

Дерматолог

Дерматология, венерология, эстетическая медицина
и смежные дисциплины

№4
2021

Лечение и профилактика рубцов кожи разной этиологии

Международная классификация рубцов

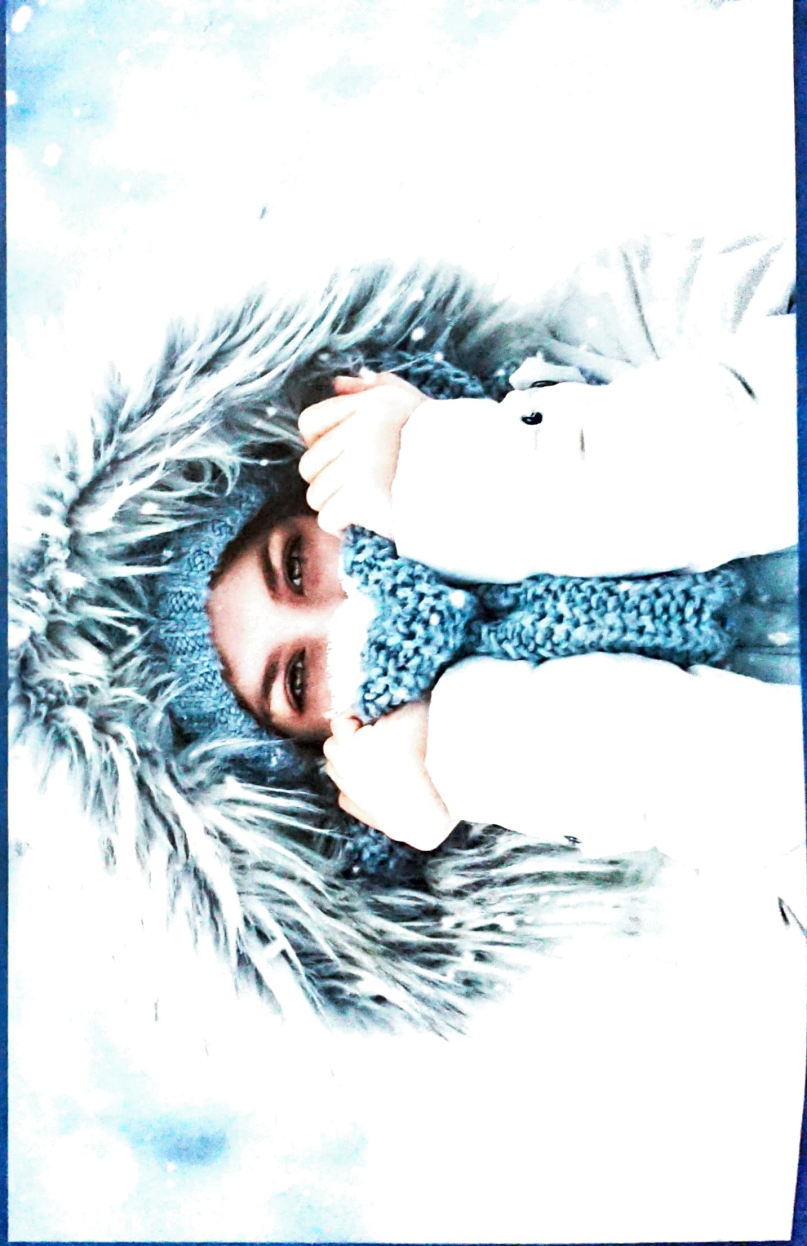
Роль стволовых клеток в регенерации,
рубцевании и заживлении ран

