

Досвід застосування препарату «Стоп Демодекс» у лікуванні поєднаних патологій шкіри обличчя

Калюжная Л.Д., Бардова Е.А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Ключові слова: Демодекоз, розацеа, періоральний дерматит, акне, лікування.

Нині спостерігається почастищення випадків звернення пацієнтів до дерматолога та дерматокосметолога зі скаргами на папуло-пустульозні висипання на шкірі обличчя, що пов'язано з популяризацією високих естетичних вимог до зовнішнього вигляду, погіршенням екологічної ситуації, а також хронічними стресами. Найчастіше причиною звернень стають такі хронічні дерматози шкіри обличчя, як себорейний дерматит, вугрова хвороба, розацеа, періоральний дерматит, які можуть поєднуватись з демодекозом.

Клінічна картина цих захворювань має спільні риси: це папуло-пустульозні висипання на фоні збільшеного чи нормального саловиділення.

При дослідженні шкіри пацієнтів цієї групи часто виявляють підшкірний кліщ *Demodex folliculorum* і *Demodex brevis*, що дає змогу лікарям встановлювати діагноз «демодекоз». Але, незважаючи на достатньо високе поширення цих видів кліщів у природі, захворюваність на демодекоз не перевищує 2,1 % у структурі всіх шкірних захворювань, або приблизно 39 осіб на 100 000 населення на рік, що дає підстави розглядати цей дерматоз із переважно хронічним перебігом як захворювання, зумовлене низкою зовнішніх та внутрішніх факторів. За даними деяких авторів, а також згідно з нашими спостереженнями, можна зробити висновок, що кліщі-демодициди відіграють певну роль в етіопатогенезі цих захворювань, зокре-

ма можуть ускладнювати їх перебіг.

Під час дослідження лусочок шкіри, а також вмісту вивідних протоків сальних залоз найбільшу кількість кліщів виявляють у пацієнтів з розацеа – до 77–90 %, вугровою хворобою – до 29 %, періоральним дерматитом – до 60 %, менше при себорейному дерматиті – до 15 %. В офтальмологічній практиці демодекоз діагностують у 62–70 % випадків, він найчастіше супроводжує хронічні блефаро-кон'юнктивіти, блефарити, періорбікулярні дерматити.

Слід зазначити, що кліщі можуть бути виявлені й у осіб з неураженою на вигляд шкірою, без будь-яких клінічних виявів дерматозів. Деякі автори пояснювали це симбіотичними відносинами організму людини і кліщів, інші – умовною патогенністю паразитів, здатною виявлятися за певних обставин. Нині побутує думка, що виявлення кліщів у осіб зі здоровою на вигляд шкірою – це малосимптомна субклінічна форма демодекозу, яка передує клінічним виявам хвороби, але через незначну сенсibiliзацію організму хазяїна не спричиняє суб'єктивних відчуттів.

Відомо, що обидва види кліщів *Demodex folliculorum* і *Demodex brevis* належать до постійних прижиттєвих моноксенних паразитів людини, які паразитують тільки в організмі людини і гинуть разом з цим організмом.

Також відома топічна специфічність обох видів кліщів – найчастіше вражається шкіра обличчя, переважно носо-

губний трикутник, підборіддя, повіки. Рідше ураженими бувають волосиста частина голови, шия, вушні раковини, спина, груди. До того ж з метою запобігання конкуренції між собою кліщі займають певні екологічні ніші. Відомо, що *Demodex folliculorum* переважно паразитують у порожнинах волоссяних фолікулів, де вони живуть, утворюючи невеликі колонії, а *Demodex brevis* – у сальних та мейбомійових залозах повік, а також у їх вивідних протоках.

Спостерігається також сезонна специфічність: захворюваність на демодекоз та можливість зараження ним зростають у весняно-літній період. Узимку ймовірність виявлення кліщів-демодицид при хронічних дерматозах становить 5–20 %, натомість навесні цей показник сягає 40 %, улітку – 90 %.

Хоча ураження кліщами може бути виявлене у будь-якому віці, найчастіше демодекоз діагностують у пацієнтів 25–45 років. Гендерна вибіркковість *Demodex folliculorum* і *Demodex brevis* виражена менше, до того ж вона неоднозначна. За даними деяких авторів, частота захворюваності у чоловіків і жінок однакова, інші стверджують, що вона переважає у жінок, а треті – що частіше хворіють чоловіки.

Скоріш за все епідеміологічну закономірність не можна пояснити однією якоюсь причиною, вона залежить від сукупності морфологічних особливостей організму людини.

