

НОВЫЕ МЕТОДЫ РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЕМОДЕКОЗА

Шварц Наталья Евгеньевна

*научный руководитель, канд. мед. наук, доцент кафедры дерматовенерологии
Курского государственного медицинского университета, РФ, г. Курск*

E-mail: cosmodent@bk.ru

Плотникова Кристина Олеговна

*студент 6 курса 12 группы лечебного факультета Курского государственного
медицинского университета, РФ, г. Курск*

E-mail: kristinotchka5892@mail.ru

NEW METHODS OF RATIONAL DEMODICOSIS THERAPY

Natalia Schwartz

*scientific advisor, candidate of Medical Sciences, Associate professor of
Dermatovenereology Chair, Kursk State Medical University, Russia, Kursk*

Kristina Plotnikova

*6-year student of 12 group of General Medicine Department, Kursk State Medical
University, Russia, Kursk*

АННОТАЦИЯ

Целью исследования является разработка новых методов терапии демодекоза. Под наблюдением находились 20 человек с папуло-пустулёзной формой демодекоза в течение 20 недель. Пациенты 1-ой группы посещали процедуры лазерного карбонового пилинга в сочетании с приёмом Пилобакта АМ, пациенты 2-ой группы — метронидазол, юнидокс солютаб, энзимно-кератолитический пилинг в течение 10 дней. Результаты исследования показали более выраженный клинический эффект в виде регрессии симптомов воспаления в 1-ой группе. Наиболее рациональной схемой лечения демодекоза является терапия 1-ой группы пациентов.

ABSTRACT

The aim of research is to develop new methods of demodicosis therapy. 20 people with papules pustular form of demodicosis were under examination during 20 weeks. Patients of the first group attended treatment of laser carbon peeling combined with taking Pylobact AM, patients of the second group — metronidazole unidox solutab, enzymic keratolytic peeling within 10 days. The research results showed a more significant clinical effect in the form of regression of inflammation symptoms in the

first group. The most rational therapeutic regimen of demodicosis is the therapy of the first group of patients.

Ключевые слова: демодекоз; Пилобакт АМ; карбоновый лазерный пилинг.

Keywords: demodicosis; Pylobact AM; laser carbon peeling.

Демодекоз — кожное заболевание, поражающее кожу лица и вызываемое клещом угревой железницы (демодексом). Демодекс поражает людей, кожа которых склонна к жирности. Частота возникновения поражений кожи у женщин практически в два раза больше, чем у мужчин. У детей сальные железы менее активны, чем у взрослых, поэтому демодекс поражает детей крайне редко.

Сам клещ демодекс не вызывает прыщи, однако при низком иммунитете организма, нарушениях обмена веществ и стрессах, клещ активно размножается, выделяя вредные продукты своей жизнедеятельности.

Отходы его жизнедеятельности могут спровоцировать аллергическую реакцию в виде красноты, зуда, и даже отека, что очень сильно похоже на прыщи.

Спустя 15—25 дней демодекс умирает, разлагаясь под кожей. Все это вызывает воспаление кожи и приводит к образованию прыщей (акне).

Поэтому важно диагностировать заболевание на начальной стадии, ведь как правило, демодекс не вызывает осложнений в начальной стадии и не является виновником возникновения угревой болезни. Он вредит коже только в запущенной стадии акне — демодекс может осложнить течение угревой болезни, особенно если у больного сниженный иммунитет.

Демодекс легко передается от человека к человеку при тесном контакте: через контакт волосяных фолликулов или секретиции сальных желез.

Демодекоз у людей как правило поражает только кожу лица. Излюбленная локализация клеща — кожа лица, щеки, лоб, подбородок, кожу вокруг губ, область надбровных дуг, носогубные складки, реже — веки, наружный слуховой проход. Однако демодекс можно встретить и на других частях тела, таких как

руки, грудь, уши и волосистая часть головы. Демодекс не способен проникать во внутренние органы.

Для развития демодекоза необходимо сочетание двух факторов: активного размножения клещей с одной стороны и снижения защитных свойств, изменения рН кожи — с другой. Обострения процесса чаще приходится на весенне-летний период, когда высокая температура окружающей среды благоприятна для клеща, а весенний авитаминоз и повышенный уровень ультрафиолетового излучения ослабляют кожу.

Диагностика демодекоза основана на обнаружении клещей в соскобе с пораженной кожи или в секрете сально-волосяных фолликулов, удаленных волосах и ресницах.

Известно, что при обнаружении в ЖКТ бактерии *Helicobacter pylori* демодекоз протекает упорнее, что требует проведения специальных инструментальных (ФЭГДС с прицельной биопсией) и лабораторных исследований (уреазный тест).

Трудности терапии демодекоза, которая далеко не всегда успешна, даже при применении самых эффективных акарицидов, связаны с особенностями строения покровов клещей. Кутикула (внешний покров) подкожного клеща демодекса варьирует от 0,11 мкм (толщина скорлупы яиц паразитов) до 0,6 мкм (кутикула взрослых особей в наиболее склеротизованных участках), что защищает клещей от внешних воздействий. Через кутикулу демодекса затруднено или вообще невозможно прохождение больших молекул лекарственных веществ. Именно этим и объясняются трудности антипаразитарной терапии при демодекозе, необходимость длительных курсов лечения и выбора препаратов, имеющих минимальный размер молекул. Терапия должна быть этапной и включать симптоматические препараты, противовоспалительные, антибактериальные, десенсибилизирующие и антипаразитарные средства, а также вылечивание сопутствующих заболеваний и профилактические мероприятия.