Рекомендации по терапии патологических
рубцов и келоидов

Лазерная терапия и рубцы

Ботулинотерапия в лечении
рубцов

Сравнение эффективности пилингов
в лечении постакне



Тема номера

Лечение и профилактика рубцов кожи разной этиологии

- 258** Международная классификация рубцов, 2019 год
Томас А. Мастоу (Thomas A. Mustoe)
- 264** Роль мезенхимальных стромальных/стволовых клеток в регенерации, рубцевании и заживлении ран
Р. Гильямат-Прагц (Raquel Guillamat-Prats)
- 272** Рекомендации S2k по терапии патологических рубцов (гипертрофические рубцы и келоиды) – обновление 2020
Александр Наст (Alexander Nast), Герд Гауглиц (Gerd Gauglitz), Керстин Лоренц (Kerstin Lorenz), Ханс-Роберт Метельманн (Hans-Robert Metelmann), Уве Пааш (Uwe Paasch), Вратислав Страд (Vratislav Strnad), Майкл Вайдманн (Michael Weidmann), Рикардо Никлас Вернер (Ricardo Niklas Werner), Юрген Бауэршмитц (Jurgen Bauerschmitz)
- 286** Влияние дозирования инъекций ботулинического токсина на внешний вид хирургических рубцов
Ж. Чен (Zhiyou Chen), З. Чен (Zong Chen), Р. Панг (Pan Pang), Ж. Вей (Zhiru Wei), Х. Жанг (Han Zhang), В. Лю, Гуаньшуйай (Wenhui Liu, Guangshuai)
- 294** Лазерная терапия и рубцы
Г. Г. Гауглиц (G. Gauglitz), Я. Пётшке (J. Pötschke), М. Т. Клементони (M. T. Clementoni)
- 304** Сравнение эффективности химического пилинга азелаиновой или пировиноградной кислотой в лечении акне у женщин: рандомизированное контролируемое исследование
Каролина Хиллица (Karolina Chilicka), Александра М. Роговска (Aleksandra M. Rogowska), Рената Шигута (Renata Szyguta), Ивона Дзэндзера-Урбинска (Iwona Dziendziera-Urbinska), Якуб Тарадай (Jakub Taradaj)

Актуальные вопросы дерматологии

- 314** Менеджмент периорального дерматита
М. Пацеля, Э. Мурзина, В. Боровиков
- Клинический случай
- 317** Рецидив базальноклеточной карциномы: случай из клинической практики
С. Василенко, А. Лозинская, Б. Литвиненко
- 321** Шанкриформная пидермия кожи тела полового члена: случай из клинической практики
Ю. Гришко

Ukrainian Digest

- 324** Всемирный день псориаза 2021
Онлайн-конференция
- 330** Третий международный конгресс «KYIV SKIN ALLERGY&IMMUNOLOGY MEETING» (KSAIM)
Онлайн-конгресс
- 332** 17-е Киевские дерматологические дни
Онлайн-конференция

Главный редактор
Литус Александр, Киев

Редакционный совет
Адаксевич Владимир, Витебск
Андрашко Юрий, Ужгород
Каденко Олег, Хмельницкий
Конников Нелли (Nellie Konnikov), Бостон
Литвиненко Богдан, Киев
Ружичка Томас (Thomas Ruzicka), Мюнхен

Редакционная коллегия
Айзатулов Рушан, Донецк
Анфилова Марина, Винница
Билайте Матильда (Matilda Bulaite), Вильнюс
Галдава Георгий (George Galdaiva), Тбилиси
Галыкина Светлана, Тернополь
Гомберг Михаил, Москва
Денисенко Ольга, Черновцы
Дудченко Николай, Полтава
Дюдюн Анатолий, Днепр
Злотогорский Абрахам (Abraham Zlotogorski), Иерусалим
Ищенко Ирина, Киев
Кайдашев Игорь, Полтава
Калужная Людия, Киев
Каримов Санан (Sanan Karimov), Баку
Курченко Андрей, Киев
Кутасевич Янина, Харьков
Лебедюк Михаил, Одесса
Литус Ирина, Киев
Литус Николай, Киев

