

Эффективность использования серии препаратов «Стоп Демодекс» в комплексном лечении больных демодекозом.

Притуло О.А., Нгема М.В., Прохоров Д.В., Смолиенко В.Н., Винцерская Г.А., Равлюк Д.А.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского»

Ключевые слова: препарат, лечение, демодекс

Демодекоз – широко распространенное во всех климатических зонах земного шара хроническое паразитарное заболевание кожи человека и животных. Возбудителями его являются клещи – демодициды, представители наиболее приспособленной к паразитическому образу жизни группы Паукообразных, семейства Demodidae [3,6,8,11,13,15].

В настоящее время доказано, что возбудителями демодекоза человека являются клещи *Demodex folliculorum* и *Demodex brevis*, принадлежащие к типу Членистоногих (Arthropoda), к классу Паукоподобных (Arachnida), роду Клещей (Acarina). Они являются представителями самостоятельного семейства Demodidae из отряда Trombicliformes [1,2].

Демодекозом страдают и домашние животные. Поражение кошек и собак клещами *Demodex cati* (паразит кошек) и *Demodex canis* (паразит собак) вызывает заболевание, известное под названием красной железницы, которое может сопровождаться сильным воспалением волосяных фолликулов и сальных желез, выпадением волос, шелушением, утолщением кожи, образованием пустул, иногда фурункулов, генерализацией патологического процесса и даже заканчиваться смертью.

Согласно концепции жизненной схемы видов клещи *Demodex folliculorum* и *Demodex brevis* относятся к постоянным моноксенным кожным паразитам, кроме того клещи

являются сингоспитальными, то есть паразитируют вместе на одном хозяине [5].

В соответствии с высоким уровнем топоческой и трофической специфичности возбудители демодекоза преимущественно поражают кожу в области носолabiaльных складок, подбородка и век [7,9,14].

Demodex folliculorum наиболее часто – в 38% случаев встречается в области носа и наружного уха, в 30% - в области лба, в 29% – в периоральной области [10].

Что касается *Demodex brevis*, то его преимущественной локализацией является кожа верхней половины груди и шеи.

В зависимости от преобладания тех или иных симптомов определяют несколько клинических форм демодекоза. Одни исследователи выделяют эритематозно – сквамозную (или себорейную), папулезную, папуловезикулезную, пустулезную, розацеоподобную, комбинированную и малосимптомную формы.

Другие отмечают малосимптомную, эритематозно-сквамозную, акнеформную, розацеоморфную, сикозиформную, мелкоузловую формы, третьи – эритематозную, пустулезную, папулезную, комбинированную формы. В зависимости от распространенности процесса А.А. Антоньев с соавт [1]. различают следующие формы демодекоза: ограниченную (с локализацией высыпаний преимущественно в складках и около углов глаз), диффузную,

при которой поражается вся кожа лица; распространенную, когда воспалительный процесс выходит за пределы лица.

По течению заболевания выделяют острый, подострый и хронический рецидивирующий демодекоз.

Согласно клинической картине выделили следующие формы демодекоза кожи: малосимптомную эритематозно–сквамозную, папулезную, пустулезную, комбинированную и кистозную [4]. Кроме того, выделяют несколько типов расположения эфлоресценций при демодекозе:

центральный тип, при котором высыпания локализируются преимущественно в области Т-зоны (центральная часть лба, надпереносье, спинка и крылья носа, носогубная зона, центральная часть подбородка) – зоны наибольшей плотности сальных желез;

медиальный тип – высыпания находятся преимущественно в области лобных бугров, центральной части щек и области подбородочного выступа;

асимметричный тип – высыпания обнаруживаются только с одной стороны лица;

латеральный тип – высыпания располагаются в боковых частях лица;

тотальный тип – высыпания расположены равномерно по всей поверхности лица.