Актуальность настоящего исследования обусловлена достаточно высокой распространённостью случаев заболеваний демодекозом, трудностями терапии, связанными с особенностями строения клеща, необходимостью поиска новейшей эффективной схемы лечения данного заболевания, которая бы имела максимальный клинический эффект с минимальными побочными эффектами и неудобствами для пациента. Значительную роль играют психологические расстройства, возникающие у больных длительно болеющих, что ведет к необходимости разработки другого, отличного от прежнего, способа терапии.

Целью настоящего исследования является разработка рациональной терапии демодекоза с использованием новых методов.

Для достижения данной цели были решены следующие задачи:

1. для терапии демодекоза лица 1ой группы использовали препарат Пилобакт АМ, составными компонентами которого являются амоксициллин, кларитромицин, омепразол в сочетании с применением лазерного карбонового пилинга;

2. в лечении демодекоза лица 2ой группы применили производное нитроимидазола, антибиотик широкого спектра действия группы тетрациклина в комбинации с процедурами энзимно-кератолитического пилинга;

3. оценка, выявление преимуществ и недостатков терапии.

Материалы и методы: под наблюдением находились 20 человек с папуло-пустулёзной формой демодекоза в возрасте от 21 до 45 лет мужского и женского пола в течение 20 недель. Обе группы получали комбинированное лечение в виде перорального приема антибиотиков и антибактериальных средств, а также наружной терапии. Пациенты 1-ой группы посещали процедуры лазерного карбонового пилинга (1р/3 нед — 3 процедуры) в сочетании с пероральным приёмом Пилобакта АМ (утром одну капсулу омепразола 20 мг, одну таблетку кларитромицина 500 мг и две капсулы амоксициллина — по 500 мг, в вечерний прием перед едой принимали такой же набор) в течение 10 дней. Для лечения пациентов 2-ой группы были назначены метронидазол 500 мг (по 1 таб 2 р/с), юнидокс солютаб 200 мг (в первый день лечения 2 капс сразу, со 2 по 10 — по

1 капс 2 р/сут), энзимно-кератолитический пилинг (1 р/10 дн — 6 процедур), в течение 10 дней. Также пациенты обеих групп принимали бифиформ (по 2 капс 2 р/сут) и получали наружную терапию — чистку лица, метрогил гель, мазь демалан. Клинико-лабораторное наблюдение проводили 5 месяцев под контролем общего, биохимического анализа крови, соскоба на *Demodex folliculorum*, определения рН кожи, ФГДС.

Результаты нашего исследования показали, что после проведенной терапии клинический эффект в виде регрессии симптомов воспаления, купирования эритемы и разрешения папуло-пустулёзных высыпаний, уменьшения зуда и жжения, улучшения текстуры и цвета кожи лица у пациентов 1-ой группы отмечался уже после первой процедуры лазерного карбонового пилинга, на 8—9-й день приема Пилобакта АМ. У пациентов же 2-ой группы — после трёх процедур энзимно-кератолитического пилинга, на 13—14-е сутки приема лекарственных средств. Клиническое выздоровление и значительное улучшение были достигнуты у 90% пациентов 1-ой группы, у 50 % 2-ой группы. Частота обнаружения *Demodex folliculorum* в соскобе у пациентов 1-ой группы на 21-й день лечения по сравнению со 2-ой достоверно снизилась. Изучение клинической эффективности 1-ой схемы показало наличие легких побочных реакций у 10 % больных, 2-ой схемы — более выраженных побочных эффектов у 30 % больных. Также отмечено, что при использовании лазерного карбонового пилинга у пациентов 1-ой группы реже появлялась эритема и шелушение, а количество процедур, необходимых для достижения положительного эффекта, меньше. Процедура не имеет особых противопоказаний, возрастных ограничений и не требует реабилитационного периода, а также не ограничивает ежедневную активность пациентов и может проводиться в любое время года.

Выводы: наиболее эффективной и инновационной схемой лечения демодекоза является терапия с применением лазерного карбонового пилинга в комбинации с пероральным приёмом Пилобакта АМ. Карбоновый пилинг обладает целым рядом неоспоримых достоинств, среди которых следующие: отсутствие болевых или дискомфортных ощущений; результат, проявляющийся

уже после первой процедуры; отсутствие покраснения и обычных для пилинга побочных эффектов; отсутствие реабилитационного периода. Большая частота и выраженность побочных эффектов отмечались при лечении 2-ой группы; рецидивы заболевания отсутствовали в течение 5 месяцев наблюдения независимо от выбора схемы.

Несмотря на очевидный прогресс в культурной и социальной сферах человека, паразитарные заболевания кожи по-прежнему являются актуальной проблемой дерматологии. Часто врачу приходится сталкиваться с трудностями терапии заболеваний, вызываемых *Demodex folliculorum*. в силу отсутствия должной борьбы демодекоз присутствует в виде различных клинических форм, которые являются объектом изучения и работы врачей практически всех клинических специальностей. Следовательно, ликвидация демодекоза может обеспечить избавление от его различных клинических проявлений, а значит, повысить уровень и качество жизни таких пациентов.

Список литературы:

1. Ахтямов С.Н., Бутов Ю.С. Практическая дерматокосметология. М.: Медицина, 2003. — с. 400.
2. Верхогляд И.В. Современные представления о демодекозе // Лечащий врач. — 2011, — № 5, — с. 34—35.
3. Сюч Н.И. Паразитарные болезни кожи. Демодекоз: этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика // Consilium-Medicum. — 2004. — Т. 6. — № 3. — С. 191—194.