

Периоральный дерматит у детей

В.П.Адаскевич

УО Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Республика Беларусь

Периоральный дерматит (ПД), или *dermatitis perioralis*, стероидиндуцированный дерматит лица, розацеаподобный дерматит, светочувствительный дерматит, аллергический периоральный дерматит, периоральный себорейный дерматит, болезнь стюардесс, – это хронический рецидивирующий розацеаподобный дерматоз неясного генеза с периоральной локализацией полусферических мелких папул, папуло-везикул и редко папуло-пustул на диффузно-воспаленной эритематозной коже. Термин ПД был введен R.Mihan и S.Ayres в 1964 г, когда они описали 21 пациента с таким заболеванием [1].

Эпидемиология

Среди взрослых пациентов с ПД женщины составляют около 90%. Дети также подвержены этому заболеванию [2]. Возраст пораженных детей и подростков варьирует от 6 мес до 18 лет (рис. 1), причем заболевание особенно выражено в предпубертатном периоде [3]. Средняя продолжительность ПД у детей составляет 8 мес. В детском возрасте в одинаковой степени болеют мальчики и девочки, не отмечается также значительных отличий по заболеваемости в разных этнических группах, а также у лиц с темным и светлым типом кожи [2, 3].

Этиопатогенез

Хотя к распространенным заболеваниям ПД не относится, в детском возрасте он встречается не так редко. У детей ПД не всегда распознается, а в подростковом возрасте иногда принимается за акне. Точное происхождение болезни неизвестно. Возможно, в основе ПД лежит проявляющийся высыпаниями на лице идиосинкритический ответ на экзогенные воздействия, такие как местные фторированные кортикостероиды или другие субстанции. Причиной ПД могут быть самые разные факторы: инфекции, местные кортикостероиды, особенно фторированные [4, 5], фторированные зубные пасты и растворы для полоскания полости рта [6], увлажняющие кремы [7], а также стероиды в форме ингаляций у детей-астматиков [8, 9]. Применение топических кортикостероидов считается одним из основных провоцирующих факторов ПД. Фторированные средства по уходу за полостью рта и продукты по уходу за кожей, содержащие вазелин, парафин или изопропилмиристат, могут также вызывать это состояние. Согласно одной из теорий происхождение ПД, возможно, связано с применением ингаля-

ционных стероидов, которые способны накапливаться в коже и оказывать прямое местное действие [8–10]. В одном большом исследовании по изучению местных побочных эффектов ингаляторов было показано, что примерно у 3% детей, применяющих ингаляторы со стероидами, развивался ПД [8]. Другие авторы также отмечают такой ответ на подобный режим терапии [9]. ПД нередко возникает у пациентов, страдающих атопическим дерматитом. У пациентов с астмой и атопическим дерматитом в анамнезе может развиваться ПД, ассоциированный с атопией [11].

Недавние исследования показали, что у детей ПД иногда вызывают применяющиеся на лицо солнцезащитные кремы. Поэтому рекомендуется тестировать любое солнцезащитное средство, прежде чем применять его на лице у ребенка. Физические факторы, такие как жара, ультрафиолетовое облучение и ветер, также могут обострять имеющиеся симптомы.

По данным некоторых авторов, в большинстве случаев ПД является идиопатическим, т.е. вызван не проявляющими факторами, а связан с врожденным нарушением барьерной функции эпидермиса и повышенной чувствительностью кожи.

Клиническая картина

ПД у детей может вызывать симптомы боли и раздражения кожи. Склонность детей к этому заболеванию неудивительна, поскольку детская кожа более чувствительна по сравнению с кожей взрослых. У детей могут развиться красные или розовые микропапулы вокруг рта, иногда такие микропапулы могут появиться вокруг глаз и носа (рис. 2). Микровезикулы и микропузыри наблюдаются значительно реже. Щеки, как правило, не поражаются. Другие топографические зоны затрагиваются редко, хотя у детей с ПД могут отмечаться периодические высыпания на коже, гиперемия кожи, сухость, зуд и шелушение. Течение заболевания волнообразное, с периодическими обострениями и ремиссиями в течение нескольких недель или месяцев.