Мавров Геннадий, Харьков
Мекокишвили Лали (Lali Mekokishvili), Телави
Надашкевич Олег, Львов
Овчаренко Юлия, Харьков
Остапенко Сергей, Киев
Рикберг Анатолий, Киев
Свиатунов Игорь, Киев
Святенко Татьяна, Днепр
Семенова Екатерина, Амстердам
Франкенберг Аркадий, Днепр
Харпер Джон (John Harper), Лондон
Хобзей Кузьма, Киев
Цепколенко Владимир, Одесса

Медицинский редактор
Вадим Боровиков, Киев

Выпускающий редактор
Литвиненко Юлия, Киев

**Перевод с немецкого
и английского**
Гринев Алексей, Киев

**Журнал подготовлен
редакционной группой**



Редакция оставляет за собой право редактирования (в том числе сокращения) присланных материалов
Редакция может публиковать материал, не разделяя взгляды автора.
Материалы со знаком © публикуются на правах рекламы. Материалы со знаком ⊕ содержат информацию про лекарственные средства и предназначены для медицинских работников.
Ответственность за содержание, подбор фактов и изложение в материалах несут авторы
Все права на статьи, иллюстрации, иные материалы, а также художественное оформление принадлежат редакции журнала Дерматолог и охраняются законом
Полное или частичное использование материалов возможно только по письменному разрешению редакции.

Учредитель
ТОВ «ЄВРОДЕРМ»

Регистрационное свидетельство
15776-4248р от 27.10.2009 г

Издатель
ООО «Восточно-Европейская Академия Дерматологии»

Периодичность 4 раза в год

Печать
ТОВ «ЛЕКС ГРУП»
03151, г. Киев, ул. Керченская, 4

Подписано в печать
20.12.2021 года

Тираж 2000 экз

Адрес редакции и издателя
ул. Нагорная, 6/31, 04107, г. Киев
Тел./факс. +38 044 334 58 10

https://derma.medknowhub.com/journals
E-mail: press.medknowhub@gmail.com

ISSN 2218-1296

М. Пацелл, Э. Мурзина, В. Боровиков

НУОЗ Украины имени П.Л. Шуплика
Кафедра дерматовенерологии, аллергологии, клинической и лабораторной иммунологии

Менеджмент периорального дерматита

Периоральный дерматит (синонимы: *dermatitis regionalis*, **стероидный дерматит лица**, **розацеаподобный дерматит**, **аллергический периоральный дерматит**, **периоральный себорейный дерматит**) — хроническое, рецидивирующее заболевание кожи лица, проявляющееся эритематозно-папулезными, папуло-везикулезными, реже папуло-пустулезными высыпаниями преимущественно в периоральной области [1].

Периоральный дерматит имеет не только медицинское, но и социальное значение, так как больные, сохраняя трудоспособность, вынуждены довольно долго находиться на амбулаторном лечении. Длительное существование сыпи на коже лица влияет на качество жизни пациентов [2,3]. В результате заболевание, особенно у молодых женщин, может приводить к невротическим нарушениям, снижению работоспособности, замкнутости, нежеланию находиться в коллективе, семье [3].

Распространенность периорального дерматита среди населения составляет 0,5–1% и почти 2% пациентов, которые обратились к врачу-дерматовенерологу, выставляется диагноз «Периоральный дерматит». Преимущественно им страдают женщины в возрасте 15–45 лет. Заболевание может наблюдаться и в детском возрасте [4]. Пик периорального дерматита приходится на пубертатный период, когда чаще заболевание наблюдается у мальчиков. Необходимо отметить, что люди со светлой кожей болеют чаще.

Провоцирующими факторами являются:

- длительное использование топических глюкокортикостероидов;
- косметические средства;
- фторированная зубная паста;
- мази и кремы для ухода за кожей;
- физические факторы: ультрафиолетовый свет, жара, ветер;
- солнцезащитные средства;
- микробиологические факторы: бактерии-спироиллы, виды *Candida* и другие грибы;

- гормональные факторы;
- оральные контрацептивы;
- употребление жевательной резинки;
- использование различных лекарственных микстур, предназначенных для полоскания ротовой полости;
- использование прополиса [5].

