

Дерматологічно-офтальмологічна колаборація у лікуванні шкірних проявів офтальморозацеа

Н. В. Малачкова, канд. мед. наук; Т. М. Жмудь, канд. мед. наук; Н. В. Кривецька, асистент;
І. Ю. Пшенична, старший лаборант

Вінницький національний
медичний університет ім.
М.І. Пирогова;
Вінниця (Україна)

Ключові слова:

розацеа, офтальморозацеа,
блефарокон'юнктивіт, дерматит,
хвороба сухого ока, рогівка,
кон'юнктива

Наш клінічний випадок представлений з метою підвищення ефективності виявлення, диференційної діагностики та уникнення хибного підходу у лікуванні дерматологічних проявів офтальморозацеа, що мають клінічну схожість із іншими нозологіями, а також для пошуку можливостей створення дерматологічно-офтальмологічного тандему у веденні пацієнтів із офтальмологічними проявами розацеа. Пацієнтці віком 33 роки поставлено діагноз дерматологом: вугрова хвороба, жирна себорея. Супутній діагноз: наднирникова гіперандрогенія; залізодефіцитна анемія; дефіцит селену, йоду. Виконано пілінг шкіри обличчя. Призначено лікування, після чого пацієнтка звернулася на консультацію до офтальмолога із відчуттям «піску» в очах, розмитості зображення, чого не було раніше. Спостерігається мацерація шкіри повік в куточках, набряк, наявність кірочок по маргінальному краю повік, телеангіектазій. Встановлено діагноз: офтальморозацеа; хвороба сухого ока; сухий кератокон'юнктивіт. Призначено лікування із досягненням у результаті позитивної динаміки. Тому, у лікуванні офтальморозацеа необхідно використовувати комбінований підхід лікарів-дерматологів та офтальмологів, залежно від клінічної картини та проявів у кожному індивідуальному випадку.

Актуальність. Розацеа — хронічне запальне захворювання шкіри складного патогенезу. Вражає переважно центральну частину обличчя. [1]. За оцінками, ураження очей (офтальморозацеа) виникає у трьох чвертей пацієнтів із розацеа та часто включає відчуття стороннього тіла, сухість, печіння, свербіж, почервоніння, світлобоязнь, сльозотечу та затуманення зору. [2]. Жінки хворіють частіше, ніж чоловіки, і доведено, що хвороба розацеа особливо поширена серед людей із світлою шкірою кельтського походження. Повідомляється, що поширеність розацеа серед населення коливається від менше ніж 1% до 22%. [3].

Диференціальну діагностику розацеа проводять з акне, періоральним, себорейним дерматитами, карциноїдним синдромом, мастоцитозом, дискоїдним червоним вовчаком, системним червоним вовчаком, вовчаком Бенъе-Теннессона, мікозом, інфекційним фолікулітом. [4].

Періоральний (розацеаподібний) дерматит — захворювання шкіри, для якого характерні висипання в області носогубного трикутника. На відміну від розацеа, при цій патології відсутні телеангіектазії і глибоке ураження шкіри. Акне, при якому присутні комедони, а саме захворювання зустрічається в дещо іншій віковій групі — у людей до 30 років. [5].

Саркоїдоз (у тому числі вовчак Бенъе-Теннессона) — системне захворювання. Але його прояви на обличчі зустрічаються досить рідко. [6]. Себорейний дерматит — дуже схоже з розацеа по клінічній картині захворю-

вання. Проте при ньому елементи висипу покриті лусочками, чого немає при розацеа. [7].

Системний червоний вовчак — дифузне ураження сполучної тканини. Відрізняється від розацеа локалізацією (вона не зачіпає область носогубного трикутника). До того ж при ній відсутні такі елементи висипу як папули і пустули. [8].

Крім того, проводять диференціальну діагностику розацеа з червоною зернистістю носа (хронічним порушенням роботи потових залоз), туберкульозним вовчаком (різновидом туберкульозу шкіри), синдромом Хабера (спадковим захворюванням з розацеа подібним висипом). [9].

Оцінюється інтенсивність проявів розацеа за 7 ознаками: еритема, телеангіектазії, папули і / або пустули, набряк обличчя, сухість шкіри, лущення, наявність і прояви офтальморозацеа, виразність суб'єктивних відчуттів. [10].

