

Rosacea as a disease of modern times - epidemiology, recognition

Ewelina Chudek MsC, Katarzyna Urtnowska-Joppek MsC¹

¹Collegium Medicum (CM) in Bydgoszcz Nicolaus Copernicus University (NCU); Obstetrics Department, Reproductive Medicine and Andrology Section

Key words: rosacea, skin, teleangiectasia

Summary:

The purpose of this work is to present the clinical picture and epidemiology of the disease which is rosacea. Factors causing the disease, dermatological criteria for its diagnosis as well as the development stages of the disease are also taken into account.

Rosacea is a chronic and very difficult disease to treat as well as in the care therapy. Patients suffering from this condition must follow a restrictive diet and change their habits, as well as give up addictions. An important aspect of the treatment and care of the skin covered by rosacea is self-discipline and adherence to dermatological recommendations and cosmetology. Physiotherapeutic and cosmetological treatments that can warm up a given disease area - mainly massages and hot wraps - are strictly forbidden.

Introduction

The aim of the work is to approximate the problem of which is rosacea, which is increasingly affecting society around the world. Lifestyle, constant rush, poor diet, as well as environmental pollution and inconvenient working conditions, contribute to the increase in the incidence of skin diseases.

In most cases, people who are ill are unaware of their condition. Quick diagnosis of the disease and appropriate treatment and therapies allow partially or completely cure a specific skin condition.

Because of the poor recognition of this skin condition, medical personnel and physiotherapists and cosmetologists should pay attention to the presence of an increased

number of visible enlarged superficial blood vessels of the skin. Their presence may indicate the initial stage of the disease, which disqualifies the patient for the majority of warming treatments.

Disease characteristics

Rosacea is characterized by chronicity and lack of cure. It is classified as a vasomotor. Vascular skin may be a predisposing factor for the onset of the disease. Symptoms of the disease are erythema, telangiectasias, papules and pustules, most often within the chin, nose, cheeks and foreheads, they form in the shape of the letter V. Sometimes the eruptions occur on the scalp, on the upper part of the torso, neck and neckline and behind the ears on the side of the neck. The occurrence of these outbreaks depends on the stage of the disease [1,2,3,4,5,6,7,8].

Epidemiology

The disease is most common in the population of Western and Northern Europe, mainly in people with I and II skin phototype according to the Fitzpatrick Scale, but less often in other regions that inhabit other ethnic groups. You can also notice rosacea in Latin America, Asia and Africa, but those with dermatitis are barely 4% of cases among these ethnic groups. In America, rosacea affects about 10-20 million people, according to statistical data. It has also been shown that in the case of Swedes aged 20 to 40 years, the occurrence of this disease can be noticed. In this nation, women are more often ill than men, and the incidence in this country is 3:1. The occurrence of rosacea in this age group includes 10% of the population. Rosacea is very common in Scandinavian countries and Ireland. In patients with this dermatosis, genetic predisposition may be seen, this includes 1/3 of patients.

In most cases people affected by the disease suffer for hyperhidrosis, irritable bowel syndrome, migraines and freezing of feet and hands. The incidence of disease in Europe is about 1.5 - 10% [9,10,11,12,13,13,14,15,16]. Rosacea most often occurs in people aged 20 - 30 years in the form of erythema that appears on the skin of the face. Erythema passes with time in a more permanent form and the occurrence of new symptoms is observed, which indicates the course of the disease. Most often this process is visible in patients aged 40 - 60 years.

Women more often suffer from this dermatosis, and skin lesions become more severe in the perimenopausal period, during pregnancy and during ovulation and menstruation. Heavier forms of rosacea are observed only in men. The disease runs with periods of remission and exacerbation. Rosacea is most commonly found in people with fair skin and in people with emotional problems and hyperactive people. There are also cases of this condition in children, especially with a bright complexion. There is sudden erythema and changes on the child's face skin papulous - pustular.

The disease occurs in 10-15% of the population [8,10,17,18,19,20,21,22].

