

© МЯДЕЛЕЦ М.О., 2016

ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ ПЕРИОРАЛЬНЫЙ ДЕРМАТИТ

МЯДЕЛЕЦ М.О.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

Вестник ВГМУ. – 2016. – Том 15, №4. – С. 108-115.

GRANULOMATOUS PERIORAL DERMATITIS

MYADELETS M.O.

Educational Establishment «Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University», Vitebsk, Republic of Belarus

Vestnik VGMU. 2016;15(4):108-115.

Резюме.

В статье представлен клинический случай редкой для наших широт гранулематозной разновидности периорального дерматита, синонимами которой являются лицевая сыпь афро-карибских детей, гранулематозный периорифициальный дерматит. Данная разновидность периорального дерматита чаще всего наблюдается у детей в предпубертатном возрасте.

Рассматривается важность проведения диагностической биопсии с последующим микроскопическим исследованием биоптатов морфологических элементов сыпи при периоральном дерматите и других розацеаподобных дерматозах, что в большинстве случаев не проводится в связи с локализацией высыпаний на коже лица, образованием послеоперационных рубцов, создающих косметические дефекты. На основании проведенного гистологического исследования сделано заключение: наличие множественных гранулем характерного клеточного состава, не имеющих выраженной соединительнотканной капсулы, отсутствие казеозного и наличие фибриноидного некроза, а также отсутствие выраженного лимфоидного ободка свидетельствует о гранулематозном периоральном дерматите.

Ключевые слова: гранулематозный периоральный дерматит, гранулёма.

Abstract.

A clinical case of a rare for our latitudes granulomatous variety of perioral dermatitis, the synonyms of which are facial rash of the Afro-Caribbean children and granulomatous periorificial dermatitis is presented in the given article. This kind of perioral dermatitis is most often observed in children of the prepubertal age.

The importance of carrying out diagnostic biopsies with the subsequent microscopy of biopsy material of morphological elements of the rash in case of perioral dermatitis and other rosacea-like dermatoses is discussed, which in the majority of cases is not conducted because of the facial localization of rashes and formation of postoperative scars producing cosmetic defects. The conclusion made on the basis of the histological research is as follows: the presence of multiple granulomas of the characteristic cellular structure without any clearly expressed connective tissue capsule, the absence of caseous and presence of fibrinoid necrosis, as well as lack of the expressed lymphoid rim testify to granulomatous perioral dermatitis.

Key words: granulomatous perioral dermatitis, granuloma.

Периоральный дерматит – это распространенный хронический дерматоз лица с невыясненными этиологией и патогенезом. Одни авторы рассматривают периоральный дерматит как особое воспалительное заболевание, другие считают, что это вариант розацеа либо

разновидность себорейного дерматита [1, 2]. Однако большинство дерматологов признают данное заболевание самостоятельным, имеющим четкую клиническую и патоморфологическую картину. Отмечено, что женщины репродуктивного возраста составляют группу

риска, так как имеют клинические признаки заболевания значительно чаще, чем мужчины, либо женщины других возрастных групп. Следует отметить также, что в последние годы периоральный дерматит нередко встречается у детей [3].

Несмотря на большое количество научных публикаций, вопросы этиологии и патогенеза, а также особенностей морфогенеза периорального дерматита до настоящего времени остаются невыясненными. Предполагают, что основное значение в развитии периорального дерматита имеет злоупотребление косметическими препаратами, содержащими галогены, моющими средствами, зубными пастами (фторсодержащими), а также длительное применение наружных фторированных топических кортикостероидов [1, 3].