Багато дерматологічних захворювань можуть мати схожу клінічну картину у вигляді почервоніння, висипу, телеангіектазій на шкірі і т.д. Але, все ж таки є специфічні ознаки, на які потрібно звертати увагу, щоб уникнути небажаних результатів від призначеного лікування.

В останні роки все більше пацієнтів з дерматологічними захворюваннями звертаються за консультацією в

різні центри естетичної медицини до фахівців медичної косметології, де можуть бути упущені офтальмологічні симптоми прояву розацеа.

Беручи до уваги даний контекст, ми хочемо представити до Вашої уваги клінічний випадок, щоб на його прикладі обговорити можливість створення дерматологічно-офтальмологічного тандему у веденні пацієнтів із офтальмологічними проявами розацеа.

Мета – створення дерматологічно-офтальмологічної колаборації у лікуванні шкірних проявів офтальморозацеа.

Опис випадку

На кафедрі очних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова звернулася працівниця бібліотеки віком 33 роки. Скарги на: відчуття сухості губ, слизової носа, очей, затуманення зору, гіперемію повік, важкість відкривання очей вранці. Анамнез хвороби: протягом багатьох років у пацієнтки наявний активний шкірний процес. Дерматологічні прояви: в області щік, носа, центральної частини лоба та підборіддя спостерігаються набряклі папули, пустули, на тлі еритематозної шкіри – купероз, численні закриті болючі комедони, телеангіектазії. Офтальмологічні прояви: мацерація шкіри повік в куточках, набряк, наявність кірочок по маргінальному краю повік, телеангіектазій. У зв'язку з даним станом першочергово звернулася на прийом до дерматолога 17.06.2022р. Пацієнтці поставлено діагноз дерматологом: Вугрова хвороба. Жирна себорея. Виконано пілінг шкіри обличчя. Направлено на дообстеження.

Результати обстеження (18.06.2022 р.) представлені в таблиці 1.

З даних, приведених в таблиці 1, видно, що у хворої у 7 разів підвищений прогестерон і в 3 рази дигідротестостерон, ШОЕ у порівнянні з референтними значеннями, що свідчить про тривалий хронічний запальний процес. Відмічено зниження феритину і йоду у 3 рази, селену – у 2 рази у порівнянні з референтними значеннями. Дефіцит селену, йоду вказує на зміни в нервовій системі на фоні тривалого стресу, адже проблемами із шкірою стали причиною того, що пацієнтка обірвала стосунки із своїм партнером. Тож дана ситуація цілком ймовірно стала тригером до отримання саме таких показників в результатах аналізів. Також спостерігається зниження рівня феритину, гемоглобіну, КП, що свідчить про наявність анемії у даної пацієнтки, як супутньої патології.

Проведено ультразвукове дослідження щитовидної залози та органів малого тазу. Ультразвукове дослідження (УЗД) щитовидної залози – норма. УЗД органів малого тазу: 2019 рік – параоваріальна кіста, 2020 рік – мультифолікулярна структура яєчників, 2021 рік – структурних змін не виявлено.

Встановлено супутній діагноз: надниркова гіперандрогенія; залізодефіцитна анемія; дефіцит селену, йоду.

Рекомендації дерматолога: Флутафармфеміна 125 мг 1 раз на добу вранці після їжі протягом 3 місяців; Акнетін 8 мг 1 раз на добу в обід протягом 2 тижнів, потім 2 рази на добу протягом 2 тижнів, далі 3 рази на добу протягом 3 місяців; Сорбіфердурулес 1 таб. 1 раз на добу через 1,5 год після їжі протягом 2 тижнів, потім 1 таб. 2 рази на добу протягом 3 місяців; Йосен 1 таб. 1 раз на добу в обід протягом 6 місяців; Bioderma