Causes of disease

The reasons for the formation of the disease are still not known, however, ascension its dependent on many predisposing factors. The immune system, the contribution of reactive oxygen species and infectious agents play a large role in the occurrence of the disease and UV radiation. Vascular disorders, as well as endocrine and digestive disorders, also have an impact on the development of the disease, especially in the case of gastric acidity.

In patients, more often you can observe disorders of digestive processes such as: chronic constipation or gastritis. Disorders resulting from the nervous system they are usually the primary reason for the disease, because it is responsible for degradation processes of collagen fibers and elastin, as well as for regulating the work of blood vessels. As a result of these disorders, even edema may occur and transitions. Blood vessels, including capillaries, fill up in an excessive amount of blood. There is also fragility of the vessels, which increases their permeability. There is permanent thickening and dilation of blood vessels. This mechanism facilitates the penetration of harmful substances that are inflammatory agents. As a result of their presence, a burning and pulling sensation is felt.

Figures of the disease

Rosacea in the initial phase is characterized by a brief erythema on the skin of the face, after which gradually erythema begins to perpetuate, until his total presence on the skin of a sick person. At this stage, there are also numerous telangiectasias that confirm the presence of disorders vascular - motor. The disease may occur with the symptoms of several forms of acne [14,16,23,24,25,26,27,28].

During the course of the disease secondary eruptions may appear in the form of edema, papules, telangiectasia, pustules and hypertrophic changes [29, 30, 31, 32]. The current classification of the disease distinguishes 4 forms of the disease:

- Erythematous with telangiectasias
- Papular - pustular
- Ophthalmic rosacea
- Hypertrophic rosacea

In about 3 - 58% of patients, ocular symptoms in the course of the disease are noticeable, including 20% of patients, these changes occur before skin symptoms. In 53% of patients with rosacea secondary lesions are noticeable on the skin affected by the disease, but in 27% of these patients appear in a parallel course. It is possible to specify one more stage of this disease - it is granulomatous rosacea [9,11,17,28,30,31].

Sick people often complain of skin problems and problems in the emotional and social sphere. They withdraw from social life, they have difficult family relationships and sometimes give up their professional career. The patient's mental state correlates with rosacea. This is related to the condition of the blood vessels. Stress can cause changes in the hormonal and digestive system, which often coexist with rosacea. Facial redness is often associated with a sense of shame, and because of this feeling, the abdominal tightening occurs, which in turn results in the ischemia of organs and accelerated breathing and blood circulation. Areas covered by the disease are associated with the respiratory system and circulation [5,25,28,32,33].

Care treatment

Patients must follow specific care principles throughout their lives and control your diet, as well as change your everyday life to improve your physical condition and emotional. It is connected with the lack of possibility to completely cure rosacea [30].

For people with known rosacea, it is important not to undergo warming treatments such as massage or hot masks and wraps (eg paraffin, gypsum, peat) in the area of the occurrence

of lesions (mainly the face). The formulations used must also not have irritating or warming ingredients. The expansion of the skin's blood vessels must be prevented at all costs.

Differentiation of the disease

Differential diagnosis of rosacea is based mainly on three diseases:

- Lupus Erythematosus (DLE - from English discoid lupus erythematosus)
- Acne vulgaris (acne vulgaris)
- Lupoid face pig swab

In the case of Lupus Erythematosus (DLE), infiltrative changes with marked thickening of the stratum corneum in the follicular region are observed. Scarring is also present. In lupus erythematosus (DLE) there are no follicular or pustular changes. In order to differentiate, immunopathological and histopathological examinations should be performed.

Acne is mainly found in young people due to the increased activity of sebaceous glands and is characterized by the presence of comedones, purulent cysts and maculopapular papules appearing most often on the trunk and face. There are no vasomotor symptoms of the skin.

Lupoid miliary sclerosis is characterized by the presence of small nodules, which under the influence of pressure change color, and in the central part of the nodule there may be a depression. There is a breakdown of bumps and scarring. For the purpose of differentiation, one should also take into account the histological picture of the type of non-specific granuloma [22,24,34,35].

Conclusions

Rosacea as a condition of diagnosed chronicity can be counted for civilization diseases. Conditions and way of life, eating habits whether the work environment often predisposes to the occurrence of the disease.

