

КАЗАНСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

А.Р. АБДРАХМАНОВ

ЗАБОЛЕВАНИЯ САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ

Учебное пособие



КАЗАНЬ

2023

УДК 616.53-002(075.8)

ББК 55.83я73

*Принято на расширенном заседании учебно-методической комиссии ИФМиБ
Протокол № 2 от 18 сентября 2023 года*

Рецензенты:

Заведующий кафедрой дерматовенерологии ФГБОУ ВО «Казанский
государственный медицинский университет» МЗ РФ,

д.м.н., профессор, **Абдрахманов Р.М.**

Заведующий кафедрой внутренних болезней

Института фундаментальной медицины и биологии

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) Федеральный университет»,

к.м.н., доцент **Абдулхаков С.Р.**

Абдрахманов А.Р.

Заболевания сальных желез: электронное учебное пособие / А.Р. Абдрахманов.
– Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2023. – 30 с.

Учебное пособие для обучающихся по программам высшего и дополнительного профессионального образования по специальности 3.1.23. - «Дерматовенерология». Издание содержит новые знания (классификация, современные взгляды на патогенез, подходы и принципы диагностики), даны краткие конспекты наиболее трудных в изучении тем, способствующие формированию умений с последующей реализацией навыков в практической деятельности

УДК 616.53-002(075.8)

ББК 55.83я73

© Абдрахманов А.Р., 2023

© Издательство Казанского университета, 2023

Исходные требования к обучающимся:

Должен владеть следующими универсальными компетенциями (УК):

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий

УК-4. Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия.

Общепрофессиональными компетенциями (ОПК):

ОПК-1. Способен использовать и применять фундаментальные и прикладные медицинские, естественнонаучные знания для постановки и решения стандартных и инновационных задач профессиональной деятельности

ОПК-8. Способен соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами

Требуемые конечные результаты обучения по теме:

Учебное пособие направлено на формирование следующих компетенций:

ПК-5 – способность и готовность проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного.

ПК-20 Способность и готовность назначать больным адекватное лечение в соответствии с выставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным и инфекционными и неинфекционными заболеваниями.

Блок информации по теме

К заболеваниям сальных желез относятся:

- Себорея.
- Вульгарные угри.
- Розацеа и розацеаподобный дерматит.
- Демодекоз.

Себорея

- **Себорейный дерматит** – хроническое рецидивирующее заболевание кожи, проявляющееся воспалением и десквамацией кожи в областях скопления сальных желез.
- Для себорейного дерматита характерно изменение качественного состава и количества кожного сала, нарушение эпидермального барьера и дефектный иммунный ответ на колонизацию кожи *Malassezia spp.*

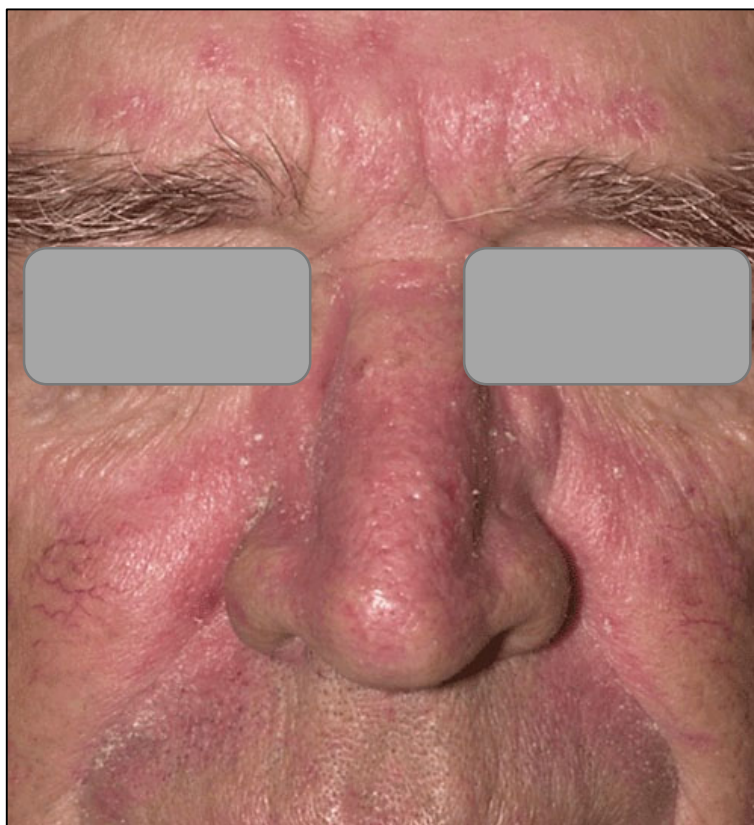


Рис. 1. Пациент с себорейным дерматитом

Источник: <https://avatars.mds.yandex.net/get-images-cbir/2362899/ErBRN5MJvmD9Ua3Gh7wjtg5963/ocr>

Этиология и патогенез

- Увеличение дрожжеподобных грибов у пациентов с себорейным дерматитом по сравнению со здоровыми людьми;
- Генетические особенности секреции сальной железы;
- Особенности эпидермального барьера;
- Дефектный иммунный ответ на колонизацию кожи *Malassezia spp.*

Предрасполагающие факторы:

психоэмоциональное напряжение, нейроэндокринные нарушения, иммунодефицит, неправильный уход за кожей, прием лекарственных препаратов и др.

Эпидемиология

Отмечают три возрастных пика заболеваемости:

- Период от 3 недель до 3 месяцев (распространенность составляет до 70%);
- Пубертатный период;
- Возраст 30-60 лет (распространенность у взрослых составляет по разным данным от 3–20%);

NB: Увеличение количества больных, страдающих себорейным дерматитом, регистрируют среди пациентов с ВИЧ инфекцией, болезнью Паркинсона, с алкогольным панкреатитом, гепатитом С, депрессиями.

Классификация

Себорейный дерматит взрослых:

1. Себорейный дерматит волосистой части головы;
2. Себорейный дерматит лица;
3. Себорейный дерматит туловища;
4. Генерализованная форма себорейного дерматита.

Себорейный дерматит детей:

1. Себорейный дерматит волосистой части головы («чепчик новорожденного»);
2. Себорейный дерматит туловища;
3. Болезнь Лейнера-Муссу (Эритродермия Лейнера).

