

# ДЕРМАТОЛОГИЯ

УДК 616.995.132.42+616.53-002.25]-08-031.84

## ОСОБЕННОСТИ НАРУЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ РОЗАЦЕА, ДЕМОДИКОЗА

Р.Ф.Айзятулов, Я.А.Полях, Н.В.Ермилова

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

**Ключевые слова:** розовые угри, этиология, клиника, осложнения, лечение, спрегаль, пара плюс.

### **Актуальность темы.**

Розовые угри (розацеа, *асне rosacea*; *rosacea* - розовый) - полиэтиологическое хроническое заболевание с периодическими обострениями, которое проявляется гиперемией кожи лица [1, 3, 6, 15, 16]. По данным литературы розовые угри занимают 5-12% в общей структуре заболеваемости, а по частоте встречаемости находятся на седьмом месте среди всех хронических дерматозов [3, 6, 10]. Начало заболевания в основном отмечается на 3-4-м десятилетиях жизни и достигает своего расцвета между 4-5-м десятилетиями [1, 2, 3, 6]. Преимущественно болеют женщины, высокая заболеваемость среди которых объясняется тем, что они чаще мужчин обращаются за медицинской помощью на более ранних стадиях заболевания [1, 2, 13]. Появление в области лица эритемы, телеангиэктазий, воспалительных папул, пустул, узлов, инфильтратов, является причиной психоэмоциональной дезадаптации пациентов, негативно влияет на социальный статус и трудоспособность пациентов [6, 10, 13].

Частой причиной возникновения розацеа являются клещи рода *Demodex folliculorum*, что подтверждается обнаружением их в отдельных инфильтратах, а также эффективностью акарицидных препаратов [3, 9, 11, 14]. При всех клинических формах розовых угрей в устьях фолликулов, выводных протоках сальных желез могут быть обнаружены клещ или его личинки, а наибольшая плотность наличия клещей отмечается при папулопустулезной стадии (доказана роль клеща в патогенезе этой фазы болезни) [1, 9, 12, 14]. У лиц более молодого возраста встречается клещ *Demodex folliculorum*, паразитирующий преимущественно в области лица в полостях волосяных фолликулов. У лиц более пожилого возраста чаще обнаруживается клещ *Demodex brevis*, паразитирующий в сальных и мейбомиевых железах [9, 10, 11, 12]. Клещи питаются не только сальным секретом, но и продуктами деструкции эпителиальных клеток, а их активность варьирует в зависимости от времени года, возрастая в весенне-летний период [8, 9, 11, 12, 14].

В последнее время отмечается увеличение числа больных с розацеа, более тяжелое клиническое течение, возрастает частота рецидивов, укорачиваются периоды ремиссии, чаще встречается торпидность к проводимой терапии [3, 6, 7, 10]. Лечебная тактика при розацеа должна быть направлена на коррекцию этиопатогенетических факторов, а выбор медикаментозных препаратов для топической терапии определяется характером клиники и степенью выраженности кожного процесса [1, 4, 6, 10]. Для лечения начальной островоспалительной эритематозной стадии рекомендуются холодные примочки. С этой целью используются отвары чая, ромашки, шалфея, зверобоя, березовых почек, которые оказывают противовоспалительное, охлаждающее, противозудное, антибактериальное и сосудосуживающее действие (5-6 раз в день в течение 20-30 мин и более). После каждой процедуры для предупреждения

сухости кожи необходимо наносить на кожу индифферентные и витаминизированные кремы [1, 3, 5, 6, 10].

Следует отметить, что не все методы терапии приводят к положительному результату, и, нередко, во время лечения патологический процесс приобретает торпидное течение, а ряд побочных явлений вызывают необходимость поиска новых эффективных методов лечения. Основными недостатками предлагаемых способов лечения являются длительность (3-5 мес и более), токсичность, побочные эффекты, а также невозможность полной элиминации клещевой инвазии местно применяемыми средствами, большинство из которых обладают раздражающим действием. Поэтому необходимы дальнейшие исследования для разработки новых методов лечения, которые не вызывают побочных явлений, будут эффективны и доступны широким слоям населения.

#### **Материалы и методы исследования.**

Под наблюдением находилось 25 пациентов в возрасте от 24 до 53 лет (19 женщин, 6 мужчин) с диагнозом розовые угри, демодекоз и давностью заболевания от 1 года до 7 лет. Очаги поражения преимущественно локализовались на лице (лоб, нос, щеки, подбородок). При объективном исследовании отмечались инфильтрация, телеангиэктазии, эритема с синюшным оттенком, ярко-красные папулы, пустулы, папулопустулезные элементы (розовые угри). У длительно болеющих помимо этих проявлений, наблюдались воспалительные узлы, инфильтраты, опухолевидные разрастания, очаги гиперплазии сальных желез и соединительной ткани. Субъективно пациенты отмечали чувство жара, тепла. При лабораторном исследовании в содержимом пустул, на чешуйках у всех пациентов был обнаружен клещ *Demodex folliculorum*. С целью исключения провоцирующих алиментарных факторов пациентам рекомендовалась молочно-растительная диета с исключением экстрактивных пищевых продуктов. Пациенты тщательно обследовались и, по возможности, устранялись факторы, способствующие развитию или обострению заболевания. Большое значение имеет местное противодемодекозное лечение (срок акарицидного лечения должен быть не менее 25 дней с учетом цикла развития клеща), которое является важной составляющей комплексной терапии розовых угрей.