As a result of the above-mentioned environmental factors, the vasculature dilates and shrinks, which in turn causes impairment of their defensive capabilities. This leads to their permanent extension - teleangiectasia. It is very important to accurately diagnose a dermatologist to be able to fight with rosacea and introduce appropriate treatment as well as home and office care.

Patients are often unaware of the presence of the disease, so it is worth taking care of yourself before the first symptoms appear and cherish the skin in order to avoid its appearance. Keep in mind about year-round sun protection, and avoid frequent climate changes. Avoid cosmetics and irritating substances as well as warming up treatments. Treatments such as massage or warm compresses must be consulted with a doctor beforehand - ideally they should not be performed at all in the area of the disease.

Literature:

1. Nikiel A., Trądzik różowaty - leczenie oraz pielęgnacja skóry Kosmetologia Estetyczna 6/2016, 641-647
2. Du Vivier A., Atlas dermatologii klinicznej, Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner Wrocław 2005, 609-613
3. Gwieździński Z., Trądzik różowaty - patogeneza i leczenie Dermatologia 3/1998, 12-16
4. Irvine C., Marks R., Prognosis and prognostic factors in rosacea, [w:] R.Marks, G.Plewig. Acne and related disorders, London: Martin Dunitz 1989.
5. Jarmuda S., i in., Trądzik różowaty - etiopatogeneza, klasyfikacja i leczenie Post. Dermatol. Alergol. 2/2012, 70-78
6. Ługowska - Umer H., i in., Wybrane dermatozy skóry powiek Alerg. Astma Immun. 19/2014, 80-83
7. De Bersaques J., Historical Notes on Rosacea J. Eur. Acad. Dermatol. 5/1995, 16-39
8. Milikan L., Rozpoznawanie trądziku różowatego Med. Dypl. 9/2000, 178-186
9. Wilkin J., i in., Standard classification of rosacea. Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea J. Am. Acad. Dermatol. 46/2002, 584-587
10. Koźmińska - Kubarska A., Zarys kosmetyki lekarskiej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1991, 24-26, 147-151
11. Raszeja - Kotelba B., Dadej - Michalska I., Ocena wpływu niektórych czynników zewnętrznych, nawyków żywieniowych, używek oraz kosmetyków na powstawanie i przebieg trądziku różowatego Pol. J. Cosmetol. 10/2007, 166-174
12. Rychlewska K., i in., Kliniczne znaczenie polimorfizmu acetylacji u chorych z trądzikiem zwykłym i trądzikiem różowatym Pol. J. Cosmetol. 4/1999, 292-297
13. Yamasaki K., i in., Kallikreinmediated proteolysis regulates the antimicrobial effects of cathelicidin in skin FASEB J. 2006, 20, 2068-2080
14. Załęska I., Goik U., Food ingredients as symptom mediators in rosacea Pol. J. Cosmetol. 19/2016, 300-305
15. Berg M., Linden S., An epidemiological study of rosacea Acta. Derm. Venereol. 69/1989, 419-423
16. Kyriakis K.P., i in., Epidemiologic aspects of rosacea J. Am. Acad. of Dermatol. 53/2005, 918-919
17. Macsai M.S., i in., Acne Rosacea, [w:] Eye and skin disease. Lippincott - Raven, Philadelphia 1996, 335-341
18. Ramelet A.A. Teleangiectases, [w:] Textbook of Cosmetic. Dermatology. R Baran, HI Meibach (eds). Martin Dunitz Ltd. London 1998, 378-380
19. Sielska H., Seneczko M., Trądzik różowaty- postacie nietypowe Post. Dermatol. Alergol. 20/2003, 374-379
20. Tisma V.S., i in., Etiopathogenesis, classification and in treatment of rosacea Acta Dermatologica Croatia 11/2003, 236-246
21. Braun - Falco O., i in., Dermatology. Springer - Verlag, Berlin, Heidelberg 1984, 730-734