Клиническая картина демодекоза человека может напоминать клиническую картину розовых угрей, вульгарных угрей, фотодерматоза, себориода. Нередко на застойно-гиперемизованном, слегка отечном, шелушащемся фоне при явлениях жирной себореи располагаются фолликулярные высыпания мелкопапулезного и мелкопустулезного типа. Также некоторыми исследователями отмечается, что клиническая картина демодекоза напоминает розовые угри, отождествляя демодекоз с розовыми угрями.

Материалы и методы исследований.

На кафедре кожных и венерических болезней Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского. мы использовали как дополнительную наружную терапию серию препаратов «Стоп Демодекс», производства Украины, которая состоит из мягкого очищающего мыла для кожи лица, шампуня, лечебно-профилактического бальзама и геля для век. Активными компонентами препаратов являются метронидазол и березовый деготь, которые имеют выраженные акарицидные свойства по отношению к клещам *Demodex folliculorum* и *Demodex brevis*, а также бактерицидное и противовоспалительное действие. Экстракты коры белой ивы и гаммелиса, которые входят в состав препаратов, способствуют уменьшению секреции кожного сала за счет блокады фермента 5-альфа-редуктазы. Сверх критический – CO₂ – экстракт ромашки содержит высокую концентрацию матрицина и азулена – мощных антигистаминных компонентов, которые практически мгновенно снимают покраснения. Витамин А стимулирует регенерацию тканей и способствует быстрому регрессу высыпаний без образования рубцов. Кроме того по данным ряда исследователей [12] при демодекозе наблюдаются иммунологические сдвиги и нарушение функции желудочно-кишечного тракта, что обуславливает целесообразность назначения капель «Стоп Демодекс» на основе растительных экстрактов. Так экстракт Эхинацеи пурпурной применяется в качестве мощного иммуностимулятора, и противовоспалительного средства. Применяется как вспомогательное средство при комплексном лечении различных кожных заболеваний (демодекоз и акне). Календула лекарственная оказывает противовоспалительное, бактерицидное действие. Препараты календулы ускоряют процессы регенерации тканей и способствуют более быстрой эпителиации. Тысячелистник обыкновенный обла-

дает общеукрепляющим, противоспазматическим, действием. Помогают они при желудочно-кишечных заболеваниях, особенно при язвенной болезни, улучшают обмен веществ.

Было обследовано 45 больных демодекозом. Диагноз был подтвержден лабораторным (микроскопическим исследованием). Наибольшее число наших клинических наблюдений составили женщины (67%), мужчины – 33% больных. Распределение исследуемых больных демодекозом по возрасту и полу представлено в **таблице 1**.

Распределение всех обследованных больных на подгруппы в зависимости от формы заболевания и преобладающего характера высыпных элементов в очагах поражения кожи было проведено по классификации:

1. Эритематозная форма заболевания наблюдалась у 13 больных.
2. Папулезная форма заболевания наблюдалась у 17 больных.
3. Пустулезная форма заболевания наблюдалась у 8 больных.
4. Комбинированная форма заболевания наблюдалась у 7 больных.

На фоне стойкой красной или синюшно-красной застойной эритемы с обилием тонких и широких телеангиэктазий располагались характерные папулезные и пустулезные элементы. Чаще наблюдалась группировка папулезных элементов в бляшки синюшно-красного или синюшного цвета, на поверхности которых определялись мелкие (1–2 мм в диаметре) и крупные (до 5–6 мм. в диаметре) пустулезные элементы, а также гнойные и кровянисто-гнойные корочки.

Также мы обследовали всех больных на наличие специфического поражения глаз, нами учитывались данные анамнеза заболевания, клинической картины и лабора-

торного исследования, у всех больных делался забор секрета сальной железы волосяного фолликула ресничек, при обнаружении клеща больные направлялись на консультацию к окулисту.

В зависимости от формы поражения глаз больных демодекозом выделяли бессимптомное носительство, стертую форму, блефароконъюнктивит и эписклерит (**табл.2**).

Бессимптомное носительство отмечалось у 8 (17%) больных при котором диагноз верифицировался обнаружением угревой железы на корнях ресниц и в выделениях сальных желез. Такие больные не предъявляли жалоб, однако, из анамнеза удалось выяснить, что ранее ими периодически отмечалось покраснение краев век, зуд и ощущение инородного тела в глазу.