Согласно наблюдениям авторов, общие видовые особенности *Demodex folliculorum* и *Sarcoptes scabiei* позволили отметить эффективность противопаразитарных средств и указывают на целесообразность применения противочесоточных препаратов при лечении демодекоза [2, 6, 8]. Препаратами нового поколения для лечения эктопаразитарных инфекций являются пиретрины, полученные из растения *Piretras flowers*. В последнее время стали изготавливаться безопасные для людей синтетические пиретрины. Эффективным акарицидным препаратом является аэрозоль «Спрегаль» (Laboratories Omega Pharma France, Франция) – синтетический пиретрин, содержащий пиретроид (эсдепаллетрин) и пиперонила бутоксид, усиливающий действие пиретроида, который успешно применяется при лечении розацеа, демодекоза [2, 6, 8]. В состав препарата входят: эсдепаллетрин - нейротоксический яд для насекомых; пиперонила бутоксид – блокирует у насекомых дезинтоксикационные ферменты; транскутол, лабрафил – эксципиенты, которые разрыхляют эпидермис, способствуя проникновению действующего вещества в глубокие слои кожи. Антипаразитарное действие аэрозоля «Спрегаль» происходит в результате нарушения ионной проницаемости мембран нервных клеток клещей. «Спрегаль» не токсичен, разрешен к применению у беременных, кормящих, у детей с первых дней жизни, не обладает кожно-резорбтивным, местно-раздражающим, сенсибилизирующим свойствами, не требует изменений гигиенических привычек, удобен и экономичен в использовании, приятен с косметической точки зрения (не пачкает одежду, имеет легкий, нейтральный запах).

В комплексной терапии розовых угрей, демодекоза применялся препарат «Спрегаль», который втирался в очаги поражения 1 раз в сутки в вечернее время после нанесения аэрозоля с помощью ватного тампона или ладони. Лечение все пациенты переносили хорошо. Побочных явлений в процессе лечения не наблюдалось. Как правило, на 4-5 дни лечения отме-

чалось некоторое покраснение лица, которое затем постепенно исчезало, и к концу лечения в среднем на 18-20 дни наступало клиническое и этиологическое излечение.

Для дезинфекции предметов обихода больных использовался противопаразитарный инсектицидный аэрозоль “Пара Плюс” (Laboratories Omega Pharma France, Франция) активный в отношении эктопаразитов (*Demodex folliculorum*, *Sarcoptes scabiei*, платяные вши, блохи, головные вши, лобковые вши, клопы). В состав аэрозоля входят: перметрин (0,5%), малатион (0,25%) пиперонила бутоксид (2%). Перметрин – синтетический пиретриноид из группы природных пиретринов, который действует на мембрану нервной клетки паразита, нарушая проведение импульсов по натриевым каналам, регулирующих реполяризацию мембраны нервной клетки, вызывая паралич вшей и гнид. Малатион – органо-фосфорный инсектицид, ингибирует холинэстеразу в нервных структурах насекомых и угнетает передачу нервных импульсов. Пиперонила бутоксид усиливает действие перметрина, который блокирует действие детоксикационных ферментов, выделяемых насекомыми. Главное преимущество препарата “Пара Плюс” заключается в том, что наличие двух активных компонентов из разных инсектицидных групп (пиретрины - перметрин 0,5% и органо-фосфорные инсектициды - малатион 0,25%), обладающих различными механизмами инсектицидного действия, предотвращает развитие штаммов с низкой чувствительностью и появление резистентных штаммов. Обработка вещей осуществлялась распылением препарата “Пара Плюс” с расстояния 30-40 см. Аэрозоль “Пара Плюс” не оказывает токсического действия на человека и не оставляет пятен на одежде и белье, обработанные вещи можно использовать через несколько часов после дезинсекции.

#### **Заключение.**

В комплексной терапии розовых угрей, демодикоза применялся препарат «Спрегаль», который втирался в очаги поражения 1 раз в сутки в вечернее время после нанесения аэрозоля с помощью ватного тампона или ладони в течение 25-27 дней с учетом цикла развития клеща. Лечение все пациенты переносили хорошо. Побочных явлений в процессе лечения не наблюдалось. Как правило, на 4-5 сутки лечения у пациентов отмечалось некоторое покраснение лица, которое затем постепенно исчезало. На 20-23 сутки высыпания практически полностью регрессировали. При повторном лабораторном исследовании на 26-27 сутки лечения у всех пациентов (100%) клещ *Demodex folliculorum* не обнаруживался. Наружная терапия розовых угрей, демодикоза аэрозолем «Спрегаль» является эффективной, не вызывает побочных явлений, приводит к стойкому терапевтическому эффекту и длительной ремиссии. Дезинфекция предметов обихода больных препаратом “Пара Плюс” является удобной, не оказывает токсического действия на человека, не оставляет пятен на одежде и белье, а обработанные вещи могут быть использованы через несколько часов после дезинсекции.