Таблиця 1. Результати аналізу крові хворої з офтальморозацеа

Аналіз	Одиниці вимірювання	Результат дослідження		Референтні значення
		від 18.06.2022 р.	від 16.10.2022 р.	
Дегідроепіандростерон-сульфат (ДГЕА-С)	мкг/дл	88,8	97,4	45-270
Пролактин фолік. фаза	нг/мл	22,24	24,34	4-30
Естрадіол	пг/мл	47,004	59,033	20-138
Тестостерон вільний	нг/мл	2,19	3,1	0-4
Прогестерон	нг/мл	14,78	0,237	0,2-1,5
Феритин	нг/мл	6,27	34,9	20-120
Тиреотропний гормон (ТТГ)	мкМО/мл	3,30	3,74	0,4-4,0
Тироксин вільний (Т4)	пм/мл	9,93	17,2	6,43-18,02
Антитіла до тиреопероксидази (АТПО)	МО/мл	4,73	5,28	до 35
Йод	мкг/л	92		100-300
Селен	мкг/л	58		74-139
Дигідротестостерон (ДГТ)	пг/мл	907	201	24-368
Гемоглобін	г/дл	11	12	11,5-16,5
Кольоровий показник (КП)	од.	0,77	0,85	0,8-1,05
Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ)	мм/год	25	5	2-15

sensibio – гель для вмивання; Флоган крем 1-2 рази на добу; лосьйон Уон-Ка Lotion PS для сухої та чутливої шкіри 1-2 рази на добу; Пілінг 2 ази в місяць, чистка 1 раз в місяць; дослідження загального аналізу крові, феритину, ДГТ повторити через 3 міс. Спостереження в динаміці у дерматолога.

07.07.2022 р. пацієнтка з'явилася на повторний плановий огляд до дерматолога, їй проведено карбокситерапію Smart 4 Derma, призначено лікування переносить добре, тому рекомендовано продовжити терапію та 01.08.2022 р. з'явитися на пілінг з чисткою.

При наступному плановому огляді пацієнтка відмічає чудовий ефект від призначеного лікування з боку шкіри обличчя, зникнення камедонів, пустул, явне зменшення еритеми. Але паралельно почало з'являтися відчуття «піску» в очах, розмитість зображення, чого не було раніше. Ранкові пробіжки стають дискомфортними для очей.

Пацієнтка самостійно відмічає явний зв'язок між посиленням симптомів з боку очей під час лікування розацеа, призначеного дерматологом.

Для усунення даних скарг лікар-дерматолог призначає інстиляцію очних крапель Опатанол. Протягом наступного місяця використання крапель значного покращення не відбулося, після чого пацієнтка звернулася на кафедру очних хвороб ВНМУ ім. М. І. Пирогова у вересні 2022 року на консультацію.

Дані обстеження від 12.09.2022 р.

На момент огляду гострота зору: Vis OD=0,8; Vis OS=0,8; рефрактометрія – OD sph +0,25D; OS sph +0,25D; тонометрія (по Маклакову) – OD=16 мм рт. ст; OS =14 мм рт. ст; поля зору без патологічних змін.

Об'єктивно. При прямій офтальмоскопії очне дно обох очей (OU): диск зорового нерву (ДЗН) блідо-рожевий, межі чіткі, фізіологічна екскавація; співвідношення артерій до вен (А:В) = 2:3; макула – без особливостей; чіткий фовеолярний рефлекс.

Біомікроскопія (рис. 1, 2 – див. 3 стор. обкладинки) виявила наступне. Повіки гіперемовані, краї потовщені, деформовані, візуалізуються численні телеангіектазії по реберному краю та себорейні жовтуваті кірочки. Мейбомієві залози – симптом «роси» в області усть вивідних проток, слізний меніск не покриває лінію Маркса, що викликає гіперкератозне пломбування усть мейбомієвих залоз з ознаками некрозу. Тарзальна кон'юнктива нижніх повік – еритема, сосочкова реакція, тип 2 по шкалі LIPCOF (lid-parallelconjunctivalfolds). Бульбарна кон'юнктива – кон'юнктивальна ін'єкція, точкові забарвлення флуоресцеїновим барвником. Рогівка – набряк епітелію в межах розширеної очної щілини, паннус (більше виражений у верхній частині рогівки), при фарбуванні флуоресцеїном епітелій профарбовується у вигляді «запотілого скла», профарбовуються складки кон'юнктиви. Кришталік без особливостей. Зіниця округла, OD = OS = 3 мм у діаметрі, реакція на світло жвава.