Периоральный дерматит также отмечается после применения на зальных стероидов и стероидных ингаляторов [6]. Особенно те, которые имеют вазелин или парафин новую основу, и носитель изопропилмиростаг, предположительно являются причинными факторами. В австралийском исследовании применение основы в дополнении к увлажняющему средству и ночному крему привело к 13-кратному увеличению риска развития периорального дерматита. Комбинация увлажняющего средства и основы была связана с меньшим, но значительно повышенным риском заболевания, тогда как один только увлажняющий крем не был связан с повышенным риском.

Менеджмент периорального дерматита

Резюме

Статья посвящена обзору современных данных о распространенности, клинических проявлениях, методах диагностики, дифференциальной диагностики и лечения периорального дерматита у детей и взрослых

Ключевые слова

Периоральный дерматит • аллергический дерматит • топические глюкокортикоиды • метронидазол • клиндамицин • пимекролимус

Нередко периоральный дерматит возникает у пациентов, страдающих atopическим дерматитом. По данным литературы, у больных с периоральным дерматитом выявлено избыточное заселение кожи фузиформными бактериями и клещами *demodex folliculorum* в случаях предварительного использования топических стероидов [7,8].

Клинические особенности периорального дерматита

Заболевание характеризуется эритемой разной степени выраженности с четкими границами, а также полусферическими, не фолликулярными, розовато-красными папулами, папуловезикулами, реже папулопустулами, размером 1–2 мм в диаметре, которые локализируются в периоральной, периорбитальной областях, в носогубных складках, а также могут распространяться на кожу подбородка и щек. Характерным признаком периорального дерматита является свободная от высыпаний бледная кожа в виде узкого ободка вокруг красной каймы губ. Типичными жалобами пациентов с периоральным дерматитом являются ощущение жжения, болезненности, а также стянутости и напряжения кожи в области поражения. Зуд возможен, но не характерен.

В зависимости от выраженности клинических проявлений различают: легкую, среднюю, тяжелую (относят гранулематозный периоральный дерматит) степени тяжести.

Для определения степени тяжести периорального дерматита разработан

М.В. Пацеля, Э.О. Мурзина, В.М. Боровиков

Менеджмент периорального дерматиту

Резюме

Стаття присвячена огляду сучасних даних про поширеність, клінічні прояви, методи діагностики, диференційної діагностики та лікування периорального дерматиту у дітей та дорослих.

Ключові слова

Периоральний дерматит • алергічний дерматит • топічні глюкокортикоїди • метронідазол • кліндаміцин • пімекролімус

M.V. Patselya, E.A. Murzina, V.M. Borovykov

Management of perioral dermatitis

Abstract

The article reviews the current data on the prevalence, clinical manifestations, diagnostic methods, differential diagnosis, and treatment of perioral dermatitis in children and adults.

Keywords

Perioral dermatitis • allergic dermatitis • topical steroids • metronidazole • clindamycin • pimecrolimus

индекс PODSI, основанный на оценке степени выраженности клинических проявлений таких как эритема, папулы и шелушение [9]. Значение индекса PODSI представляет собой сумму баллов оценки выраженности эритемы, папул и шелушения, согласно приведенным вариантам характеристики высыпаний для каждой из

степеней тяжести, где «0» означает «отсутствие признака», 1, 2, 3 балла — степень выраженности признака, а также могут использоваться промежуточные степени 0,5; 1,5 и 2,5.

Легкая степень тяжести периорального дерматита соответствует значениям индекса PODSI — 0,5–2,5 (рис. 1), средняя степень тяжести

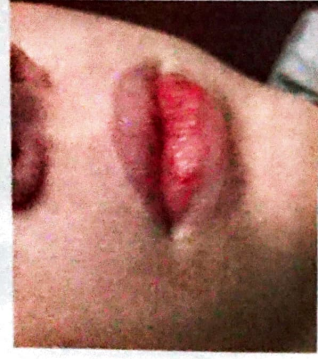


Рис. 1. ▲ Легкая степень

— 3,0–5,5 (■ рис. 2) и тяжелая форма PODSI — 6,0–9,0 (■ рис. 3).