Некоторые авторы предлагают называть это состояние периорифициальным дерматитом (рис. 3), поскольку оно проявляется высыпаниями вокруг естественных отверстий, а термин «периорифициальный дерматит» включает в себя поражение разных областей: периоральной, периназальной и периокулярной [3, 12].

Особой формой ПД является периорифициальный гранулематозный дерматит, который встречается у детей афро-カリбского происхождения. Причина разви-

Рис. 1. ПД у 3-летнего ребенка.



Рис. 2. ПД у 10-летней девочки.



тия периорифициального грануллематозного дерматита неизвестна. Заболевание характеризуется появлением мелких мономорфных папулезных высыпаний вокруг рта, носа и глаз. Высыпания сохраняются в течение нескольких месяцев и разрешаются без формирования рубцов.

Лабораторные показатели неспецифические. Гистологически заболевание неотличимо от розацеа. Наблюдается поверхностная перифолликулярная грануллема, состоящая из эпителиоидных клеток, и лимфогистиоцитарный инфильтрат с отдельными гигантскими клетками. Если в клинике преобладают папулы и пустулы, то гистологически отмечается грануллематозное воспаление и иногда перифолликулярные абсцессы. Для грануллематозной формы ПД характерны творожистоподобные гранулемы.

Диагностика

Диагностические признаки ПД следующие: 1) отсутствие общих симптомов; 2) периорифициальное расположение (периоральное, периназальное, периорбитальное); 3) кожная сыпь в форме эритематозных, воспалительных микропапул, микровезикул или реже пустул; 4) наличие полоски непораженной кожи вокруг ротовой полости (рис. 4); 5) зуд разной степени выраженности.

Дифференциальная диагностика ПД у детей проводится с другими дерматозами, такими как акне, розацеа, контактный дерматит раздражения (ирритантный), аллергический контактный дерматит, импетиго, себорейный дерматит, атопический дерматит, энтеропатический акродерматит, контагиозный моллюск, юношеские бородавки (табл. 1). Дерматит «облизывания» является вариантом хронического ирритантного контактного хейлита, который чаще встречается у детей, чем у взрослых. Хотя может поражаться только красная кайма губ, в большинстве случаев красные папулы, шелушение и иногда трещины и корки образуют четко очерченное кольцо вокруг губ. Очики располагаются на уровне достижимости для языка, при этом уголки рта остаются свободными от высыпаний. Дерматит «облизывания» возникает в результате многократного намокания и высыхания кожи в периоральной области, обострения дерматита обычно наблюдаются зимой, в холодные и сухие зимние месяцы. Активное применение смягчающих нейтральных эмульсий может улучшить состояние очагов, но полностью они исчезнут только после прекращения привычки облизывать губы.

Для количественного учета объективных симптомов ПД предложен клинический балльный индекс – Perioral Dermatitis Severity Index (PODSI), или индекс тяжести ПД (ИТПОД) [13]. Ключевыми признаками высыпа-

Рис. 3. Периорифициальный дерматит у подростка.



Рис. 4. Непораженная кожа вокруг рта у ребенка с ПД.



ний на лице в случае ПД являются эритема, папулы и шелушение. Все эти признаки представляют собой объективные симптомы как легкой, так и тяжелой формы заболевания. Все они включены в предложенную систему балльной оценки и отражают различия в легкой и тяжелой формах заболевания. Эритема оценивается по цвету (например, розово-красная в отличие от синюшно-красной), интенсивности (бледно-красная в отличие от темно-красной) и по занимаемой площади в диапазоне от 0 до 3 баллов. Папулы учитываются по количеству, размеру и окраске также в диапазоне от 0 до 3 баллов. Шелушение оценивается по интенсивности, размеру и распространенности че-