Клиническая картина периорального дерматита характеризуется ограниченной эритемой, на фоне которой появляются папулы, микропапулы, папулопустулы и папуловезикулы. Локализуются высыпания преимущественно вокруг рта или, реже, вокруг век или глаз, располагаются симметрично, иногда односторонне, появляются постепенно, в течение нескольких недель или месяцев, а разрешаются без образования рубцов. Характерной особенностью клинической картины периорального дерматита является наличие светлого ободка непораженной кожи вокруг красной каймы губ [3, 4, 6]. При тяжёлых формах возникает отёчность лица, и эти явления переходят на боковые участки шеи, ретроаурикулярную область и зону начала роста волос. Реже заболевание встречается на груди, а также в перивульварной и перианальной областях. Чаще всего это может быть связано с местным применением фторированных глюкокортикоидов [1, 7]. В связи с локализацией высыпаний на лице (прежде всего), а также с хроническим рецидивирующим течением данное заболевание значительно снижает качество жизни пациентов. Это даёт основание рассматривать проблему периорального дерматита не только в медицинском, но и социальном аспекте [5, 6].

Гистологическая картина периорального дерматита представлена слабым неспецифическим подострым воспалением с явлением перифолликулярного или периваскулярного лимфогистиоцитарного инфильтрата. В эпидермисе отмечается умеренно выраженный

межклеточный отек, который в области фолликулов может достигать степени спонгиоза. В дерме выявляется незначительный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов, гистиоцитов, полиморфноядерных лейкоцитов, иногда плазматических клеток, располагающийся вокруг сосудов и волосяных фолликулов. Иногда отмечаются признаки лейкокластического васкулита. Признаки актинического поражения кожи выражены меньше, чем при розацеа, и зависят от возраста пациента. Если в клинической картине преобладают папулы и пустулы, то гистологически отмечается гранулематозное воспаление и иногда - перифолликулярные абсцессы [1].

Предпосылкой успешного лечения периорального дерматита любой степени тяжести является отмена всех наружных средств (так называемая нулевая терапия), в частности наружных кортикостероидов и других косметических средств. Для многих пациентов это представляет сложность, поэтому им прописывают переходные терапевтические средства, назначая как можно более индифферентные препараты. При лёгких формах заболевания этого мероприятия бывает достаточно, чтобы через несколько недель добиться успеха [1].

При среднетяжёлых и тяжёлых формах заболевания в качестве наружной терапии назначают метронидазол и азелаиновую кислоту. Метронидазол также включается и в системную терапию в комбинации с тетрациклинами (доксикалин или миноциклин). По общему мнению, эффективность терапии тетрациклинами связана не с антимикробным, а с противовоспалительным действием [8, 9, 12].

В качестве новых наружных средств предлагаются ингибиторы кальциневрина (пимекролимус, такролимус). Несмотря на то, что по поводу их применения имеются только единичные сообщения, отмечается высокая эффективность ингибиторов кальциневрина в лечении периорального дерматита, который имеет выраженную ассоциацию с атопией [4, 10, 11].

Эффективным системным препаратом при тяжёлых формах периорального дерматита является изотретиноин. Однако следует отметить, что официально он не разрешён для терапии периорального дерматита, и его применение ограничено применением «вне инструкции» [1, 12].

На период лечения отменяют косметические средства, фторированные зубные пасты, жевательные резинки, а также местные кортикостероидные препараты, если они применялись ранее. 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.

Прогноз периорального дерматита благоприятный при проведении адекватной терапии. При отсутствии лечения периоральный дерматит может длиться несколько месяцев и даже лет [1].

Разновидностью заболевания является гранулематозный периоральный дерматит, синонимами которого являются лицевая сыпь афро-карибских детей, гранулематозный периорифициальный дерматит [3, 4]. Гранулематозный периоральный дерматит чаще всего наблюдается у детей в предпубертатном возрасте. Клиническая картина характеризуется появлением папул розового, желтовато-коричневого цвета или цвета нормальной кожи, при этом отмечаются менее выраженные эритема и шелушение. Локализуются высыпания, как правило, в местах, типичных для периорального дерматита. Однако в литературе описаны случаи поражения кожи шеи, верхней части туловища, разгибателей запястья и вагинальной области [8, 9, 17]. Лечение проводится аналогично таковому при периоральном дерматите. Опасность данной разновидности периорального дерматита заключается прежде всего в том, что первоначально он может быть принят за мелкоузловую форму саркоидоза кожи. Лечение кожного саркоидоза предполагает приём системных кортикостероидных препаратов, что при неправильной диагностике может значительно ухудшить состояние гранулематозного периорального дерматита, а также вызвать его рецидив. По этой причине отмечается важность проведения тщательного обследования, направленного на исключение поражения внутригрудных лимфатических узлов, легких и других внутренних органов в сомнительных случаях [13, 14]. Не меньшую значимость имеет и морфологическое подтверждение с помощью биопсии. Однако с этим методом диагностики могут возникать

