язва роговицы, другие выраженные изменения.

От **CLEAR** («чистая кожа») до **BURDEN** («бремя розацеа») – пациенто-ориентированный подход в терапии розацеа

Investigator's Global Assessment (IGA), Общая исследовательская оценка

Оценка	Значение	Клиническое описание
Чистая кожа	0	Нет воспалительных элементов, нет эритемы
Почти чистая кожа	1	Несколько мелких папул/пустул, очень легкая эритема
Легкая степень	2	Небольшое количество мелких папул/пустул, легкая эритема
Средняя степень	3	Умеренное количество мелких или крупных папул/пустул, умеренная эритема
Тяжелая степень	4	Множественные мелкие и/или крупные папулы/пустулы, выраженная эритема

Результаты оценивания степени тяжести больных розацеа с тиреоидитом по дерматологическим индексам.

Дерматологические индексы/группы	Розацеа с тиреоидитом
ДИКЖ (DLQI)	20,27±1,93
СКИНДЕКС-29	35,1±0,15
IGA	3,07±0,16
ШДОР	15,05±0,9



Выводы

При сравнении клинических проявлений заболевания получена статистическая разница между I и II группами наблюдения. Такие патологические образования, как телеангиэктазии, эритема кожи лица, более выражены у больных I группы, что еще раз подтверждает, что наличие тиреоидита предрасполагает к большей выраженности сосудистого компонента, способствуя развитию более тяжелых клинических форм заболевания.

Благодарю за внимание!