

Л.В. Гунченко¹, В.І. Степаненко²

¹ТМО «Дерматовенерологія», Київ

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Сучасні підходи до комплексного лікування розацеа і демодекозу з урахуванням етіопатогенетичних чинників. Огляд літератури та перспективні новітні вітчизняні лікувально-профілактичні засоби місцевої дії

Мета роботи — вивчити ефективність лікування хворих на розацеа і демодекоз із залученням новітніх лікувально-профілактичних засобів місцевої дії «Демоскін» (бальзам) та «Демоскін» (гель для повік) виробництва ТОВ «Ботаніка» (Україна).

Матеріали та методи. Проведено огляд спеціальної літератури та аналіз ефективності лікування розацеа й демодекозу. Обстежено 16 хворих на розацеа та 9 хворих на демодекоз, серед яких жінок було 14, чоловіків — 11. Хворі мали вік від 24 до 65 років. У всіх їх за методом мікроскопії вмісту сальних залоз та лусочок епідермісу з ділянок ураженої шкіри обличчя виявлено від 3 до 23 на 1 см² кліщів демодецид (*Demodex folliculorum*, *Demodex brevis*). Крім цього, у 7 із 9 обстежених хворих на демодекоз під час мікроскопії вій з повік також виявлені згадані кліщі.

Усіх 25 пацієнтів розподілено на групи з урахуванням клінічної картини перебігу дерматозів, зокрема еритематозної, папульозної і пустульозної форм. У 12 хворих на розацеа та у 6 хворих на демодекоз діагностовано супутню патологію травного каналу та ендокринну патологію.

Хворим на розацеа і демодекоз із еритематозною формою ураження (6 пацієнтів), а також пацієнтам із папульозною формою (11 пацієнтів) призначали місцеву терапію новим вітчизняним препаратом «Демоскін» (бальзам). Крім цього, 7 хворим на демодекоз, у яких виявлено кліщі демодециди на віях, додатково призначали місцево на повіки «Демоскін» (гель для повік). Відповідну місцеву терапію препаратами «Демоскін» (бальзам) та «Демоскін» (гель для повік) проводили паралельно із системною антибіотикотерапією, яку рекомендували всім 8 хворим із пустульозною формою ураження.

Ефективність лікування у хворих на розацеа та демодекоз оцінювали через місяць терапії за такими критеріями: клінічне одужання, значне клінічне поліпшення, клінічне поліпшення, брак динаміки. Крім цього, в усіх пацієнтів проводили мікроскопічне контрольне дослідження на наявність кліщів демодецид.

Результати та обговорення. За результатами мікроскопічного дослідження вмісту сальних залоз і лусочок епідермісу зі шкіри обличчя на наявність кліщів демодецид у хворих з різними клінічними формами розацеа та демодекозу, проведеного через місяць місцевого застосування «Демоскіну» (бальзам), виявлено їх у всіх 25 (100 %) пацієнтів. Крім цього, в усіх 7 (100 %) хворих на демодекоз, у яких перед лікуванням виявлено згадані кліщі у віях, після місцевого застосування «Демоскіну» (гель для повік) протягом місяця їх також не було. Потребують також розгляду та обговорення результати клінічної ефективності препарату «Демоскін» (бальзам) після місцевого лікування протягом місяця. У 2 (50 %) із 4 хворих на розацеа з еритематозною формою ураження та у 1 (14 %) із 7 хворих з папульозною формою цього дерматозу, а також у 2 (100 %) хворих на демодекоз із еритематозною формою ураження діагностовано повне клінічне одужання, що характеризувалося повним регресом еритеми та папульозної висипки на шкірі обличчя, а також негативацією печіння й свербіжу в ділянках ураження. Значне клінічне поліпшення діагностовано у 1 (25 %) із 4 хворих на розацеа з еритематозною формою ураження, у 4 (57 %) із 7 хворих з папульозною формою та у 1 (20 %) із 5 хворих на пустульозну форму розацеа, а також у 2 (50 %) із 4 хворих на демодекоз із папульозною формою ураження та у 1 (33 %) із 3 хворих з пустульозною формою цього дерматозу.

Клінічне поліпшення зареєстровано у 1 (25 %) із 4 хворих на еритематозну форму розацеа, у 2 (28 %) із 7 хворих на папульозну форму та у 3 (60 %) із 5 хворих на пустульозну форму розацеа, а також у 2 (50 %) хворих на демодекоз із папульозною формою та у 2 (66 %) пацієнтів із пустульозною формою ураження. Брак терапевтичної динаміки зафіксовано у 1 (20 %) з 5 хворих на розацеа з пустульозною клінічною формою ураження.

Висновки. Застосування новітніх вітчизняних лікувально-профілактичних засобів «Демоскін» (бальзам) та «Демоскін» (гель для повік) для місцевого лікування розацеа і демодекозу досить ефективно в разі еритематозної, папульозної та пустульозної клінічних форм цих дерматозів. Встановлено протизапальну, а також антидемодекозну дію препаратів, тобто згадані засоби можна альтернативно застосовувати в комплексній місцевій терапії розацеа і демодекозу.

Ключові слова

Розацеа, демодекоз, місцева терапія, «Демоскін» (бальзам) та «Демоскін» (гель для повік).

У останні десятиліття в світі, зокрема й в Україні, простежується тенденція до зростання рівня захворюваності дорослого населення на акнеподібні дерматози (розацеа, демодекоз) [2, 15, 20–23].

Розацеа та демодекоз посідають провідні місця за поширеністю серед хронічних дерматозів людини, зокрема розацеа становить 5 % дерматологічних нозологій [31]. Крім того, діагностують нові форми акнеподібних дерматозів, спровоковані ендogenousними та екзогенними чинниками [14, 23, 26, 33, 43, 73, 74].

Етіологія і патогенез акнеподібних дерматозів вивчені недостатньо. Визначено низку ендogenousних чинників розвитку розацеа. Серед ендogenousних чинників виділяють: захворювання травного каналу та печінки [67, 76], хронічні інфекції, зокрема *Helicobacter pylori* [1, 61, 64], судинні реакції і захворювання [13, 14, 30, 33], вплив вазоактивних пептидів [63], психовегетативні порушення [57], зміни в імунній системі [37, 39], деякі ендокринні порушення, зокрема оваріальні дисфункції та зміни метаболізму статевих гормонів [43], порушення екскреції та зміни біохімічного складу секрету сальних залоз [2]. До можливих екзогенних чинників розвитку розацеа належать аліментарні, а також вплив сонячного опромінення [50].