Стертая форма демодекоза глаз наблюдалась у 4 (9%) больных, в данном случае наблюдалось: сильный зуд век, особенно по утрам после сна, резь в глазах, выпадение ресниц. При биомикроскопии выявлялись увеличенные и темные луковицы отдельных ресниц, полупрозрачные и цилиндрические муфты у их корней, иногда мелкие множественные папилломы, что типично для хронического блефарита. Демодекозный блефарит диагностировался у 3 (7%) больных и проявлялся более выраженными изменениями, чем стертые формы заболевания. Сначала появлялись очаговые поражения, локализующиеся вокруг ресниц, затем они распространялись и захватывали весь край века. Гиперемия конъюнктивы сопровождалась умеренным слизистым отделяемым, скапливающимся на краях век в виде желтоватых корочек.

Длительность заболевания демодекозом составляла от 4-х до 15 лет. Ранее все пациенты проходили курс лечения с использованием общей и местной терапии. Препараты «Стоп Демодекс» назначались как дополнительная терапия.

Лечение было назначено по такой схеме:

Рекомендовалось умывание мягким очищающим мылом «Стоп Демодекс» дважды в сутки. Небольшое количество мыла наносилось на кожу лица, вспенивалось, оставалось на 20–30 с и смывалось водой.

Бальзам лечебно-профилактический «Стоп Демодекс»: наносился на очищенную кожу проблемных мест 2 раза в сутки в течение 45 дней.

Перед нанесением геля для век рекомендовалась обработка их края настойкой календулы или эвкалипта с помощью ватного диска, который смачивался в растворе. Процедура повторялась через 15 мин. В случае одновременного поражения слухового прохода, ушных раковин, бровей также рекомендуется обработка этих участков перед нанесением геля.

Гель для век «Стоп Демодекс» наносился на веки как можно ближе к зоне роста ресниц на 30 мин. Необходимо наносить дважды в сутки на протяжении 45 дней. Излишки геля удаляют с помощью ватного тампона.

При поражении волосистой части головы рекомендовалось мытьё волос шампунем «Стоп Демодекс» 2 раза в неделю не менее 6 недель. Нанести на влажные волосы на 2–3 мин. Смыть водой.

В качестве общеукрепляющего средства, после окончания курса лечения рекомендовалось принимать, как диетическую добавку к рациону питания, капли на основе растительных экстрактов «Стоп Демодекс» на протяжении 30 дней по 30 капель 2 раза в день во время еды.

Результаты и обсуждения.

Таким образом комплексная терапия с использованием серии препаратов «Стоп Демодекс» позволила значительно улучшить результаты лечения больных с демодекозом особенно с папуло-пустулезной клинической формой. От начала лечения на 6-7 день отмечалось умень-

шение воспалительной реакции свежих элементов. На 15 день исчезал зуд кожи и уменьшилось количество высыпаний. Полный регресс высыпаний наблюдался через 4 недели лечения. После окончания лечения на 10 день лабораторно было подтверждено отсутствие клещей на участках кожи и в месте выведения протоков сальных желез, в области бровей и ресниц.

Выводы.

Учитывая наличие клинико-лабораторных изменений при различных клинических формах демодекоза внедрён в практику научно-обоснованный комплекс лечения серией препаратов «Стоп Демодекс». Его эффективность прослеживается и при комплексном лечении, и при профилактике демодекоза. Наблюдается устранение самой причины появления заболевания – неконтролируемого размножения клеща *Demodex*, а также сильное противовоспалительное и восстановительное действие – быстрое устранение симптомов заболевания. В результате применения препаратов данной серии уже через несколько дней наблюдается значительное очищение кожи от очагов воспаления и в последствие полный регресс данного дерматоза.

