6. Уход за кожей новорожденного ребенка. Научно обоснованные методические рекомендации. 2016. Доступен http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/uhod_za_kojey.pdf/ Skin care for newborn babies. Scientifically grounded methodological recommendations. 2016. Available at http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/uhod_za_kojey.pdf/.
7. Кешишян Е.С., Сахарова Е.С. Опыт использования декспантенола для профилактики и лечения повреждений кожи у детей раннего возраста. Медицинский совет, 2017, 19:30-32. /Keshishyan ES, Sakharova E. Experience in using dexpanthenol for the prevention and treatment of skin lesions in young children. Meditsinskiy Sovet, 2017, 19: 30-32.
8. Огородова Л.М., Нагаева Т.А., Ходкевич Л.В. Эффективность декспантенола в комплексном лечении атопического дерматита у детей. Педиатрическая фармакология, 2003, 1(3): 54-56. /Ogorodova LM, Nagaeva TA, Khodkevich LV. Efficacy of dexpanthenol in the complex treatment of atopic dermatitis in children. Pediatricheskaya Farmakologiya, 2003, 1 (3): 54-56.
9. Захарова И.Н., Мачнева Е.Б. Уход за кожей детей раннего возраста. Вопросы современной педиатрии, 2014, 13(2): 95-100. /Zakharova IN, Machneva EB. Skin care for young children. Voprosy Sovremennoy Pediatrii, 2014, 13 (2): 95-100.

Шакирова А.Т., Койбагарова А.А., Осмоналиев М.К., Ахмедов М.Т., Ибраимова А.Д.

Опыт применения мази “Аверсектиновая” в местном лечении демодекоза

*Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
(Кыргызская Республика, Бишкек)*

doi: 10.18411/lj-12-2019-189

idsp: ljjournal-12-2019-189

Аннотация

В данной статье приведены результаты лечения демодекоза мазью “Аверсектиновая” 0,05%, оказывающей контактное действие в местах локализации паразитов (на коже, в волосяных луковицах и сальных железах), а после всасывания - системное инсектоакарицидное и приводящее к излечению.

Ключевые слова: демодекоз, угри, розацеа, акарицидное действие, метронидазол.

Abstract

This article presents the results of treatment of demodicosis with Oversectin ointment 0,05%, which has a contact effect in the localization of parasites (on the skin, in the hair follicles and sebaceous glands), and after absorption, systemic insecticidal and leading to cure.

Key words: demodicosis, acne, rosacea, acaricidal action, metronidazole.

Введение: Паразитарные заболевания кожи по-прежнему остаются актуальной проблемой дерматологии. В большинстве случаев паразиты являются чужеродными организмами, которые либо выделяют различные вещества, либо переносят что-то на своей поверхности, тем самым вызывая клеточные, тканевые или же системные гуморальные (иммунные) изменения. Вследствие их широкого распространения в природе, клещи рода *Demodex* до сих пор вызывают интерес у врачей и ветеринаров

Демодекоз (*Demodicosis*) — распространенное хроническое заболевание, преимущественно кожи лица. По разным данным, заболеваемость демодекозом составляет от 2% до 5% и стоит на седьмом месте по частоте среди кожных болезней [3, 4]. В структуре акнеформных дерматозов демодекоз составляет 10,5% [5]. Частота осложнений демодекозом у больных розацеа встречается в 88,7%, а периоральным дерматитом в 58,8% случаев [6].

Клещи рода *Demodex* одинаково распространены среди всех рас и всех возрастных групп [7]. Описаны редкие случаи обнаружения клеща у новорожденных [8], и в целом у детей регистрируется невысокий уровень обсемененности. По всей

вероятности, это связано с более низкой выработкой кожного сала у детей по сравнению с взрослыми людьми [9]. Так, у пациентов моложе 20 лет распространенность клещей *Demodex* составляет 13–20%, а к 70 годам увеличивается до 95–100% [6]. У больных после 45 лет активность клещей поддерживается возрастными изменениями кожи и желез, климактерическими гормональными перестройками, а также различной соматической патологией. Наибольшее количество случаев поражения демодекозом отмечается у людей в возрастной группе 20–40 лет [10]. В лабораторных исследованиях *Demodex folliculorum longus* выявляется чаще, чем *Demodex folliculorum brevis* [1], в соотношении у мужчин — 4:1, у женщин — 10:1 [11].

Как демонстрируют многие исследования, даже при наличии на кожном покрове клещей, клиническая картина заболевания развивается не всегда. Исходя из этого, можно утверждать, что клещи рода *Demodex* являются условно-патогенными паразитами [7]. До настоящего времени не установлены точные причины, приводящие к патогенности клещей рода *Demodex*.

