

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации
КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение
РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ
ОТДЕЛЕНИЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

СБОРНИК ТРУДОВ

ЮБИЛЕЙНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ, ВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ»

ПОСВЯЩЁННОЙ 20-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ
и ОТДЕЛЕНИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ
ФГБУ РДКБ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ



25 мая 2012 года
Москва

Выводы: отсутствие значимых изменений уровня лептина – отражение интактности соответствующих периферических факторов формирования инсулинорезистентности у больных атопическим дерматитом.

КОРРЕКЦИЯ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ КАПИЛЛЯРОВ ПРИ РОЗАЦЕА НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ МЕТОДОМ «ТРЕНИНГА СОСУДОВ»

САМОДЕЛКИНА К.А.², КОРОТКИЙ Н.Г.¹, МАЯЦКАЯ Т.В.²

¹ *Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России. г. Москва*

² *АНО НИЦ «Косметология». г. Москва*

Розацеа – хроническое кожное заболевание неизвестной этиологии, поражающее преимущественно центральную область лица (щеки, подбородок, нос, лоб), характеризующееся периодами ремиссий и обострений. В современном мире распространенность розацеа составляет 10% среди всего населения земли. Доля розовых угрей в России, среди всех дерматологических диагнозов, около 5%, но по данным косметологической сферы, эта цифра значительно выше – 20,6%. Оценивая результаты статистических данных обращения пациентов с заболеванием розацеа по городам Ярославль и Вологда, где 62,5% (20) пациентов первоначально обратились к дерматологу, а 25,0% (8) – к косметологу (остальные 12,5% – к аллергологу), можно сделать следующий вывод: в связи с вводом новой специальности «дерматокосметолог» процент посещений дерматолога пациентами может снизиться, а косметолога – возрасти.

Цель исследования: изучение структуры заболеваемости розацеа, наличие сопутствующих заболеваний, предшествующего лечения у пациентов, обратившихся впервые к косметологу.

Под нашим наблюдением находится 31 пациент с розацеа (мужчин – 3, женщин – 28), обратившийся за помощью к врачу-дерматокосметологу АНО НИЦ «Косметология». Среди них – 2 человека с папуло-пустулезным подтипом розацеа, 29 человек – с эритематозно-телеангиоэктатическим. Возраст пациентов варьируется от 23 до 56 лет (в среднем – 38 лет). При сборе анамнеза особое внимание уделялось времени появления и проявления первых признаков розацеа, выяснялись провокаторы, усиливающие сосудистую реакцию, выявлялись сопутствующие заболевания, основные жалобы пациентов и

предшествующее лечение. Для оценки степени тяжести розацеа использовался дерматологический индекс оценки розацеа, предложенный В.П. Адашкевичем в 2004 году. Учитываются такие признаки, как наличие папул и пустул, эритемы, телеангиоэктазий, сухость кожи, жжение и покалывание кожи, отек лица и признаки офтальморозацеа. Каждый показатель подсчитывается, исходя из его степени выраженности (от 0 баллов до 3). Максимальное количество баллов, указывающее на тяжелое течение розацеа, составляет 21 балл, минимальное – 0.

Чаще первые клинические признаки розацеа и прерозацеа возникают в возрасте 26 лет. Среди обследуемых пациентов, у 13 человек заболевание началось с приливной проходящей эритемы (средний возраст – 22 года), у 5 человек – с постоянной эритемы (средний возраст – 24,5 года), у 6 человек – с возникновения телеангиоэктазий (средний возраст – 26,5 лет), у 7 человек – с одновременным возникновением телеангиоэктазий на фоне застойной эритемы (средний возраст 34 года). Таким образом, 42% пациентов отмечают первоначально возникновение клинических признаков прерозацеа, среди них все отметили усугубление клинических проявлений со временем и переход прерозацеа в розацеа подтипа 1.

Длительность заболевания розацеа варьируется от 1 года до 38 лет (в среднем 11,2 года). При этом большинство пациентов (61,3%) не обращались на прием к дерматологу или косметологу и не получали никакого лечения по поводу своего заболевания; 19,4% использовали косметические средства базового ухода за кожей (крем, сыворотка, маска); 9,7% прибегали к лазерному склерозированию патологически-расширенных сосудов; 9,6% использовали другие методы лечения (Розамет, Скинорен, Трентал, витамины).

В роли «провокаторов» пациенты чаще отмечали алкоголь (18 пациентов), резкую смену температуры (13), стрессовый фактор (12), повышенную инсоляцию (10), холод (8), горячую пищу (5), острую пищу (4), занятие спортом (2) (можно было отметить несколько вариантов провоцирующих факторов). 3 пациента не смогли выделить ни одного провоцирующего фактора. У одного и/или двух родителей 45% пациентов отмечались признаки розацеа в анамнезе, у родителей 61,2% пациентов – заболевания сердечно-сосудистой системы (чаще всего – гипертоническая болезнь, инсульты, инфаркты миокарда, варикозная болезнь вен нижних конечностей).