У останні десятиліття активно обговорюють роль кліщів *D. folliculorum*, *D. brevis* у розвитку розацеа [12, 23, 34, 51, 71]. Вказують також, що клінічні характеристики розацеа залежать не від щільності заселення шкіри кліщами демодецидами, а від індивідуалізованої виразності запальної реакції у відповідь на ці паразити [56]. Підтвердженням ролі кліщів демодецид у етіопатогенезі розацеа є підвищення ефективності комплексного лікування хворих на цей дерматоз акарицидними препаратами [25, 44]. Таким чином, виникнення розацеа розглядають з позицій поліетіологічності та поліпатогенетичності. Серед можливих чинників розвитку цих дерматозів певне значення надають кліщам демодецидам, що потребує розгляду терміну «демодекоз» як окремої нозології шкірної патології людини.

Нозологічний діагноз «демодекоз» уведено в 1960-ті роки. При цьому провідним етіологічним чинником цього дерматозу вважали інвазію кліщами-демодецидами (*D. folliculorum*, *D. brevis*). Разом із тим у наступні десятиліття чимало дослідників виявили кліщів демодецид у численних хворих з типовою клінічною картиною розацеа, що збурило дискусії серед дерматовенерологів стосовно обґрунтованості введення нозології «демодекоз» [4, 12]. Встановлення факту носійства кліщів-демодецид у частини осіб без розвитку нашкірного запального процесу сприяло посиленню наукової дискусії з певних питань. Зокрема, деякі дослідники висловлюють думку, що кліщі демодециди є нейтральними симбіонтами і сапрофітами [11, 17, 42]. Разом із тим більшість дослідників вважають кліщів-демодецид антагоністичними симбіонтами-паразитами [9, 16, 20, 59, 72]. При цьому вказують, що за умов ослаблення захисних сил організму людини, а також під дією низки інших екзогенних і ендogenousних чинників активізується розмноження кліщів-демодецид та розвиваються різні форми запалення шкіри [72].

Демодекоз вважають факторіальним захворюванням, у розвитку якого, крім інвазії та сенсибілізації кліщами демодецидами, важливе значення належить іншим ендogenousним і екзогенним чинникам. Серед відповідних чинників потрібно виділити хронічну інфекцію, захворювання травного каналу, розлади імунної системи, судинні реакції, ендокринні порушення, а також аліментарні фактори та вплив сонячного опромінення [21, 46, 62, 66].

Для акнеподібних дерматозів притаманна подібність поліморфізму морфологічних елементів висипки в ділянках запалення. З урахуванням домінування певних елементів шкірної висипки та їхньої кількості запропоновано низку класифікацій цих дерматозів, зокрема розацеа. Так, окремі автори з урахуванням клінічної картини розацеа пропонують виділяти чотири форми цього дерматозу: еритематозна, папульозна, пустульозна та інфільтративно-продуктивна [35]. Деякі автори розробили розгорнуту класифікацію розацеа, за якою виділяють класичні вияви

з послідовною стадійністю (еритематозна, папуло-пустульозна, пустульозно-вузлова), а також відокремлені форми (стероїдна, грануломатозна, конглобатна, фульмінантна, грам-негативна, офтальморозацеа) [73].

У численних публікаціях вказують, що в разі клінічних форм розацеа у вічках фолікулів та вивідних протоках сальних залоз можуть виявляти кліщі демодециди (*D. folliculorum*, *D. brevis*) на всіх фазах розвитку. При цьому найбільша щільність їх у хворих з папуло-пустульозною формою, що свідчить про особливу роль цих паразитів у патогенезі саме цієї форми дерматозу.

Запропоновано також кілька класифікацій клінічних форм демодекозу. Зокрема, Л.Х. Акбулатова [3] виділяє еритематозно-сквамозну, папульозну, пустульозну, розацеаподібну, комбіновану і малосимптомну форми демодекозу. При цьому, з огляду на подібність клінічних виявів розацеаподібної форми демодекозу з клінічною формою справжньої розацеа, автор пропонує виділити три типи патологічного процесу, а саме: справжню розацеа; розацеа, ускладнену демодекозом; розацеаподібну форму демодекозу. Окремі вітчизняні дослідники пропонували виділяти чотири клінічні форми демодекозу, зокрема еритематозну, папульозну, пустульозну та комбіновану [21]. У останні роки деякі автори запропонували спрощену класифікацію демодекозу, виділивши первинну та вторинну форми [6]. При цьому вказують, що первинний демодекоз виникає на зовнішньо незмінній шкірі, а вторинний є ускладненням основної хвороби (розацеа, акне та ін.).

Таким чином, подібність етіопатогенезу та клінічної картини запального процесу при розацеа і демодекозі, а також різноманітність клінічних форм цих дерматозів значно ускладнює їхнє диференціювання.

Діагностика розацеа і демодекозу ґрунтується на анамнезі виникнення, перебігу та клінічній картині запального процесу, а також результатах лабораторних, зокрема мікроскопічних, досліджень на виявлення кліщів демодецид у ділянках ураження. Разом із тим дискусійною є оцінка кількості кліщів демодецид на обмеженій ділянці запального процесу на шкірі як критерію для встановлення нозологічного діагнозу. Зокрема, деякі дослідники рекомендують визначати кількість кліщів демодецид на ділянці ураженої шкіри, площа якої становить 1 см² [6]. При цьому виявлення понад 5 кліщів на 1 см² шкіри рекомендують вважати визначальним критерієм для встановлення нозологічного діагнозу «демодекоз».

Разом з тим інші автори [72] пропонують враховувати кількість кліщів демодецид у струк-

турі одного волосяного фолікула на ділянці ураженої шкіри обличчя, встановлену під час гістологічного дослідження. При цьому виявлення в одному волосяному фолікулі від 10 і більше кліщів-демодецид пропонують вважати діагностично значущим для встановлення діагнозу «демодекоз».

Таким чином, досі не повністю з'ясовано низку питань щодо етіології, патогенезу, клінічного перебігу та діагностики акнеподібних дерматозів (розацеа, демодекоз). Існує чимало подібних та взаємопов'язаних екзогенних і ендогенних чинників, які можуть сприяти розвитку цих дерматозів. Подібними для акнеподібних дерматозів (розацеа, демодекоз) є залучення в загальний процес волосяних фолікулів і сальних залоз, а також вплив саловиділення на перебіг цих захворювань. Окрім того, подібні для розацеа і демодекозу морфологічні елементи шкірної висипки, локалізація запального процесу, зокрема на шкірі обличчя, а також хронічний характер клінічного перебігу та терапевтичні підходи до лікування цих дерматозів. Разом із тим окремі гіпотези етіопатогенезу та певні особливості клінічної картини і локалізації запального процесу на певних анатомічних ділянках шкіри вказують на особливості розвитку та перебігу акне, розацеа і демодекозу.

Різноманітність нозологічних і клінічних форм вугрової хвороби (акне) та акнеподібних дерматозів (розацеа, демодекоз), особливості їхнього перебігу у пацієнтів різного віку вказують на доцільність удосконалення підходів щодо їхньої диференціальної діагностики.