22. Jabłońska S., Majewski S., Choroby gruczołów łojowych, [w:] Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005-2006, 445-447
23. Landow K., Unraveling the mystery of rosacea. Keys to getting the red out *Posgrad. Med.* 112/2002, 51-58
24. Noszczyk M., Kosmetologia pielęgnacyjna i lekarska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2010, 380
25. Owczarek I., Pietrzak B., Rola kosmetologa w terapii oraz pielęgnacji skóry w przebiegu trądziku różowatego *Kosmetologia Estetyczna* 3/2014, 201-206
26. Wilkin J.K., Rosacea. Pathophysiology and treatment *Arch. Dermatol.* 130/1994, 359-362
27. Jaworek A.K., Wojas - Pelc A., Trądzik różowaty - analiza doniesień dotyczących patogenezы, kliniki i terapii choroby (II): leczenie i pielęgnacja skóry oraz postępowanie profilaktyczne *Dermatol. Estet.* 2/2006, 75-82
28. Jaworek A.K., i in., Czynniki zaostrzające przebieg trądziku różowatego *Prz. Lek.* 2008/65/4, 180-183
29. Brzeziński P., Leczenie miejscowe w trądziku różowatym *Forum Med. Rodz.* 4/2010, 263-272
30. Pura - Rynasiewicz A., Vincent C. Skóra naczynioruchowa. *Ekspert Anti - aging* nr 28/2011, 5-7
31. Borrie P., Rosacea with special reference to its ocular manifestations *Br. J. Ophthalmol* 65/1953, 458-463
32. Czarnecka A., Tymicka J., Trądzik różowaty- postacie kliniczne i leczenie *Post. Dermat. Alergol.* XXII 2005/3, 156-160
33. Klingman A.M., A personal critique on the state of knowledge of rosacea *Dermatology* 208/2004, 191-197
34. Mieloszyk M., i in., Eksperci o trądziku różowatym. *Les Nouvelles Esthétiques* 1/2016, 66-70
35. Adamski Z., Kaszuba A., *Dermatologia dla kosmetologów*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008, 412

Trądzik różowaty jako choroba dzisiejszych czasów – epidemiologia, rozpoznawanie

mgr Ewelina Chudek, mgr Katarzyna Urtnowska-Joppek¹

¹ Katedra Położnictwa, Zakład Medycyny Rozrodu i Andrologii, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Słowa kluczowe: trądzik różowaty, skóra, naczynka

Streszczenie:

Celem powyższej pracy było przedstawienie obrazu klinicznego oraz epidemiologii choroby jaką jest trądzik różowaty. Uwzględnione zostały także czynniki wywołujące chorobę, dermatologiczne kryteria jej rozpoznania, a także fazy rozwoju schorzenia.

Trądzik różowaty jest chorobą przewlekłą i bardzo trudną w leczeniu jak i w terapii pielęgnacyjnej. Chorzy cierpiący na to schorzenie muszą przestrzegać restrykcyjnej diety oraz zmienić swoje nawyki, a także zrezygnować z nałogów. Ważnym aspektem leczenia i pielęgnacji skóry objętej trądzikiem różowatym jest samodyscyplina oraz stosowanie się do zaleceń dermatologicznych i kosmetycznych. Zakazane są zabiegi fizjoterapeutyczne oraz kosmetyczne mogące rozgrzewać dany obszar chorobowy – przede wszystkim masaże oraz gorące okłady.

Wstęp

Celem pracy jest przybliżenie problemu jakim jest trądzik różowaty, który coraz częściej dotyka społeczeństwo na całym świecie. Styl życia, ciągły pośpiech w dążeniu do celu, zła dieta, a także zanieczyszczenia środowiska i niedogodne warunki pracy, przyczyniają się do wzrostu zachorowań na choroby skóry. W większości przypadków osoby chorujące nie są świadome jaki jest stan ich skóry.

Szybka diagnoza schorzenia i odpowiednie leczenie oraz terapie pozwalają częściowo bądź całkowicie wyleczyć określone schorzenie skóry.

Z powodu słabej rozpoznawalności tej choroby skóry, personel medyczny oraz fizjoterapeuci i kosmetyczki powinny zwracać uwagę na występowanie zwiększonej liczby widocznych rozszerzonych powierzchownych naczyń krwionośnych skóry. Ich obecność może świadczyć o początkowej fazie choroby, która dyskwalifikuje pacjenta do większości zabiegów rozgrzewających.

