

CD4 +, a rise in the level of fractions of the CIC and a decrease in the values of the phagocytic number, the NST test of spontaneous and stimulated, was found. In the course of treatment, 22 patients (comparator group) received standard treatment, while 21 patients (the main group) were used as an immunotherapy drug Immunomax and additionally prescribed a systemic polyenzyme preparation Vobenzym. It was established that patients of the main group undergo more rapid regress of clinical manifestations of pyoderma and reduce the treatment period by 4-6 days relative to patients in the comparative group, as well as a more significant dynamics of immunological parameters: the probable increase in the number of immunocompetent cells with the phenotype of CD3+ CD4+ and phagocytosis and the reduction IgM, IgG and CIC levels with the approach to control group indices. **Conclusion.** In patients with deep and chronic pyoderma signs of secondary immune deficiency, mainly T-cell population and processes of phagocytosis have been established. Appointment in their integrated therapy of immunotropic (immunomax) and polenzimic (vobenzym) drugs accelerates the regress of clinical manifestations of pyoderma, as well as predetermines a more significant positive dynamics of immunological parameters of patients.

© Резниченко Н.Ю., Головкин А.В.

УДК 616.31-031.63:616.5-001/-002]-07-08

ПЕРИОРАЛЬНЫЙ ДЕРМАТИТ. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Н.Ю.Резниченко, А.В.Головкин

Запорожский государственный медицинский университет

PERIORAL DERMATITIS. PECULIARITIES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT

N.Yu. Reznichenko, A.V. Golovkin

Zaporizhzhia State Medical University

Ключевые слова: периоральный дерматит, демодекоз, орнидазол

Актуальность

Периоральный дерматит относится к достаточно распространенным дерматозам, а частота встречаемости его в различных странах в среднем от 1 до 10% популяции [1, 2]. Несмотря на большое количество научных публикаций о периоральном дерматите, вопрос о нозологической самостоятельности, этиологии и патогенезе заболевания остается нерешенным, а разра-

ботка более эффективных способов лечения и профилактики имеет не только медицинское, но и социальное значение, так как больные, сохраняя трудоспособность, фактически вынуждены длительно 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 трудоспособ-

ности, замкнутость, нежелание находиться в коллективе и т.д. [3, 5, 8, 12].

Цель работы

Изучение эффективности и безопасности лечения больных периоральным дерматитом с применением препаратов нитроимидазольной группы.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 32 больных периоральным дерматитом (17 женщин и 15 мужчин) в возрасте от 23 до 67 лет. Пациентам проводились анкетирование, сбор анамнеза, клиническое обследование.

Результаты и 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 32 больных периоральным дерматитом было представлено нефолликулярными милиарными, полусферическими, иногда группирующимися папулами и папуло-везикулами типа «псевдопустул», расположенными на фоне нормально окрашенной или слегка гиперемированной кожи. Эритема и телеангиоэктазии встречались 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 были 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 нососщечных 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 нососщечных складках; у 53,8% больных – смешанный или комбинированный вариант с поражением иногда всей кожи лица. Морфологические элементы сыпи во всех случаях были идентичными. 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 наблюдалось 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 было 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 был 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 было выявлено присутствие *Helicobacter pylori*, что может быть расценено, как триггер – наличие хронической инфекции в организме. В настоящее время, обозначивается ряд эндогенных и экзогенных факторов в патогенезе периорального дерматита: заболевания желудочно-кишечного тракта; наличие очагов хронической инфекции в организме, в частности *Helicobacter pylori*; психо-вегетативные 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 также 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. В связи со всем вышеизложенным 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 два этапа.

На первом этапе 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 рекомендовалась 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 два раза в сутки в течение 3–4–6 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. После проведенной терапии клиническое излечение было отмечено у 64,7% больных и значительное улучшение у 31,3%. У 2 пациентов орнидазол был отменен в связи с появлением крапивницы. У остальных переносимость лечения была хорошей. 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 нами

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 уг-

рей, 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.