Стратегія терапії розацеа ґрунтується на гіпотезах етіології і патогенезу цього дерматозу. Важливо враховувати можливості участі в розвитку розацеа різних ендогенних та екзогенних чинників, зокрема порушень тону судин шкіри (вегето-судинний невроз), захворювань травного каналу, ендокринних розладів, інсоляції, особливостей харчування та ін. [1, 6, 31].

Більшість дерматовенерологів вважають раціональним етапне лікування розацеа, що залежить від стадії хвороби та ускладнень [5, 26, 31, 32, 38, 58, 61].

За еритематозної стадії розацеа рекомендують холодні примочки 2 % розчином борної кислоти, 1–2 % розчином резорцину. Вони сприяють анемізації шкіри, зменшенню припливу тепла, усувають суб'єктивні відчуття печіння і жару.

Підходи до лікування папуло-пустульозної форми розацеа досить різноманітні. В останні роки чимало авторів вважають за доцільне застосування азелаїнової кислоти (15 % гель та 20 % крем). Азелаїнова кислота зменшує вміст

вільних жирних кислот у ліпідах шкіри і нормалізує процеси кератинізації в протоках сальних залоз [8, 27, 54, 83].

Інші автори [18, 19] призначають хворим на папуло-пустульозну форму розацеа та розацеа, ускладнене демодекозом, аерозольний препарат для «Скін-Кап», до складу якого входить цинку пропіонат (0,5 %) і сульфат метилового спирту (0,1 %).

За папуло-пустульозної форми розацеа проводять також загальну терапію, зокрема антибіотиками і препаратами нітроїмідазолового ряду.

Найпоширеніші в загальній антибактеріальній терапії розацеа тетрацикліну гідрохлорид, окситетрациклін, доксициклін, моноциклін [49, 75, 81]. Лікування тетрациклінами зазвичай досить тривале (до 12 тиж), що підвищує ризик розвитку побічних виявів. Зокрема, можливі порушення діяльності органів травлення, фотосенсибілізація, алергічні реакції.

Йдеться також про доцільність перорального застосування при розацеа антибіотиків групи макролідів — еритроміцину, кларитроміцину, рокситроміцину [79, 82].

Механізм терапевтичної дії антибіотиків при розацеа не повністю з'ясований. Ефективність загальної антибіотикотерапії при цьому дерматозі деякі автори пояснювали усуненням алергізуючого впливу різних типів кишкових бактерій [47]. Разом із тим інші автори висловлюють сумнів щодо такого пояснення, вказуючи на досить виразний терапевтичний ефект за місцевого застосування антибіотиків при розацеа [80, 86].

У 1970-х роках з'явилися перші повідомлення про клінічну ефективність при розацеа метронідазолу, похідного препарату нітроїмідазолового ряду, який призначають при трихомоніазі, амєбіазі і лямбліозі. Немає загальної думки відносно механізму дії цього препарату при розацеа. Не з'ясовано також, яка із фармакодинамічних властивостей метронідазолу відіграє провідну роль у досягненні клінічного ефекту при лікуванні цього дерматозу.

Деякі автори висловлюють думку, що терапевтична дія метронідазолу пов'язана з імуномодулюючою, а також зі спроможністю посилювати й регенеративні властивості слизової оболонки шлунка та кишечника [7]. Вони виявили також, що метронідазол володіє бактеріостатичною дією щодо грамнегативних анаеробних бактерій, а також антипаразитарним впливом стосовно *D. folliculorum*. Інші автори висловлюють думку, що метронідазол впливає на вегетативну нервову систему і, стимулюючи її адренергічні структури, зменшує застійні явища, еритему та телеангіектатичні зміни. D. Grove і співавт. [60]

пояснюють ефективність препарату його впливом на клітинно-опосередкований імунітет. Крім того, чимало авторів виявили, що метронідазол у синергізмі з пальмітолейною кислотою шкіри людини пригнічує функціональну активність нейтрофілів, які знижують продукцію медіаторів запалення.

Низка авторів вказують, що курс лікування хворих на розацеа метронідазолом повинен становити від 4 до 18 тиж. Препарат призначають перорально у добовій дозі 1,0—1,5 [7, 44]. З огляду на досить тривалий термін прийому метронідазолу, можливі побічні вияви: нудота, блювання, головний біль, кропив'янка, свербіж, кандидоз. Ще інші дослідники вважають показаннями для призначення метронідазолу *per os* є наявність у хворих з розацеа супутнього демодекозу. Крім того, вони вказують, що курс прийому метронідазолу при розацеа має становити не більше 10 діб. Відповідного терміну лікування розацеа (10 діб) за перорального застосування інших препаратів нітроїмідазолового ряду, зокрема орнідазолу («Тиберал», «Мератин»), дотримують і інші дослідники [36, 40].

Численні автори рекомендують застосовувати метронідазол при розацеа у вигляді місцевих форм, зокрема 1 % гелю або крему [48, 53, 68, 70, 78, 83]. Вони вважають, що місцеве застосування метронідазолу не поступається за ефективністю пероральному.

У разі тяжких форм розацеа (конглобатна, фульмінантна) деякі автори рекомендують застосовувати синтетичні ретиноїди, зокрема ізотретиноїн («Роаккутан») [24, 55, 65, 84], і вказують на його високу ефективність. Тривалість перорального прийому препарату має становити 4—6 міс. Ефективність дії «Роаккутану» пояснюють гальмівним впливом на функцію сальних залоз. Разом із тим тривале застосування препарату досить часто призводить до побічних ефектів. Зокрема, можуть підвищуватися сухість шкіри і слизових оболонок, а також посилюватися розростання грануляційної тканини в осередках ураження. Крім того, у хворих можуть виникати ускладнення з боку травного каналу (диспепсія, кровотечі, транзиторне підвищення активності печінкових трансаміназ), а також ускладнення з боку центральної нервової системи (світлобоязнь, ослаблення слуху, розвиток катаракти).

Досить поширене при розацеа місцеве призначення синтетичних ретиноїдів, що не зумовлює вказаних системних побічних ефектів. Місцеве застосування третиноїну (0,025 % крем) тривалістю до 8 міс не поступається за терапевтичною ефективністю пероральному призначенню ізотретиноїну протягом 4 міс [55].

Згідно з результатами клінічних спостережень [69, 85], при розацеа не рекомендують місцеві глюкокортикоїди, оскільки тривале застосування кортикостероїдних мазей (кремів) призводить до трансформування дерматозу в стероїдну форму. Місцеві кортикостероїди сприяють також торпідному та атиповому клінічному перебігу розацеа. Виняток становлять тільки тяжкі клінічні форми дерматозу, коли короткочасне (до 2 тиж) місцеве застосування глюкокортикостероїдів є доцільним для усунення гостроти запального процесу [74].