Charakterystyka choroby

Trądzik różowaty charakteryzuje się przewlekłością i brakiem możliwości wyleczenia. Zaliczany jest do nerwic naczynioruchowych. Cera naczyniowa może być czynnikiem predysponującym do wystąpienia choroby. Objawami choroby są rumień, teleangiektazje oraz grudki i krosty, najczęściej w obrębie podbródka, nosa, policzków i czoła, kształtują się one na podobieństwo litery V. Czasami wykwit występują

na owłosionej skórze głowy, na górnej części tułowia, szyi i dekolcie oraz za uszami na bocznej powierzchni szyi. Występowanie wymienionych wykwitów zależy od etapu przebiegu choroby [1,2,3,4,5,6,7,8].

Epidemiologia

Choroba występuje najczęściej u ludności Europy Zachodniej i Północnej, głównie u osób o I i II fototypie skóry według Skali Fitzpatricka, natomiast rzadziej w innych regionach, które zamieszkują inne grupy etniczne. Trądzik różowaty można zauważyć również u mieszkańców Ameryki Łacińskiej, Azji oraz Afryki, jednakże chorzy na tą dermatozę stanowią zaledwie 4% przypadków wśród tych grup etnicznych. W Ameryce na trądzik różowaty choruje ok. 10-20 milionów ludzi, według danych statystycznych. Wykazano również, że u Szwedów w wieku od 20 do 40 roku życia, można zauważyć występowanie tego schorzenia. W tej narodowości częściej chorują kobiety niż mężczyźni, a stosunek zachorowań w tym kraju wynosi 3:1. Występowanie trądziku różowatego w tej grupie wiekowej obejmuje 10% ludności. Trądzik różowaty jest bardzo często występuje w krajach skandynawskich i Irlandii. U osób chorych na tą dermatozę można zauważyć predyspozycje genetyczne, obejmuje to 1/3 pacjentów. W większości przypadków osoby dotknięte chorobą cierpią na nadmierną potliwość, zespół jelita drażliwego, migreny oraz marznięcie stóp i dłoni. Częstość występowania choroby w Europie wynosi około 1,5 – 10% [9,10,11,12,13,14,15,16].

Trądzik różowaty najczęściej występuje u osób w wieku 20 – 30 lat w postaci rumienia ujawniającego się na skórze twarzy. Rumień z upływem czasu przechodzi w formę bardziej trwałą oraz obserwuje się występowanie nowych objawów, co wskazuje na postępowanie choroby. Najczęściej ten proces jest widoczny u chorych w wieku 40 – 60 lat. Kobiety częściej zapadają na tą dermatozę, a zmiany skórne zaostrzają się w okresie okołomenopauzalnym, w ciąży oraz w trakcie owulacji i menstruacji. Cięższe postaci trądziku różowatego są obserwowane wyłącznie u mężczyzn. Choroba przebiega z okresami remisji i zaostrzeń. Trądzik różowaty najczęściej występuje u osób o jasnej cerze, a także u osób z problemami emocjonalnymi oraz u osób nadpobudliwych. Zdarzają się również przypadki występowania tego schorzenia u dzieci, szczególnie z jasną cerą. Na dziecięcej skórze twarzy pojawia się nagły rumień oraz zmiany grudkowo – krostkowe. Choroba występuje u 10-15% ludności [8,10,17,18,19,20,21,22].

Przyczyny powstawania choroby

Przyczyny powstawania choroby nadal nie są znane jednakże wstąpienie jej zależy od wielu czynników predysponujących. Dużą rolę w występowaniu choroby odgrywa odporność immunologiczna, udział reaktywnych form tlenu, czynniki infekcyjne i promieniowanie UV. Wpływ na rozwój choroby mają również zaburzenia naczyniowe, a także zaburzenia wewnątrzwydzielnicze i układu pokarmowego, w szczególności w przypadku niedokwaśności soku żołądkowego.