сложности, так как высыпания при гранулематозном периоральном дерматите локализуются на коже лица, а биопсия всегда приводит к образованию рубцов.

Учитывая эти обстоятельства, приведем собственное клиническое наблюдение пациентки с редкой для наших широт гранулематозной разновидностью периорального дерматита, доказывающее необходимость проведения диагностической биопсии с последующим гистологическим исследованием биоптата кожи для диагностики дерматозов лица.

Материал и методы

Пациентка К., 53 года, поступила в кожное отделение УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии» (ВОКЦДиК) с жалобами на поражение кожи лица, зуд в области очагов. Считала себя больной в течение 1 месяца, начало заболевания ни с чем не связывала. За медицинской помощью обратилась к врачу-дерматовенерологу по месту жительства, где был поставлен диагноз «розацеа». В течение месяца пациентка проходила амбулаторное лечение с местным применением геля метрогила, крема адвантан и мази аллергозан. Положительного эффекта от проводимой терапии не наблюдалось, в связи с чем пациентка была госпитализирована в кожное отделение УЗ «ВОКЦДиК» с направительным диагнозом розацеа.

При поступлении общее состояние больной удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Артериальное давление 140/80 мм рт. ст. Со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем клинически значимой патологии не выявлено.

Кожный патологический процесс носил ограниченный характер. На коже лица, преимущественно в периоральной и периорбитальной областях, а именно на коже щёк, лба, подбородка, носа, переносицы и носогубной складки на фоне выраженной ярко-красной сливающейся эритемы отмечались многочисленные розового цвета папулы и микропапулы, а также небольшое шелушение. Вокруг красной каймы губ определялся светлый ободок непоражённой кожи (рис. 1). Кожа волосистой части головы, туловища и конечностей, а также видимые слизистые были свободны от высыпаний.

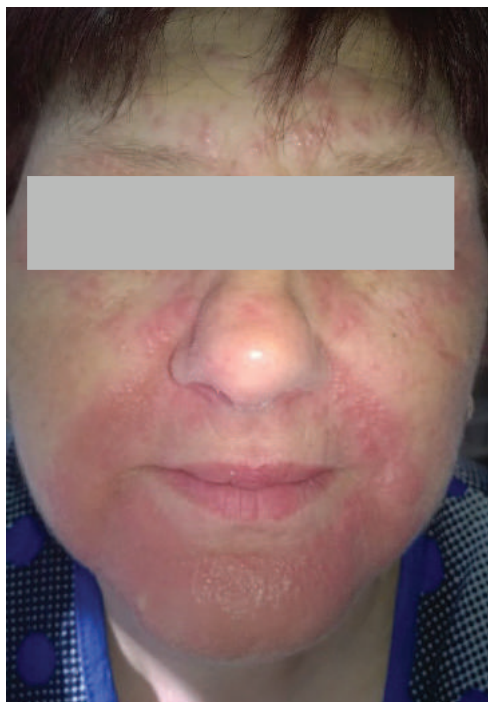


Рисунок 1 – Пациентка К. при поступлении.

