



А.В. Головкин¹, А.В. Веретельник¹, Н.Ю. Резниченко¹, Е.Ф. Петровская²

ПЕРИОРАЛЬНЫЙ ДЕРМАТИТ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

¹Запорожский государственный медицинский университет,

²Запорожская областная детская клиническая больница

Ключові слова: периоральный дерматит, демодекоз, орнидазол.

Ключевые слова: периоральный дерматит, демодекоз, орнидазол.

Key words: perioral dermatitis, demodex, ornidazol.

Визначено основні чинники патогенезу та патофізіології периорального дерматиту, особливості клінічних проявів. Обґрунтовано алгоритм діагностики та вибір лікувальної тактики при тяжких формах периорального дерматиту.

Определены основные причины патогенеза и патофизиологии периорального дерматита, особенности клинических проявлений. Обоснован алгоритм диагностики и выбор лечебной тактики при тяжелых формах периорального дерматита.

The main reasons of pathogenesis and pathophysiology of perioral dermatitis, its clinical peculiarities are described in the article. Diagnostic and treatment methods of severe perioral dermatitis are grounded.

Периоральный дерматит относится к достаточно распространенным дерматозам, частота его выявляемости в различных странах отличается (в среднем от 1 до 10% населения) [1,2]. Несмотря на большое количество научных публикаций о периоральном дерматите, вопрос о нозологической самостоятельности, этиологии и патогенезе этого заболевания до сих пор остается нерешенным, а разработка более эффективных способов лечения и профилактики периорального дерматита имеет не только медицинское, но и социальное значение, так как больные, сохраняя трудоспособность, фактически вынуждены достаточно долго находиться на амбулаторном и даже стационарном лечении [2,4]. Кроме того, длительное существование высыпаний на коже лица, особенно у молодых женщин, приводит к вторичным, подчас серьезным невротическим расстройствам, следствием которых являются снижение трудоспособности, замкнутость, нежелание находиться в коллективе и т. д. [3,5,8,12].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение преимущественных этиологических триггерных факторов, особенности патогенеза и разработка патогенетического лечения периорального дерматита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находились 32 больных периоральным дерматитом (17 женщин и 15 мужчин) в возрасте от 23 до 67 лет. У всех пациентов тщательно собирали жалобы, анамнез заболевания и анамнез жизни, результаты проведенных ранее обследований. У всех пациентов определяли показатели периферической крови, белковые фракции, холестерин, АЛТ, АСТ, тимоловую пробу, креатинин крови, общий белок и белковые фракции. Также проводили исследование гормонов коры надпочечников, щитовидной железы, эстрогенов и тестостерона у женщин и уровень тестостерона в крови у мужчин. При наличии пустул проводили исследование на *Demodex folliculorum*.

Гистологически исследовали биопаты. ИФА IgG anti-*Helicobacter pylori*. Исследования проводились на базе Запорожского областного дерматовенерологического диспансера и диагностической лаборатории «Биолайн». Все пациенты проконсультированы смежными специалистами (гастроэнтерологом, гинекологом).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди сопутствующих заболеваний у 83,6% женщин имелись гинекологические нарушения, у 67,4% общей группы больных – патология желудочно-кишечного тракта, у 37,1% – очаги хронической инфекции в области верхних дыхательных путей, слухового аппарата и ротовой полости, у 32,6% – функциональные расстройства нервной системы.

В анамнезе все больные длительно, иногда годами, использовали местные, в том числе фторированные глюкокортикоиды, которые назначались врачами по поводу различных заболеваний лица (себорейный дерматит, розацеа, вульгарные угри и т. д.).

Поражение кожи у всех больных периоральным дерматитом представлено нефолликулярными милиарными, полусферическими, иногда группирующимися папулами и папуло-везикулами типа «псевдопустул», расположенными на фоне нормально окрашенной или слегка гиперемизированной кожи. Эритема и телеангиоэктазии отмечены только у части больных (у 39,4% и у 64,4% соответственно).

В связи с тем, что локализация высыпаний часто не соответствовала общепринятому названию заболевания, больные разделены на 3 группы, в зависимости от варианта локализации: у 37,9% больных наблюдался периоральный вариант с поражением кожи подбородка, верхней и нижней губы, у углов рта, носогубных и носощечных складок; у 8,3% – периорбитальный вариант с локализацией высыпаний на коже верхних и нижних век, у наружных углов глаз и прилегающих участков щек, а также на переносице и в носощечных складках; у 53,8% больных – смешанный



или комбинированный вариант с поражением иногда всей кожи лица. Морфологические элементы сыпи во всех случаях идентичны. Сопоставление вариантов локализации периорального дерматита с возрастом пациентов и длительностью заболевания показало, что варианты локализации представляют собой взаимопереходные формы, а не стадии развития.

У значительной части больных (87,1%) вокруг красной каймы губ наблюдался ободок непораженной, более бледной кожи шириной 2–3 мм.