Діагноз. 12.09.2022 р. пацієнтці встановлено діагноз: офтальморозацеа; хвороба сухого ока; сухий кератокон'юнктивіт.

Призначено лікування: масаж повік (курсом в 10 процедур); гігієна повік серветками Блефаклін 2 рази на добу; Теагель 2 рази на добу; очні краплі ТеалозДуо 4-6 разів на добу; Корнерегель 1 раз на добу (вранці перед пробіжкою коротким курсом на тиждень).

Рекомендовано контроль лабораторних показників в динаміці та повторний огляд через 1 місяць.

Результати повторного лабораторного дослідження крові від 16.10.2022 р. наведені в табл. 1.

На фоні проведеного дерматологічного лікування спостерігається стабілізація рівня прогестерону, феритину, ДГТ, гемоглобіну, КП, ШОЕ. Пацієнтка відмічає помітне покращення від призначеного лікування з боку очних проявів хвороби та якості життя в цілому. На момент повторного огляду скарги відсутні, зоровий комфорт покращився.

Об'єктивно: набряк повік значно зменшився, залишилися незначні телеангіектазії біля маргінального краю повік, кон'юнктива блідо-рожева, 1 тип по LIPCOF, при пробі Корба з усть мейбомієвих залоз виділяється рідкий секрет жовтуватого кольору (рис. 3 – див. 3 стор. обкладинки). Кон'юнктива та рогівка флуоресцеїном не профарбовуються.

На момент огляду 30.10.2022 р. гострота зору складала: Vis OD=1,0; Vis OS=1,0. Рефрактометрія – OD sph +0,25D; OS sph +0,25D. Тonomетрія (по Маклакову) – OD=17 мм рт. ст; OS=15 мм рт. ст. Поля зору без патологічних змін.

При прямій офтальмоскопії стан очного дна обох очей: ДЗН блідо-рожевий, межі чіткі, фізіологічна екскавація. Співвідношення А:В = 2:3. Макула – без особливостей. Чіткий фовеолярний рефлекс.

Пацієнтці рекомендовано продовжити гігієну повік Теагелем 2 рази на добу, зволоження поверхні ока краплями Теалоз Дуо 1-2 рази на добу або частіше за потреби.

Обговорення

Як і слід було очікувати, офтальмологічні ознаки та симптоми розацеа значно частіше клінічно підтверджуються офтальмологами. Проте підвищена обізнаність клініцистів-дерматологів щодо загальних очних симптомів розацеа може допомогти у ранній діагностиці та лікуванні пацієнтів. [11].

Офтальморозацеа зазвичай розпочинається у людей віком від 30 до 50 років і супроводжується чергуванням епізодів загострення та ремісії. [12].

Даний стан може спостерігатися ізольовано або виникати до появи шкірних ознак, особливо у дітей. Захворювання може бути одностороннім або асиметричним. [13].

Патофізіологічні механізми офтальморозацеа включають наявність запалення, кліщів Demodex та дисфункції мейбомієвих залоз. Ці фактори можуть вза-

сгодити між собою або спричинити ураження окремо. Хвороба може проявлятися набряком, еритемою, закупоркою залоз, запальними папулами і пустулами. Хронічна присутність будь-якої форми запалення може викликати рубцювання рогівки або фіматозні зміни. [14].

Клінічна картина захворювання включає еритему-обличчя (транзиторну або стійку), телеангіоектазії, набряк, папули та пустули. Пацієнт може мати один з проявів або комбінацію з них. Перебіг може бути безсимптомним або може супроводжуватися печінням, поколыванням, болем чи свербіжем. [15].

Блефарокон'юнктивіт пов'язаний з сухістю очей, що супроводжується дефіцитом водно-міцинового компоненту сльози і призводить до нестабільності слізної плівки та статичного або повільно прогресуючого рубцевого кон'юнктивіту. [16, 17].

Кератит, що загрожує втраті зору зустрічається рідко. Червоний вугревий висип на обличчі може спричинити низьку самооцінку та занепокоєння у пацієнтів, а також може призвести до появи депресії та зниження якості життя. [18].

Косметологічний ринок можна умовно розділити на дві групи: салонну та медичну косметологію, і головна відмінність полягає в практиці лікування. Салонна косметологія, як правило, не передбачає медикаментозного лікування; послуги, що надаються, це в основному догляд за обличчям, загальний догляд за шкірою та макіяж. [19].

