

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ДЕМОДЕКС-АССОЦИИРОВАННЫХ ДЕРМАТОЗОВ

Адаскевич В.П.* , Зыкова О.С.* , Саларев В.В.** , Ловчиновская Ю.А.**

*УО «Витебский государственный медицинский университет», Беларусь

** УЗ «Витебский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Паразитарные заболевания кожи до сих пор являются актуальной проблемой в дерматологии [1, 2]. Наиболее часто врачу приходится сталкиваться с проблемными заболеваниями кожи лица, вызываемыми клещами-железницами рода *Demodex*. Особенно это касается хронических папулосквамозных и папулезных дерматозов (себорейный дерматит, розацеа, акне, периоральный дерматит), которые могут сочетаться с демодекозом. В общей структуре заболеваний кожи демодекоз составляет 2,9%, а в структуре акнеформных дерматозов - 10,5% [2]. На человеке паразитируют два вида клещей-железниц: *Demodex folliculorum* (предпочитает волосяные фолликулы ресниц и бровей) и *Demodex brevis* (поражает сальные железы носогубных складок и крыльев носа, сальные и мейбомиевые железы век). Эти клещи могут встречаться и на других участках кожных покровов в местах расположения сальных желез – груди, спины, шеи.

Наибольшее количество клещей выявляется у пациентов с розацеа (77-90%), вульгарными акне (до 29%), себорейным дерматитом (до 15%), периоральным дерматитом (до 12%) [3-5]. Клещи рода демодекс играют значительную роль в этиопатогенезе указанных дерматозов и осложняют течение заболеваний [1, 3]. Роль клещей *Demodex* в развитии розацеа установить сложно, несмотря на более частую встречаемость при розацеа по сравнению с другими дерматозами, а также более высокую колонизацию кожи [1, 3]. У пациентов с розацеа выявлены иммунологические реакции на протеины *Bacillus oleronius*, что не обнаруживалось у здоровых лиц контрольной группы. Клещи, паразитируя на человеке, оказывают иммуносупрессивный эффект [1, 4]. Это позволяет клещам и условно патогенной микрофлоре успешно колонизировать хозяина. Не исключена возможность и сенсibilизация к специфическим антигенам *Demodex* [1, 3, 5]. Остается неизвестным, что происходит вначале – колонизация клещами, или же при развитии розацеа создаются благоприятные условия для размножения клещей [3-5].

С учетом вышеизложенного, комбинированная терапия пациентов себорейным дерматитом, розацеа, периоральным дерматитом, акне в сочетании с обнаружением *Demodex folliculorum* должна учитывать все звенья развития патологических состояний кожи и сальных желез. Существующие в настоящее время методы местного лечения демодекс-ассоциированных дерматозов, очень часто, приводят к резкому раздражению пораженной

кожи, что по своему отрицательному действию значительно превышают возможные последствия находящегося в коже *Demodex folliculorum*. Поэтому вопрос разработки новых препаратов и методов лечения больных с демодекозным поражением является актуальным.

Целью работы является изучение клинических особенностей проявления демодекс-ассоциированных дерматозов с эритематозно-сквамозными и папуло-пустулезными поражениями лица, а также оценка эффективности комбинированной терапии и переносимости наружных лекарственных средств линии «Стоп демодекс» у пациентов с лабораторным подтверждением наличия клещей рода *Demodex*.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 53 пациента (17 мужчин и 36 женщин) в возрасте от 16 до 77 лет с диагнозами: розацеа (n=19), себорейный дерматит (n=12), периоральный дерматит (n=12), акне (n=11). Для исследования подбирались пациенты с длительностью заболевания свыше 3-х месяцев и с преимущественной локализацией высыпаний на лице, у которых был обнаружен *Demodex* более 5 особей в 1 см². Продолжительность заболевания до 1 года установлена у 6 (12%) пациентов, от 1 до 4 лет – у 29 (55%), от 5 до 10 лет – у 12 (23%) и свыше 10 лет – у 5 (10%) пациентов. Пациентов в возрасте до 20 лет было 7 (13%), 21-30 лет – 10 (19%), 31-40 – 10 (19%), 41-50 лет – 9 (17%), 51-60 лет - 10 (19%), свыше 60 лет – 7 (13%). Фототипы кожи по Фитцпатрику: I – 6 (11%) пациентов, II – 29 (55%), III – 17 (32%), IV – 1 (2%). Отмечались следующие сопутствующие заболевания: поликистоз яичников – 4 пациентки, хронический гастрит – 15, язвенная болезнь желудка – 3, аллергический ринит – 4, а также по одному пациенту с другими заболеваниями (мастопатия, гайморит, бронхит, нефроптоз, туберкулез легких, гипербилирубинемия, атеросклероз). Тщательно оценивалась клиническая картина заболевания и проводилась дифференциальная диагностика между указанными дерматозами. Выявлены следующие сопутствующие кожные заболевания у обследуемых пациентов: микоз стоп – 7, себорейный кератоз – 3, по одному пациенту – онихомикоз стоп, отрубевидный лишай, гнездная алопеция, диффузная алопеция, невротические эксфолиации, псориаз, atopический дерматит, простой герпес, пустулез волосистой части головы.