Досить цікаві результати досліджень авторів [45], які виявили у хворих на розацеа чоловіків зміну метаболізму статевих стероїдних гормонів. Вони висловлюють думку, що відповідні порушення мають значення для патогенезу розацеа у чоловіків і рекомендують включати в терапію спіронолактон по 50 мг/добу протягом 5 тиж. Це препарат групи антиандрогенів, речовин, які спроможні пригнічувати біологічну активність андрогенів. Терапевтична ефективність спіронолактону при розацеа зумовлюється його нормалізуючим впливом на метаболізм статевих гормонів, а також гальмуванням активності епідермальних цитохромів P-450.

С.І. Шармазан [43] вважає за доцільне в комплекс лікування хворих на розацеа жінок клімактеричного віку вводити заміщувальну гормональну терапію, зокрема «Клімонорм» та «Кліменом». Їх рекомендують приймати по 1 таблетці на ніч протягом 21 доби з 7-добовою перервою. Через 7 діб прийом таблеток відновлюється, мінімальний курс лікування становить 3 міс.

З огляду на гіпотезу про можливу роль психосоматичних розладів у виникненні розацеа, низка авторів застосовували в комплексному лікуванні хворих «Еглоніл», який рекомендують у разі астеничних і астенодепресивних станів та соматичних розладів нейрогенного походження. У разі застосування «Елонілу» при розацеа було досягнуто задовільних клінічних результатів, особливо у хворих з еритематозною і папульозною формами дерматозу [41].

Більшість дерматовенерологів вважають за потрібне дотримувати хворими на розацеа дієти, уникати алкогольних напоїв і кави, гострої і пряної та дуже гарячої їжі. Це сприяє зменшенню припливів крові до обличчя.

Показанням до застосування аплікацій рідкого азоту (кріотерапія) є різні клінічні форми розацеа. Кріотерапія має протизапальні, судиннозвужувальні й антидемодекозні властивості [10]. Разом із тим під час гістологічного дослідження осередків ураження після сеансів кріотерапії зауважено ті ж самі зміни, що й до лікуван-

ня [35]. Окремі автори вказують на доцільність застосування при розацеа електрокоагуляції для руйнування телеангієктазій та папульозних і папуло-пустульозних елементів шкірної висипки.

Разом із тим, попри великий арсенал лікарських препаратів, засобів та методів, запропонованих для лікування розацеа, їхня терапевтична ефективність досить часто недостатня. За літературними даними, ефективність лікування цього дерматозу перебуває в зворотній залежності від тривалості хвороби, тяжкості клінічної форми і супутньої патології (інфекційної, соматичної, ендокринної), а також паразитарної, зокрема виявлення в осередках ураження кліщів-демодецид.

На нашу думку, однією з вагомих причин невдалого лікування розацеа, особливо на ранніх стадіях, є недостатнє врахування вказаної вище патології під час розробки тактики терапевтичних підходів і передусім те, що не було проведено антипаразитарної терапії, спрямованої на ерадикацію кліщів *D. folliculorum* і *D. brevis*.

Чисельні демодециди достатньо глибоко проникають у шкіру, де не завжди на них можуть впливати акарицидні засоби. Гинуть поверхнево розташовані кліщі, а ті, що залишаються глибше в шкірі, можуть спричинювати рецидиви хвороби. Цьому сприяє й здатність міграції кліщів до міграції з уражених ділянок на неуражені.

З огляду на жирність і забрудненість шкіри, а також для відкриття вічок придаткових залоз шкіри перед застосуванням антипаразитарних засобів рекомендують двічі на день умиватися водою з милом. Після гігієнічної процедури пропонують обробляти шкіру 20 % емульсією бензил-бензоату або 1 % сірковою маззю, маззю Вількінсона та за методом Дем'яновича (60 % розчином гіпосульфату натрію і 6 % розчином соляної кислоти) [3].

У разі гострого набряку обличчя, мокріння рекомендують дегідратаційну та зовнішню проти-запальну терапію, а за численної пустулізації — лікування антибіотиками протягом 7 діб. Після припинення мокріння та появи свіжої пустульозної висипки хворим на демодекоз рекомендують місцево 2 % іхтіол-резорцинову пасту, а потім — один із антипаразитарних засобів: 2–5 % полісульфат натрію, 5–10 % сіркову мазь, мазь Вількінсона, 10–20 % емульсію бензил-бензоату [4, 28].

Після розсмоктування папульозної висипки та розрішення пустул рекомендують лікарські засоби і методи, які сприяють нормалізації функціонального стану судин і сальних залоз шкіри: кріомасаж снігом вугільної кислоти, тушування рідким азотом, протирання обличчя 50 % водним розчином бифунгіну, діатермокоагуляція окремих розширених кровоносних капілярів [4, 28].

Питання доцільності перорального застосування препаратів метронідазолового ряду в комплексній терапії демодекозу є досить дискусійним та потребує подальшого вивчення.

Чимало вітчизняних авторів повідомляють про досить високу антипаразитарну дію щодо кліщів-демодецид протигельмінтного препарату широкого спектра дії «Ворміл» (альбендазол) [29].

У останні десятиліття для лікування паразитарних захворювань, зокрема корости, широко застосовують препарати групи піретроїдів — синтетичні аналоги природних піретринів, відомих інсектицидною та акарицидною дією. Піретрини згубно впливають на нервову систему кліщів, пригнічуючи потоки іонів калію і натрію через мембрани їхніх нервових клітин і зумовлюючи спочатку параліч, а згодом і загибель паразитів. Деякі автори рекомендують застосовувати акарицидний засіб «Спрегаль» (аерозоль), який містить синтетичний піретрин. Його застосовують для лікування корости [25]. Заслуговують також на увагу повідомлення про успішне застосування перметрину (5 % крем) при демодекозі [22].

Таким чином, численні методи і засоби лікування акнеподібних дерматозів (розацеа, демодекоз) досить часто недостатньо ефективні, що вимагає розробки нових підходів до терапії хворих на ці дерматози.

Мета роботи — вивчити ефективність лікування хворих на розацеа і демодекоз із залученням у комплексну терапію новітніх лікувально-профілактичних засобів місцевої дії «Демоскіна» (бальзам) та «Демоскіна» (гель для повік) ТОВ «Ботаніка» (Україна).

Матеріали та методи

Проведено огляд спеціальної літератури та аналіз ефективності засобів та методів лікування розацеа і демодекозу. Власні клініко-лабораторні дослідження передбачали обстеження 16 хворих на розацеа та 9 — на демодекоз. Жінок було 14, чоловіків 11. Вік обстежених хворих становив від 24 до 65 років. У всіх хворих на розацеа та демодекоз виявлено від 3 до 23 на 1 см² кліщів-демодецид (*D. folliculorum*, *D. brevis*) за методом мікроскопії вмісту сальних залоз та лусочок епідермісу з ділянок ураженої шкіри обличчя. Крім цього, у 7 із 9 хворих на демодекоз під час мікроскопії вій також було виявлено кліщі демодециди.