#### **Список литературы**

1. Айзятулов Р.Ф. Клиническая дерматология (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение): Иллюстр. руководство. – Донецк: Донеччина, 2002. - 432 с.: ил.
2. Айзятулов Р.Ф. Справочник дерматовенеролога. - Донецк: Каштан, 2008. - 404 с.: ил.
3. Айзятулов Р.Ф. Стандарты диагностики и лечения в дерматовенерологии: Иллюстрированное руководство. – Донецк: Каштан, 2010. - 560 с.: ил.
4. Айзятулов Р.Ф., Полях Я.А. Опыт лечение розацеа, демодекоза //Матеріали науково-практ. конференції «Захворювання шкіри обличчя, волосистої частини голови та дерматози, асоційовані з ураженням слизової оболонки» 20-21 березня 2008 року. – Київ. – 2008. – С. 3.
5. Айзятулов Р.Ф., Полях Я.А. Особенности наружной терапии розацеа //Актуальные вопросы патологии кожи и урогенитальных инфекций. У научно-практической конференции 26 октября 2007 г. – Одесса. – 2007. – С. 7-8.
6. Айзятулов Р.Ф., Полях Я.А. Профилактика розацеа, демодекоза //Матеріали науково-практ. конференції «Захворювання шкіри обличчя, волосистої частини голови та дерматози, асоційовані з ураженням слизової оболонки» 20-21 березня 2008 року. – Київ. – 2008. – С. 4.

7. Акне и розацеа /Под ред. Н.Н.Потекаева. – Москва: БИНОМ, 2007. - 216 с.: ил.
8. Возианова С.В. Современный взгляд на систему микроциркуляторного русла кожи и его изменения при розацеа //Дерматология та венерология. – 2004. - № 4(26). – С. 43-47.
9. Коган Б.Г. Антипаразитарная терапия демодикоза с применением препарата Спрегаль //Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2002. - №2(5). – С.50-51.
10. Коган Б.Г. Демодикоз: Рациональна класифікація клінічних форм захворювання. Вплив імунних та гормональних зрушень на перебіг дерматозу //Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2002. - №1(4). – С.62-65.
11. Коган Б.Г. Діагностика і терапія розацеа, демодикозу, дерматиту періорального з урахуванням спільних чинників виникнення, патогенезу та особливостей клінічного перебігу дерматозів //Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Киев, 2006. – 44 с.
12. Коган Б.Г. Рациональные подходы к диагностике и лечению розацеа и демодикоза с учетом некоторых общих механизмов этиопатогенеза дерматозов //Дерматология. Косметология. Сексопатология. – 2002. - №3-4(5). – С.70-75.
13. Степаненко В.І, Коган Б.Г., Горголь В.Т. Оригінальний метод запобігання рецидивам розацеа, демодикозу дерматиту періорального з урахуванням ролі кліщів-демоцидів в етіопатогенезі дерматозів //Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2006-№2. – С. 36-42.
14. Шармазан С.І. Обґрунтування патогенетичної терапії розацеа у жінок клімактеричного віку // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2000. – 19с.
15. Hoekzema R., Hulsebosch H.J., Bos J.D. Demodicidosis or rosacea: what did we treat? //Br. J. Dermatol. – 1995. - Vol.133, №2. – P.294-299.
16. Rona M., MacKie Clinical Dermatology An illustrated Textbook. Oxford-New York-Tokyo - Oxford university press, 1991 - 365 p.
17. Tackett-Fletcher W., Roberts K. Rosacea. //Geriatr. Nurs. – 1999. - Vol.20. - №1. – P.44-47.

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗОВНІШНЬОГО ЛІКУВАННЯ РОЗАЦЕА, ДЕМОДИКОЗУ**

Р.Ф.Айзятұлов, Я.О.Полях, Н.В.Єрмілова

У статті приведений короткий огляд літератури з деяких питань етіології, клініки і лікування розацеа, демодикозу. Дана клінічна характеристика хворих. Відзначена ефективність зовнішньої терапії із застосуванням препарату "Спрегаль", а також дезинфекція із застосуванням препарату "Пара Плюс".

## **FEATURES OF OUTWARD MEDICAL TREATMENT OF ROSACEA, DEMODICOSIS**

R.F.Ayzyatulov, Y.A.Polyach, N.V.Yermilova

In the article the brief review of literature on some questions of etiology, clinic and medical treatment of rosacea, demodicosis. Clinical description of patients is given. Efficiency of outward therapy with the use of the "Spregal" preparation is marked, and also disinfection with the use of preparation of the "Para Plus".