Незважаючи на частоту, з якою клініцисти лікують розацеа та її серйозні офтальмологічні наслідки, поточний терапевтичний арсенал часто є неадекватним. [20].

Медична косметологія включає професійні медичні знання в косметологічних послугах для надання безпечних, надійних і комплексних косметичних процедур. [21].

Медичну косметологію можна визначити як «інтегровану споживчу індустрію», що поєднує професійні медичні технології та естетику. [22].

Дані літератури свідчать про роль лікаря-дерматолога у зміцненні здоров'я та санітарному вихованні. Проте, останнім часом з'являються суперечливі випадки щодо контролю та якості надання діагностичних та лікувальних процедур у цій галузі. Зростаюча кількість клініцистів без вищої медичної освіти (NPC) відкриває потенціал для розширення дерматологічного доступу, але може вплинути на якість медичної допомоги. [23].

Важливо проводити диференційну діагностику офтальморозацеа з іншими дерматозами обличчя, такими як вугрова хвороба, піодермія, мікози, себорейний дерматит, атопічний дерматит, периорбітальний дерматит, контактний дерматит, стероїдний дерматит, дерматоміозит і червоний вовчак. [24].

Дослідження показали кореляційний зв'язок між розацеа та мігренню чи депресією. Неврологічні порушення можуть також лежати в основі нейроваскулярної дисрегуляції при розацеа. [25].

Заключення

Даний клінічний випадок показує важливість співпраці лікарів-дерматологів із офтальмологами у веденні пацієнтів із симптомами, які властиві багатьом нозологіям, щоб уникнути хибного підходу у лікуванні та звести до мінімуму кількість побічних ефектів від призначеної терапії. Варто відзначити, що офтальморозацеа може проявлятися комбінацією трьох інших форм розацеа в периорбітальній ділянці: гіперемія і телеангіектазії еритемотелеангіектатичної форми поєднуються із запаленням мейбомієвих залоз, схожим на папулопустульозну форму і рубцями на очах, які нагадують фіматозну форму. Шкіра і тканини навколо очей можуть бути залучені до всіх типів розацеа. Запалення може призвести до дисфункції мейбомієвих залоз та проявів хвороби сухого ока, таких як відчуття піску, печіння, нечіткість зору. Тому у лікуванні офтальморозацеа необхідно використовувати комбінований підхід залежно від клінічної картини та проявів у кожному індивідуальному випадку.

Література

1. **Yuan X, Huang X, Wang B, et al.** Relationship between rosacea and dietary factors: a multicenter retrospective case-control survey. *J Dermatol.* 2019;46:219–225.
2. **Williamson T, Cheng WY, McCormick N, Vekeman F.** Patient preferences and therapeutic satisfaction with topical agents for rosacea: a survey-based study. *Am Health Drug Benefits* 2018; 11: 97–106.
3. **Gallo RL, Granstein RD, Kang S et al.** Standard classification and pathophysiology of rosacea: the 2017 update by the National Rosacea Society Expert Committee. *J Am Acad Dermatol* 2018; 78:148–55.
4. **Plewig, G, Kligman AM.** Acne and Rosacea. Berlin: Springer, 2000. 744 p.
5. **Tolaymat L, Hall MR.** Perioral Dermatitis. [Updated 2022 Sep 5].
6. **Haimovic A, Sanchez M, Judson MA, et al;** Sarcoidosis: a comprehensive review and update for the dermatologist: part I. Cutaneous disease. *J Am Acad Dermatol.* 2012 May;66(5):699.e1-18.
7. **Kang IH, Seo JK, Shin MK.** Useful Dermoscopic Findings for Differentiating Rosacea from Seborrheic Dermatitis. *Indian J Dermatol.* 2020 Jul-Aug;65(4):316-318.
8. **Afiouni R, Helou J, Matar S, Tomb R.** Severe Granulomatous Rosacea with Cutaneous Lupus Erythematosus. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2021 Feb;14(2):22-24.
9. **Haber R, El Gemayel M.** Comorbidities in rosacea: A systematic review and update. *J Am Acad Dermatol.* 2018; 78(4): 786-792.e8.
10. **Адаскевич ВП.** Диагностические индексы в дерматологии: руководство. Москва: Медицинская книга. 2004. 165 с.
11. **van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Tan J et al.** Interventions for rosacea based on the phenotype approach: an updated systematic review including GRADE assessments. *Br J Dermatol* 2019; 181:65–79.
12. **Nazir SA, Murphy S, Siatkowski RM et al.** Ocular rosacea in childhood. *Am J Ophthalmol* 2004; 137:138–44.

