



¹ Люберецкий
кожно-
венерологический
диспансер

² Центральная
государственная
медицинская академия
Управления делами
Президента РФ,
Москва

Клинико-эпидемиологическое исследование розацеа

Ю.И. Матушевская¹, к.м.н., А.Л. Родина²

Адрес для переписки: Юлия Игоревна Матушевская, yuliya-matushevskaya@yandex.ru

Для цитирования: Матушевская Ю.И., Родина А.Л. Клинико-эпидемиологическое исследование розацеа. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (28): 28–30.

DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-28-28-30

Проведено исследование клинико-anamnestических данных у пациентов с розацеа на базе ГБУЗ МО «Люберецкий кожно-венерологический диспансер» в период с 2018 по 2023 г. Под наблюдением было 239 пациентов с диагностированной розацеа. Сбор данных, их последующую коррекцию, систематизацию исходной информации и визуализацию полученных результатов терапии осуществляли в электронных таблицах Microsoft Office Excel (2016). Статистическую обработку результатов проводили средствами языка Python 3.11. В результате исследования были выявлены определенные закономерности течения розацеа в зависимости от пола, триггерных факторов и подтипов розацеа.

Ключевые слова: розацеа, подтипы, триггерные факторы, соматическая патология

Введение

Розацеа – хроническое воспалительное, рецидивирующее заболевание, в патогенезе которого ведущую роль играют ангионевроз и нарушения иммунной реактивности кожи [1]. По данным проведенных эпидемиологических исследований, распространенность заболевания варьирует в пределах 2–10% среди населения Европы [2]. Считается, что чаще всего этому заболеванию подвержены люди с первым-вторым фототипом кожи, однако есть сообщения, что розацеа диагностируется у азиатов, латиноамериканцев, афроамериканцев и африканцев с сопоставимыми показателями [3]. Данному заболеванию более подвержены женщины старше 30 лет [4]. На протяжении многих лет обсуждались различные причины развития розацеа. Значительная роль отводится образу жизни пациентов, наличию триггерных факторов (УФО, острая пища, высокие и низкие температуры, стресс). Но данные факторы больше рассматриваются как провоцирующие, нежели как этиологические [5].

На сегодняшний момент актуальными вопросами являются: широкая распространенность без тенденции к снижению заболеваемости, изучение новых аспектов патогенеза, терапевтические ме-

роприятия, в том числе при сочетании нескольких подтипов розацеа у одного пациента, длительный контроль над заболеванием, качество жизни больных розацеа [1]. Не менее важными являются исследования, направленные на выявление корреляционных связей клинико-anamnestических данных для формирования критериев риска развития тяжелых форм розацеа.

Материал и методы

Проведено исследование клинико-anamnestических данных у пациентов с розацеа на базе Люберецкого кожно-венерологического диспансера в период с 2018 по 2023 г. Под наблюдением были 239 пациентов с диагностированной розацеа. Сбор данных, их последующую коррекцию, систематизацию исходной информации и визуализацию полученных результатов терапии осуществляли в электронных таблицах Microsoft Office Excel (2016). Статистическую обработку результатов проводили средствами языка Python 3.11.

Количественные показатели оценивали на предмет соответствия нормальному распределению с использованием критерия Шапиро – Уилка. Проверка на нормальность распределения показала,



Таблица 1. Анамнестические данные пациентов

Переменные	Все (n = 239)	Мужской пол (n = 69)	Женский пол (n = 170)	p
Возраст	46,0 [37,0; 60,5]	50,0 [39,0; 62,0]	44,0 [37,0; 60,0]	p = 0,281
Длительность заболевания	2,0 [0,58; 5,0]	2,0 [0,5; 5,0]	2,0 [0,75; 5,0]	p = 0,620
Количество обострений в год	2,0 [0,0; 4,0]	2,0 [0,0; 4,0]	2,0 [0,0; 4,0]	p = 0,637

что данные в исследовании не имеют нормального распределения, поэтому в дальнейшем расчеты производили методами непараметрической статистики.

В качестве центра распределения была посчитана медиана, а в качестве показателей вариации – квартили (Me [Q1; Q3]). Для сравнения двух несвязанных выборок использовали U-критерий Манна – Уитни.

Результаты качественных признаков выражены в абсолютных числах с указанием долей (%). Сравнение номинальных данных в группах проводили при помощи критерия χ^2 Пирсона. В тех случаях, когда число ожидаемых наблюдений в любой из ячеек четырехпольной таблицы было менее 10, для оценки уровня значимости различий использовали точный критерий Фишера.