Все пациенты получали системную терапию согласно общепринятым стандартам лечения розацеа, акне, периорального дерматита, себорейного дерматита и с учетом сопутствующих общесоматических заболеваний.

Местная терапия пациентов включала назначение препаратов линии «Стоп демодекс» в зависимости от формы заболевания, локализации высыпаний и с учетом терапии сопутствующих заболеваний [5]. На кожу лица утром и вечером наносили очищающее мыло «Стоп демодекс», которое вспенивали с водой. После очищения, на пораженную кожу 2 раза в сутки на протяжении 45 дней наносили лечебно-профилактический бальзам «Стоп демодекс». На веки в области корней ресниц наносили гель для век «Стоп демодекс» на 30 минут. Пациентам с поражением волосистой части головы и

сопутствующей себореей применяли шампунь «Стоп демодекс» 3 раза в неделю в течение 1,5 - 2 месяцев.

Результаты и обсуждение. У всех 53 пациентов с хроническими дерматозами (розацеа, себорейный дерматит, периоральный дерматит, акне) лабораторно был обнаружен *Demodex* в количестве более 5 особей в 1 см². Заболевание чаще выявлялось у женщин (68%). Три возрастные группы (21-30 лет, 31-40 лет, 51-60 лет) преобладали в структуре обследованных пациентов. У 66% пациентов отмечались жалобы на кожный зуд, 34 (64%) – на жжение, усиливающиеся после мытья; у 9 (17%) пациентов – на незначительную болезненность в области высыпаний, 18 (34%) – на стягивание кожи, уменьшение ее эластичности. Распределение пациентов по локализации высыпаний: края век и веки – 12 (23%), ресницы – 7 (13%), брови – 7 (13%), щеки – 30 (57%), подбородок – 22 (42%), преаурикулярная область – 10 (19%), носогубная складка – 10 (19%), нос – 17 (32%), лоб – 22 (42%), переносица – 18 (34%), шея – 3 (6%), волосистая часть головы – 9 (17%), другие участки (грудь, спина) – по 4 (8%) пациента. Высыпания были представлены в виде эритематозно-сквамозных пятен – у 38 (72%) пациентов, папул – 40 (76%), пустул – 35 (66%), инфильтратов и абсцедирующих элементов – 8 (16%).

Применение очищающего мыла (октопирокс, эфирное масло чайного дерева) для лица и тела обеспечивало очищение и увлажнение кожи. Лосьон (экстракт календулы, эфирное масло лаванды, маннан, 2%-ная мочевины) использовался как подготовка к процедурам при демодекс-ассоциированных дерматозах и очищения век перед нанесением геля, а также для ежедневной гигиены после лечения. Местная терапия бальзамом «Стоп демодекс» (метронидазол, деготь березовый, гиалуроновая кислота, сверхкритический СО₂-экстракт ромашки, D-пантенол; экстракты коры белой ивы, календулы, галлов дуба, гаммелиса, листьев яблони и розы) оказывала выраженное противовоспалительное, акарицидное, бактерицидное действие, что обеспечивало разрешение объективных и субъективных симптомов заболевания. Активные компоненты шампуня (метронидазол, D-пантенол, сульфат цинка) обладают противовоспалительным действием, воздействуют на *Demodex* и подавляют развитие дрожжеподобного гриба *Malassezia furfur*. Сложный состав геля для век (метронидазол, гиалуроновая кислота, сверхкритический СО₂-экстракт ромашки) обеспечивает антисептическое, акарицидное, а также обезболивающее и успокаивающее действие путем влияния на нейрорецепторы кожи и слизистых оболочек. Применение геля и бальзама позволило уменьшить зуд и болезненность кожи уже на 4-6 день, а у каждого второго пациента субъективные симптомы проходили к 15-17 дню проводимой терапии. Папулезные и пустулезные элементы разрешались к концу курса лечения – на 30-40 день от начала терапии.