Етіопатогенез вугрової хвороби, розацеа, періорального дерматиту, себореїного дерматиту залишається питанням дискусійним, зокрема щодо первинності того чи іншого чинника. Але слід зазначити, що найчастіше виділяють такі риси етіопатогенезу цих захворювань, як вплив взаємопов'язаних ендогенних та екзогенних факторів. Наприклад, порушення кількості виділення і якісного складу шкірного сала, вплив аліментарних факто-

рів і пов'язане з ними порушення травлення, надлишкове УФ-опромінення, розмноження умовно-патогенної флори, а також зараження кліщами-демодицидами. Але щодо останнього досі залишається не з'ясовано питання, чи є зараження кліщами роду *Demodex* первинним фактором, що зумовлює розвиток дерматозів, чи вторинним процесом, який ускладнює перебіг основного захворювання.

Сучасні аспекти призначення терапії будь-якого дерматозу повинні ґрунтуватися на всіх аспектах етіопатогенезу захворювання. Але існують певні труднощі у призначенні зовнішнього лікування розацеа, періорального дерматиту, вугрової хвороби, пов'язані з недостатньою ефективністю загальноприйнятих засобів антипаразитарної терапії, що обумовлює пошук нових засобів антипаразитарної терапії з урахуванням усіх ланок патогенезу.

Матеріали та методи

На кафедрі дерматовенерології НМАПО ім. П.Л. Шупика ми застосовували як додаткову зовнішню терапію серію препаратів «Стоп Демодекс», виробництва України, яка складається з м'якого очисного мила для шкіри обличчя, лікувально-профілактичного бальзаму та гелю для повік. Активними компонентами препаратів є метронідазол та березовий дьоготь, які мають виражені акарицидні властивості по відношенню до кліщів *Demodex folliculorum* і *Demodex brevis*, а також бактерицидну і протизапальну дію. Екстракти кори верби білої та гамамелісу, які входять до складу препаратів, сприяють зменшенню секреції шкірного сала за рахунок блокади фермента 5-альфа-редуктази. Крім того, препарати містять у великій концентрації азулен з екстракту ромашки, що має виражені протизапальні властивості, та вітамін А, який стимулює регенерацію тканин і сприяє швидкому регресу висипань без утворення рубців.

Ми проводили спостереження за групою з 25 хворих жі-

нок віком від 18 до 56 років, яким було діагностовано себореїний дерматит (4 хворих), вугрову хворобу (5 хворих), розацеа (10 хворих), періоральний дерматит (6 хворих). Перебіг цих захворювань був ускладнений наявністю лабораторно підтвердженого демодекозу. У 5 хворих спостерігався також періорбікулярний дерматит та епісклерит. Тривалість захворювання становила від 4 до 16 років. Раніше всі пацієнти проходили курс лікування із застосуванням загальної та місцевої терапії, яка передбачала засоби антипаразитарної терапії. На момент дослідження усі хворі проходили місцеве і загальне лікування основного захворювання згідно із загальноприйнятими стандартами лікування вугрової хвороби, розацеа, періорального і себорейного дерматиту. Препарати «Стоп Демодекс» призначались як додаткова терапія.

Лікування було призначено за такою схемою:

01. Очищення шкіри м'яким очисним милом «Стоп Демодекс» двічі на добу. Нанести на шкіру обличчя невелику кількість мила, спінити, залишити на 20–30 с, змити водою.
02. Бальзам лікувально-профілактичний «Стоп Демодекс». Наносити на очищену шкіру обличчя та уражених ділянок невелику кількість бальзаму двічі на добу. Оптимальна тривалість курсу – 45 днів.
03. Перед нанесенням гелю для повік необхідно обробити краї повік настоянкою календули чи евкаліпту за допомогою ватного диска, який змочують у розчині. Повторити процедуру через 15 хв. У разі одночасного ураження слухового проходу, вушних раковин, брів також рекомендується обробка цих ділянок перед нанесенням гелю.
04. Гель для повік «Стоп Демодекс» наносять на повіки якнайближче до зони росту вій на 30 хв. Залишки гелю видаляють за допомогою ватного тампона. Бажано наносити двічі на добу протягом 45 днів. Якщо уражені зовнішній слуховий прохід, вушні раковини і брови, гель наносять також двічі на добу впродовж 45 днів.
05. Під час лікування не рекомендовано використовувати декора-

тивну косметику, а також перебувати під прямими сонячними променями.

06. Також протягом лікування варто консультуватися в офтальмолога і робити масаж повік.

Результати та обговорення

Після застосування комплексу препаратів «Стоп Демодекс» для додаткової терапії на 4–5-й день від початку лікування спостерігалось зменшення запальної реакції шкіри, зокрема зменшення яскравості висипки, відсутність свіжих папулопустульозних висипань та суб'єктивних відчуттів. На 12-й день від початку лікування значно зменшувалася кількість висипань. Крім цього, об'єктивно спостерігалось зменшення саловиділення і швидший регрес висипань. Повний регрес пустульозної висипки спостерігався у середньому через 4 тиж лікування. Також слід зазначити швидший регрес постзапальної пігментації, порівняно з іншими засобами зовнішньої терапії. Стан, близький до клінічного одужання (регрес усіх морфологічних елементів, крім постзапальної гіперпігментації), виявлено у всіх хворих через 8 тиж лікування.

