

Особенности комплексного лечения больных акнеподобными, эритематосквамозными поражениями кожи лица с клещевой инвазией *Demodex folliculorum*

Дюдюн А. Д.[†], Федотов В. П.[†], Захаров С. В.[†], Горбунцов В. В.[†],
Полион Н. Н.[†], Курбанова С. К.[‡], Косова А. Н.[§]

[†] Днепропетровская государственная медицинская академия

[‡] Коммунальное учреждение «17 клиническая городская больница г. Днепропетровска»

[§] Городская больница № 7, Никополь

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АКНЕПОДОБНІ, ЕРИТЕМАТОСКВАМОЗНІ УРАЖЕННЯ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ З КЛІЩОВОЮ ІНВАЗІЄЮ *DEMODEX FOLLICULORUM*

Дюдюн А. Д., Федотов В. П., Захаров С. В., Горбунцов В. В., Полион Н. М., Курбанова С. К., Косова А. М.

Представлено результати оцінки ефективності і переносності препаратів лінії «Стоп демодекс» у комплексному лікуванні хворих з демодикозним ураженням шкіри обличчя.

FEATURES OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH ACNEFORM ERYTEMATOSKVAMOUS LESIONS OF THE FACE WITH DEMODEX FOLLICULORUM INVASION

Dyudyun A. D., Fedotov V. P., Zakharov S. V., Gorbuntsov V. V., Polyon N. N., Kurbanova S. K., Kosova A. N.

The results of efficiency and tolerance assessment of medications of line "Stop demodeks" in complex treatments of patients with the demodex lesion of face skin are presented.

Многие дерматозы, поражая кожу лица, вызывают явные косметические неудобства, подвергают больных тяжелым стрессовым состояниям и социальной дезадаптации. Патологическое состояние кожи лица заставляют больных обращаться к врачу дерматологу или дерматокосметологу. Поэтому врачам следует учитывать, что поражения кожи лица чаще всего являются сложным патологическим процессом, имеющим несколько причинных факторов возникновения, развития и течения заболевания. Это требует от врача:

- тщательного и детального сбора анамнеза;
- общего осмотра пациента;
- дополнительных методов обследования, – с соблюдением всех правил постановки дерматологического диагноза [1, 3, 4, 6, 7].

Частой причиной обращения больных к врачу дерматовенерологу являются такие хронические дерматозы кожи лица, как:

- себорейный дерматит;
- угревая болезнь;

- розацеа;
- периоральный дерматит.

Клиническая картина указанных заболеваний имеет общие черты проявления в виде эритематозно-папуло-пустулезных высыпаний на фоне патологического или нормального функционирования сальных желез. При использовании дополнительных методов обследования больных себорейным дерматитом, угревой болезнью, розацеа, периоральным дерматитом часто выявляется на коже лица клещ рода *Demodex folliculorum* [2, 4, 7].

Вопрос о роли клеща в развитии указанных дерматозов до сих пор остаётся открытым и является предметом постоянных дискуссий. Так, наличие клеща рода *Demodex folliculorum* длительное время рассматривалось, как основной причинный фактор возникновения розацеа. Эту точку зрения долгое время разделяло большинство дерматологов различных стран. Впоследствии, по мере накопления данных многочисленных исследований по изучению

механизмов возникновения розацеа, теория о патогенетической роли демодекса в значительной мере потеряла свое первостепенное значение [7].

Современные представления о возникновении и развитии выше указанных дерматозов подтверждаются тем, что у больных создаются благоприятные условия для жизнедеятельности и размножения клеща, который, в свою очередь, способствует ухудшению клинической симптоматики заболеваний, усиливая клинические проявления и интенсивность субъективных ощущений – зуда, парестезий. Зуд, как правило, связан с увеличением численности популяции клеща *Demodex folliculorum* и возросшей его активностью [2, 4- 6].

Demodex folliculorum наиболее часто выявляется у больных розацеа; так, клещ обнаруживается в устьях фолликулов и выводных протоках сальных желез у больных:

- розацеа – в 80-90 % случаев;
- периоральным дерматитом – в 60 %;
- угревой болезнью – в 30 %;
- себорейным дерматитом – до 30 % случаев.