Сопутствующие заболевания выявили у 30 больных. Среди них у 13 пациентов-заболевания сердечно-сосудистой системы (варикозная болезнь вен нижних конечностей, гипертоническая болезнь, вегето-сосудистая дистония), у 13 больных-заболевания в гинекологической сфере (миома шейки матки, эндометриоз, хронический полипоз матки, эрозия шейки матки, нарушение менструального цикла, мастопатия), 11 пациентов страдают другими дерматологическими заболеваниями (лабиальный герпес, атопический дерматит), 9 пациентов отмечают поражения со стороны желудочно-кишечного тракта (дискинезия желчно-выводящих путей, хронический гастрит, хронический панкреатит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, гастро-дуоденальный рефлюкс, запоры), 6 больных страдают поражением ЛОР-органов (хронический тонзиллит, хронический гайморит), нарушения в опорно-двигательном аппарате имеются у 6 пациентов, эндокринные заболевания – у 3, заболевания нервной системы – у 2.

Основными жалобами были наличие эритемы (преимущественно в центре лица – нос, надбровные дуги, центр щек, подбородок), телеангиоэктазий. Наличие приливной эритемы отмечали у себя 7 (22,6%) пациентов, стойкой эритемы – 20 (64,5%), телеангиоэктазий – 16 (51,6%), папуло-пустулезных элементов – 2 (6,5%) человека. После осмотра кожи и проведения аппаратной диагностики было выявлено наличие приливной эритемы у 5 человек (16,1%), стойкой эритемы – у 24 человек (77,4%), единичных телеангиоэктазий – у 22 человек (71%), множественных телеангиоэктазий – у 8 человек (25,8%), папуло-пустулезных элементов – у 2 человек (6,5%). Таким образом, пациенты не всегда предъявляют жалобы на имеющиеся телеангиоэктазии (16 больных из 30), но практически всегда замечают эритему. Для оценки степени тяжести розацеа использовался дерматологический индекс оценки розацеа, предложенный В.П. Адаскевичем (2004). Средний балл составил 4,3, максимальное значение зафиксировано на уровне 10, минимальное – 1.

В результате проведенного нами исследования были сделаны следующие выводы. Чаще всего первые клинические признаки розацеа и прерозацеа у пациентов, обращающихся за помощью к врачу-дерматокосметологу, возникают в возрасте 26 лет, причем первыми симптомами является возникновение проходящей приливной эритемы (прерозацеа), которая с течением времени переходит в стойкую эритему и формирование телеангиоэктазий.

В структуре заболеваемости розацеа основными проявлениями явились наличие стойкой эритемы и единичных телеангиоэктазий, реже встречались приливая эритема, множественных телеангиоэктазии и папуло-пустулезные элементы. Среди сопутствующей патологии преобладали заболевания сердечно-сосудистой и мочеполовой систем. Большинство пациентов не обращалось к дерматологу или косметологу и не получали никакого лечения по поводу своего заболевания. В связи с этим важно обеспечить профилактику образования подтипа 1 и переход его в более тяжелые стадии розацеа, а также раннюю диагностику данного заболевания.

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

СДОБНОВА Ю.И.

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж

В 2011 году в городе Воронеж зарегистрировано 910 больных атопическим дерматитом (L 20), что составило 3,8% от всех зарегистрированных больных с болезнями кожи и подкожной клетчатки, в том числе с диагнозом установленным впервые в жизни было 592 больных (65,1%). Среди всех больных детей (0–14 лет) было 287 (31,5%), что составило 4,3% в общей структуре болезней кожи и подкожной клетчатки, в том числе с диагнозом установленным впервые в жизни – 125 человек (43,5%). Подростков (15–17 лет) было зарегистрировано 182 (20%), из них с диагнозом установленным впервые – 152 (83,5%). В возрасте 18 лет и старше на учете состоял 441 пациент с атопическим дерматитом (48,5%), или 2,9% среди зарегистрированных больных с болезнями кожи и подкожной клетчатки, в том числе у 315 (71,4%) диагноз был установлен впервые в жизни. Диагноз атопического дерматита базировался на клинических и лабораторных (общий и специфический IgE) показателях.

В момент первичного обращения к врачу больные имели давность заболевания от 1 мес до 15 лет. У 185 (20,3%) больных ошибочно был поставлен диагноз экземы, токсикодермии, розового лишая. Изучение анамнеза пациентов показало высокую частоту аллергических и атопических заболеваний у родственников больных (540 человек, 59,3%), раннее прекращение естественного вскармливания – до 3 мес (711 человек, 78,1%), роль пищевых, бытовых аллергенов (692 человек, 76%), стрессорных факторов (839 человек, 92,2%). Клинические проявления на коже у 102 больных (11,2%) соответствовали легкой форме заболевания (индекс