Клиническая картина



Рис. 2. Локализация высыпаний при себорейном дерматите

Источник: <https://slide-share.ru/zabolevaniya-salnikh-zhelyoz-seboreyavrach-dermatovenerologzuchenko-tatyana-272747>

Высыпания при себорейном дерматите располагаются на коже волосистой части головы, лица, наружном слуховом проходе, верхней части туловища, преимущественно в области грудины и лопаток и в крупных складках.

Себорейный дерматит волосистой части головы взрослых:

- Чаще ограничивается легкой степенью тяжести, проявляется шелушением, без признаков воспаления (перхоть или простой педикулез), возможен легкий или умеренный зуд, усиливающийся по мере загрязнения кожи волосистой части головы.



Рис. 3. Себорейный дерматит

Источник: <https://whoispro.ru/wp-content/uploads/c/1/9/c19a7fbc22279ff5af1b1f01bbcfb354.jpg>

Себорейный дерматит волосистой части головы взрослых:

- Может проявляться воспалительными элементами, пятнами, слабо инфильтрированными бляшками с желтоватыми чешуйками.
- При выраженном воспалении чешуйки пропитываются экссудатом и формируют серозные или серозно-гнойные корки. Воспалительные элементы могут сливаться и занимать всю волосистую часть головы с распространением на кожу лба, кожу заушных складок. Больных может беспокоить значительный зуд.

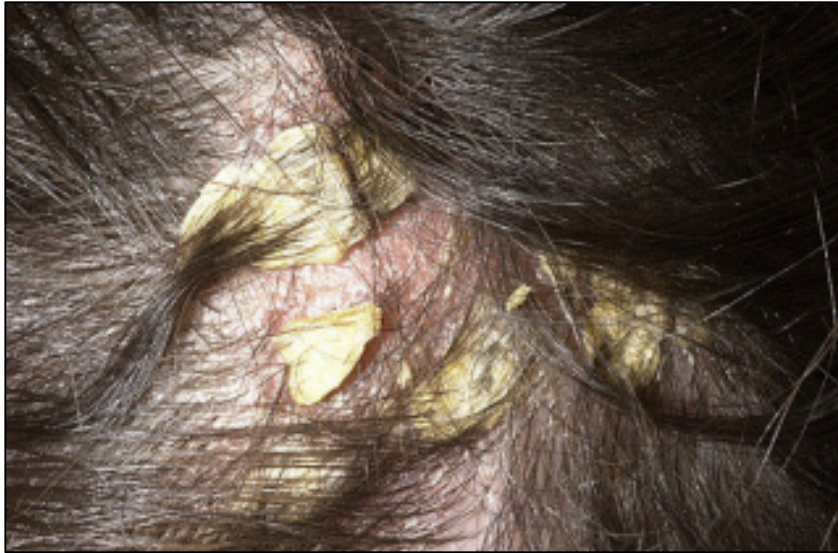


Рис. 4. Корки при себорейном дерматите

Источник: https://diseaseshows.com/wp-content/uploads/2017/04/Seborrhoea_02.jpg



Рис. 5. Себорейный дерматит заушной складки

Источник: <https://fb.ru/misc/i/gallery/45935/2654454.jpg>

Себорейный дерматит лица взрослых.

- Высыпания чаще симметричны, локализуются в центральной части лба, носогубных складок, крыльев носа, надпереносья, бровей, бороды, наружного слухового прохода, заушных складок и чаще сочетаются с поражением волосистой части головы.
- Представлены эритематозными очагами округлой или неправильной формы; возможна инфильтрация, шелушение и образование корок.



Рис. 6. Себорейный дерматит кожи лица

Источник: https://rodinkam.net/wp-content/uploads/2021/06/img_16238910513456-1-1024x576.jpg

Себорейный дерматит туловища взрослых.

- Локализуются чаще в межлопаточной области, на коже в проекции грудины, в крупных складках;
- Высыпания представлены эритематозными и эритемато-сквамозными пятнами или бляшками с четкими границами, с гладкой, блестящей поверхностью, иногда покрытыми желтоватыми чешуйками, по периферии могут быть мелко-узелковые элементы.



Рис. 7. Себорейный дерматит кожи груди

(Источник: фотография из архива О.В. Терлецкого)

Себорейный дерматит детей.

- возникает у 70% детей в первые три месяца жизни и в большинстве случаев является физиологической особенностью кожи детей, проявляясь на коже волосистой части головы или лица единичными, легко удаляющимися после увлажнения, корочками желтоватого цвета, без эритемы и зуда.



Рис. 8, 9. Себорейный дерматит у детей.

Источник: <https://ayamama.ru/wp-content/uploads/2019/01/seboreinii-dermatt.jpg>

Источник: <https://rodinkam.net/wp-content/uploads/0/3/a/03a6c129573dfc4443b987855c58f665.jpg>

Себорейный дерматит детей.

- Реже проявляется воспалительными высыпаниями на коже лица и головы (область лба, бровей, межбровье, заушные складки), складок шеи, подмышечных, паховых, коленных, локтевых складок, перианальной и пупочной области.
- Представлен эритематозными пятнами, реже слегка инфильтрированными бляшками, покрытыми желтоватыми чешуйками или чешуйко-корочками, в складках элементы гладкие, могут сопровождаться мокнутием, трещинами. Высыпания могут сопровождаться зудом различной интенсивности.



Рис. 10. Себорейный дерматит у детей

Источник: https://bathmate.su/uploads/posts/2021/11/razlichajut-neskol%D1%8Cko-stadij-zabolevaniya_1.jpg

Диагностика

1. Жалобы и анамнез.

- Жалобы: высыпания на коже, шелушение на волосистой части головы и лица, которые могут сопровождаться зудом разной степени выраженности.
- Анамнез: триггерные факторы развития и рецидивирования себорейного дерматита (психоэмоциональное напряжение, нейроэндокринные нарушения, иммунодефицит, неправильный уход за кожей, прием лекарственных препаратов по поводу других заболеваний).

2. Физикальное обследование

- Проведение визуального осмотра кожного покрова пациента (оценивается характер высыпаний и их локализация).
- При пальпации кожи оценивается степень инфильтрации элементов сыпи.

3. Лабораторные исследования. ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови для оценки общего состояния.

4. Инструментальные диагностические исследования. Дерматоскопия волосистой части головы.