Список литературы

1. Адашкевич В. П. Акне вульгарные и розовые. – М.: Медицинская книга, Н. Новгород: НГМА, 2003. – 160 с.
2. Возианова С. В. Современный взгляд на систему микроциркуляторного русла кожи и его изменения при розацеа // Дерматологія і венерологія. – 2004. - №4(26). – С. 45-48.
3. Глухенький Б. Т., Чопик Е. А., Сницаренко О. В. Функциональное состояние печени больных розацеа по данным радионуклидных исследований // Вестн. дерматол. и венерол. – 1986. - №7. С. 38-40.
4. Довжанский С. И., Грашкина И. Г. и др. К патогенезу и терапии розацеа и периорального дерматита // Вестн. дерматол. и венерол. – 1980. - №4. – С. 38-40.
5. Коган Б. Г., Степаненко В. І. Стан судинного тонусу, показники системи гомеостазу та імунного статусу організму хворих на розацеа, демодекоз і дерматит периоральний //Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2005. - №2 (17). – С. 20-25.
6. Кутасевич Я. Ф., Маштакова И. А., Багет А. Н., Шаповалов О.В. Микробиоценоз кожи у больных угревой болезнью и пути его коррекции // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2003. - №1 (8). – С. 43-47.
7. Потекаев Н. С., Потекаев Н. Н., Львов А. Н. Кортикостероидные гормоны в терапии тяжелых форм угрей / Мат. научн.-практ. конф. «Вопросы дерматологии и косметологии». – М., 1998. – С. 119.
8. Разнатовский К. И. Алиев Ф. А. оценка показателей микроциркуляции в области лица у женщин с розацеа / Тез. науч. работ IX Всерос. съезда дерматовенерол. – Москва. – 2005. – Т. 1. – С. 96.
9. Черкасова М. В., Сергеев Ю. В. Тиберал в лечении больных розацеа / Тез. докл. научно-практич. конф. «Новое в диагностике и лечении заболеваний, передающихся половым путем и болезней кожи». – М., 1997. –С. 113-114.
10. Шахмейстер И. Я., Машкилейсон Л. А. «Диане» в терапии гирсутизма, угревой сыпи и себореи // Вестн. дерматол. и венерол. – 1993. - №6. – С. 11-12.
11. Шахнес И. Е., Крепкер Я. Б. Опыт лечения розацеа и периорального дерматита трихополом // Вестн. дерматол. и венерол. 1985. - №3. – С. 55-57.
12. Юцковская Я. А., Мельникова Е. В., Метляева Н. Б. Оценка состояния психоэмоциональной сферы у больных акне // Вестн. дерматол. и венерол. – 2005. - №3. – С. 48-49.

13. Berg V., Liden S. An epidemiological study of rosacea // Acta Dermat. Venerol (Stockh). – 1989. Vol. 69, №5. – P. 419-423.

14. Gurer M. A., Trel A., Erbas D. et al. The seroprevalence of Helicobacter pylori and nitric oxide in acne rosacea // Int. J. Dermatol. – 2002. – Vol. 41. – P. 768-770.

РЕЗЮМЕ

ПЕРИОРАЛЬНЫЙ ДЕРМАТИТ. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Н.Ю.Резниченко, А.В.Головкин

Запорожский государственный медицинский университет

Цель работы. Изучение эффективности и безопасности лечения больных периоральным дерматитом с применением препаратов нитроимидазольной группы.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 32 больных периоральным дерматитом (17 женщин и 15 мужчин) в возрасте от 23 до 67 лет. Проводились анкетирование, сбор анамнеза, клиническое обследование.