С целью изучения взаимосвязи между явлениями, представленными количественными данными, использовали непараметрический метод – расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена (Rs), для дихотомических переменных – коэффициент корреляции Мэтьюса (Rm). Интерпретацию полученных значений корреляции проводили по шкале Чеддока [Chaddock R.E. Principles and methods of statistics. – Boston, New York, [etc.]. 1925. 471 p.]: слабая – от 0,1 до 0,3; умеренная – от 0,3 до 0,5; заметная – от 0,5 до 0,7; высокая – от 0,7 до 0,9; весьма высокая (сильная) – от 0,9 до 1,0. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты

В исследование были включены 239 пациентов с диагнозом розацеа, среди них 170 (71,1%) лиц женского пола и 69 (28,9%) лиц мужского пола. В исследовании преобладали пациенты женского пола (в 2,5 раза) (табл. 1).

Для дальнейшего анализа клинико-анамнестических данных были выделены группы в зависимости от пола.

Выделенные группы статистически значимо ($p \leq 0,001$) различались по следующим фенотипам с преобладанием в группе лиц мужского пола: частота встречаемости папуло-пустулезного ($p = 0,011$) и фиматозного подтипа ($p = 0,008$). Шансы встретить пациента с папуло-пустулезным подтипом среди пациентов мужского пола в 1/0,38 = 2,63 [1,19; 5,88] раза выше, чем среди пациентов женского пола. Шансы встретить пациента с фиматозным типом среди пациентов

мужского пола в 1/0,12 = 8,33 [1,64; 50,0] раза выше, чем среди пациентов женского пола. Выделенные группы статистически значимо ($p > 0,05$) не различались по: встречаемости эритематозно-телеангиэктатического подтипа ($p = 0,838$), гранулематозной розацеа ($p = 1,000$) и сочетанию подтипов ($p = 0,526$).

Не наблюдалось статистически значимой разницы по распределению в зависимости от фототипа кожи: фототип кожи I ($p = 0,289$), фототип кожи II ($p = 0,637$), фототип кожи III ($p = 0,333$), фототип кожи IV ($p = 0,581$). В то же время наблюдалось статистически значимое различие по такому субъективному симптому, как «чувствительная кожа», с преобладанием у лиц женского пола ($p = 0,023$). Шансы встретить пациента с симптомом «чувствительная кожа» среди пациентов женского пола в 1/0,38 = 2,63 [1,19; 5,88] раза выше, чем среди пациентов мужского пола.

Выделенные группы статистически значимо ($p \leq 0,001$) различались по следующим признакам (триггерный фактор) с преобладанием в группе лиц мужского пола: триггерный фактор алкоголь ($p = 0,004$), стресс ($p = 0,027$). Отсутствовала достоверно значимая разница в зависимости от гендерного признака в отношении следующих триггерных факторов: перепад температуры ($p = 1,000$), низкие температуры ($p = 0,357$), высокие температуры ($p = 1,000$), солнечное излучение ($p = 0,816$), острая еда ($p = 0,600$), горячая еда ($p = 0,360$), курение ($p = 0,074$), физические нагрузки ($p = 0,734$). Таким образом, шансы, что алкоголь будет значимым триггером, у лиц мужского пола в 1/0,3 = 3,33 [1,49; 7,69] раза выше, чем среди пациентов женского пола. Шансы встретить пациента с триггерным фактором стресс среди лиц мужского пола в 2,72 [1,09; 6,8] раза выше, чем среди лиц женского пола.

Изучение структуры соматической патологии не выявило достоверно значимого различия в зависимости от гендерного признака по следующим факторам: патология ЖКТ ($p = 0,213$), эндокринные заболевания ($p = 0,634$), сердечно-сосудистые заболевания ($p = 0,263$), заболевания почек ($p = 1,000$), болезнь Паркинсона ($p = 1,000$), болезнь Альцгеймера ($p = 1,000$).