Лечение

Лечение себорейного дерматита волосистой части головы взрослых.

При легкой форме:

- Кетоконазол шампунь 2% 2 раза в неделю в течение 3–4 недель, затем 1 раз в 1-2 недели;
- Пиритион цинка шампунь 1%, 2% – 3 раза в неделю в течение 2 недель, далее – при необходимости.

При выраженном воспалении:

- Клобетазол пропионат 0,05% шампунь 2 раза в неделю 10-14 дней (возможна комбинация с шампунем кетоконазол 2%).

При выраженном воспалении и шелушении:

- Бетаметазон 0,05% + салициловая кислота 2%, крем, лосьон 1-2 раза в день в течение 7–14 дней;
- Пиритион цинка 0,2% аэрозоль, крем 2 раза в сутки наружно в течение 10–14 дней, далее при необходимости.

Лечение себорейного дерматита

- *топические ингибиторы кальциневрина:* Пимекролимус 1% крем, Такролимус 0,1% мазь;
- *топические противогрибковые препараты:* Циклопироксоламин 1% крем, Кетоконазол 2% крем;
- *при распространенных высыпаниях и тяжелом себорейном дерматите:* селективная фототерапия 3 раза в неделю не более 8 недель;

- При резистентности к наружной терапии и большой площади поражения: пероральные антимикотические препараты (итраконазол, тербинафин, флуконазол, кетоконазол).

- слабые и средней силы топические ГКС:

Гидрокортизона ацетат 1% мазь; Мометазона фуроат 0,1% крем, мазь; Бетаметазона валерат 0,1% крем, мазь.

Лечение себорейного дерматита у детей

- *уход за кожей:* при наличии чешуек и корочек без признаков воспаления возможно применение минеральных или растительных масел (оливкового, персикового, репейного и др.), косметических средств, предназначенных для ухода за кожей детей с последующим удалением размягченных чешуек с помощью щетки-расчески;

- *при лечении неосложненных форм себорейного дерматита у детей:* Гидрокортизон ацепонат 1% мазь (разрешена к применению с 1 года), Метилпреднизолона ацепонат 0,1% крем, эмульсия (разрешен к применению с 4х месяцев);

- *для предотвращения вторичного инфицирования:* Гидрокортизон/натамицин/неомицин крем.

Вульгарные угри

Акне вульгарные (*acne vulgaris*) – хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся открытыми или закрытыми комедонами и воспалительными поражениями кожи в виде папул, пустул, узлов.



Рис. 11. Пациент с вульгарными акне.

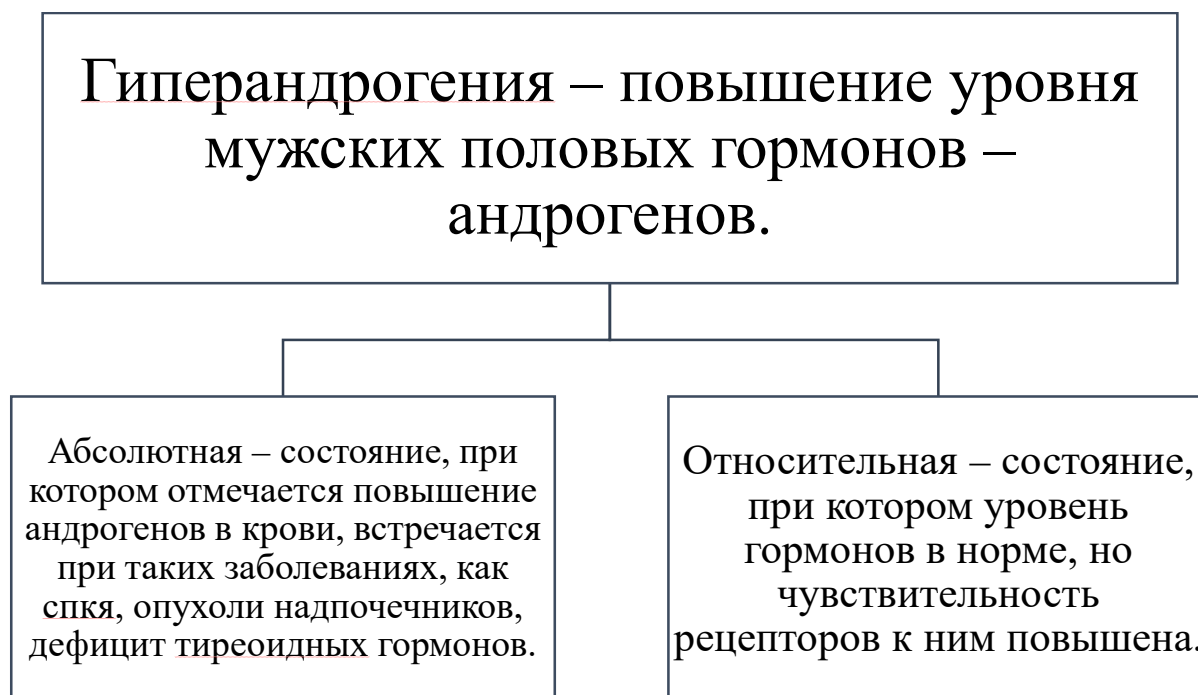
(Источник: предоставлено сайтом 24stoma.ru)

Этиология и патогенез

Акне – это мультифакториальный дерматоз, в патогенезе которого большую роль играют генетически обусловленная гиперандрогения и генетически детерминированный тип секреции сальных желез.

Выделяют четыре основных звена патогенеза акне:

1. Увеличение продукции кожного сала;
2. Избыточный фолликулярный гиперкератоз;
3. Размножение *C. acnes*;
4. Воспаление



Гиперсекреция кожного сала – следствие гиперандрогении.