Заражение человека демодекозом происходит контактно-бытовым путем при тесном телесном контакте или через окружающие предметы (клещи выживают на предметах обихода до 9 дней, сохраняя способность активно нападать на нового прокормителя в течение 2–3 суток) [2, 3].

Наиболее вероятным периодом активного расселения имаго является время сна и пассивного отдыха хозяина в лежащем положении. Исследователи отмечают возрастание активности клещей при вульгарных угрях и розацеа, при этом усиливается пустулизация области поражения.

Клиническая картина. Различают неосложненные (малосимптомная, эритематозно-сквамозная, акнеформная, розацеаподобная папулезно-пустулезная) и осложненные (инфильтративно-абсцедирующая) формы [4,5].

При малосимптомной форме демодекоза пациенты предъявляют жалобы на непостоянный кожный зуд или жжение, усиливающееся после мытья, на появление ограниченных очагов умеренного покраснения и шелушения с единичными фолликулярными папулами. Высыпания нередко разрешаются и без лечения за несколько дней [6, 7].

Эритематозно-сквамозная форма болезни проявляется очагами гиперемии и шелушения на коже лица, лысины у мужчин, груди, верхней части спины. Больные жалуются на непостоянный зуд, чувство стягивания кожи.

Угревидный демодекоз проявляется появлением вульгарных и флегмонозных угрей на фоне воспаленной кожи лица, верхней половины груди и/или спины. Эта форма демодекоза встречается чаще других [7,8].

При розацеаподобном демодекозе формируется разлитая застойная гиперемия лица, на фоне которой имеется обилие красных угрей, телеангиэктазий, милиарных папул красного цвета.

Обилие мелких фолликулярных папул и пустул на фоне гиперемии и отека кожи в области носогубных складок, на веках у наружных углов глаз, на подбородке, переносице характерно для папулезно-пустулезной формы демодекоза [4,5]. У больных любой из этих форм демодекоза в соскобах и в покрышках пустул обнаруживаются клещи рода демодекс. С присоединением вторичной инфекции демодекоз переходит в осложненную инфильтративно-абсцедирующую форму. Лицо у больного становится одутловатым, пораженная кожа приобретает землисто-серый цвет, на фоне обилия гнойных пустул появляются абсцессы, возможно повышение температуры тела, процесс разрешается с образованием обезображивающих рубцов [4,5]. Иногда у больных развивается клещевой блефарит или блефароконъюнктивит с сильным зудом и ощущением инородного тела за веками по утрам, наличием на них плотно сидящих

сероватых корочек, поредением ресниц, быстрой утомляемостью глаз при зрительной работе.

Диагноз демодекоза основывается на клинической картине и лабораторном подтверждении (обнаружение клеща). Клещей ищут в кожном сале, в корочках и покрышках пустул, в луковичной части выдернутой ресницы или волоса (просмотр препаратов проводят через 20 минут после обработки материала 20%-ным раствором едкой щелочи или димексидом). Результат считается положительным, если в препарате обнаруживают целых клещей или их фрагменты и яйца.

Цель исследования – изучение эффективности и безопасности применения мази “Аверсектиновая” 0,05% в местном лечении больных с демодекозом.

Демодекоз принадлежит к числу болезней, локализующихся на лице, что ставит данный дерматоз в число тех заболеваний, которые в значительной мере влияют на социальное благополучие человека, качество его жизни [2,3]. Кроме того, демодекоз является хроническим заболеванием с периодами ремиссий и обострений. Практика показывает, что даже при длительных курсах лечения у значительного числа больных полного этиологического излечения, к сожалению, не наступает, хотя достижение длительной и стойкой ремиссии наблюдается нередко [1,7,8]. Изыскание эффективных методов лечения данного заболевания до настоящего времени остается весьма актуальным вопросом дерматологии, косметологии и офтальмологии.

С учетом хронического течения заболевания, лечение демодекоза проводится длительно и комплексно с применением различных методов общей и наружной терапии, при этом учитываются клинические проявления, наличие сопутствующих патологических состояний, переносимость препаратов и т.д.

Наружная терапия должна включать антипаразитарные средства. Наиболее часто используется метронидазол (Клион, Метрогил) в виде мази или геля 2%, применяемый в течение 14 дней. В качестве альтернативной терапии возможно применение мази бензилбензоат [1, 10, 12].

С целью достижения элиминации клещей назначают акарицидные препараты. Из фармакологической группы пиретроидов, обладающих антипаразитарными свойствами, доказал свою эффективность перметрин [4,13]. Хорошо переносится и не вызывает серьезных нежелательных лекарственных реакций препарат Спрегаль, содержащий раствор эсдепалетрина и пиперонила бутаоксида [12, 14].