На основании жалоб, анамнеза, характерной клинической картины пациентке был поставлен диагноз: «Периоральный дерматит». Сопутствующий диагноз: «Артериальная гипертензия 2, риск 3». Назначено лечение: клемастин 2 г внутримышечно, доксициклин по 100 мг 2 раза в день, метронидазол по 250 мг 3 раза в день, а также местное применение примочек с борной кислотой и мазей с антибиотиком. Однако с учетом тяжести процесса и отсутствия эффекта от проводимой ранее терапии была рекомендована диагностическая биопсия и гистологическое исследование биоптата кожи из очага поражения. После получения добровольного согласия пациентки данная операция была произведена. Биопсийный материал был получен методом трепанобиопсии с помощью цилиндрического трепана фирмы STIEFEL при местном обезболивании с помощью лидокаина в асептических условиях и отправлен на дальнейшее обследование в УЗ «Витебское областное клиническое патологоанатомическое бюро». Материал фиксировали в 10% формалине и заливали парафином. Срезы толщиной 6 мкм окрашивали гематоксилином и эозином.

Через 5 дней пациентка, не закончив курс лечения и не дожидаясь заключения врача-патоморфолога, была выписана по собствен-

ной настоятельной просьбе с незначительным улучшением. Было рекомендовано продолжить назначенное лечение амбулаторно под наблюдением врача по месту жительства.

Результаты

В результате гистологического исследования установлено, что в эпидермисе определялись явления умеренных акантоза и паракератоза, а в отдельных участках - умеренного гиперкератоза. Зернистый слой состоит из 2-3 рядов кератиноцитов с обильно заполненной гранулами кератогиалина цитоплазмой. В шиповатом слое отмечаются явления вакуольной дистрофии отдельных кератиноцитов (рис. 2А, 3).

Эпидермальные гребешки разветвлены, иногда глубоко уходят в дерму. Сосочки дермы местами выражены значительно, но часто сглажены (рис. 2А, 2). Капилляры в них мало-кровны. В соединительной ткани сосочкового слоя содержатся умеренные инфильтраты из лимфоцитов, плазмоцитов, макрофагов, фибробластов, единичных нейтрофилов, эпителиоидных клеток и гигантских клеток Пирогова-Лангханса с подковообразным расположением ядер и оксифильной цитоплазмой. В сетчатом слое дермы отмечаются такие же по составу инфильтраты, но более плотные, особенно вокруг многочисленных волосяных фолликулов, формирующие множественные гранулемы, которые часто носят сливной характер (рис. 2Б). Помимо гигантских клеток Пирогова-Лангханса (рис. 2Г), встречаются эпителиоидные клетки с неупорядоченным расположением гипербазофильных ядер и клетки инородных тел с многочисленными ядрами, располагающимися в центре (рис. 2Б, 2В, 3). Все эти клетки иногда тесно прилежат к многочисленным волосяным фолликулам (рис. 2Б, 1). Капсула в гранулемах выражена неотчетливо или практически отсутствует. В центрах их располагаются слабооксифильные гомогенные массы (казеозный некроз), а по периферии находятся скудные инфильтраты из лимфоидных клеток, не формирующих характерного ободка.

На основании гистологического исследования можно сделать заключение: наличие множественных гранул характерного клеточного состава, не имеющих выраженной со-