З урахуванням клінічної картини перебігу розацеа у 4 із 16 встановлено еритематозну форму дерматозу, у 7 — папульозну, у 5 — пустульозну. У 2 із 9 хворих на демодекоз було констатовано еритематозну форму, у 4 — папульозну, у 3 — пустульозну.

Усіх 25 пацієнтів, зокрема 16 хворих на розацеа та 9 — на демодекоз, розподілено на групи з урахуванням клінічної картини перебігу дерматозів. У 1-шу групу зараховано 4 хворих на розацеа та 2 із еритематозною формою демодекозу. Другу групу склали 7 хворих на розацеа та 4 з папульозною формою демодекозу. До 3-ї групи спостереження ввійшли 5 хворих на розацеа та 3 — з пустульозною формою демодекозу.

З урахуванням виявленої у частини хворих, зокрема у 12 на розацеа та у 6 на демодекоз, різнопланової супутньої патології травного каналу, а також ендокринної патології, після консультацій із суміжними спеціалістами пацієнтам призначали індивідуалізовану системну терапію, спрямовану на корекцію порушень. Крім цього, 5 хворим на розацеа та 3 з пустульозною клінічною формою демодекозу призначали системну антибактеріальну терапію антибіотиком тетрациклінового ряду або з групи макролідів. Курс системної антибіотикотерапії визначали індивідуально, від 2 до 4 тиж.

Хворим 1-ї групи (4 на розацеа та 2 на демодекоз), а також 2-ї (7 хворих на розацеа, 4 на демодекоз) призначали місцеву терапію новітнім лікувально-профілактичним препаратом «Демоскін» (бальзам). Крім цього, 7 із 9 хворих на демодекоз, у яких виявлено кліщі-демодециди на віях, додатково призначали гель для повік «Демоскін». Відповідну місцеву терапію препаратами «Демоскін» (бальзам) та «Демоскін» (гель для повік) проводили паралельно з системною антибіотикотерапією всім хворим з пустульозною формою ураження (8 пацієнтів), що входили до 3-ї групи (5 хворих на розацеа, 3 на демодекоз).

До складу «Демоскіну» (бальзам) входять такі діючі речовини: вода з іонами срібла, олія жожоба, лаванди, оливкова, екстракт квітів календули та ромашки, D-пантенол, саліцилова кислота, сірка осаждена, аристофлекс AVC, алантоїн, пропіленгліколь, діазолідиніл сечовина, метилпарабен, пропілпарабен, вітаміни А та Е.

Фармакологічні властивості

Сірка мікрокапсульована має антибактеріальну та протимікробну дію. Проникає глибоко в шкіру і діє безпосередньо в місцях локалізації кліщів та їхніх личинок. Впливає на супутню бактеріальну і грибкову інфекцію. Має протизапальну дію, зменшує подразнення та свербіння шкіри, зволожує шкіру та звужує пори.

Вода з іонами срібла має антибактеріальну та протимікробну дію. Проникає глибоко в шкіру й діє безпосередньо в місцях локалізації кліщів та їхніх личинок. Має протизапальну дію, зменшує подразнення та свербіння шкіри,

зменшує виділення шкірного жиру. Колоїдне срібло відновлює структуру шкіри та підвищує імунітет.

D-пантенол і алантоїн стимулюють регенерацію шкіри, зволожують, пом'якшують пошкоджену шкіру. Сприяють загоєнню шкіри без утворення рубців і пігментації. Мають протизапальну дію.

Саліцилова кислота має антибактеріальну, протимікробну та протизапальну дію. Регулює виділення шкірного жиру, звужує пори. Зменшує кількість «чорних» цяток та камедонів. Впливає на широкий спектр мікроорганізмів.

Олії жожоба та лаванди живлять і зволожують шкіру, зменшують подразнення та почервоніння. Мають помірну протимікробну та протизапальну дію.

Вітаміни А і Е живлять шкіру, підвищують її тонус, поліпшують кровообіг у судинах шкіри. Нормалізують обмінні процеси та водний баланс у шкірі, мають протизапальну дію й запобігають появі нових прищів.

Екстракт календули має бактерицидні властивості щодо багатьох збудників, особливо стафілококів і стрептококів. Володіє протизапальною дією і гоїть рани. Має сильні в'яжучі та антисептичні властивості, зменшує подразнення і запалення на шкірі. Звужує пори на обличчі, зменшує виділення жиру, допомагає при жирній себорейі і вугровій висипці. Пом'якшує шкіру, запобігаючи утворенню рубців.

Екстракт ромашки має протизапальну, антисептичну, заспокійливу і пом'якшувальну дію.

Показання. «Демоскін» має протизапальну, антибактеріальну та антидемодекозну дію. Призначений для догляду за шкірою з висипкою бактерійного або паразитарного походження, зумовленою кліщами *Demodex*. Усуває свербіння, відчуття дискомфорту і подразнення, демодекозну висипку, запобігає появі нових висипань. Для швидшого терапевтичного ефекту рекомендують користуватися милом «Демоскін 3 в 1» та лосьйоном для обличчя «Демоскін».

Спосіб застосування

Слід ретельно очистити шкіру за допомогою мила «Демоскін 3 в 1» та лосьйона «Демоскін». Наносити бальзам на уражені ділянки шкіри тонким шаром двічі на добу.

До складу «Демоскіну» (гель для повік) входять такі діючі речовини: вода з іонами срібла, оливкова олія, гліцерин, аристофлекс АВС, екстракт ромашки, екстракт м'яти перцевої, рицинова олія, екстракт пелюсток троянди, метронідазол, олія лаванди, пропіленгліколь, діазолідиніл сечовина, метилпарабен, пропілпарабен, гіалуронова кислота.

Фармакологічні властивості

Метронідазол має антибактеріальну та протимікробну дію. Проникає глибоко в шкіру та діє безпосередньо в місцях локалізації кліщів і їхніх личинок.

Вода з іонами срібла має антибактеріальну та протимікробну дію. Проникає глибоко в шкіру та діє безпосередньо в місцях локалізації кліщів та їхніх личинок. Має протизапальну дію, зменшує подразнення та свербіння шкіри. Колоїдне срібло відновлює структуру шкіри та підвищує імунітет.

Олія лаванди живить та зволожує шкіру, зменшує подразнення й почервоніння шкіри. Має помірну протимікробну та протизапальну дію.