Клещи рода *Demodex* принадлежат к семейству *Demodicidae* подотряда *Trombidiformes* отряда *Acariformes*, а вызываемые ими поражения кожи относятся к группе акариоза.

Клещ *Demodex folliculorum* (или железница) открыт Henle в 1841 г. в мейбомиевых железах. Наиболее подробное описание *Demodex folliculorum* представлено в немецкой литературе в 1884 г. Обитает демодекс в сальных железах кожи лица, ушных раковин, спины, груди и питается содержимым сальных желез. Находят клеща и у мужчин, и у женщин одинаково часто. Главное для жизнедеятельности клеща – полноценная продукция кожного сала, а еще лучше – избыточная. Наличие двух-трех экземпляров демодекса в сальной железе, обычно, никак не отражается на объективном состоянии кожи. В гипертрофированных железах встречается до 10-20 особей клеща.

Жизнедеятельность клеща на коже человека можно разделить на два неравные топические разобщенные периоды:

- короткую – накожную;
- длительную – внутрикожную.

Внутрикожный жизненный цикл клеща, в свою очередь, делится на два периода – созревание и репродукции:

- 1 период осуществляется внутри выводного протока сальной железы, где фиксированная на его стенке самка развивается до половозрелого состояния, а затем оплодотворяется, вынашивает и выделяет яйца;

- 2 период (метаморфический) происходит на поверхности кожи.

Яйца с током сала выносятся на поверхность

кожи, а вылупившиеся личинки расселяются на ней в устьях волосяных фолликулов, под чешуйками эпидермиса, где образуются взрослые особи – самцы и самки, которые затем проникают в выводные протоки сальных желез, пополняя существующую там популяцию клещей. Самка демодекса в процессе эволюции после попадания в кожу человека включается в постоянный непрерывный процесс переработки кожного сала, выделения яиц и экскрементов. *Demodex folliculorum* и продукты его жизнедеятельности способны оказывать раздражающее действие на кожные покровы. Наиболее выражено действие демодекса и продуктов его жизнедеятельности наблюдается у лиц с повышенной чувствительностью кожи [6, 7].

Больных с гиперчувствительной кожей и демодекозным поражением можно условно разделить на две группы.

Первую группу составляют больные, у которых гиперчувствительность кожи обусловлена какой-либо внутренней патологией, очень часто не диагностируемой. В данной группе больных на видимо здоровой коже, не имеющей никаких других патологических изменений, происходит формирование гипертрофированных сальных желез, переполненных клещами. Клинически данная патология проявляется эритемо-сквамозными высыпаниями или папулезными высыпаниями с невыраженным воспалительным компонентом.

Вторую группу представляют больные, у которых гиперчувствительность обусловлена патологическим состоянием самой кожи и ее придатков. Причиной патологического состояния кожи могут выступать:

- сенсибилизация к производственным, бытовым и лекарственным аллергенам;
- нейрорефлекторные, эндокринные, сосудистые и другие виды патологических явлений.

В этих случаях наличие в патологически измененной коже клеща может служить фактором, осложняющим основное заболевание, т. е. раздражение кожи, которое вызывается продуктами жизнедеятельности демодекса, наслаивается на имеющиеся клинические проявления кожной патологии.

Распространение демодекса осуществляется посредством яиц, личинок и молодых клещей, как на коже постоянного хозяина, так и вне него. Это происходит при переносе яиц, личинок и молодых клещей на другие участки кожи или при попадании на кожу другого человека во время тесного контакта с больным. Попадая на кожу нового хозяина, развитие *Demodex folliculorum* происходит по вышеописанной схеме, с заселением молодыми клещами волосяных фолликулов и сальных желез [6, 7].

По данным литературных сообщений, считается, что заселению *Demodex folliculorum* подвержены только так наз. себорейные участки кожи. Это мнение объясняется тем, что на других участках кожного покрова демодекс просто не живет.

Таким образом, независимо от того, является ли демодекоз первичным или вторичным, необходимость в санации кожи от *Demodex folliculorum* является бесспорной. Это обусловлено тем, что *Demodex folliculorum* в сочетании с различными внешними и внутренними факторами приводит к воспалению кожи и ее придатков, а также усиливает клинические проявления патологических состояний кожи лица, приводя к серьезным осложнениям.