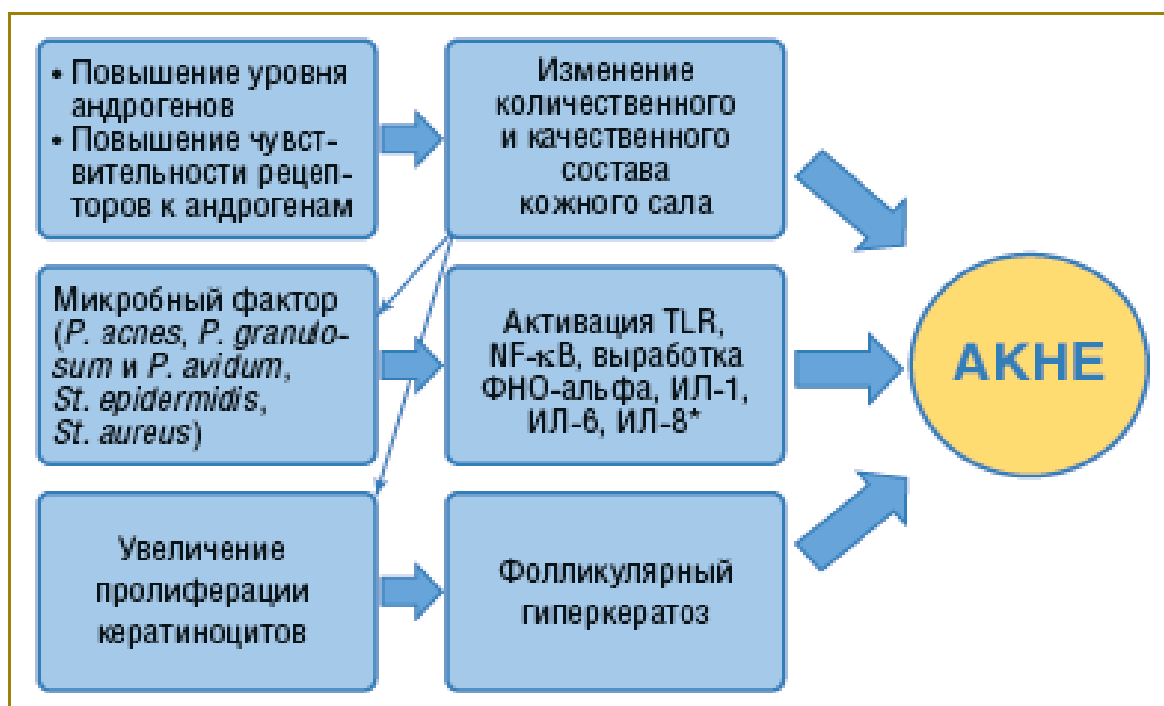


Рис. 12. Патогенез акне (TLR – толл-подобные рецепторы, NF-κB – нуклеарный фактор транскрипции «каппа-би», ФНО-альфа – фактор некроза опухоли альфа, ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8 – интерлейкины 1,6,8)

(Источник: Олисова О.Ю., Вергиева Е.Ю. Новое в терапии акне легкой степени тяжести. РМЖ. 2018;8(II):83-86)

Классификация

С учетом клинической картины заболевания выделяют:

- комедональные акне;
- папуло-пустулезные акне легко-средней степени тяжести;
- тяжелые папуло-пустулезные акне, узловатые акне умеренной степени тяжести;
- узловатые акне тяжелой степени, конглобатные акне.

У женщин выделяют 3 подтипа акне:

- стойкие (персистирующие) акне, которые наблюдаются примерно у 80% женщин;
- акне с поздним началом;
- рецидивирующие акне.

Акне у детей:

- Акне новорожденных;
- Акне раннего детского возраста болеют чаще мальчики;
- Акне среднего детского возраста встречаются редко.

Клиническая картина

Среди объективных симптомов у взрослых лиц наблюдаются:

- папулезные акне – воспалительные узелки, имеющие коническую или полусферическую форму и величину до 2–4 мм в диаметре;

- пустулезные акне, возникающие первично или трансформирующиеся из папулезных угрей.



Рис. 13, 14. Пациенты с вульгарными акне.

Источник: https://rodinkam.net/wp-content/uploads/2021/06/img_16238885598808-1-1024x576.jpg

Источник: <https://uhod-za.ru/wp-content/uploads/3/8/c/38cebc3a0c8bb310c500ca4e76450fdf.jpeg>

- узловатые акне – узлы на коже себорейных областей;
- конглобатные акне – многочисленные крупные узлы, часть которых сливается в массивные инфильтраты с многочисленными фистулезными ходами, гнойными отверстиями и полостями, заполненными вязкими, студнеобразными грануляциями, процесс может приобретать распространенный характер;
- рубцы после разрешения акне: атрофические, реже – гипертрофические и келоидные;
- комедоны открытые и закрытые – клиническое проявление скопления кожного сала и кератина в волосяном фолликуле.