Екстракт пелюсток троянди містить вітаміни С, В₁, В₂, РР, К, А, мікроелементи і флавоноїди, які стимулюють обмінні процеси, пом'якшують і заспокоюють шкіру, запобігають її старінню. Має виразну енергізуючу, бактерицидну і зволожуючу дію, поліпшує тонус шкіри і розгладжує дрібні зморшки. Стимулює кровообіг, бере участь в утворенні колагену, відновлює структуру тканин, ефективно живить і омолоджує шкіру. Усуває запалення шкіри, подразнення, лущення.

Екстракт ромашки має протизапальну, антисептичну, заспокійливу і пом'якшувальну дію.

Гіалуронова кислота підвищує тонус шкіри, збільшує кількість колагенових волокон та еластину, підвищує гладкість шкіри та зменшує кількість зморщок.

Показання. Застосовують для шкіри повік і обличчя, зовнішнього слухового проходу, ураженою висипкою бактерійного або паразитарного походження (демодекоз шкіри повік, обличчя, вушних раковин і слухового проходу, зумовлений кліщами *D. folliculorum*, *D. brevis*, *D. canis*). У разі ерозії країв повік на тлі демодекозного блефариту запобігає появі нової висипки.

Спосіб застосування

Перед застосуванням ретельно очистити шкіру за допомогою мила «Демоскін 3 в 1» та лосьйону «Демоскін».

У разі демодекозного блефариту невелику кількість гелю за допомогою ватної палички наносять по краю верхнього та нижнього повік двічі на добу. Через 30 хв залишки гелю видаляють серветкою. Уникати попадання в очі.

Ефективність лікування хворих на розацеа та демодекоз оцінювали через місяць за такими критеріями: клінічне одужання, значне клінічне поліпшення, клінічне поліпшення, брак динаміки. Крім цього, усім пацієнтам проводили мікроскопічне контрольне дослідження на наявність кліщів демодецид.

Результати та обговорення

Під час мікроскопічного дослідження вмісту сальних залоз та лусочок епідермісу зі шкіри обличчя хворих з різними клінічними формами розацеа та демодекозу, проведеного через місяць місцевого застосування препарату «Демоскін» (бальзам), у всіх 25 пацієнтів (100 %) кліщів не виявлено. Крім цього, у всіх 7 (100 %) хворих на демодекоз, у яких перед лікуванням виявлено демодециди у віях, після місцевого застосування препарату «Демоскін» (гель для повік) протягом місяця їх також не було. Потребує оцінки клінічна ефективність препарату «Демоскін» (бальзам) після одного місяця місцевого лікування. У 2 (50 %) із 4 хворих із еритематозною формою розацеа, а також у 1 (14 %) із 7 — з папульозною формою цього дерматозу діагностовано повне клінічне одужання: повний регрес еритеми та папульозної висипки на шкірі обличчя, а також зникнення печіння та свербіння в ділянках ураження шкіри. Значне клінічне поліпшення зауважено у 1 (25 %) із 4 хворих з еритематозною формою розацеа, у 4 (57 %) із 7 — з папульозною, а також у 1 (20 %) із 5 — з пустульозною.

Клінічне поліпшення зареєстровано у 1 (25 %) із 4 хворих з еритематозною формою розацеа, у

2 (28 %) із 7 з папульозною, а також у 3 (60 %) із 5 хворих з пустульозною. Не простежено позитивної терапевтичної динаміки у 1 (20 %) із 5 хворих із пустульозною клінічною формою розацеа.

Після місцевого лікування препаратом «Демоскін» (бальзам) протягом місяця 2 (100 %) хворих із еритематозною формою демодекозу повністю одужали. Значного клінічного поліпшення досягнуто у 2 (50 %) із 4 хворих з папульозною формою демодекозу, а також у 1 (33 %) із 3 — з пустульозною. Клінічного поліпшення досягнуто у 2 (50 %) хворих з папульозною формою демодекозу та у 2 (66 %) — із пустульозною.

Висновки

Застосування вітчизняних лікувально-профілактичних засобів «Демоскін» (бальзам) та «Демоскін» (гель для повік) для місцевого лікування хворих на розацеа та демодекозу достатньо ефективно в разі еритематозної, папульозної та пустульозної клінічних форм цих дерматозів. Встановлено протизапальну і антидемодекозну дію цих препаратів. Таким чином, їх можна альтернативно застосовувати в комплексній місцевій терапії розацеа і демодекозу.

Стаття написана за підтримки ТОВ «Ботаніка»

Список літератури

1. Абрагамович Л.Є. Новий спосіб лікування інфекції *Helicobacter pylori* у пацієнтів з розацеазною хворобою та деякими видами системного і алергічного дерматозів: тези доповідей I (VIII) з'їзду Української Асоціації лікарів-дерматовенерологів і косметологів // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 3 (18).— С. 161.
2. Адашкевич В.П. Акне и розацеа.— СПб: Ольга, 2000.— 132 с.
3. Акбулатова Л.Х. Патогенная роль клеща *Demodex* и клинические формы демодекоза у человека // Вестн. дерматол. и венерол.— 1966.— № 12.— С. 57—61.
4. Антоньев А.А., Шеварова В.Н., Иванова Г.Н., Кузнецова Т.С. Розацеа и демодекоз по данным кафедры дерматовенерологии ЦОЛИУВ за 5 лет: сб. науч. труд. Новые косметические препараты и лечение заболеваний и косметических недостатков.— М., 1988.— С. 41—43.
5. Аравийская Е.Р. Современная комплексная терапия акне и розацеа— задача специалиста: тез. науч. раб. IX Всерос. съезда дерматовенерол.— М., 2005.— Т. 1.— С. 89.
6. Ахтямов С.Н., Бутов Ю.С. Практическая дерматокосметология.— М.: Медицина, 2003.— 400 с.
7. Бабаянц Р.С., Ильинская А.В., Громова С.А. и др. Метронидазол в терапии розацеа и периорального дерматита // Вестн. дерматол. и венерол.— 1983.— № 1.— С. 13—15.
8. Батыршина С.В., Гордеева А.М., Булгакова Д.Р., Богданова М.А. Скинорен гель в терапии угревой болезни и розацеа: тез. науч. раб. IX Всерос. съезда дерматовенерол.— М., 2005.— Т. 1.— С. 89.
9. Бобров В.И. Розовые угри носа, осложненные демодекозом // Вестн. дерматол. и венерол.— 1994.— № 4.— С. 43—44.
10. Богуннов И.М. Криотерапия в комплексном лечении обыкновенных и розовых угрей // Вестн. дерматол.— 1995.— № 3.— С. 44—45.

