

3. Вирусные диареи в этиологической структуре острых кишечных инфекций у детей, госпитализированных в стационар г. Москвы / Е.А. Дорошина [и др.] // Инфекционные болезни. – 2009. – Т. 7, № 3. – С. 84-87.
4. Этиологическая структура острых инфекционных диарей у детей и взрослых / С.В. Хапиуллина [и др.] // Практ. медицина. – 2012. – № 1. – С. 13-15.
5. Ротавирусная инфекция в Республике Беларусь: Характеристика эпидемического процесса, оценка бремени заболевания и структура G-P популяции возбудителя / В.Г. Гудков [и др.] // Здравоохранение. – 2010. – № 11. – С. 28-33.
6. Генетическое разнообразие норовирусов, вызвавших заболеваемость острыми кишечными инфекциями в Минске в 2009-2010 гг. / Н.В. Поклонская [и др.] // Здравоохранение. – 2010. – № 10. – С. 30-36.
7. Norovirus pathogenesis: mechanisms of persistence and immune evasion in human populations / E. Donaldson [et al.] // Immunol. – 2008. – Vol. 225. – P. 190-211.

МЕСТНАЯ И СИСТЕМНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРИОРАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА

Мяделец М.О.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Перiorальный дерматит (ПД) – это хроническое, рецидивирующее заболевание кожи лица с недостаточно изученными этиологией и патогенезом, которое развивается преимущественно у женщин молодого и среднего возраста. Данное заболевание относится к поражениям кожи лица, симптомами которого являются эритема, папулезные и пустулезные элементы с различной степенью выраженности [1].

Терапия перiorального дерматита до сих пор остаётся сложным и спорным моментом, так как лечение длительное и многокурсовое. Выбор препарата или метода зависит обычно от тяжести и стадии перiorального дерматита в связи с невыясненной этиологией заболевания. Разработка более эффективных способов лечения и профилактики ПД 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].

Целью настоящего исследования явился выбор местной и системной терапии перiorального дерматита с учётом тяжести заболевания.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 267 больных перiorальным дерматитом: 248 женщин, 19 мужчин (соотношение женщин и мужчин составило 13:1).

Возрастная характеристика больных перiorальным дерматитом: до 20 лет – 16 человек (6%), 20-29 лет – 106 (39,7%), 30-39 лет – 64 человека (24%), 40-49 лет – 57 (21,3%), 50-59 лет – 16 пациентов (6%), 60-69 лет – 8 пациентов (3%).

Продолжительность заболевания составила: до 1 месяца – 14 больных (5,2%); 1-6 месяцев – 85 больных (31,8%); 7-12 месяцев – 17 пациентов (6,7%); 1-2 года – 53 больных (19,9%); 2-5 лет – 48 больных (18%); свыше 5 лет - 50 больных (18,7%) перiorальным дерматитом.

Фототип кожи I выявлен у 9 больных (3,4%), фототип III – у 93 больных (34,8%), IV фототип – у 9 больных (3,4%), наиболее характерный для наших широт фототип кожи II – у 156 больных (58,4%).

Наиболее часто встречающимися провоцирующими факторами развития перiorального дерматита являлись: местное применение кортикостероидов – у 89 больных (33,3%), косметические средства – у 166 (62,5%), стресс – у 94 пациентов (35,2%), солнце – у 97 (36,3%), жара – у 77 больных (28,8%), холод – у 60 (22,5%), ветер – у 51 пациентов (19,1%), горячие ванны – у 80 (30%), употребление алкогольных напитков (красного вина) – у 83 (31%), горячего чая, кофе – у 79 (29,6%), острой пищи – у 42 (15,7%) больных перiorальным дерматитом. У 53 (19,9%) пациентов был обнаружен *Demodex folliculorum*.

У наблюдаемых пациентов встречались следующие клинические варианты периорального дерматита: периоральный – у 166 больных (62,2%), периназальный – у 3 пациентов (1,12%), периокулярный – у 1 больного (0,4%), периоральный и периназальный – у 18 пациентов (6,7%), периоральный и периокулярный – у 13 больных (4,9%), периназальный и периокулярный – у 5 пациентов (1,9%), смешанный – у 59 пациентов (22,1%). Наличие типичного для периорального дерматита признака - светлого ободка непораженной кожи вокруг красной каймы губ, отмечалось у 234 пациентов (71%).

Высыпания представляли собой полусферические, гиперемизированные нефолликулярные мелкие папулы, которые располагались на эритематозной коже. У некоторых больных обнаруживались папулопустулы, папуловезикулы и папулосквамозные высыпания.

Результаты и обсуждение. Предпосылкой успешного лечения периорального дерматита любой степени тяжести является отмена всех наружных средств (так называемая нулевая терапия), в частности наружных кортикостероидов и других средств (шампуни, крема, увлажняющее молочко). Одного лишь этого мероприятия бывает достаточно при лёгких формах заболевания, чтобы через несколько недель добиться успеха [2].

При среднетяжёлых формах заболевания, при которых отмечается появление эритемы и папулёзных высыпаний, в качестве наружной и внутренней терапии назначают метронидазол: внутрь ежедневно от 1 до 2 г в течение двух недель (2 - 4 курса с перерывами на 1 неделю); местно метрогил-гель (1%) или крем (1%).