Таблица 1. Дифференциальная диагностика ПД у детей

Заболевание	Отличительные признаки
Акне	Акне милиарное или комедоновое в возрасте от 8 до 12 лет с закрытыми микрокомедонами и черными точечными порами (открытые комедоны). С увеличением возраста добавляются папулы и пустулы, иногда болезненные кисты и узлы
Розацеа	Редко встречается у детей. Отмечается телеангиэкзазии и персистирующая эритема лица, возможно поражение глаз
Раздражительный контактный дерматит	Отмечается красные папулы и шелушение с непораженной кожей вокруг губ. Дерматит «облизывания» является вариантом хронического ирритантного контактного дерматита
Аллергический контактный дерматит	Типичная клиническая картина проявляется везикулами, папуловезикулами на эритематозном основании, выраженным зудом и ощущением жжения
Контагиозное импетиго	Вялые, быстро вскрывающиеся пузырьки (фликтены) и формирующиеся затем корки желто-медового цвета
Себорейный дерматит	Жирные или сухие чешуйки в носогубных складках с мелкопластинчатым шелушением на умеренно эритематозном основании
Атопический дерматит	Семейный и личный анамнез атопии. Высыпания на других типичных участках с характерными клиническими признаками. Выраженный зуд кожи
Энтеропатический акродерматит	Четко очерченные, эритематозные, шелушиющиеся бляшки, иногда импетигинизированные эрозии не только в периоральной области, но и вокруг глаз и гениталий, а затем на акральных участках
Контагиозный моллюск	Папулы телесного цвета с пупковидным вдавлением, обычно на сухой коже
Юношеские бородавки	Папулы с коричневой пигментацией на широком основании, расположены вокруг рта

Таблица 2. Балльная оценка высыпаний на коже с применением ИТПОД

Признаки	1-я степень	2-я степень	3-я степень
Эритема	Слабая, розовая бледная, незаметная	Умеренная, красноватая, пятнистая	Выраженная, темно-красная, диффузная, сливающаяся
Папулы	Мало, крошечные, цвета кожи	Несколько, умеренно выраженные, диссеминированные	Многочисленные, тяжелые, эритематозные, скопления
Шелушение	Слабое, тонкое, едва видимое	Умеренное, заметное	Тяжелое, большое, обширное

Таблица 3. Местная и системная терапия ПД

Местные препараты	Системные препараты
Метронидазол (Метрогель, Розамет, Метрогил, Метронидазол) – гель 1%, крем 1% Азелаиновая кислота (Скинорен) – гель 15% Эритромицин – раствор, гель Клиндамицин (Далацин Т) – гель 1% Пимекролимус (Элидел) – крем 1% Такролимус (Протопик) – мазь 0,03%; 0,1%	Метронидазол Антибиотики: • тетрациклин • эритромицин • доксициклин • миноциклин

шумек в том же диапазоне от 0 до 3 баллов. Чтобы свести к минимуму разнотечения в интерпретации шелушения, индекс ИТПОД применяется только к кожным очагам, которые не получали лечения как минимум в течение 6 ч. В то время как эритема и папулы являются наиболее важными симптомами заболевания, шелушение было включено в индекс для того, чтобы лучше оценить незначительные различия в вариантах заболевания. Везикулезные и пустулезные очаги, а также отек лица в индекс не включены. Они наблюдаются лишь у незначительного числа пациентов. У больных очень тяжелым ПД с наличием пустул и отека в любом случае ожидаются высокие баллы при оценке эритемы, папул и шелушения. Индекс ИТПОД определяется подсчетом баллов по отдельности для эритемы, папул и шелушения (табл. 2). Каждый из этих ключевых признаков градируется по шкале от 0 до 3 баллов, включая промежуточные величины (0,5; 1,5 и 2,5).

Индекс определяется как сумма баллов по трем признакам и может находиться в диапазоне от 0 до 9. У всех пациентов с показателем ИТПОД от 0,5 до 2,5 заболевание присутствует в легкой степени, тяжелая степень заболевания имеет показатель ИТПОД от 6,0 до 9,0. Все остальные пациенты с показателем ИТПОД от 3,0 до 5,5 имеют умеренную степень заболевания.