Також слід зазначити, що у 2 жінок у перші дні лікування спостерігалось відчуття печії та гіперемія, що виникала одразу після нанесення гелю, які тривали близько 15 хв і минали самостійно.

Усі хворі вказували на добру переносність препарату і комфорт під час нанесення на відміну від деяких антипаразитарних засобів зовнішньої терапії. Слід зазначити, що в однієї хворої під час лікування виник простий контактний дерматит, але це було пов'язано з алергією на реакцією на препарати, що містять ромашку, в анамнезі.

Після закінчення лікування хворі перебували під спостереженням протягом 6 тижнів. Рецидивів за цей період не спостерігалось.

На 7-й день після закінчення лікування досліджено шкіру хворих на наявність кліщів-демоцид. У всіх хворих спостерігалася повна елімінація збудників. Також додаткове дослідження ми проводили через місяць після закінчення лікування. Слід зазначити, що на момент дослідження у всіх хворих була ремісія основного захворювання і лабораторно було підтверджено відсутність кліщів у лусочках шкіри і вмісті вивідних протоків сальних залоз.

Таким чином, застосування препаратів «Стоп Демодекс» виявилось ефективним, безпечним і може бути рекомендованим для лікування дерматозів шкіри обличчя, таких як розацеа, періоральний дерматит, вугрова хвороба, себорейний дерматит, ускладнених демодекозом, а також із профілактичною метою. Рекомендовано застосування наведеної вище схеми лікування.

Висновки

Перевагою запропонованого способу є висока ефективність та доступність, зручність у використанні, можливість комплексної терапії вугрової хвороби, розацеа, періорального дерматиту, себорейного дерматиту, ускладнених демодекозом, із впливом на всі ланки розвитку патологічного процесу, що дасть змогу прискорити еволюцію клінічних виявів хвороби та терміни лікування, що в свою чергу допоможе покращити медико-соціальні показники життя хворих.

Список літератури

01. *Абрагамович Л.С.* Розацеазна хвороба: стан гепатобіліарної системи таїї роль ветіології йпатогенезі, принципи лікування // Практична медицина. – 2003. – Т.2, № 2. – С. 88–96.
02. *Аравийская Е.Р.* Современный взгляд на лечение акне: состояние проблемы и новые возможности // Лечащий врач. – 2003. – № 4. – С. 4–6.
03. *Калужна Л.Д., Корольова Ж.В., Возіанова С.В. та ін.* Вікові аспекти патогенезу хронічних дерматозів у жінок // 36. наук. праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. – К.: [б. в.], 2008. – Вип. 17. – С. 301–307.
04. *Коган Б.Г.* Диагностика і терапія розацеа, демодекозу, дерматиту періорального з урахуванням спільних чинників виникнення, патогенезу та особливостей клінічного перебігу дерматозів: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – К., 2006. – 44 с.
05. *Корнева Л.В., Махнева Н.В., Базовая Д.А.* Роаккутан в случае сочетанной патологии acne vulgaris и acne rosacea // IX Всерос. съезд дерматовенерол.: Тез. науч. работ. – М.: [б. и.], 2005. – Т. 1. – С. 94–98.
06. *Огурцова А.Н.* Дифференцированный подход к лечению угревой болезни // Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии. Сб. работ. – Одесса, 2003. – С. 83–85.
07. *Потекаев Н.Н.* Акне и розацеа / Под ред. Н.Н. Потекаева. – М.: Бином, 2007. – 231 с.
08. *Проценко Т.В., Кондратенко И.В.* Опыт лечения больных угревой болезнью // Новости медицины и фармации. – 2002. – № 9. – 10. – С. 4.
09. *Akhiani M., Ehsani A.H., Ghiasi M., Jafari A.K.* Comparison of efficacy of azithromycin versus doxycycline in the treatment of rosacea: a randomized open clinical trial // Int. J. Dermatology. – 2008. – Vol. 47, N 3. – P. 284–288.
10. *Amichai B., Grunvald M., Avinoach J., Halevy S.* Granulomatous rosacea associated with Demodex folliculorum // J. Dermatol. – 1992. – Vol. 31, N 10. – P. 718–726.
11. *Dahl M.V., Jarrett M., Kaplan D.* Once-daily topical metronidazole cream formulations in the treatment of the papules and pustules of rosacea // J. Am. Acad. Dermatol. – 2001. – Vol. 45. – P. 723–730.