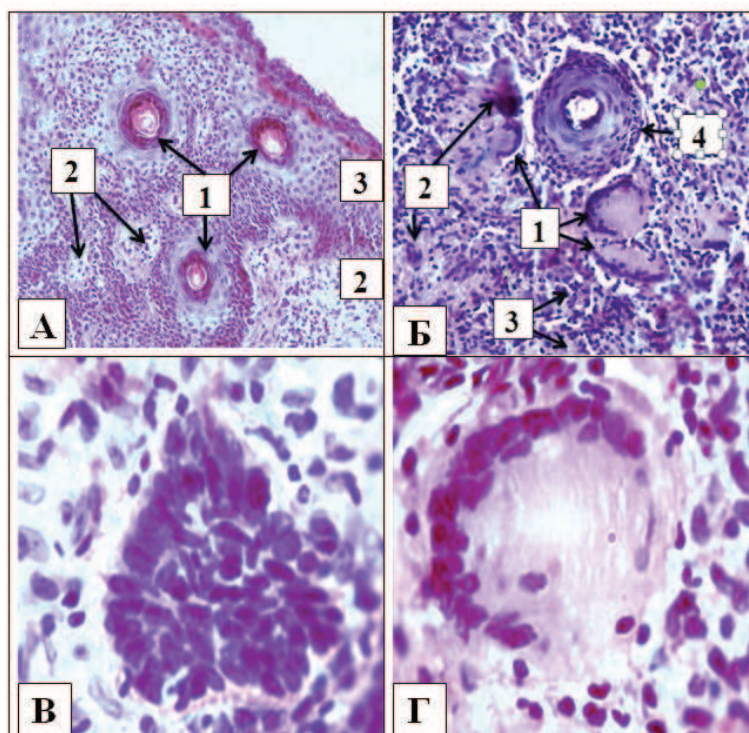


Рисунок 2 – Изменения в коже при гранулематозном периоральном дерматите. Гематоксилин и эозин.
 А – общий план строения кожи при гранулематозном периоральном дерматите: 1 – поперечные срезы волосяных фолликулов; 2 – отвислые и поперечные срезы дермальных сосочков, в которых видны лимфоцитарно-макрофагальные инфильтраты; 3 – эпидермис.
 Б – общий план строения дермы кожи при гранулематозном периоральном дерматите:
 1 – клетки Пирогова-Лангханса; 2 – клетки инородных тел; 3 – эпителиоидные клетки;
 4 – поперечный срез волосяного фолликула. В – клетка инородных тел; Г – клетка Пирогова-Лангханса.
 А, Б – увеличение x200; В, Г – x1000.



Рисунок 3 – Пациентка К. после лечения (ремиссия).

единительнотканной капсулы, наличие казеозного некроза в гранулемах, а также отсутствие выраженного лимфоидного ободка даёт основания заподозрить гранулематозный периоральный дерматит.

Учитывая необходимость динамического наблюдения, а также проведения обследования, направленного на исключение поражения внутригрудных лимфатических узлов, легких и других внутренних органов, пациентку вновь пригласили на приём в кожное отделение УЗ «ВОКЦДиК». На фоне назначенного лечения, которое было рекомендовано продолжить амбулаторно под наблюдением врача по месту жительства, состояние пациентки значительно улучшилось (рис. 3). На коже лица в периоральной области отмечалась едва заметная бледная эритема. Кожа щёк, лба, подбородка, носа, переносицы и носогубной складки была свободна от высыпаний.

Для исключения саркоидоза пациентка была дополнительно направлена в Витебский

туберкулёзный диспансер, где после обследования врачом-фтизиатром было сделано заключение об отсутствии клинических и рентгенологических признаков саркоидоза (рис. 4).



Рисунок 4 – Рентгенограмма лёгких пациентки К.

На основании гистологического исследования, выраженного положительного эффекта от проводимой терапии, а также заключения врача-фтизиатра был поставлен диагноз: «Гранулематозный периоральный дерматит».

Обсуждение

Гранулематозный периоральный дерматит является особой и редкой для наших широт формой периорального дерматита. Как правило, заболеванию подвергаются дети в предпубертатном возрасте. Некоторые авторы отмечают высокую частоту встречаемости у детей в возрасте от 2 до 11 лет. Однако изредка поражение кожи, характерное для гранулематозного варианта периорального дерматита, появлялось у детей в первые месяцы жизни, а также у лиц других возрастных групп. Представители обоих полов поражаются почти одинаково [16, 17, 18].

Согласно литературным данным, гранулематозный периоральный дерматит чаще встречается у пациентов с тёмной кожей. В подавляющем большинстве ранее опубликован-

ных случаев заболеванию подвергаются дети из Африки или Карибского бассейна, а также, в некоторых случаях, из азиатского региона. Однако считается, что это наблюдение может быть связано с миграцией населения, поэтому не исключено появление заболевания у лиц со светлой кожей [17, 19].