Однако, несмотря на успешную терапию с применением классических средств, в практике дерматовенеролога все чаще встречаются резистентные к терапии и рецидивирующие формы демодекоза. В связи с этим разрабатываются новые методы и методики лечения.

Материалы и методы исследования – в данной работе мы приводим результаты лечения демодекоза мазью “Аверсектиновая” 0,05%, использованного для амбулаторного приема пациентов с лабораторно подтвержденным диагнозом.

Группа 1. Под нашим наблюдением находился пациент с клиническими проявлениями демодекоза: 15 женщин и 11 мужчин в возрасте от 23 до 65 лет. Давность заболевания оценивалась от нескольких месяцев до нескольких лет. Как первичный демодекоз заболевание расценено у 10 пациентов (асимметричность поражения, внешне неизмененная кожа и др.). У большинства больных, – 21 человек, демодекоз сопутствовал другим дерматозам (розацеа, периоральный дерматит, блефарит, себорейный дерматит). У всех пациентов диагноз был подтвержден лабораторно.

Все больные получали комплексное лечение, включавшее метронидазол (трихопол) по 0,25 г 3 раза в сутки или орнидазол по 0,5 г 2 раза в сутки 20 дней, а также наружное лечение, состоящее из 20% мази бензилбензоат. По показаниям больным назначали гепатопротекторы, витамины, иммуномодуляторы и

энтеросорбенты. Всем пациентам разъяснялись гигиенические рекомендации и давались советы по диетическому питанию.

Положительный эффект чаще всего проявлялся, начиная с 5-6 суток от начала лечения. Наиболее медленно регрессировали патологические проявления на фоне розацеа. После полного месячного курса клиническое и лабораторное выздоровление отмечено у 20 (78,4%) пациентов, значительное улучшение – у 4, отсутствовал эффект – у 2 (клиника розацеа).

Побочные эффекты развились в виде металлического привкуса у 3 пациентов (11,8%), тошнота беспокоила 2 (7,8%). На 2-3 сутки от начала лечения 3 пациента отмечали временное ухудшение состояния кожи, которое к 8-9 дню нормализовалось. У одного пациента на 4-ый день появилась уртикарная сыпь на всей коже, что потребовало отмены лечения.

Группа 2. В отдельную группу мы включили 24 пациента (15 женщин и 9 мужчин), у которых лабораторно был обнаружен *Demodex*. Возраст больных был от 35 до 56 лет. Давность заболевания оценивалась от 1 года до 3 лет, многие из них до обращения получали различное лечение, не давшее эффекта. У 6 человек отмечалось поражение только кожи лица с проявлениями в виде эритемы и папулезной сыпи (в эту группу не включались пациенты с розацеа и выраженной пустулизацией), 17 пациентам выставлялись диагнозы «блефарит» или «блефароконъюнктивит». Всем больным назначали метронидазол (трихопол) по 0,25 г 2 раза в день и мазь «Аверсектиновая» 0,05%.

Местную терапию демодекса рекомендовано проводить с учетом особенностей кожных покровов и сопутствующей патологией.

Механизм действия мази «Аверсектиновая» 0,05% заключается в его влиянии на величину тока ионов хлора через мембраны нервных и мышечных клеток паразита. Основной мишенью являются глутамат-чувствительные хлорные каналы, а также рецепторы гамма-аминомасляной кислоты. Изменение тока ионов хлора нарушает проведение нервных импульсов, что приводит к параличу и гибели паразита.

При нанесении на кожу аверсектиновая мазь оказывает контактное действие в местах локализации паразитов (на коже, в волосяных луковицах и сальных железах), а после всасывания системное инсектоакарицидное действие. Максимальная концентрация аверсектина С в сыворотке крови после нанесения мази отмечается на 3-5 сутки. Выводится аверсектин из организма, в основном с фекалиями, в неизменном виде в течение 10-12 дней.

Мазь «Аверсектиновая» 0,05% по степени воздействия на организм относится к малоопасным веществам (4 класс опасности по ГОСТ 12.1.007-76), в рекомендуемых дозах не оказывает местнораздражающего, резорбтивно-токсического, сенсibilизирующего, эмбриотоксического, тератогенного и мутагенного действия.

Учитывая возможности «Аверсектиновой» мази и ее свойства, мы в лечении демодекоза использовали пульс терапию. Длительность терапии составляет 5 недель (этапов):

1-й этап: Наносим «Аверсектиновую» мазь один раз в сутки (вечером) на обезжиренную поверхность кожных покровов и втираем без лишних усилий в течение 5 дней. Затем два дня перерыв. (Последующие 4 этапа проводятся таким образом - 5дней/2дня, 5дней/2дня и т.д.).