11. Вартапетов А.Я. Фолликулярный демодекс в патологии кожи: тез. докл. науч.-практ. конф. Московского НИИ косметологии МЗ РСФСР.— М., 1972.— С. 38—39.
12. Васильева М.С., Ланге А.Б. Популяции клещей-железниц при периоральном дерматите и розацеа: тез. докл. VI Всерос. съезда дерматол. и венерол.— 1989.— Ч. 2.— С. 375—377.
13. Возианова С.В. Современный взгляд на систему микроциркуляторного русла кожи и его изменения при розацеа // Дерматол. и венерол.— 2004.— № 4 (26).— С. 43—47.
14. Возианова С.В. Сучасні аспекти етіопатогенезу розацеа: Тез. доп. I (VIII) з'їзду Української асоціації лікарів-дерматовенерологів і косметологів // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 3 (18).— С. 165.
15. Возианова С.В. Клініко-патогенетичні особливості формування та перебігу розацеа у жінок та чоловіків, їх порівняльна характеристика та розробка диференційованого алгоритму лікування: автореф. дис. ...д-ра мед. наук.— Харків, 2008.— 39 с.
16. Горголь В.Т., Коган Б.Г. Пути становления паразитизма в семействе Demodicidae: тези доповідей I (VIII) з'їзду Української асоціації лікарів-дерматовенерологів і косметологів // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 3 (8).— С. 168.
17. Довжанский С.И., Грашкіна И.Г. К патогенезу и терапии розацеа и периорального дерматита // Вестн. дерматол. и венерол.— 1980.— № 4.— С. 38—40.
18. Кирпичева Н.В. Скин-кап в терапии розовых угрей, осложненных демодекозом. Патогенез, диагностика, терапия и профилактика инфекций, передаваемых половым путем, и кожных болезней.— Минск, 2000.— С. 165—167.
19. Ковалев В.М., Верба Я.И. Новый аэрозольный препарат «Скин-Кап» в комплексной терапии розацеа: тез. докл. VII съезда дерматологов и венерологов.— Казань, 1996.— Ч. 1.— С. 138—139.

20. Коган Б.Г., Степаненко В.І. Удосконалена лабораторна діагностика і сучасні підходи до лікування демодекозу // Галицький лікарський вісник.— 2001.— Т. 8, № 4.— С. 58—62.
21. Коган Б.Г. Клинико-иммунологические особенности, диагностика и лечение демодекоза: автореф. дис. ...канд. мед. наук.— К., 1995.— 23 с
22. Коган Б.Г., Степаненко В.І. Рациональна комплексна терапія розацеа, демодекозу і дерматиту періорального з урахуванням етіопатогенезу та особливостей клінічного перебігу дерматозів // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2006.— № 1 (20).— С. 14—28.
23. Коган Б.Г. Діагностика і терапія розацеа, демодекозу і дерматиту періорального з урахуванням спільних чинників виникнення, патогенезу та особливостей клінічного перебігу дерматозів: автореф. дис. ...д-ра мед. наук.— К., 2006.— 44 с.
24. Корнева Л.В., Махнева Н.В., Базовая Д.А. Роаккутан в случае сочетанной патологии *acne vulgaris* и *acne rosacea*: тез. науч. раб. IX Всерос. съезда дерматовенерол.— М., 2005.— Т. 1.— С. 94.
25. Кубанова А.А., Скрипкин Ю.К., Федоров С. М., Тимошин Г.Г. Спирегаль в терапии больных розовыми угрями и демодекозом: матер. науч.-практ. конф. «Новое в диагностике и лечении заболеваний, передающихся половым путем и болезней кожи».— М., 1997.— С. 49—50.
26. Кубанова А.А., Махакова Ю.Б. Розацеа: диагностика и лечение // Вестн. дерматол. и венерол.— 2015.— № 4.— С. 27—35.
27. Кудрина М.И. Азелаиновая кислота (скинорен) в терапии розацеа // Вестн. дерматол. и венерол.— 2000.— № 1.— С. 24— 26.
28. Кусая Н.В., Юцковская Я.А., Метляева Н.Б., Маслов Е.В. Диагностика и лечение больных первичным и вторичным демодекозом: тез. науч. раб. IX Всерос. съезда дерматовенерол.— М., 2005.— Т. 1.— С. 81.
29. Мужичук В.В., Бродская О.М., Агапова И.Р. Опыт использования «Вормила» в лечении демодекоза: тез. доп. I (VIII) з'їзду Української асоціації лікарів-дерматовенерологів і косметологів // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 3 (18).— С. 158.
30. Олисова О.Ю., Додина М.И., Кушлинский Н.Е. Роль фактора роста сосудистого эндотелия в патогенезе розацеа и его медикаментозная коррекция // Клини. дерматол. и венерол.— 2012.— № 1.— С. 49—55.
31. Потекаев Н.Н. Розацеа, этиология, клиника, терапия.— М., 2000.— 143 с.
32. Пинсмон И.Я., Верхогляд И.В., Семочкин А.В. Современные методы лечения розацеа // Лечащий врач.— 2012.— № 10.— С. 10—13.
33. Разнаговский К.И., Алиев Ф.А. Оценка показателей микроциркуляции в области лица у женщин с розацеа: тез. науч. раб. IX Всерос. съезда дерматовенерол.— М., 2005.— Т. 1.— С. 96.
34. Рыжкова Е.И. Роль клеща *Demodex folliculorum* в этиологии и патогенезе розацеа.— В кн.: Актуальные вопросы косметологии.— М., 1977.— С. 16— 20.
35. Рыжкова Е.И., Лягушкина М.П. Комплексная терапия больных розацеа // Вестн. дерматол. и венерол.— 1978.— № 6.— С. 16— 22.
36. Сенишин Н.Ю. Порівняння клінічної ефективності лікування рожевих вугрів «Мератином» з традиційними методами: тез. доп. I (VIII) з'їзду Української асоціації лікарів-дерматовенерологів і косметологів // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 3 (18).— С. 160.
37. Темников В.Е. Особенности иммунного статуса при розовых угрях // Иммунология в дерматовенерологии.— Нижний Новгород, 1991.— С. 86—88.
38. Хайрутдинов В.Р. Розацеа: современные представления о патогенезе, клинической картине и лечении // Эффективная фармакотерапия.— 2014.— № 3.— С. 32—37.
39. Черкасова М.В. Новые аспекты патогенеза и лечения розацеа (клинико-эпидемиологическое и иммунологическое исследование): автореф. дис. ...канд. мед. наук.— М., 1997.— 18 с.
40. Черкасова М.В., Сергеев Ю.В. Тиберал в лечении больных розацеа: тез. докл. науч.-практ. конф. «Новое в диагностике и лечении заболеваний, передающихся половым путем и болезней кожи» // 1997.— № 3.— С. 113—114.
41. Черкасова М.В., Сергеев Ю.В. Эглонил в патологической терапии розацеа // Вестн. дерматол. и венерол.— 1995.— № 5.— С. 40—43.
42. Чуистова И.П., Шеремет Н.А., Ярмак Т.Д. О клинических проявлениях глазного демодекоза // Офтальмол. журн.— 1985.— № 4.— С. 250—252.
43. Шармазан С.И. Комплексное лечение больных розацеа женщины климактерического периода с применением заместительной гормональной терапии // Дерматовенерол., косметол., сексопатол.— 2000.— № 2 (3).— С. 57—62.
44. Шахнес И.Е., Крепкер Я.Б. Опыт лечения розацеа и периферического дерматита трихополом // Вестн. дерматол.— 1985.— № 3.— С. 55—57.
45. Aizava H., Niimura M. Oral spinolactone therapy in male patients with rosacea // Journ. Dermatol.— 1992.— Vol. 19, N 5.— P. 293— 299.
46. Akilov O.E., Mumcuogly K.V. Immune response in demodicosis // JEADV.— 2004.— Vol. 18.— P. 440—444.
47. Aron-Brunetier R. La rosacea du visage. Diagnostic, physiopathologie et traitement // Presse Med.— 1958.— Vol. 66.— P. 1151—1154.
48. Barnhorst D.A.Jr., Foster J.A., Chern K.C., Meisler Dm. The efficacy of topical metronidasole in the treatment of ocular Rosacea // Ophthalmology.— 1996.— Vol. 103, N 11.— P. 1880—1883.
49. Basta-Juzbazik A., Dobric I. The effect of local administration of crio-corticosteroids on the course and therapy of rosacea // Lijes Vjesn.— 1989.— Vol. 113, N 3.— P. 89—93.
50. Berg M., Liden S. An epidemiological study of rosacea // Acta Dermat. Venerol (Stockh).— 1989.— Vol. 69 (5).— P. 419—423.
51. Bonnar E., Eustace P., Powell F.C. The Demodex mite population in rosacea // J. Am. Acad. Dermatol.— 1993.— Vol. 28.— N 3.— P. 443—448.
52. Clark D.P., Hanke C. Electrosurgical treatment of rhinophyma // J. Am. Acad. Dermatol.— 1990.— Vol. 22.— P. 831—837.
53. Dahl M.V., Jarratt M., Kaplan D. et al. Once-daily topical metronidasole cream formulations in the treatment of the papules and pustules of rosacea // J. Am. Acad. Dermatol.— 2001.— Vol. 45.— P. 723—730.
54. Elewski B.E., Fleischer A.B., Pariser D. A comparison of 15 % azelaic acid gel and 0,75 % metronidazole gel the topical treatment of papulopustular rosacea: results of a randomized trial // Arch. Dermatol.— 2003.— Vol. 139.— N 11.— P. 1444—1450.
55. Ertl G.A., Levine N., Kligman A.M. A comparison of the efficacy of topical tretinoin and low-dose oral isotretinoin in rosacea // Arch. Dermatol.— 1994.— Vol. 130.— N 3.— P. 319—342.
56. Forton F., Seyes B. Density of Demodex folliculorum in rosacea: a casejntrol study using standardized skin surface biopsy // Br. J. Dermatol.— 1993.— Vol. 128 (6).— P. 650—658.
57. Garnis-Jones S. Psychological aspects of rosacea // J. Cutan. Med. Surg.— 1998.— Vol. 2 (Suppl. 4).— P. 4—9.
58. Gedik G.K., Karaduman A., Sivri B., Caner B. Has Helicobacter pylori eradication therapy any effect on severity of rosacea symptoms? // J. Europ. Acad. Dermatol. Venereol.— 2005.— Vol. 19, N 3.— P. 398.
59. Grossmans E., Dungle T., Kien T.T., Kremer M. Demodex folliculorum and Rosacea: Experimentele und immunologische Studien // Z. Hautkr.— 1980.— Vol. 55.— N 18.— P. 1211—1218.
60. Grove D.I., Mahmoud A.A., Warren K.S. Suppression of ceii-mediated Immunity by Metronidasole // Int. Archs Allergy Appl. Immunol.— 1977.— N 54.— P. 422—427.
61. Gurer M.A., Erel A., Erbas D. et al. The seroprevalence of Helicobacter pylori and nitric osidi in acne rosacea // Int. J. Dermatol.— 2002.— Vol. 41.— P. 768—770.
62. Hellerich U., Metzelder M. Incidence of scalp involvement by Demodex folliculorum Simon ectoparasites in a pathologie-anatomic and forensic medicine autopsy sample (in German) // Arch. Kriminol.— 1994.— Vol. 194.— P. 111—118.