Клиническая картина заболевания характеризуется сгруппированными, реже одиночными, полусферическими мелкими (1-3 мм) папулами светло-красного, красно-коричневого или желтовато-коричневого цвета на фоне диффузной эритемы [16]. Высыпания локализуются в типичных для периорального дерматита местах, а именно вокруг рта, носа и глаз. Описаны также редкие случаи поражения кожи головы, шеи, туловища, вульвы и конечностей [16, 17]. Разрешаются папулы, как правило, не оставляя рубцов. Субъективные данные могут быть представлены небольшим зудом.

Дифференциальная диагностика гранулематозного периорального дерматита прежде всего проводится с мелкоузелковой формой саркоидоза кожи. Особое внимание уделяется пациентам в возрасте от 25 до 65 лет, так как саркоидоз, который очень редко встречается у детей, поражает людей именно этой возрастной группы [16]. Наиболее эффективным методом дифференциальной диагностики в данном случае является гистологическое исследование биопсийного материала, так как имеются чёткие различия в морфологической картине названных заболеваний.

Из литературы известно, что гистологическая картина гранулематозной формы периорального дерматита характеризуется появлением эпителиоидноклеточных (творожистоподобных) гранул с наличием гигантских многоядерных клеток инородных тел, которые на всех уровнях дермы формируют плотный перифолликулярный гранулематозный инфильтрат, окружённый лимфоцитами [1, 9, 14, 16]. При саркоидозе гранулёмы имеют другие особенности. Прежде всего отмечается отчетливое разделение гранулемы на центральную и периферическую зоны. Центральная зона образована эпителиоидными клетками, лежащими довольно плотно, и гигантскими многоядерными клетками, периферическая – преимущественно лимфоцитами, макрофагами, плазмócитами, фибробластами.

Наблюдается отсутствие экссудативного воспаления с перифокальной неспецифической реакцией. В центре гранулемы отсутствует творожистый некроз. Отмечается также раннее развитие кольцевого склероза [15].

Заключение

Таким образом, описана редкая для наших широт гранулематозная разновидность периорального дерматита, которую следует дифференцировать с мелкоузелковой формой саркоидоза кожи. Это требует проведения тщательного обследования, направленного на исключение поражения внутригрудных лимфатических узлов, легких и других внутренних органов. Однако наиболее достоверным методом верификации в данном случае является микроскопическое исследование биоптатов морфологических элементов сыпи. Обнаружение в них специфических «творожистоподобных» гранул позволяет заподозрить гранулематозный периоральный дерматит. Настоящее исследование позволяет рекомендовать более часто использовать гистологическое исследование биопсийного материала для дифференциальной диагностики дерматозов лица.

Литература

1. Адашкевич, В. П. Периоральный дерматит: клиническая картина, диагностика, лечение / В. П. Адашкевич // Дерматология. – 2008. – № 1. – С. 17–20.
2. Wollenberg, A. Scoring of Skin Lesions with the Perioral Dermatitis Severity Index (PODSI) / A. Wollenberg, T. Oppel // Acta Derm. Venerol. – 2006. – Vol. 86, N 3. – P. 251–252.
3. Адашкевич, В. П. Акне вульгарные и розовые / В. П. Адашкевич. – Москва : Медицинская книга ; Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2005. – 160 с.
4. Дерматология : атлас-справ. : пер. с англ. / Т. Фицпатрик [и др.]. – Москва : Практика, 1999. – 1044 с.
5. Breit, R. Die periorale Dermatitis: eine therapeutische Herausforderung (Hrsg) / R. Breit, G. Plevig // Fortschritte