Лабораторный контроль (соскоб) провели спустя 2 недели после завершения терапии.

Для некоторых категорий пациентов, после завершения курса рекомендовали использовать «Аверсектиновую» мазь – один раз в три дня, на протяжении 2-3 мес.

Положительный эффект наблюдался у большинства пациентов с 3-4 дня от начала лечения, что проявлялось в первую очередь уменьшением или исчезновением зуда. После курса лечения клиническое выздоровление отмечено у 43 человек (88,5%),

улучшение – у 6. Непосредственно после проведенного лечения лабораторное обследование не выявило признаков паразитарной инвазии. Из числа пациентов с прослеженными отдаленными результатами, лишь у 1 возник рецидив, подтвердившийся лабораторно обнаружением клещей. Переносимость лечения у всех пациентов была хорошей, побочных эффектов не наблюдалось.

Выводы. Приведенные в данном исследовании данные по лечению пациентов с первичным и вторичным демодекозом показывают, что применяемые нами способы дают хорошие результаты и обеспечивают у значительного числа пациентов стойкий клинический эффект, а также элиминацию клещей-демодексов более чем в 70-80% случаев.

Таким образом, наши исследования подтверждают мнение о том, что клещи рода *Demodex* являются важным кофактором развития вульгарных и розовых угрей, а терапевтическая эффективность местного лечения объясняется его выраженными не только противовоспалительным, но и акарицидным действиями. Последний эффект, в свою очередь, является важным фактором, создающим неблагоприятные условия для жизнедеятельности клещей, что способствует их элиминации.

1. Бабаянц Р.С., Ильинская А.В., Громова С.А. и др. Метронидазол в терапии розацеа и периорального дерматита // Вестн. дерматол.— 1983.— № 1.— С. 13—17.
2. Гавриленко Я.В., Вазило В.Е., Паршков Е.М. и др. // Тер. арх.— 1976.— № 5.— С. 74—79.
3. Жилина В.Г., Скоробогатова В.В., Базыка А.П. Лечение больных розацеа трихолопом // Вестн. дерматол.—1981.— № 11.— С. 66—67.
4. Зацепина Н.Д., Майчук Ю.Ф., Семенова Г.Я. Поражения глаз при демодекозе: Методические рекомендации.—М., 1983.— С. 3—17.
5. Курдина М.М., Потекаев Н.Н., Потекаев С.Н. и др. Терапия розацеа // Вестн. дерматол.— 1998.— С. 16—20.
6. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни.— М.: Медицина, 1995.— С. 456—483.
7. Скрипкин Ю.К., Федоров С.М., Селицкий Г.Д. // Вестн. дерматол.— 1997.— С. 22—25
8. Пономарев Б.А., Кулагин В.И., Селицкий Г.Д., НоВвик Д.К. Основные проблемы эктопаразитарной инфекции// Вестн. дерматол.— 2000.— № 1.— С. 39—40.
9. Умарова С.А. Труды Таджик. мед. ин_та.— 1974.—120.— С. 76—78.
10. Хамаганова И.В. Наружное применение клиона в комплексном лечении розацеа // Вестн. дерматол.—1992.— № 5.— С. 36—38.
11. Черкасова М.В., Сергеев Ю.В. Сравнительная эффективность препаратов имидазольной группы в лечении розацеа // Актуальные вопросы дерматологии и венерологии: Юбилейная конференция, посвященная 5_летию кафедры кожных и венерических болезней педиатрического факультета РГМУ: Сб. трудов.— М., 1997.— С. 161.
12. Grove D.I., Mahmoud A.A.F., Warren K.S. Supression of cellmediated Immunity by Metronidazole // Int. Archs. Allergy Appl. Immunol.— 1977.— 54.— P. 422—426.
13. Jansen T., Plewig G. Klinik und Therapie der Rosazea. H+G.— Bd. 71, H 2.— 1996.— S. 88—95.
14. Nielsen P.G. Metronidazole treatment in rosacea // Int. J. Dermatol.— 1988.— N 27.— P. 1—5.
15. Werner H., Krasemann C., Kandler R. et al. // Munch. Med. Wschr.— 1980.— 122.— S. 633—636.

Shakirova A.T.

The detection of pathology of psychoemotional system in patients with acne vulgaris

*Kyrgys State Medical Academy after I.K. Akhunbaev
(Kyrgys Republic, Bishek)*

doi: 10.18411/lj-12-2019-190

idsp: ljjournal-12-2019-190

Abstract

The characteristic of acne vulgaris is present. Under clinical observation of 48 patients with different clinical forms of acne vulgaris. A lot of patients have functional disturbances of psychoemotional system.

Key words: acne, comedones, psychovegetative disorders.