Исходя из вышесказанного, комплексное лечение больных себорейным дерматитом, угревой болезнью, розацеа, периоральным дерматитом в сочетании с *Demodex folliculorum* должно учитывать все звенья возникновения и развития патологических состояний кожи и сальных желез.

Существующие в настоящее время методы местного лечения больных с демодекозом очень часто приводят к резкому раздражению пораженной кожи и по своему отрицательному действию значительно превышают возможные последствия от находящегося в коже *Demodex folliculorum*. Поэтому вопрос разработки новых препаратов и методов лечения больных с поражением кожи *Demodex folliculorum* является актуальным.

Наши клинические наблюдения были направлены на изучение эффективности и переносимости линии «Стоп демодекс» производства ООО «НПО ФитоБиоТехнологии» в комплексном лечении больных себорейным дерматитом, угревой болезнью, розацеа, периоральным дерматитом, у которых обнаружен *Demodex folliculorum*.

Материалы и методы лечения. Под нашим наблюдением находилось 37 больных в возрасте от 18 до 55 лет с давностью заболевания от 2 до 8 лет, у которых лабораторным методом обнаружен *Demodex folliculorum*; у наблюдаемых больных диагностированы:

- себорейный дерматит – у шести больных;
- угревая болезнь – у десяти;
- розацеа – у 14;
- паразитарный дерматит – у восьми больных

Всем больным проводилось стандартное офтальмологическое обследование, которое позволило у девяти наблюдаемых больных диагностировать паразитарный блефарит.

Комплексное лечение наблюдаемых больных включало применение стандартной терапии соответствующих нозологических форм в сочетании с линией «Стоп демодекс».

Назначение линии «Стоп демодекс» заключалось в поэтапном комплексном применении

входящих в неё препаратов:

- на кожу лица утром и вечером наносили очищающее мыло для лица и тела «Стоп демодекс», которое после вспенивания смывали водой;
- после очищения, на пораженную кожу наносили 2 раза в сутки на протяжении 45 дней бальзам лечебно-профилактический «Стоп демодекс»;
- на веки, ближе к корням ресниц наносили на 30 мин. гель для век «Стоп демодекс».

В комплекс проводимой терапии наблюдаемым больным были включены капли «Стоп демодекс», изготовленные на основе растительных экстрактов + мсм, которые назначали пациентам по 20-30 капель два раза в сутки на протяжении 30 дней.

Применение очищающего мыла для лица и тела «Стоп демодекс» обеспечивает:

- очищение и увлажнение кожи;
- удержание влаги;
- подавление выработки внутриклеточного фермента 5 α -редуктазы, – оказывая таким образом антибактериальное, противогрибковое, кератолитическое действие.

Лечебно-профилактический бальзам «Стоп демодекс» обладает выраженными акарицидными, бактерицидными, противовоспалительными свойствами, что обеспечивает быстрое разрешение объективных и субъективных симптомов заболевания.

Сложный состав геля для век:

- обеспечивает акарицидное, антисептическое, обезболивающее, успокаивающее действие;
- влияет на нейрорецепторы кожи и слизистых оболочек;
- усиливает капиллярное кровообращение;
- уменьшает жирность и стимулирует синтез коллагена в коже, – а также обладает успокаивающим, смягчающим, антигистаминным действием.

Капли «Стоп демодекс» обладают общеукрепляющим, иммуностимулирующим, противовоспалительным, бактерицидным, седативным, антитоксическим и спазмолитическим действием.

Во время лечения линией «Стоп демодекс» всем больным рекомендовано исключить пребывание на солнце, применение всех топических препаратов, включая декоративную косметику.

Результаты лечения и их обсуждение. Проводимое комплексное лечение большинство наблюдаемых больных переносило хорошо. Нежелательные побочные реакции отмечены у трёх больных после нанесения геля для век; проявление побочных реакций заключалось в появлении чувства стягивания и жжения кожи после нанесения препарата. Объективно реакция проявлялась гиперемией обработанных участков кожи. Побочная реакция носила нестойкий характер и проходила через 15-20 мин. без назначения дополнительного лечения, а с каждым

последующим днем лечения интенсивность реакции снижалась. С шестого дня и до окончания проводимой терапии побочных реакций у наблюдаемых больных не отмечалось.