Из субъективных ощущений превалировало чувство жжения, стянутости кожи. Зуд был слабым и возникал периодически. У 28% больных субъективные ощущения отсутствовали.

Начало периорального дерматита характеризовалось отсутствием специфических признаков с монотонным течением.

У некоторых больных отмечено сочетание периорального дерматита и розацеа с превалированием клинических признаков того или иного дерматоза. Сопоставление клинических проявлений периорального дерматита и розацеа позволило выявить целый ряд дифференциально-диагностических критериев, отличающих каждое из этих заболеваний, со своеобразной клинической картиной и течением [1,12,13].

Изучение показателей периферической крови больных периоральным дерматитом не выявило явных отклонений от нормы, однако обнаружено небольшое, но достоверное ускорение СОЭ ($9,3 \pm 0,8$), обусловленное, по-видимому, сопутствующими заболеваниями.

Комплексное изучение основных показателей белкового, углеводного, жирового, пигментного обменов, ферментативной активности и ионного гомеостаза не выявило каких-либо различий с соответствующими показателями контрольной группы.

У 1/3 обследованных женщин имелись определенные нарушения в андрогенной функции коры надпочечников [5,7].

В связи с тем, что *Demodex folliculorum* обнаружен только у 1/3 больных периоральным дерматитом, по-видимому, он не играет ведущей роли в формировании этого заболевания.

Гистологическое изучение кожи в очагах поражения показало, что морфологические изменения при периоральном дерматите носили неспецифический характер и были представлены картиной подострого дерматита с признаками атрофии участков эпидермиса в значительном количестве биоптатов [7,9].

У части пациентов с поражениями ЖКТ выявлено наличие *Helicobacter pylori*, что может быть расценено как триггер – наличие хронической инфекции в организме.

В настоящее время обозначается ряд эндогенных и экзогенных факторов в патогенезе периорального дерматита, среди которых выделяются:

- заболевания желудочно-кишечного тракта;
- наличие очагов хронической инфекции в организме, в частности *Helicobacter pylori*;
- психовегетативные нарушения;

- снижение бактерицидных свойств кожи в результате длительного использования местных кортикостероидов;
- снижение неспецифической резистентности организма;
- повышение чувствительности к бактериальным аллергенам;
- эндокринные нарушения, в частности, овариальные дисфункции и изменения метаболизма половых гормонов;
- атрофические явления в эпидермисе в результате продолжительного использования топических стероидов;
- излишнее солнечное облучение.

Таким образом, данные, полученные в ходе клинического наблюдения и комплексного обследования, позволяют подтвердить точку зрения, что периоральный дерматит является самостоятельным мультифакторным заболеванием, а значит лечение периорального дерматита должно быть комплексным. В первую очередь, необходимо выявление и коррекция сопутствующих заболеваний под наблюдением врачей смежных специальностей (терапевта, гинеколога, отоларинголога).

Непосредственное лечение, по результатам наших наблюдений, должно включать 2 этапа. На первом из них основополагающим является отмена кортикостероидных мазей с последующим купированием проявлений дерматита, который наблюдался у 86% больных и возникал на 3–5 день после их отмены. На этом этапе рекомендована гипоаллергенная, сбалансированная диета [2]. Кроме того, назначались антигистаминные и гипосенсибилизирующие препараты. В связи с плохой переносимостью в этот период большинства наружных средств местное лечение ограничивалось растительными примочками, орошением термальной водой, применением эмолиентов, гидратирующих кремов и фотозащитных средств (с SPF от 30 до 60), в некоторых случаях назначали седативные средства.

На втором этапе лечения, после купирования «дерматита отмены», лечение проводилось в зависимости от тяжести клинических проявлений и результатов предварительного обследования.

Наиболее эффективным является патогенетическое лечение периорального дерматита препаратами нитроимидазольной группы. Суточные дозы и продолжительность лечения зависели от выраженности клинических проявлений и их регресса в процессе терапии. Так, 57,8% больных получали орнидазол по 0,2 г 2 раза в сутки в течение 3–6 недель. У больных с более тяжелыми формами (42,2%) доза орнидазола составляла 0,6–0,8 г в сутки с постепенным снижением до 0,4 г в сутки (после достижения явного терапевтического эффекта), обычно начиная с 3-й недели. Общая продолжительность лечения составляла 4–6, у отдельных больных – 8 недель. В результате проведенной терапии клиническое излечение отмечено у 64,7% больных, значительное улучшение – у 31,3%. У 2 пациентов орнидазол был отменен, в связи с появлением крапивницы. У остальных переносимость лечения была хорошей, а среди побочных явлений отмечались обложенность языка белым налетом (у 2/3 больных), металлический вкус и горечь во рту (у 4 больных).

Терапевтический эффект орнидазола при периоральном



дерматите, как показали результаты проведенного обследования, по-видимому, объясняется его бактериостатическим действием в отношении условно-патогенной микрофлоры кожи лица, в том числе демодекоза [3].