13. **Hampton PJ, Berth-Jones J, Duarte Williamson CE, et al.** British Association of Dermatologists guidelines for the management of people with rosacea 2021. *Br J Dermatol.* 2021;185(4):725–735.
14. **Steinhoff M, Schaubert J, Leyden JJ.** New insights into rosacea pathophysiology: a review of recent findings. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69(6):15–26.
15. **Meschig R, Melnik B, Plewig G.** Ophthalmic Complications of Rosacea. London: Martin Dunitz, 1989.
16. **Gudmundsen KJ, O'Donnell BF, Powell FC.** Schirmer testing for dry eyes in patients with rosacea. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26:211–4.
17. **Halioua B, Cribier B, Frey M, Tan J.** Feelings of stigmatization in patients with rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017;31:163-8.
18. **Liao WJ.** Cosmetic medicine and Life applications, QuanWellCo LTD. 2007; 1-30.
19. **Wladis EJ, Adam AP.** Treatment of ocular rosacea. *Surv Ophthalmol* 2018 May-Jun;63(3):340-346.
20. **Chen MC, Kung FL.** Exploring the Operational Strategy of Medical Cosmetic of New Field Industry in China and Taiwan: Using a Medical Cosmetic Centers of Hospital for a Case Study. *J Int Esthe Sci.* 2010; 7: 205 -229.
21. **Chen JY, Wu PY** (2012) The research of main land residents traveling to Taiwan for medical tourism 11-24.
22. **Gronbeck Ch, Kodumudi V, Brodell RT, Grant-Kels JM, Mostow EN, HaoFeng,** Dermatology work force in the United States – Part 1: Overview, transformations, and implications, *J Am Acad Dermatol.* 2022 Jul 3;S0190-9622(22)02240-X.
23. **Bonamigo RR, Bertolini W, Dornelles SIT.** Rosacea. In: Bonamigo, R., Dornelles, S. (eds) *Dermatology in Public Health Environments.* Springer, Cham. 2018.
24. **Spoendlin J, Voegel JJ, Jick SS, et al.** Migraine, trip tans, and the risk of developing rosacea: a population-based study with in the United Kingdom. *J Am Acad Dermatol* 2013; 69(3): 399–406.

Відомості про авторів та розкриття інформації
Автор листування: Пшенична Ірина Юріївна – drpshenychna@gmail.com

Внесок кожного автора в роботу: Малачкова Н.В. – аналіз та інтерпретація даних; Жмудь Т.М. – написання – рецензування та редагування; Кривецька Н.В. – розробка концепції, проектування; Пшенична І.Ю. – збір даних клінічного випадку, підготовка початкового проекту. Усі автори проаналізували результати та схвалили остаточний варіант рукопису.

Відмови від відповідальності: висловлені у поданій статті думки є її власними, а не офіційними позиціями установи.

Джерела підтримки: відсутні.

Конфлікт інтересів: Автори засвідчують про відсутність конфліктів інтересів, які б могли вплинути на їх думку стосовно предмету чи матеріалів, описаних та обговорених в даному рукопису.

Абревіатури: ХСО – хвороба сухого ока, ДГЕА-С – дегідроепіандростерон-сульфат, ТТГ – тиреотропний гормон, Т4 – тироксин вільний, АТПО – антитіла до тиреопероксидази, ДГТ – дигідротестостерон, КП – кольоровий показник, ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів, УЗД – ультразвукове дослідження, ДЗН – диск зорового нерву, А : В – співвідношення артерій до вен, LIPCOF – паралельні повіці кон'юнктивальні складки, Vis OD/OS – гострота зору правого/лівого ока, Sph – сферична корекція

Надійшла 09.06.2023