Диагностика периорального дерматита основывается на анализе анамнеза и клинических проявлений. Для верификации гранулематозной формы заболевания проводят гистологическое исследование [10].

Дифференциальный диагноз проводят с розацеа, атопическим дерматитом, акне, себорейным дерматитом, контактным дерматитом, саркоидозом [11,12].

Лечение периорального дерматита

Выбор препарата и метода лечения периорального дерматита зависит от степени тяжести и стадии заболевания. На период лечения, независимо от выбранного метода терапии, прекращают использование очищающих и увлажняющих косметических средств, декоративной косметики, фторированных зубных паст, а так же наружных и системных препаратов, содержащих глюкокортикостероиды (при отмене системных препаратов, содержащих глюкокортикостероиды, необходимо учитывать показания, по которым препараты были назначены, пациенту следует рекомендовать консультацию врача их назначившего по вопросу возможной отмены препарата).

Системные антибиотики назначают при тяжелых формах заболевания. Терапия системными антибиотиками (тетрациклин, доксициклин, азитромицин, эри-

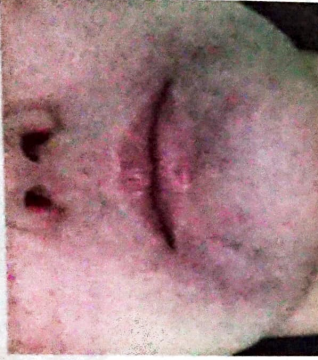


Рис. 2. ▲ Средняя степень

томицин) проводится в течение 4-8 недель, включая постепенное снижение дозы в последние 2-4 недели.

Профилактика: ограничение использования препаратов, содержащих глюкокортикостероиды, ограничение использования косметических средств.

Литература

1. Савоскина В.А. Периоральный дерматит: клиника, дифференциальный диагноз, терапия. Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. 2013, №1, С.7-11.
2. Адаскевич В.П., Мадлеец М.О. Диагностика периорального дерматита. Кожные и венерические болезни. 2019, №6: С.59-67.
3. Резниченко, Н. Ю., Головкин, А. В. Периоральный дерматит: Особенности диагностики и лечения. Журнал дерматовенерологии та косметології ім. МО Горушева. 2017, 1: 18-23.
4. Адаскевич В. П. Периоральный дерматит у детей. Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum, 2014, 1: 83-85.
5. Budimir V, Brailo V, Alajbeg I, Yucicevic Boras V, Budimit J. Allergic contact cheilitis and perioral dermatitis caused by propolis: case report. Acta Dermatovenerol Croat. 2012; 20 (3): 187–90
6. Peralta L., Morais P. Perioral dermatitis – the role of nasal steroids. Cutan Ocul Toxicol. 2012 Jun. 31(2): 160-3.
7. Дюдон А. Д. и соавт. Особенности комплексного лечения больших акнеподобными, эритематосквамозными поражениями кожи лица с клебеловой инфекцией Demodex folliculorum. Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология, 2010, 3: 194-197.
8. Адаскевич, В. П., и соавт. Возможная роль фузиформных бактерий в этиопатогенезе периорального дерматита. Вестник ВГМУ 18 3 (2019). 75-80
9. Wollenberg A., Oppel T. Scoring of skin lesions with the perioral dermatitis severity index (PODSI). Acta dermato-venereologica, 2006, 86 3: 254-255.
- 10 Kim, Yoon Jee, et al. Childhood granulomatous periorificial dermatitis. Annals of dermatology, 2011, 23.3: 386-388



Рис. 3. ▲ Тяжелая степень

11. Ashton R., Leppard B., Cooper H. Differential diagnosis in dermatology, fourth edition, CRC Press, 2014. – 416 с.
12. Дерматология Физцатрика в клинической практике. Том 2. С. 776-779