U osób chorych częściej można zaobserwować zaburzenia procesów trawiennych takich jak: przewlekłe zaparcia czy niemy żołądek. Zaburzenia wynikające z układu nerwowego są zazwyczaj podstawowym powodem występowania choroby, ponieważ odpowiedzialny jest on za procesy degradacji włókien kolagenowych i elastynowych, a także za regulację pracy naczyń krwionośnych. W wyniku tych zaburzeń może dochodzić nawet do powstawania

obrzęków i przięków. Naczynia krwionośne, w tym naczynia włosowate, napełniają się w nadmiernej ilości krwią. Występuje również kruchość naczyń przez co zwiększa się ich przepuszczalność. Dochodzi do trwałego pogrubienia i rozszerzenia naczyń krwionośnych. Przez ten mechanizm ułatwione zostaje przenikanie szkodliwych substancji, będącymi czynnikami zapalnymi. W wyniku ich obecności odczuwalne jest uczucie pieczenia oraz ściągania.

Postacie choroby

Trądzik różowaty w fazie początkowej charakteryzuje się krótko pojawiającym się rumieniem na skórze twarzy, po czym stopniowo rumień zaczyna się utrwalać, aż do jego całkowitej obecności na skórze osoby chorej. Na tym etapie pojawiają się również liczne teleangiektazje, które potwierdzają obecność zaburzeń naczyń – ruchowych. Choroba może przebiegać z objawami kilku postaci trądziku [14,16,23,24,25,26,27,28].

W trakcie trwania choroby mogą pojawić się wykwity wtórne w postaci obrzęków, grudek, teleangiektazji, krost oraz zmian przerostowych [29,30,31,32]. Obecna klasyfikacja choroby wyróżnia 4 postacie schorzenia:

- Rumieniowa z teleangiektazjami
- Grudkowo – krostkowa
- Oczny trądzik różowaty
- Przerostowy trądzik różowaty

U około 3 – 58% chorych zauważalne są objawy oczne w przebiegu choroby, w tym u 20% pacjentów zmiany te występują przed objawami skórными. U 53% chorych z trądzikiem różowatym zauważalne są wtórne wykwity na skórze dotkniętej chorobą, ale u 27% pacjentów te pojawiają się w przebiegu równoległym. Można wyszczególnić jeszcze jeden etap tej choroby jest to ziarniniakowaty trądzik różowaty [9,11,17,28,30,31].

Osoby chore często uskarżają się na dolegliwości skórne, a także na problemy w sferze emocjonalnej i społecznej. Wycofują się z życia towarzyskiego, mają utrudnione relacje rodzinne i niekiedy rezygnują z realizacji swojej kariery zawodowej. Stan psychiczny pacjenta koreluje z trądzikiem różowatym. Związane jest to ze stanem naczyń krwionośnych. Stres może powodować zmiany w układzie hormonalnym i pokarmowym, które często współlistnieją z trądzikiem różowatym. Zaczerwienienie twarzy często kojarzone jest z poczuciem wstydu, a przez to uczucie dochodzi do zaciskania się brzucha, co w konsekwencji skutkuje niedokrwieniem narządów oraz przyspieszonym oddechem i krążeniem krwi. Strefy objęte chorobą powiązane są z układem oddechowym i krążeniem [5,25,28,32,33].

Postępowanie pielęgnacyjne

Chorzy muszą przez całe życie przestrzegać określonych zasad pielęgnacyjnych oraz kontrolować dietę, a także zmienić swoją codzienność, by polepszyć swój stan fizyczny i emocjonalny. Związane jest to z brakiem możliwości całkowitego wyleczenia trądziku różowatego [30].

Dla osób z rozpoznany trądzikiem różowatym istotne jest aby nie poddawać się zabiegom rozgrzewającym takim jak masaż, czy gorące maski i okłady (np. parafinowe, gipsowe, borowinowe) w obszarze występowania zmian chorobowych (głównie twarz). Stosowane preparaty także nie mogą mieć składników drażniących i rozgrzewających. Należy za wszelką cenę zapobiegać rozszerzaniu się naczyń krwionośnych skóry.