В качестве системного средства при тяжёлых формах заболевания (наличие пустул) в комбинации с вышеназванными местными медикаментами эффективными считаются тетрациклины, такие как доксицилин (юнидокс солютаб). Препарат назначается по 0,1 г в сутки в течение 10 дней (2-3 курса с десятидневными перерывами) либо по 50 мг в сутки в течение 8-10 недель.

При резистентности к проводимой терапии предлагаются ингибиторы кальциневрина (пимекролимус), которые представляют собой современный подход к лечению периорального дерматита. Наш опыт полностью подтверждает положительные сообщения о применении этих препаратов при лёгких и среднетяжёлых формах заболевания, а также в комплексной терапии тяжёлого течения дерматоза. Пимекролимус 1% крем применяется местно 1-2 раза в день в течение 1,5-2 месяцев.

Ещё одним эффективным системным препаратом при тяжёлых формах заболевания и резистентности к терапии является изотретиноин (роаккутан). В данном случае имеет место расширение показаний этого оправдавшего себя при лечении акне лекарства, причём следует отметить, что официально он не разрешён для терапии периорального дерматита, его применение ограничено применением «вне инструкции». Назначается роаккутан в суточной дозе 0,2 – 0,3 мг на кг веса. Лечение занимает от 2 до 4 месяцев. Поскольку заболевание поражает чаще всего молодых женщин, следует строго придерживаться правил контрацепции [3].

На период лечения отменяют косметические средства для увлажнения и очистки кожи, декоративную косметику, местные кортикостероиды (если они применялись), фторированные зубные пасты, жевательные резинки. Пациентов следует предупредить о возможном обострении заболевания в начальном периоде лечения, а также о достаточно длительном времени наступления ремиссии, несмотря на правильно выбранную терапию. Если удаётся установить причинные факторы обострения, их необходимо устранить.

Наблюдаемым пациентам в соответствии с тяжестью заболевания проводилась следующая терапия (таблица 1).

Таблица 1. Терапия периорального дерматита с учётом тяжести заболевания

Тяжесть заболевания	Проводимая терапия	Количество пациентов (%)
Лёгкая или средне-тяжелая форма с наличием эритемы и папул	Метронидазол : наружно (метрогил - гель 1%, крем 1%) и внутрь	157 (58,8%)
Тяжелая форма с преобладанием пустулёзных высыпаний	Антибиотики: наружно (эритромицин – мазь, гель) и внутрь (юнидокс соллютаб)	78 (29,2%)
Лёгкая, средней тяжести или тяжёлая форма + резистентность к проводимой терапии	Элидел (пимекролимус) – крем 1%	62 (23,2%)
Тяжёлая форма + резистентность к терапии	Роаккутан (изотретиноин)	1 (0,4%)

В результате дифференцированного подхода к лечению периорального дерматита отмечено значительное улучшение состояния кожи с уменьшением эритемы в очагах поражения и регрессированием папулёзно-пустулёзных элементов.

Выводы. Используемая схема лечения основана на детальном анализе локальных изменений и степени тяжести заболевания. Утяжеление процесса и формирование резистентности к проводимой терапии требует назначения высокоэффективных препаратов, применение которых сопровождается побочными эффектами и требует постоянного наблюдения специалистов.

Литература:

1. Громов, М.С. Диагностические критерии, эпидемиология и обоснование клинико-патогенетических типов течения периорального дерматита / М.С. Громов, В.А. Грашкин // Воен.-мед. журн. – 2010. – N 10. – С. 32-45.
2. Олисова, О.Ю. Периоральный дерматит / О.Ю. Олисова, С.А. Громова // РМЖ. – 2003. – № 11(17). – С. 972-975.
3. Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venerologie / P. Lehmann [et al.]. – Bd. 19. – Berlin : Springer, 2005. – P. 515-17.

ОСТРАЯ И ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ ПАРВОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Редненко А.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Парвовирус В19 широко распространен в мире и может вызывать острую и хроническую инфекцию. Возбудитель передается преимущественно воздушно-капельным путем, а также парентерально, при введении контаминированных препаратов крови, и вертикально от матери к плоду. Основным проявлением острой парвовирусной инфекции является инфекционная эритема, которая наблюдается преимущественно в детском возрасте. Для взрослых более характерны преходящие артропатии, однако, в любом возрасте инфицирование парвовирусом может протекать бессимптомно или проявляться неспецифическими симптомами острого респираторного заболевания. При реализации вертикального механизма передачи инфицирование плода может привести к прерыванию беременности, развитию неиммунной водянки плода и его гибели [1].

Парвовирус В19 термостабилен, поэтому инфицирование возможно также и при переливании препаратов, получаемых в результате переработки донорской крови. Показано, что частота выявления парвовируса В19 у доноров различных регионов мира колеблется в пределах от 0,003% до 1,3% [2]. Парвовирусная инфекция стимулирует формирование преимущественно гуморального иммунного ответа. Считается, что специфические IgG персистируют пожизненно, предохраняя человека от повторного заражения [2].