Был проведен корреляционный анализ клинико-анамнестических данных. Были выявлены следующие корреляции: у пациентов с папуло-пустулезным подтипом в анамнезе имелись симптомы эритематозно-телеангиэктатического подтипа



На протяжении многих лет обсуждались различные причины развития розацеа. Значительная роль отводится образу жизни пациентов, наличию триггерных факторов (УФО, острая пища, высокие и низкие температуры, стресс). Но данные факторы больше рассматриваются как провоцирующие, нежели как этиологические

($p < 0,001$), при сочетании подтипов эритематозно-телеангиэктатический подтип отмечался в дебюте заболевания ($p = 0,038$). Эритематозно-телеангиэктатический подтип коррелировал с фототипом кожи I ($p = 0,028$) и фототипом кожи II ($p = 0,044$). Папуло-пустулезный подтип коррелировал с фототипом кожи II ($p = 0,028$) и фототипом кожи III ($p = 0,004$). Корреляции по триггерным факторам и эритематозно-телеангиэктатическим подтипам были выявлены по всем факторам ($p = 0,001$). Корреляция по триггерным факторам при папуло-пустулезном подтипе выявила следующее: алкоголь ($p = 0,013$), перепад температуры ($p = 0,041$), солнечное излучение ($p = 0,025$), употребление кофе ($p = 0,009$). При данном подтипе обнаруживался клещ *Demodex* ($p = 0,043$). Папуло-пустулезный

подтип коррелировал с наличием сердечно-сосудистой патологии ($p = 0,016$). Формирование фиматозного подтипа коррелировало с высоким числом обострений (более четырех раз в год) розацеа в анамнезе ($p = 0,015$) и длительностью заболевания более 10 лет ($p = 0,011$). Фиматозный подтип коррелировал с фототипом кожи II ($p = 0,004$) и фототипом кожи IV ($p = 0,006$). Развитие офтальморозацеа коррелировало с частыми обострениями розацеа в анамнезе ($p = 0,045$), холодным временем года ($p = 0,049$) и положительным анализом на *Demodex* ($p = 0,015$).

Часто рецидивирующее течение розацеа (более четырех раз в год) коррелировало с фототипом кожи I ($p < 0,001$), употреблением острой пищи ($p = 0,017$) или шоколада ($p = 0,002$), злоупотреблением алкоголем ($p = 0,008$), погрешностями в диете ($p = 0,035$), воздействием ультрафиолетового излучения ($p = 0,023$), стрессом ($p = 0,017$), сердечно-сосудистыми заболеваниями ($p = 0,027$), заболеванием ЖКТ ($p = 0,008$). У пациентов с частыми обострениями отмечалась корреляция с положительным анализом на *Demodex* ($p = 0,030$). Таким образом, в исследовании были выявлены определенные закономерности течения розацеа (подтипы), как в зависимости от пола, так и от триггерных факторов, фототипа кожи и сопутствующей соматической патологии. ●

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Литература

1. Акне и розацеа. Под ред. Л.С. Кругловой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
2. Tan J., Berg M. Rosacea: Current state of epidemiology. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2013; 69 (6): S27–S35.
3. Tan J., Almeida L.M.C., Bewley A., et al. Updating the diagnosis, classification and assessment of rosacea: recommendations from the global ROSacea COnsensus (ROSCO) panel. *Br. J. Dermatol.* 2017; 176 (2): 431–438.
4. Егорова О.А., Агафонова Е.В., Круглова Л.С. Коморбидность при розацеа. *Госпитальная медицина: наука и практика.* 2018; 1 (1): 23–29.
5. Шаршунова А.А., Круглова Л.С., Котенко К.В., Софинская Г.В. Этиопатогенез и возможности лазеротерапии эритематозно-телеангиэктатического подтипа розацеа. *Физиотерапия, бальнеология, реабилитация.* 2017; 16 (6): 284–290.

Clinical and Epidemiological Study of Rosacea

Yu.I. Matushevskaya¹, PhD., A.L. Rodina²

¹ Lyubertsy Skin and Venereal Diseases Dispensary

² Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow

Contact person: Yulia I. Matushevskaya, yuliya-matushevskaya@yandex.ru

A study of clinical and anamnestic data in patients with rosacea was conducted. The study was conducted at the Lyubertsy Skin and Venereal Diseases Dispensary in the period from 2018 to 2023. 239 patients with diagnosed rosacea were observed. Data collection, their subsequent correction, systematization of initial information and visualization of the results were carried out in Microsoft Office Excel spreadsheets (2016). Statistical processing of the results was carried out using Python (Python 3.11). Conclusion: the study identified certain patterns in the course of rosacea, both depending on gender, trigger factors and the course of rosacea.

Keywords: rosacea, subtypes, trigger factors, somatic pathology