Проводимое комплексное лечение больных с применением линии «Стоп демодекс» показало, наряду с хорошей переносимостью препаратов, хороший терапевтический эффект в комплексном лечении наблюдаемых больных:

- на 3-4-й день проводимой терапии отмечен значительный противовоспалительный эффект, который проявлялся в снижении интенсивности гиперемии пораженной кожи, отсутствии появления новых папулезных высыпаний;

- на 4-5-й день больные указывали на значительное снижение субъективных ощущений, которые полностью исчезали на 14-й день комплексной терапии;

- к 14 дню проводимой терапии отмечено разрешение более 50 % морфологических элементов;

- разрешение папулезных высыпаний в очаге

поражения происходило на 30-35-й день проводимого лечения.

Контроль санации *Demodex folliculorum* проводили сразу после проведенного лечения, и в течение 1,5 месяца диспансерного наблюдения. *Demodex folliculorum* у наблюдаемых нами больных не выявлялся.

Таким образом, анализ полученных результатов показал хорошую акарицидную активность применяемой линии «Стоп демодекс» в комплексном лечении больных розацеа, угревой болезнью, себорейным и периоральным дерматитами, что дает основание рекомендовать ее к более широкому применению практически всеми врачами в качестве метода санации *Demodex folliculorum*.

Проведенные нами клинические наблюдения по оценке эффективности и переносимости линии «Стоп демодекс», применяемой в комплексном лечении больных угревой болезнью, розацеа, себорейным и периоральным дерматитами, дают основание сделать следующие выводы.

Выводы

1. Клинические наблюдения по применению линии «Стоп демодекс» в комплексном лечении больных акнеподобными, эритематосквамозными поражениями кожи лица с клещевой инвазией *Demodex folliculorum* показали высокую эффективность и хорошую переносимость.

2. Обладая выраженной акарицидной активностью, «Стоп демодекс» устраняет один из причинных факторов указанных заболеваний – неконтролируемое размножение клеща *Demodex folliculorum*.

3. Композиционный состав линии «Стоп демодекс» (эфирное масло чайного дерева, октопирокс, диазолидинилмочевина) обеспечивает антисептическое, противопаразитарное, противовоспалительное, анальгезирующее и

регенерирующее действие.

4. Наличие в составе очищающего мыла для лица и тела «Стоп демодекс» глицерина, ПЕТ-40, октопирокса, пропиленгликоля и других компонентов, которые обеспечивают очищение и увлажнение кожи, удержание влаги, подавление выработки внутриклеточного фермента 5 α -редуктазы, приводит к нормализации микробиоты кожи, снижению гиперкератотических процессов.

5. Многообразие патогенетической направленности линии «Стоп демодекс» способствует выраженному противовоспалительному и регенеративному действию и приводит к быстрому разрешению объективных и субъективных клинических проявлений патологического процесса кожи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутов Ю.С., Акилов О.Е. Факторы успешной колонизации клещами *Demodex spp.* кожи человека // Вестн. последиплом. мед. образования. - 2002. - № 1. - С. 87.
2. Бутов Ю.С., Романова Е.Н., Тихонова А.Б. Частота встречаемости *H. pylori* и *D. folliculorum* у больных с розацеаподобными состояниями // Вестн. последиплом. мед. образования. - 2001. - № 1. - С. 74.
3. Вострокнутова Т.М., Мокроносова М.А. Клещи-железницы и проблемная кожа лица // Лечащий врач. - 2007. - № 9. - С. 10-12.
4. Вислобоков А.В. Опыт лечения розацеа и периорального дерматита // Рос. журн. кожн. и венерич. болезней. - 2003. - № 1. - С. 75-76.
5. Завьялова Н.А. Васильева А.М., Кочетова Л.Ю. О заболеваниях век и переднего отрезка глазного яблока в связи с клещевой инвазией (демодикозом) // Офтальмол. журн. - 1988. - № 5. - С. 275-277.
6. Коган Б.Г., Степаненко В.И. Морфологічні, біологічні та функціональні особливості збудників демодекозу людини кліщів *Demodex folliculorum* та *Demodex brevis* на сучасному етапі // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. - 2001. - № 2-3. - С. 70-76.
7. Федотов В.П. Розацеа и амикробные пустулы // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. - 2009. - № 1-2. - С. 145-159.