- der Practischen Dermatologie und Venerologie. – Band 16. – Berlin : Springer, 1999. – P. 545–554.
6. Грашкин, В. А. Диагностические критерии, эпидемиология и обоснование клинко-патогенетических типов течения периорального дерматита / В. А. Грашкин, М. С. Громов // Воен.-мед. журн. – 2010. – № 10. – С. 32–45.
7. Skin Disease: diagnosis and treatment / T. P. Habif [et al.]. – Philadelphia : Elsevier, 2005. – 692 p.
8. Карелина, О. Ю. Периоральный дерматит: лечение азелаиновой кислотой / О. Ю. Карелина, Ю. М. Карелин // Клин. дерматология и венерология. – 2006. – № 1. – С. 75–77.
9. Jansen, T. Azelainsäure als neue Therapieoption bei perioraler Dermatitis / T. Jansen // Der Deutsche Dermatologie. – 2004. – N 7. – С. 477–478.
10. Periorale Dermatitis / P. Lehmann [et al.] // Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venerologie. – Berlin : Springer, 2005. – Bd. 19. – P. 515–517.
11. Родионов, А. Н. Дерматокоsmетология. Поражения кожи лица и слизистых. Диагностика, лечение, профилактика / А. Н. Родионов. – СПб. : Наука и техника, 2011. – 912 с.
12. Музыченко, А. П. Эффективность применения Роккутана (изотретиноина) при периоральном дерматите / А. П. Музыченко, А. М. Лукьянов // Рецепт. – 2013. – № 1. – С. 41–51.
13. Кирдаков, Д. Ф. Саркоидоз кожи: клинические варианты и прогностическое значение / Д. Ф. Кирдаков, В. В. Фомин, Н. Н. Потекаев // Фарматека. – 2011. – № 18. – С. 28–33.
14. Lucas, C. R. Granulomatous periorificial dermatitis: a variant of granulomatous rosacea in children? / C. R. Lucas, N. J. Korman, A. C. Gilliam // J. Cutan. Med. Surg. – 2009 Mar-Apr. – Vol. 13, N 2. – P. 115–118.
15. Струков, А. И. Гранулематозное воспаление и гранулематозные болезни / А. И. Струков, О. Я. Кауфман. – Москва : Медицина, 1989. – 184 с.
16. Wagner, G. Granulomatose periorifizielle Dermatitis der Kindheit / G. Wagner, C. Rose, M. M. Sachse // Der Hautarzt. – 2014 Oct. – Vol. 65, N 10. – P. 903–907.
17. Extrafacial and generalized granulomatous periorificial dermatitis / A. J. Urbatsch [et al.] // Arch. Dermatol. – 2002 Oct. – Vol. 138, N 10. – P. 1354–1358.
18. Childhood Granulomatous Periorificial Dermatitis / Y. J. Kim [et al.] // Ann. Dermatol. – 2011 Aug. – Vol. 23, N 3. – P. 386–388.
19. Granulomatous periorificial dermatitis / K. Tarm [et al.] // Cutis. – 2004 Jun. – Vol. 73, N 6. – P. 399–402.

Поступила 25.05.2016 г.

Принята в печать 05.08.2016 г.

References

1. Adaskevich V.P. Perioral'nyi dermatit: klinicheskaya kartina, diagnostika, lechenie [Perioral dermatitis: clinical picture, diagnostics, treatment]. Dermatologiya. 2008;(1):17-20.
2. Wollenberg A, Oppel T. Scoring of Skin Lesions with the Perioral Dermatitis Severity Index (PODSI). Acta

- Derm Venereol. 2006;86(3):251-2.
3. Adaskevich V.P. Akne vul'garnye i rozovye [Acne vulgar and pink]. Moscow, RF: Meditsinskaya kniga; Nizhny Novgorod, RF: Izd-vo NGMA; 2005. 160 p.
4. Fitzpatrick T, Dzhonson R, Vulf K, Polano M, Syurmond D. Dermatologiya [Dermatology]: atlas-sprav: per s angl. Moscow, RF: Praktika; 1999. 1044 p.
5. Fortschritte der Practischen Dermatologie und