Таблица 1

Возрастное распределение больных демодекозом с учетом пола

Пол \ Возраст	30-40 лет n=13 (%)	41-50 лет n=13 (%)	51-60 лет n=19 (%)	Всего больных n=45 (%)
Мужчины	5 (11%)	3 (7%)	7 (15%)	15 (33%)
Женщины	8 (18%)	10 (22%)	12 (27%)	30 (67%)

Таблица 2

Распределение больных демодекозом в зависимости от клинической формы поражения глаз

Клиническая форма поражения глаз	Количество больных	%
Бессимптомное носительство	8	17%
Стертая форма	4	9%
Демодекозный блефарит	3	7%
Всего	15	33%

Литература:

01. Акбулатова Л.Х. Демодекоз человека. //Л.Х. Акбулатова //Вестник дерматологии. – 1964. – №3 – С. 32 – 42.
02. Акбулатова Л.Х. Патогенная роль клеща Demodex и клинические формы демодекоза у человека. //Л.Х. Акбулатова //Вестник дерматологии. – 1966. – № 12. – С. 57–61.
03. Вальнэ М.С. Популяции клещей-железниц при периоральном дерматите и розацеа. /М.С. Вальнэ, А.Б. Ланге. //Всероссийский съезд дерматологов и венерологов: (VI; 1989; Москва) VI Всесоюзный съезд дерматологов венерологов: Тез. докл. – М., 1989. – Ч 2. – С. 135 – 138.
04. Коган Б.Г. Морфологічні, біологічні та функціональні особливості збудників демодекозу людини – кліщів Demodex folliculorum та Demodex brevis на сучасному етапі. /Б.Г. Коган, В.І. Степаненко//Дерматовенерология.Косметология. Сексопатология. – 2001. – №23(4) – С. 70 – 75.
05. Коган Б.Г. Специфичность клещей Demodex folliculorum и Demodex brevis – возбудителей демодекоза человека /Б.Г. Коган, В.Т. Горголь //Укр. журнал дерматології, венерології косметології. – 2001. – №1. – С. 37 – 41.
06. Кулага В.В., Романенко И.М. Лечение болезней кожи. – Луганск, 1996. – 414 с.
07. Майчук Ю.Н. Паразитарные заболевания глаз. /Ю.Н. Майчук – М.: Медицина, 1988. – 288 с.
08. Малахова М.Я. Методы регистрации эндогенной интоксикации: Пособие для врачей. /М.Я Малахова– СПб., 1995. – 125 с.
09. Малыгина Е.Л. «Ивомек» в наружном лечении демодекоза. //Проблемы достижения медико-биологических наук и практического здравоохранения. Труды КГМУ им.С.И.Георгиевского. /Е.Л.Малыгина – Симферополь: Издательский центр КГМУ, 2001. – 137 Т, Ч 1.– С. 78–79.
10. Пономарев Б.А. Основные проблемы эктопаразитарной инфекции /Б.А. Пономарев, В.П. Кулагин, Г.Д.Селицкий. //Вестн. дерматол. – 2000. – № 1. – С. 39 – 40.
11. Потеекаев Н.Н. Розацеа: Этиология, клиника, терапия. / Н.Н Потеекаев – М.: Биом, 2000. – 142 с.
12. Синдром эндогенной интоксикации у больных демодекозом / Д.А. Слеварева, О.А. Притуло //Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения: Труды КГМУ им. С.И. Георгиевского. – Симферополь: Издательский центр КГМУ, 2007. – Т. 143, Ч. V. – С. 325-327.
13. Desch C.E Morphology and functional anatomy of Demodex folliculorum (Simon) of man / C.E Desch, W.B Nutting //Acarology. — 1977. — V.19, №3. — P. 422.
14. Erbagci Z. High incidence of demodicidosis in eyelid basal cell carcinomas. / Z. Erbagci, I. Erbagci, S. Erkilic. //Int. J. Dermatol. – 2003. – V.42. – P. 567 – 571.
15. Katz A.M. Rosacea: epidemiology and pathogenesis/A. M .Katz.//J. Cutan. Med. Surg. – 1998. – V. 2. – P.5-10.