Różnicowanie choroby

Rozpoznanie różnicowe trądziku różowatego opiera się głównie na trzech schorzeniach:

- Tocznia rumieniowatym (DLE – od angielskiego discoid lupus erythematosus)
- Trądziku pospolitym (*acne vulgaris*)
- Lupoidzie prosówkowym rozsianym twarzy

W przypadku tocznia rumieniowatego (DLE) obserwuje się zmiany o charakterze naciekowym ze znacznym pogrubieniem warstwy rogowej naskórka w okolicy mieszkowej. Obecne są również bliznowacenia. W toczniu rumieniowatym (DLE) nie występują zmiany grudkowe i krostkowe. W celu różnicowania należy wykonać badania immunopatologiczne i histopatologiczne.

Trądzik pospolity występuje głównie u osób młodych w związku ze wzmożoną czynnością gruczołów łojowych i cechuje się obecnością zaskórników, torbieli ropnych oraz zmian grudkowo – krostkowych występujących najczęściej na tułowiu i twarzy. Nie występują objawy naczynioruchowe skóry.

Lupoid prosówkowy rozsiany twarzy charakteryzuje się obecnością drobnych guzków, które pod wpływem ucisku zmieniają barwę, a w części środkowej guzka może występować zagłębienie. Występuje rozpad guzków i bliznowacenie. W celu różnicowania należy brać również pod uwagę obraz histologiczny typu nieswoistego ziarniniaka [22,24,34,35].

Podsumowanie

Trądzik różowaty jako schorzenie o zdiagnozowanej przewlekłości można zaliczyć do chorób cywilizacyjnych. Warunki i sposób życia, nawyki żywieniowe czy środowisko pracy bardzo często predysponują do występowania choroby.

W wyniku wyżej wymienionych czynników środowiskowych dochodzi do rozszerzania i kurczenia się naczyń krwionośnych, co w konsekwencji powoduje upośledzenie ich zdolności obronnych. Dochodzi przez to do ich trwałego rozszerzenia – teleangiektazji. Bardzo ważna jest trafna diagnoza lekarza dermatologii, by móc walczyć z trądzikiem różowatym

i wprowadzić odpowiednie leczenie oraz pielęgnację domową i gabinetową. Chorzy często nie są świadomi o obecności choroby, dlatego warto już przed wystąpieniem pierwszych objawów dbać o siebie i pielęgnować skórę tak, by wystrzec się jej pojawienia. Należy pamiętać

o całorocznej ochronie przeciwsłonecznej, a także unikać częstych zmian klimatu.

Należy unikać kosmetyków i substancji drażniących oraz zabiegów rozgrzewających. Zabiegi takie jak masaż czy ciepłe okłady muszą być wcześniej skonsultowane z lekarzem – najlepiej aby nie były w ogóle wykonywane w obszarze występowania choroby.

Piśmiennictwo

1. Nikiel A., Trądzik różowaty - leczenie oraz pielęgnacja skóry Kosmetologia Estetyczna 6/2016, 641-647
2. Du Vivier A., Atlas dermatologii klinicznej, Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner Wrocław 2005, 609-613
3. Gwóźdźński Z., Trądzik różowaty - patogeneza i leczenie Dermatologia 3/1998, 12-16
4. Irvine C., Marks R., Prognosis and prognostic factors in rosacea, [w:] R.Marks, G.Plewig. Acne and related disorders, London: Martin Dunitz 1989.