Рис. 15. Пациент с конглобатными акне

Источник: <https://minoleksin.ru/images/minoleksin/i/ak4.jpg>



Рис. 16. Рубцы постакне

Источник: <https://pokozhe.ru/wp-content/uploads/2017/03/image2.jpeg>

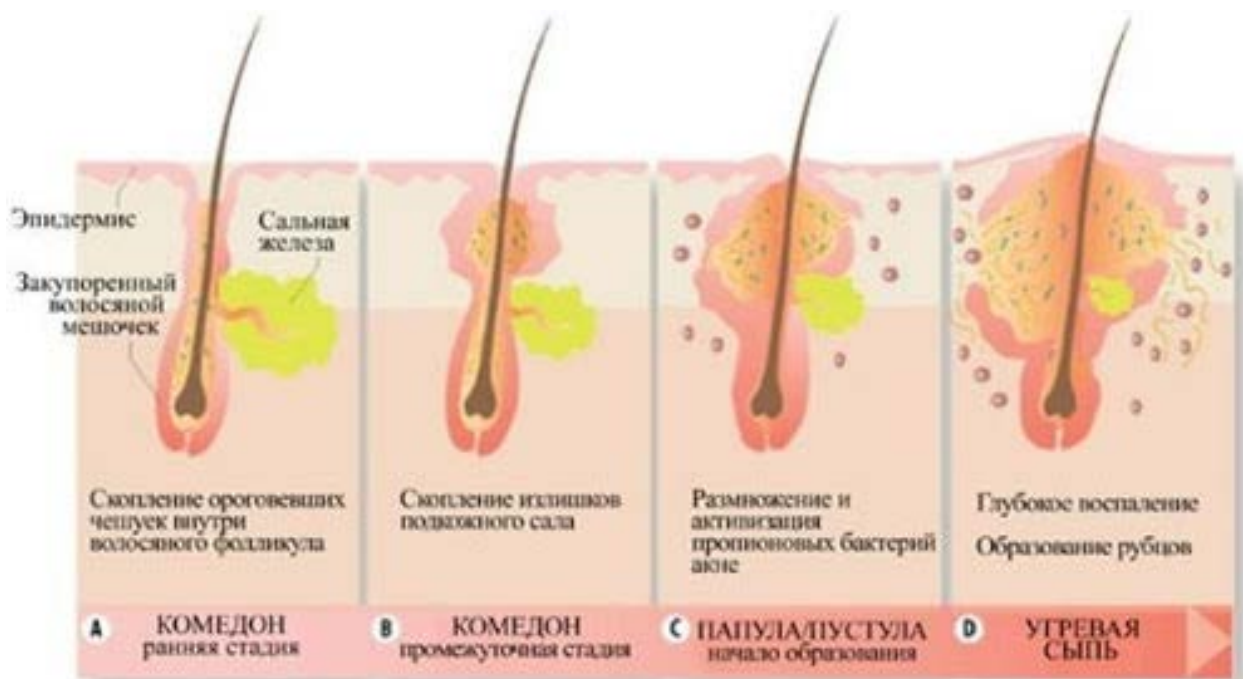


Рис. 17. Патогенез акне

Источник: https://dailymedicalinfo.com/wp-content/uploads/2017/03/Susmita_s_Health_Bytes__July_2012-e1499698210486.jpg

Диагностика

1. Жалобы и анамнез. Пациенты предъявляют жалобы на появление комедонов, папул, папуло-пустул, узлов, болезненность высыпаний; зуд в области высыпаний (редко) и сальность кожи.

2. Физикальное обследование. Объективный осмотр.

3. Лабораторные диагностические исследования. Для диагностики вульгарных угрей дополнительные лабораторные исследования не показаны. Не рекомендуется применять микроскопию с целью обнаружения *Demodex spp.* и микроорганизмов и посев содержимого пустул для диагностики акне.

4. Дополнительное обследование.

Рекомендовано при проведении обследования у пациенток с акне дополнительно учитывать системные признаки гиперандрогемии (нерегулярный менструальный цикл, гипертрофия клитора и изменение вторичных половых признаков), а также позднее менархе. Резистентные к терапии формы акне могут свидетельствовать о наличии таких эндокринных расстройств, как синдром поликистоза яичников, гиперплазия гипофиза или вирилизирующие опухоли, в связи с чем при обследовании необходимо учитывать такие симптомы, как аменорея, гиперменорея, олигоменорея, бесплодие и метаболический синдром.

5. Рекомендовано при акне среднего детского возраста дополнительное обследование для исключения врожденной гиперплазии надпочечников и андрогенпродуцирующих опухолей, определение уровня свободного тестостерона, дегидроэпиандростерона сульфата, лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона; проведение теста на толерантность к глюкозе

Лечение

Таблица. Рекомендации Европейской академии дерматологии и венерологии по ведению пациентов с вульгарным акне (Nast A. et al., 2012)				
Сила рекомендации	Форма акне			
	комедональная	папулопустулезная легкой/средней степени тяжести	тяжелая папулопустулезная/узелково-кистозная средней степени тяжести	тяжелая узелково-кистозная/конглобатная форма акне
Сильная	-	Адапален + бензоилпероксид* или бензоилпероксид + клиндамицин*	Изотретиноин	Изотретиноин
Средняя	Топические ретиноиды	Азелаиновая кислота или бензоилпероксид или топический ретиноид или системные антибиотики + адапален	Системные антибиотики + адапален или системные антибиотики + азелаиновая кислота или системные антибиотики + адапален + бензоилпероксид	Системные антибиотики + азелаиновая кислота
Низкая	Азелаиновая кислота или бензоилпероксид	Фототерапия синим светом или пероральные препараты цинка или топический эритромицин + изотретиноин* или топический эритромицин + третиноин* или системные антибиотики + бензоилпероксид или системные антибиотики + азелаиновая кислота или системные антибиотики + адапален + бензоилпероксид*	Системные антибиотики + бензоилпероксид	Системные антибиотики + бензоилпероксид или системные антибиотики + адапален или системные антибиотики + адапален + бензоилпероксид*
Альтернатива для пациентов женского пола	-	-	Гормональные антиандрогены + местное лечение или гормональные антиандрогены + системные антибиотики	Гормональные антиандрогены + системные антибиотики

Примечание: * применяются в виде фиксированной комбинации.

Розацеа

Розацеа – хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица в виде эритемы и папуло-пустулезных элементов, фим и поражения глаз.



Рис. 18. Пациент с розацеа

Источник: https://fbconstantina.ru/wp-content/uploads/2016/11/что-такое-розовые-угри-что-вызывает-розовые-угри_1.jpg

Этиология и патогенез

Розацеа представляет собой ангионевроз, локализующийся преимущественно в зоне иннервации тройничного нерва.

Причины возникновения розацеа:

- сосудистые нарушения;
- изменения в соединительной ткани дермы;
- микроорганизмы;
- дисфункция пищеварительного тракта;
- иммунные нарушения;
- изменения сально-волосяного аппарата;
- оксидативный стресс;
- климатические факторы;
- психовегетативные расстройства

В развитии розацеа определенную роль играют следующие факторы:

- конституциональная ангиопатия;
- эмоциональные стрессы;
- нарушения гормонального равновесия;
- воздействие химических агентов.

К триггерным факторам относят:

- инсоляцию,
- стрессы,
- влияние метеорологических и производственных условий, связанных с длительным воздействием высоких и, реже, низких температур (работа на открытом воздухе, в т.н. горячих цехах, профессиональное занятие зимними видами спорта),

- диету с употреблением большого количества горячей пищи и напитков, экстрактивных, тонизирующих веществ и специй, злоупотребление алкоголем
- В последние годы большое внимание уделяется роли кателицидинов в развитии розацеа. Кателицидины – семейство многофункциональных белков, которые обеспечивают защиту первой линии в коже против инфекционных агентов, влияя на местные воспалительные реакции и ангиогенез путем непосредственного воздействия на эндотелиоциты и иммунитет.
- Lasey и соавт. (2007) была выделена бактерия (*Bacillus oleronius*) из клеща рода *Demodex*, которая, воздействуя на пептиды, стимулирует воспалительные реакции у больных папулопустулезной розацеа.
- Обсуждается также взаимосвязь розацеа с *Helicobacter pylori*.