Лечение

Существуют разные пути ведения, лечения и профилактики ПД. Вначале необходимо установить возможные провоцирующие факторы заболевания или причины симптомов. Терапия начинается с отмены местных фторированных кортикоステроидов, если они применялись до этого, и назначают метронидазол только местно или в комбинации с системным приемом тетрациклина или эритромицина в зависимости от возраста ребенка. Для детей старше 12 лет назначают тетрациклин внутрь, а для детей младше 12 лет рекомендуется эритромицин внутрь. Необходимо отменить медикаменты, которые, возможно, спровоцировали заболевание, а также разные косметические средства и препараты по уходу за полостью рта. В этом смогут помочь родители, которые знают о разных средствах по уходу за лицом и полостью рта у детей.

В острой стадии дерматита рекомендуются холодные примочки из настоев трав (ромашка, череда, шалфей, крапива), 1–2% водного раствора резорцина или 2% раствора борной кислоты, а также цинковые взбалтываемые взвеси. Метронидазол (гель, крем) применяется 2 раза в сутки. Этот препарат имидазольной группы ингибитирует генерацию активных форм кислорода, обладает выраженным противовоспалительным и иммуносупрессивным действием. Эритромицин (раствор, крем, гель) назначается 2 раза в сутки. Препа-

рат действует на микроорганизмы бактериостатически, не противопоказан при лечении беременных и детей. Азелаиновая кислота (крем или гель Скинорен) применяется 2 раза в сутки в течение 3–4 мес. Препарат относится к производным дикарбоновой кислоты с выраженным антимикробным, противовоспалительным и кератолитическим эффектом. Пимекролимус 1% крем (Элидел) наносится 2 раза в сутки до исчезновения клинических проявлений ПД. Мазь с такролимусом (Протопику) 0,03% (с 2 лет) и 0,1% (с 12 лет) показана 2 раза в сутки до исчезновения клинических проявлений ПД. Если 4-недельный курс местного лечения не приносит результатов, назначают системные антибиотики или метронидазол внутрь (табл. 3).

Прогноз

Заболевание протекает монотонно, но его течение прерывается эпизодическими, непредсказуемыми обострениями. Иногда состояние пациентов может спонтанно улучшаться. При проведении адекватной терапии прогноз ПД благоприятный. Число рецидивов после лечения незначительно.

Литература

1. Mikan R, Ayres S. Perioral dermatitis. *Arch Dermatol* 1964; 89: 803–5.
2. Laude TA, Salvemini JN. Perioral dermatitis in children. *Semin Cutan Med Surg* 1999; 18: 206–9.
3. Nguyen V, Eichenfield LF. Periorificial dermatitis in children and adolescents. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55: 781–5.
4. Manders SM, Lucky AW. Perioral dermatitis in childhood. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27: 688–92.
5. Cohen HJ. Perioral dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 1981; 4: 739–40.
6. Ferlito TA. Tartar-control toothpaste and perioral dermatitis. *J Clin Orthod* 1992; 26: 43–4.
7. Kalkhoff KW, Buck A. Etiology of perioral dermatitis. *Hautarzt* 1977; 28: 74–7.
8. Dubus JC, Marguet C, Deschidre A et al. Local side-effects of inhaled corticosteroids in asthmatic children: influence of drug, dose, age and devise. *Allergy* 2001; 56: 944–94.
9. Held E, Ottевanger V, Petersen CS, Weismann K. Perioral dermatitis in children under steroid inhalation therapy. *Ugeskr Laeger* 1997; 159: 7002–3.
10. Poulos GA, Brodell RT. Perioral dermatitis associated with an inhaled corticosteroid. *Arch Dermatol* 2007; 143 (11): 1460.
11. Oehlschlaeger G, Schmabel P. Perioral dermatitis and the atopic constitution. *Hautarzt* 1979; 30 (10): 532–6.
12. Kibiczkak GG, Cruz MA, Schwartz RA. Periorificial dermatitis in children: an update and description of a child with striking features. *Int J Dermatol* 2009; 48: 304–6.
13. Wollenberg A, Oppel T. Scoring of skin lesions with the perioral dermatitis severity index (PODSI). *Acta Derm Venereol* 2006; 86 (3): 251–2.