ВЫВОДЫ

Учитывая то, что приоритетным направлением в медицине является предотвращение заболевания, профилактикой периорального дерматита является отказ от использования местных кортикостероидных препаратов в лечении любых заболеваний с поражением кожи лица, в первую очередь розацеа, вульгарных угрей, себорейного дерматита, особенно у лиц повышенного риска (больные с наличием очагов хронической инфекции, гинекологическими дисфункциями, хроническими заболеваниями в стадии обострения и после перенесенных тяжелых инфекционных заболеваний).

Перспективы дальнейших исследований. Полученные результаты позволяют рекомендовать проведение дальнейшего исследования этиологии, патогенеза и лечения периорального дерматита и других заболеваний кожи лица.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Адашкевич В.П.* Акне вульгарные и розовые / *В.П. Адашкевич* – М.: Медицинская книга; Н.-Новгород: НГМА, 2003. – 160 с.
2. *Белоусова Т.А.* Медикаментозные акнеформные дерматозы / *Т.А. Белоусова, И.Ю. Нетруненко, Е.В. Тишкина* // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2006. – №5. – С. 64–67.
3. *Быстрицкая Е.А.* Комплексный подход к лечению розацеа, демодекоза и акне у пациенток средней возрастной группы / *Е.А. Быстрицкая, Т.Ф. Быстрицкая, Н.Н. Чернакова* // Клиническая дерматология и венерология. – 2006. – №4. – С. 29–31.
4. *Возианова С.В.* Современный взгляд на систему микроциркуляторного русла кожи и его изменения при розацеа / *С.В. Возианова* // Дерматология і венерологія. – 2004. – №4 (26). – С. 45–48.
5. *Давыдова И.Б.* Местное применение метронидазола в терапии акне и акнеформных дерматозов / *И.Б. Давыдова, Н.А. Чхатвал, М.А. Королева* // Клиническая дерматология и венерология. – 2008. – №5. – С. 73–75.
6. *Коган Б.Г.* Стан судинного тонусу, показники системи гомеостазу та імунного статусу організму хворих на розацеа, демодекоз і дерматит периоральний / *Б.Г. Коган, В.І. Степаненко* // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2005. – №2 (17). – С. 20–25.
7. *Карелина О.Ю.* Периоральный дерматит: лечение азелаиновой кислотой / *О.Ю. Карелина, Ю.М. Карелин* // Клиническая дерматология и венерология. – 2006. – №1. – С. 75–77.
8. Микробиоценоз кожи у больных угревой болезнью и пути его коррекции / *Я.Ф. Кутасевич, И.А. Маштакова, А.Н. Багет [и др.]* // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2003. – №1 (8). – С. 43–47.
9. *Иванова Ю.А.* Особенности иммунологического статуса у больных периоральным дерматитом на фоне иммуномодулирующей терапии / *Ю.А. Иванова, Ю.В. Начаров, Т.Б. Решетникова* // Вестник новых медицинских технологий. – 2007. – Т. XIV, №2. – С. 47–49.
10. *Разнатовский К.И.* Оценка показателей микроциркуляции в области лица у женщин с розацеа / *К.И. Разнатовский, Ф.А. Алиев* // IX Всероссийский съезд дерматовенерологов: тезисы научных работ. – М., 2005. – Т. 1. – С. 96.
11. *Юцковская Я.А.* Оценка состояния психоэмоциональной сферы у больных акне / *Я.А. Юцковская, Е.В. Мельникова, Н.Б. Метляева* // Вестник дерматологии и венерологии. – 2005. – №3. – С. 48–49.
12. *Berg V.* An epidemiological study of rosacea / *V. Berg, S. Liden* // Acta Dermat. Venerol (Stockh). – 2008. – V. 69, №5. – P. 419–423.
13. *Gurer M.A.* The seroprevalence of Helicobacter pylori and nitric oxide in acne rosacea / *M.A. Gurer, A. Trel, D. Erbas [et al.]* // Int. J. Dermatol. – 2009. – V. 41. – P. 768–770.

Сведения об авторах:

Головкин А.В., к. мед. н., ассистент каф. дерматовенерологии и косметологии с циклом эстетической медицины ФПО ЗГМУ.
 Веретельник А.В., к. мед. н., доцент каф. дерматовенерологии и косметологии с циклом эстетической медицины ФПО ЗГМУ.
 Резниченко Н.Ю., к. мед. н., ассистент каф. дерматовенерологии и косметологии с циклом эстетической медицины ФПО ЗГМУ.
 Петровская Е.Ф., врач-дерматовенеролог высшей категории, Запорожская областная детская клиническая больница, диспансерное отделение.

Адрес для переписки:

Головкин Анатолий Вячеславович. 69063, г. Запорожье, ул. Кирова, 67, ЗКОКВД, каф. дерматовенерологии и косметологии с циклом эстетической медицины ФПО ЗГМУ.