Классификация

Подтипы розацеа:

- подтип I – эритемато-телеангиэктатический;
 - подтип II – папуло-пустулезный;
 - подтип III – фиматозный;
 - подтип IV – глазной.
- *Эритематозно-телеангиэктатический подтип* розацеа характеризуется возникновением сначала транзиторной, а затем – стойкой эритемы. Характерно усиление транзиторной эритемы приливами. Цвет эритемы может варьировать от ярко-розового до синюшно-красного, в зависимости от продолжительности болезни. На фоне эритемы постепенно формируются телеангиэктазии в области щек и крыльев носа и отечность кожи.
 - *Папуло-пустулезный подтип* также характеризуется эритемой и телеангиэктазиями, которые выражены меньше, чем при I подтипе. Приливы не характерны. Обнаруживают полушаровидные ярко-красного цвета милиарные папулы, а также акнеiformные папуло-пустулы, склонные к слиянию в бляшки. Высыпания безболезненные при пальпации, они характеризуются яркой красной окраской и перифолликулярным расположением.

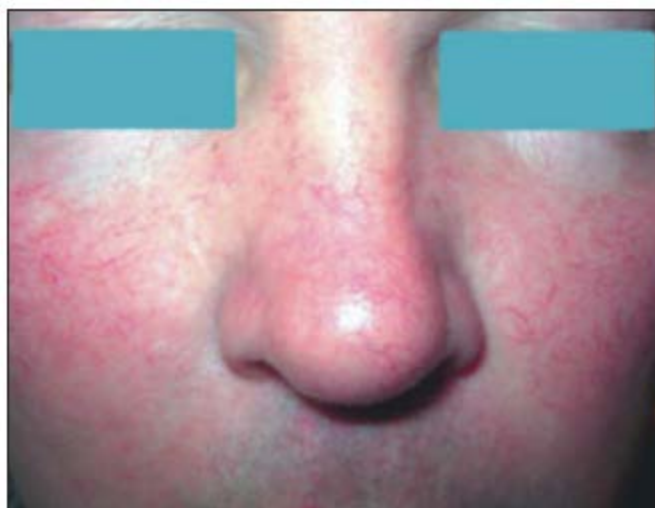


Рис. 19. Эритематозно-телеангиэктатическая форма розацеа
Григорьев Д.В. Розовые угри и родственные заболевания. РМЖ. 2016;10:627-635.



Рис. 20. Папуло-пустулезная форма розацеа
Григорьев Д.В. Розовые угри и родственные заболевания. РМЖ. 2016;10:627-635.

- *Фиматозный, или гипертрофический тип* характеризуется значительным утолщением ткани и неравномерной бугристостью поверхности кожи носа (ринофима), реже – подбородка (гнатофима), лба (метафима), ушных раковин (отофима) или век (блефарофима).
- *Глазной подтип, или офтальморозацеа.* Выявляют телеангиэктазии в области конъюнктивы и ресничного края века. Клиническую картину часто сопровождают рецидивирующие халязион и мейбомии. Офтальморозацеа может иногда осложняться кератитом, склеритом и иритом. Глазные симптомы сопровождают кожные проявления, но в ряде случаев могут опережать кожную симптоматику. Пациенты предъявляют жалобы на жжение, зуд, светобоязнь, ощущение инородного тела, а также покраснение глаз.



Рис. 21. Ринофима

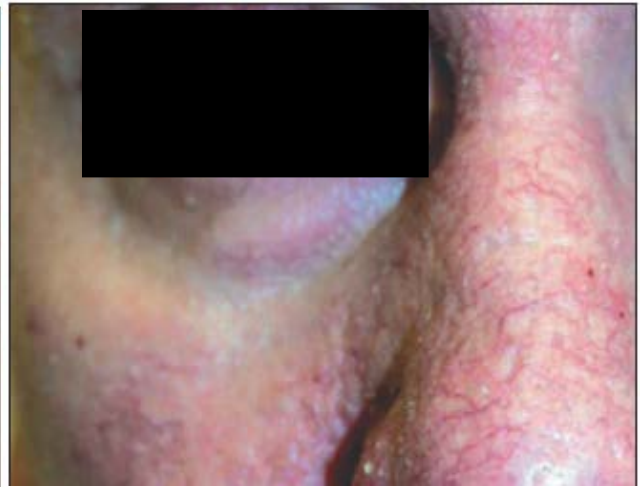


Рис. 22. Офтальморозацеа

Источник: Григорьев Д.В. Розовые угри и родственные заболевания. РМЖ. 2016;10:627-635.

Диагностика

1. Жалобы и анамнез

2. Физикальное обследование

3. Лабораторные диагностические исследования. Для диагностики розацеа дополнительные лабораторные исследования не показаны.

4. Инструментальные диагностические исследования. *Не применяются*

5. Иные диагностические исследования

- Рекомендуется консультация врача-офтальмолога целью уточнения объема и характера дополнительного обследования при офтальморозацеа и при осложненной офтальморозацеа с целью лечения.
- Рекомендуется консультация врача-гастроэнтеролога с целью уточнения объема и характера дополнительного обследования

Лечение

- доксициклин (препарат выбора) 100-200 мг в сутки перорально в течение 14-21 дней, поддерживающая доза - 100 мг в сутки в течение до 12 недель;
- изотретиноин 0,1-0,3 мг на кг массы тела перорально 1 раз в сутки после еды в течение 4-6 месяцев;

Наружное лечение является предпочтительным для всех типов розацеа, за исключением гипертрофического, при котором наиболее эффективными оказываются хирургическое лечение и системные синтетические ретиноиды.

- ивермектин, крем 1%
- бримонидина тартрат, гель 0,5%,
- метронидазол, гель 0,75%, крем 1%
- азелаиновая кислота, крем 15%.

Рекомендуется хирургическое иссечение, лазерная дермабразия при лечении фиматозного подтипа розацеа.

Розацеаподобные заболевания

Болезнь Морбигана – редкое заболевание, характеризующееся прогрессирующим, бессимптомным, не оставляющим при надавливании ямок отеком в верхней центральной части лица, который сочетается с фиксированной эритемой лица.



Рис. 23. Хроническая лимфедема (болезнь Морбигана)

Источник: Григорьев Д.В. Розовые угри и родственные заболевания. РМЖ. 2016;10:627-635.