Результаты и 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 больные длительно использовали местные, в том числе фторированные глюкокортикоиды, которые назначались врачами по поводу различных заболеваний лица (себорейный дерматит, розацеа, вульгарные угри и т.д.). Полученные данные позволяют подтвердить, что периоральный дерматит является самостоятельным мультифакторным заболеванием. Лечение периорального дерматита должно быть комплексным и включать коррекцию сопутствующих заболеваний под наблюдением врачей смежных специальностей (терапевта, гинеколога, отоларинголога).

Выводы. Профилактикой периорального дерматита является отказ от использования местных кортикостероидных препаратов в лечении заболеваний с поражением кожи лица (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 инфекционных заболеваний).

РЕЗЮМЕ

ПЕРИОРАЛЬНИЙ ДЕРМАТИТ. ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Н.Ю.Резніченко, А.В.Головкін

Запорізький державний медичний університет

Мета роботи. Вивчення ефективності і безпеки лікування хворих на періоральний дерматит із застосуванням препаратів нитроімідазольної групи.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилися 32 хворих на періоральний дерматит (17 жінок і 15 чоловіків) у віці від 23 до 67 років. Проводилися анкетування, збір анамнезу, клінічне обстеження.

Результати та обговорення. Серед супутніх захворювань у 83,6% жінок були гінекологічні порушення, у 67,4% загальної групи хворих – патологія шлунково–кишкового тракту, у 37,1% – вогнища хронічної інфекції в області верхніх дихальних шляхів, слухового апарату і ротової порожнини, у 32,6% – функціональні розлади нервової системи. У анамнезі хворі тривало використовували місцеві, в тому числі фторовані глюкокортикоїди, які призначалися лікарями з приводу різних захворювань (себорейний дерматит, розацеа, вульгарні вугри і т. д.). Отримані дані дозволяють підтвердити, що періоральний дерматит є самостійне мультифакторне захворювання. Лікування периорального дерматиту повинно бути комплексним і включати корекцію супутніх захворювань під наглядом лікарів суміжних спеціальностей (терапевта, гінеколога, отоларинголога).

Висновки. Профілактикою периорального дерматиту є відмова від використання місцевих кортикостероїдних препаратів у лікуванні захворювань з ураженням шкіри (розацеа, вульгарні вугри, себорейний дерматит), особливо у осіб підвищеного ризику (хворі з наявністю вогнищ хронічної інфекції, гінекологічними дисфункціями, хронічними захворюваннями в стадії загострення та після інфекційних захворювань).

SUMMARY

PERIORAL DERMATITIS. PECULIARITIES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT

N.Yu. Reznichenko, A.V. Golovkin

Zaporizhzhia State Medical University

Objective. Study of the effectiveness and safety of treatment of patients with peroral dermatitis using the drugs of the nitroimidazole group.

Materials and methods. Under our supervision were 32 patients with periodic dermatitis (17 women and 15 men) aged 23 to 67 years. A questionnaire was conducted, anamnesis, a clinical examination.

Results and discussion. Among the concomitant diseases, 83.6% of women had gynecological disorders, 67.4% of the general group of patients - pathology of the gastrointestinal tract, 37.1% - the places of chronic upper respiratory tract infection, hearing aid and oral cavity, in 32.6% - functional disorders of the nervous system. In the history of patients, the local, including fluorinated glucocorticoids, which were prescribed by doctors for various illnesses of the face (seborrheic dermatitis, rosacea, vulgar acne, etc.), were used for a long time. The data obtained indicate that periodic dermatitis is an independent multifactorial illness. Treatment of perioral dermatitis should be complex and include correction of accompanying diseases under the supervision of doctors of related specialties (therapist, gynecologist, otolaryngologist).

Conclusions Prevention of perioral dermatitis is the rejection of the use of local corticosteroid drugs in the treatment of diseases of the face skin (rosacea, vulgar acne, seborrheic dermatitis), especially in persons at increased risk (those with chronic foci, gynecological dysfunctions, chronic Diseases in the stage of exacerbation and after infectious diseases).