Лабораторную диагностику на наличие клеща-железницы проводили сразу после проведенного лечения и через 1,5-2 месяца диспансерного наблюдения. Клещи рода *Demodex* не выявлялись при изучении ближайших и отдаленных результатов терапии. Улучшение (снижение субъективных

данных и уменьшение высыпаний на 50%) наступило у 5 (10%) пациентов, значительное улучшение (отсутствие субъективных данных и регресс элементов на 75%) – у 34 (64%), клиническая ремиссия (отсутствие субъективных и объективных данных) – у 14 (26%) пациентов. Большинство пациентов хорошо переносили применение препаратов линии «Стоп демодекс». Нежелательные побочные реакции в виде легкого жжения, чувства стягивания кожи и незначительной эритемы наблюдались у 3 (6%) больных после нанесения геля для век. Побочная реакция была кратковременной и не требовала отмены препарата.

Таким образом, местные препараты линии «Стоп демодекс» оказывают противовоспалительное, акарицидное, антисептическое действие, что позволяет рекомендовать их к применению практичными врачами (дерматологами, косметологами, инфекционистами) в качестве метода выбора наружной антипаразитарной терапии у пациентов с демодекс-ассоциированными дерматозами.

Выводы. Клинические результаты применения местных препаратов «Стоп демодекс» в комбинированной терапии эритематозно-сквамозных и папуло-пустулезных дерматозов лица с клещевой инвазией *Demodex folliculorum* показали высокую эффективность и хорошую переносимость, что позволило получить хорошие ближайшие результаты - клиническую ремиссию и значительное улучшение у 90% пациентов.

Учитывая выраженную акарицидную активность, препараты линии «Стоп демодекс» устраняют неконтролируемое размножение клеща *Demodex folliculorum*, который является одним из причинных факторов демодекс-ассоциированных дерматозов.

Комбинированный сложный состав наружных препаратов линии «Стоп демодекс» (метронидазол, октопирокс, сульфат цинка, березовый деготь, эфирное масло чайного дерева, гиалуроновая кислота) обеспечивает антисептическое, антипаразитарное, противовоспалительное, противозудное и регенерирующее действие.

Литература

1. Адашкевич, В.П. Периоральный дерматит и розацеа: некоторые вопросы диагностики и новые подходы в лечении / В.П. Адашкевич, В.В. Козловская // ARS MEDICA: дерматовенерология и косметология. – 2008. - № 5 (6). – С. 144 – 147.
2. Сюч, Н.И. Паразитарные болезни кожи. Демодекоз: этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика // Consilium medicum. – 2004. - Т. 6, № 3. – С. 191-194.
3. Коган, Б.Г. Етіологічна і патогенетична роль кліщів-демоцидів у виникненні дерматологічних захворювань у людини. Гіпотези, факти та перспективи подальших досліджень / Б.Г. Коган, В.И. Степаненко // Укр. журн. дерматологии, венерологии, косметологии. – 2002. - № 3. – С. 57-63.
4. Коган, Б.Г. Современные подходы в комплексном лечении пациентов с демодекозом и розовыми угрями // Укр. журн. дерматологии, венерологии, косметологии. – 2010. - № 4. – С. 55-61.
5. Калюжная, Л.Д. Досвід застосування препарату «Стоп Демодекс» у лікуванні поєднаних патологій шкіри обличчя / Л.Д. Калюжная, Е.А. Бардова // Укр. журн. дерматологии, венерологии, косметологии. – 2010. - № 3. – С. 95-98.