Периорициальный дерматит, также называемый периоральным дерматитом, имеет внешнее сходство с розацеа, но морфология очагов поражения (сгруппированные поверхностные мелкие папуловезикулы или папуло-пустулы в одинаковой стадии развития, а не более крупные скопления папул и пустул в различных стадиях развития), а также окolorотовое, а не центрофациальное распределение обычно указывают на правильный диагноз.

Стероид-индуцированная розацеа проявляется эритемой, папулами, пустулами, иногда телеангиэктазиями и атрофией из-за повторных нанесений на лицо сильных местных кортикостероидных препаратов.



Рис. 24. Периоральный дерматит

Источник: Григорьев Д.В. Розовые угри и родственные заболевания. РМЖ. 2016;10:627-635.



Рис. 25. Стероид-индуцированная розацеа

Источник: Григорьев Д.В. Розовые угри и родственные заболевания. РМЖ. 2016;10:627-635.

Демодекоз

Демодекоз является хроническим заболеванием преимущественно кожи лица, вызываемым клещом угревой железницы.



Рис. 26. а) Клещ рода *Demodex* spp. б) Поражение ресниц

Источник: <https://faceandcare.ru/wp-content/uploads/2018/10/demadepkoz-na-tele-1024x576.jpg>

Этиология и патогенез

Возбудитель – *Demodex folliculorum* (обитает внутри волосяных фолликулов) и *Demodex brevis* (в сальных железах).

- Демодексы являются облигатными условно-патогенными паразитами, в норме в небольших количествах могут обитать на коже здорового человека. Нарушение гомеостаза изменяют постоянство микробиоценоза и приводят к дисбактериозу кожи.

Клиническая картина

- На коже вокруг устьев волосяных фолликулов появляются на фоне эритемы папулы и пустулы, наблюдается отрубевидное шелушение.
- Возможны глазные проявления заболевания (блефароконъюнктивит, эписклерит, кератит).

Диагностика

Диагноз основывается на обнаружении клещей в соскобе с пораженной кожи или в секрете сально-волосяных фолликулов, удаленных волосах и ресницах.

Лечение

Местно:

- 10% суспензия бензилбензоата
- 0,75 – 1% гель или крем с метронидазолом
- 10% серная мазь

При осложнении вторичной инфекцией:

- Тетрациклин 150 мг/сут

Ситуационные задачи по теме:

Задача №1

Пациент А.Т.Н., 30 лет, обратился на прием к дерматологу с жалобами на выраженное шелушение на коже волосистой части головы. Субъективные ощущения - зуд, который усиливается по мере загрязнения кожи волосистой части головы.

Анамнез заболевания. Изменения на коже волосистой части головы отмечает на протяжении года, накануне устроился на работу, сопровождающуюся постоянным стрессом.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. На коже волосистой части головы отмечается умеренное шелушение, слабо инфильтрированные бляшки с желтоватыми чешуйками на поверхности.

Вопросы:

Поставьте предварительный диагноз.

Обоснуйте предполагаемый Вами диагноз.

Укажите дополнительные методы обследования.

Назначьте лечение с учетом предполагаемого диагноза.

Задача №2

Пациент С.Л.Н., 2 месяца, со слов матери беспокоит появление корочек желтоватого цвета на волосистой части головы, области лба, бровей, покраснение и зуд не отмечает.

Анамнез заболевания. Появление корочек мать отмечает с 1 месяца, после увлажнения кожи корочки легко удаляются.

Объективно. Общее состояние ребенка удовлетворительное. Высыпания локализуются на коже волосистой части головы, области лба, бровей, межбровья, представлены чешуйками, чешуйко-корками желтоватого цвета.

Вопросы:

Каков предварительный диагноз?

На основании чего выставлен данный диагноз?

Составьте план лечения.

Задача №3

Пациентка В.Е.А., 23 года, обратилась с жалобами на «жирный блеск» в области лба и носа, высыпания в виде мелких гнойничков по всему лицу, закупоренные поры.

Анамнез заболевания. Пациентка считает себя больной с 14 лет, когда впервые начали появляться высыпания на коже лица. По совету мамы начала наносить на кожу лица раствор салициловой кислоты, умываться дегтярным мылом, после чего отмечала кратковременное уменьшение воспалительных элементов

сыпи. Последнее время использует азелаиновую кислоту – без выраженного эффекта.

Также известно, то пациентка наблюдается у гинеколога с 18 лет с диагнозом СПКЯ.

Объективно. Высыпания локализуются на коже лица, представлены в виде открытых и закрытых комедонов, множественных папул, единичных пустул.

Вопросы:

Поставьте предварительный диагноз с указанием формы заболевания.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Какие необходимы дополнительные методы обследования?

Составьте план лечения и ухода за кожей для данной пациентки.

Задача №4

Пациент Ф.Г.Н., 26 лет, обратился с жалобами на болезненные высыпания в области спины и груди.

Анамнез заболевания. Появление высыпаний отмечает с подросткового возраста, ничем не лечился.

Объективно. Высыпания носят распространенный характер, локализуются на коже спины, груди, представлены в виде множественных узлов, часть из которых сливается в массивные инфильтраты с многочисленными фистулезными ходами, гнойными отверстиями и полостями, заполненными вязкими, студнеобразными грануляциями, болезненные при пальпации.

Вопросы:

Поставьте предварительный диагноз с указанием формы заболевания.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Какие необходимы дополнительные методы обследования?

Составьте план лечения.

Задача №5

Пациентка Е.К.М., 33 года, обратилась с жалобами на стойкое покраснение кожи лица, ощущение жжения и покалывания, сухость, чувство стягивания кожи.

Анамнез заболевания. Впервые вышеуказанные жалобы появились 3 года назад после частых походов в баню, через какое-то время процесс разрешался сам собой без какого-либо лечения, однако, последнее время жалобы носят постоянный характер, усилилось чувство жжения, покалывания в области покраснения, также появились «сосудистые звездочки» на крыльях носа и в области щек. Ухудшение состояния отмечает при резком перепаде температуры, а так же при употреблении в пищу острых, пряных блюд.

Объективно. Высыпания локализуются в области щек, носа, представлены в виде эритемы ярко-розового цвета, на фоне которой имеются множественные телеангиэктазии, также отмечается незначительная отечность кожи.

Вопросы:

Сформируйте предварительный диагноз с указанием подтипа заболевания.

Обоснуйте предполагаемый диагноз.