- Venerologie. Berlin: Springer; 1999. Band 16, Breit R, Plevig G. Die periorale Dermatitis: Eine Therapeutische Herausforderung (Hrsg); p. 545-54.
6. Grashkin VA, Gromov MS. Diagnosticheskie kriterii, epidemiologiya i obosnovanie kliniko-patogeneticheskikh tipov techeniya perioral'nogo dermatita [Diagnostic criteria, epidemiology and justification of clinico-pathogenetic types of a current of a perioral dermatitis]. Voен-Med Zhurn. 2010;(10):32-45.
 7. Habif TP, Campbell JJJr, Chapman MS, Dinulos JGH, Zug KA. Skin Disease: diagnosis and treatment. Philadelphia: Elsevier; 2005. 692 p.
 8. Karelina OYu, Karelina YuM. Perioral'nyi dermatit: lechenie azelainovoi kislotoi [Perioral dermatitis: treatment by azelaic acid]. Klin Dermatologiya Venerologiya. 2006;(1):75-7.
 9. Jansen T. Azelainsaure als neue Therapieoption bei perioraler Dermatitis. Der Deutsche Dermatologie. 2004;(7):477-8.
 10. Lehmann P, Plewig G, Kaudewitz P, Sander CA. Periorale Dermatitis. In: Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venerologie. Berlin: Springer; 2005. Bd 19. P. 515-7.
 11. Rodionov AN. Dermatokosmetologiya. Porazheniya kozhi litsa i slizistikh. Diagnostika, lechenie, profilaktika [Dermatocosmetology. Lesions of face skin and mucous. Diagnostics, treatment, prevention]. Saint-Petersburg, RF: Nauka i tekhnika; 2011. 912 p.
 12. Muzychenko AP, Lukyanov AM. Effektivnost' primeneniya Roakkutana (izotretinoina) pri perioral'nom dermatite [Efficiency of use of Roakkutan (izotretinoina) at perioral a dermatitea]. Retsept. 2013;(1):41-51.
 13. Kirdakov DF, Fomin VV, Potekaev NN. Sarkoidoz kozhi: klinicheskie varianty i prognosticheskoe znachenie [Skin sarcoidosis: clinical options and prognostic value]. Farmateka. 2011;(18):28-33.
 14. Lucas CR, Korman NJ, Gilliam AC. Granulomatous periorificial dermatitis: a variant of granulomatous rosacea in children? J Cutan Med Surg. 2009 Mar-Apr;13(2):115-8.
 15. Strukov AI, Kaufman OYa. Granulematoznoe vospalenie i granulematoznye bolezni [Granulematous inflammation and granulematous illnesses]. Moscow, RF: Meditsina; 1989. 184 p.
 16. Wagner G, Rose C, Sachse MM. Granulomatose periorifizierende Dermatitis der Kindheit. Der Hautarzt. 2014 Oct;65(10):903-7.
 17. Urbatsch AJ, Frieden I, Williams ML, Elewski BE, Mancini AJ, Paller AS. Extrafacial and generalized granulomatous periorificial dermatitis. Arch Dermatol. 2002 Oct;138(10):1354-8.
 18. Kim YJ, Shin JW, Lee JS, Park Y-L, Whang K-U, Lee SY. Childhood Granulomatous Periorificial Dermatitis. Ann Dermatol. 2011 Aug;23(3):386-8.
 19. Tarm K, Creel NB, Krivda SJ, Turiansky GW. Granulomatous periorificial dermatitis. Cutis. 2004 Jun;73(6):399-402.

Submitted 25.05.2016

Accepted 05.08.2016

Сведения об авторах:

Мяделец М.О. – аспирант кафедры дерматовенерологии УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет».

Information about authors:

Myadelets M.O. – postgraduate of the Chair of Dermatovenerology, Educational Establishment «Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University».

Адрес для корреспонденции: Республика Беларусь, 210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», кафедра дерматовенерологии. E-mail: maryann_moon@mail.ru – Мяделец Марианна Олеговна.

Correspondence address: Republic of Belarus, 210023, Vitebsk, 27 Frunze ave., Educational Establishment «Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University», Chair of Dermatovenerology. E-mail: maryann_moon@mail.ru – Myadelets Marianna O.