5. Jarmuda S., i in., Trądzik różowaty - etiopatogeneza, klasyfikacja i leczenie *Post. Dermatol. Alergol.* 2/2012, 70-78
6. Ługowska - Umer H., i in., Wybrane dermatozy skóry powiek *Alerg. Astma Immun.* 19/2014, 80-83
7. De Bersaques J., Historical Notes on Rosacea *J. Eur. Acad. Dermatol.* 5/1995, 16-39
8. Milikan L., Rozpoznawanie trądziku różowatego *Med. Dypl.* 9/2000, 178-186
9. Wilkin J., i in., Standard classification of rosacea. Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea *J. Am. Acad. Dermatol.* 46/2002, 584-587
10. Koźmińska - Kubarska A., *Zarys kosmetyki lekarskiej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1991, 24-26, 147-151
11. Raszeja - Kotelba B., Dadej - Michalska I., Ocena wpływu niektórych czynników zewnętrznych, nawyków żywieniowych, używek oraz kosmetyków na powstawanie i przebieg trądziku różowatego *Pol. J. Cosmetol.* 10/2007, 166-174
12. Rychlewska K., i in., Kliniczne znaczenie polimorfizmu acetylacji u chorych z trądzikiem zwykłym i trądzikiem różowatym *Pol. J. Cosmetol.* 4/1999, 292-297
13. Yamasaki K., i in., Kallikreinmediated proteolysis regulates the antimicrobial effects of cathelicidin in skin *FASEB J.* 2006, 20, 2068-2080
14. Załęska I., Goik U., Food ingredients as symptom mediators in rosacea *Pol. J. Cosmetol.* 19/2016, 300-305
15. Berg M., Linden S., An epidemiological study of rosacea *Acta. Derm. Venereol.* 69/1989, 419-423
16. Kyriakis K.P., i in., Epidemiologic aspects of rosacea *J. Am. Acad. of Dermatol.* 53/2005, 918-919
17. Macsai M.S., i in., *Acne Rosacea*, [w:] *Eye and skin disease*. Lippincott - Raven, Philadelphia 1996, 335-341
18. Ramelet A.A. *Teleangiectases*, [w:] *Textbook of Cosmetic. Dermatology*. R Baran, HI Meibach (eds). Martin Dunitz Ltd. London 1998, 378-380
19. Sielska H., Seneczko M., Trądzik różowaty- postacie nietypowe *Post. Dermatol. Alergol.* 20/2003, 374-379
20. Tisma V.S., i in., Etiopathogenesis, classification and in treatment of rosacea *Acta Dermatologica Croatia* 11/2003, 236-246
21. Braun - Falco O., i in., *Dermatology*. Springer - Verlag, Berlin, Heidelberg 1984, 730-734
22. Jabłońska S., Majewski S., *Choroby gruczołów łojowych*, [w:] *Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005-2006, 445-447
23. Landow K., Unraveling the mystery of rosacea. Keys to getting the red out *Posgrad. Med.* 112/2002, 51-58
24. Noszczyk M., *Kosmetologia pielęgnacyjna i lekarska*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2010, 380
25. Owczarek I., Pietrzak B., Rola kosmetologa w terapii oraz pielęgnacji skóry w przebiegu trądziku różowatego *Kosmetologia Estetyczna* 3/2014, 201-206
26. Wilkin J.K., Rosacea. Pathophysiology and treatment *Arch. Dermatol.* 130/1994, 359-362

27. Jaworek A.K., Wojas - Pelc A., Trądzik różowaty - analiza doniesień dotyczących patogenezы, kliniki i terapii choroby (II): leczenie i pielęgnacja skóry oraz postępowanie profilaktyczne *Dermatol. Estet.* 2/2006, 75-82
28. Jaworek A.K., i in., Czynniki zaostrzające przebieg trądziku różowatego *Prz. Lek.* 2008/65/4, 180-183
29. Brzeziński P., Leczenie miejscowe w trądziku różowatym *Forum Med. Rodz.* 4/2010, 263-272
30. Pura - Rynasiewicz A., Vincent C. Skóra naczynioruchowa. *Ekspert Anti - aging* nr 28/2011, 5-7
31. Borrie P., Rosacea with special reference to its ocular manifestations *Br. J. Ophthalmol* 65/1953, 458-463
32. Czarnecka A., Tymicka J., Trądzik różowaty- postacie kliniczne i leczenie *Post. Dermat. Alergol.* XXII 2005/3, 156-160
33. Klingman A.M., A personal critique on the state of knowledge of rosacea *Dermatology* 208/2004, 191-197
34. Mieloszyk M., i in., Eksperci o trądziku różowatym. *Les Nouvelles Esthétiques* 1/2016, 66-70
35. Adamski Z., Kaszuba A., *Dermatologia dla kosmetologów*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008, 412