Составьте план лечения для данной пациентки.

Какие Вы можете дать рекомендации данной пациентке по образу жизни?

Задача №6

Пациент А.Н.М., 47 лет, обратился с жалобами на появление неровной поверхности кожи носа, увеличение его в размерах, покраснение.

Анамнез заболевания. Начал отмечать изменения на коже носа 3 года назад.

Также из анамнеза было выяснено, что пациент работает на заводе в горячем цеху, 3,5 года назад после сильного эмоционального стресса начал употреблять алкоголь в больших количествах. При употреблении в пищу горячих, острых блюд покраснение усиливается.

Объективно. В области носа наблюдаются расширенные устья сально-волосяного аппарата; утолщение ткани и неравномерная бугристость поверхности кожи носа, телеангиэктазии разного диаметра на фоне эритемы.

Вопросы.

Сформируйте предварительный диагноз с указанием подтипа заболевания.

Обоснуйте предполагаемый диагноз.

Составьте план лечения для данного пациента, дайте рекомендации по образу жизни.

Какое еще возможно лечение, кроме консервативного, при данном подтипе.

Задача №7

Пациентка К.Т.В., 50 лет, обратилась с жалобами на зуд в области глаз и бровей, умеренное покраснение кожи век, кожи в области бровей.

Анамнез заболевания. Появление симптомов отмечает на протяжении последних трех месяцев. Также за последние полгода отмечает снижение иммунитета в виде частых простудных заболеваний.

Объективно. На коже век по ресничному краю и в области бровей наблюдается отрубевидное шелушение, умеренное покраснение кожи.

Вопросы:

Для какого состояния характерна данная клиническая картина?

Какое исследование необходимо провести для подтверждения?

Перечислите возможные осложнения в данном случае.

Тестовые задания по теме:

1. Для себорейного дерматита характерна локализация на следующих участках, кроме:

- а) верхней части туловища
- б) волосистой части головы
- в) лице
- г) нижних конечностях

2. При резистентности к наружной терапии себорейного дерматита рекомендуются пероральные антимикотические препараты, кроме:

- а) интраконазол
- б) кетоконазол
- в) нистатин
- г) флуконазол

3. Развитию себорейного дерматита способствует активация:

- а) Herpes Zoster
- б) Propionibacterium acnes
- в) Staphylococcus epidermidis
- г) дрожжевого гриба Malassezia spp

4. Себорейный дерматит – хроническое рецидивирующее заболевание кожи, связанное с:

- а) изменением качественного состава кожного сала
- б) воспалением волосяного фолликула
- в) фолликулярным гиперкератозом
- г) активацией Propionibacterium acnes

5. У взрослых на коже волосистой части головы одним из самых ранних признаков себорейного дерматита может быть:

- а) папулы
- б) перхоть
- в) пустулы
- г) узелки

6. Акне – это

- а) акродерматит, вызываемый чесоточным клещом
- б) хронический аллергический дерматит
- в) хронический дерматит, поражающий те участки кожи туловища и головы, где развиты сальные железы
- г) хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся открытыми или закрытыми комедонами, папулами, пустулами, узлами

7. К препаратам топических ретиноидов, применяемых наружно относится:

- а) адапален
- б) изотретиноин
- в) бензоила пероксид

г) салициловая кислота

8. Комедон – это

- а) плотное соединительнотканное образование
- б) клиническое проявление скопления кожного сала и кератина в волосяном фолликуле
- в) полостной островоспалительный элемент с гнойным содержимым
- г) сосудистое образование

9. Наиболее часто после разрешения акне возникает следующий тип рубцов:

- а) атрофические
- б) гипертрофические
- в) келоидные
- г) нормотрофические

10. Не является звеном патогенеза акне:

- а) воспаление
- б) длительная антибиотикотерапия
- в) избыточный фолликулярный гиперкератоз
- г) размножение *Propionibacterium acnes*

11. Не характерным признаком розацеа является:

- а) эритема
- б) телеангиэктазии
- в) фолликулярный кератоз
- г) ринофима

12. Подтип розацеа, для которого характерно возникновение эритемы, телеангиэктазии:

- а) эритематозно-телеангиэктатический
- б) папуло-пустулезный
- в) фиматозный
- г) глазной подтип

13. При каком подтипе розацеа возможно хирургическое лечение?

- а) эритематозно-телеангиэктатический
- б) папуло-пустулезный
- в) фиматозный
- г) глазной подтип

14. К розацеаподобным заболеваниям относится все, кроме:

- а) болезнь Морбигана
- б) периоральный дерматит
- в) микроспория

г) стероид-индуцированная

15. При демодекозе необходима консультация и совместное ведение пациента с:

а) кардиологом

б) офтальмологом

г) гинекологом

д) гастроэнтерологом

Эталоны ответов: 1. Г; 2. В; 3. Г; 4. А; 5. Б; 6. Г; 7. А; 8. Б; 9. А; 10.Б; 11. В; 12. А; 13. В; 14. В; 15. Б.

Список литературы:

1. Потекаев Н.Н. Акне и розацеа / Н.Н. Потекаев. – Москва: 2007. – 216 с.
2. Олисова О.Ю. Современные подходы к местной терапии угревой болезни / О.Ю. Олисова // Дерматология. – 2008. - №2. – С. 15-18.
3. Миронов А.Ю. Этиопатогенетические аспекты терапии угревой болезни / А.Ю. Миронов, Ю.Б. Терехова // Дерматология. – 2008. - №2. – С. 13-14.
4. Гусаков Н.И. Акне / Н.И. Гусаков – Москва: 2009. – 76 с.
5. Адаскевич В.П. Розацеа и акне / В.П. Адаскевич. – Санкт-Петербург: 2012. – 130 с.
6. Соколовский Е.В. Дерматовенерология: учебник для обучающихся учреждений высшего профессионального медицинского образования / Е.В. Соколовский и др.; под редакцией Е.В. Соколовского. - Санкт-Петербург: - СпецЛит. - 2017. - 687 с.
7. Григорьев Д.В. Розовые угри и родственные заболевания / Д.В. Григорьев // РМЖ – 2016. - №10. – С. 627-635.
8. Олисова О.Ю. Новое в терапии акне легкой степени тяжести / О.Ю. Олисова, Е.Ю. Вертиева // РМЖ – 2018. - №8(II). – С. 83-86.