63. Helm K., Menz J., Gibson L., Dicken C. A clinical and histopathologic study of granulomatous rosacea // J. Am. Acad. Dermatol.— 1991.— Vol. 25.— N 6.— P. 1038–1043.
64. Hirschmann J.V. Does Helicobacter pylori have a role in the pathogenesis of rosacea? // J. Am. Acad. Dermatol.— 2000.— Vol. 42.— P. 537–539.
65. Irvine C., Kumar P., Marks R. Isotretinoin in the treatment of rosacea and rhinophyma. In: Marks R., Plewig G. (eds). Acne and related disorders // Dunitz-London.— 1989.— P. 301–305.
66. Ivy S., Mackall C., Gore L. Demodicosis in childhood acute lymphoblastic leukemia: an opportunistic infection occurring with immunosuppression // J. Pediatr.— 1995.— Vol. 127.— P. 751–754.
67. Jones M.P., Knable A.L., White M.J., Durning S.J. Helicobacter pylori in rosacea: lack of an association // Arch. Dermatol.— 1998.— Vol. 134.— P. 511.
68. Joo J., Reid D., Kimball A. Metronidazole in the treatment of rosacea: do formulation, dosing and concentration matter? // Drugs Dermatol.— 2006.— Vol. 5, N 4.— P. 317–319.
69. Litt J.Z. Steroid-induced rosacea // Am. Fam. Physician.— 1993.— Vol. 48.— N 1.— P. 67–71.
70. Maddin S. A comparison of topical aze-laic acid 20 % cream and topical metronidazole 0,76 % cream in the treatment of patients with papulopustular rosacea // J. Amer. Acad. Dermatol.— 1999.— Vol. 40.— P. 961–965.
71. Moravvej H., Vesal P., Abbasian M. et al. The relationship between demodex mites and rosacea // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.— 2005.— Vol. 19. (Suppl. 2).— P. 1–64.
72. Nutting W.B., Beerman H. Demodicosis and symbiophobia: status, terminology and treatments // Intern. Journ. Dermatol.— 1983.— Vol. 22.— N 1.— P. 13–17.
73. Plevig G., Jansen T., Kligman A.M. Pyoderma faciale. A review and report of 20 additional cases: is it rosacea // Arch. Dermatol.— 1992.— T. 128, N 12.— P. 1611–1617.
74. Plewig G., Jansen T., Kligman A.M. Pyoderma faciale. A review and report of 20 additional cases: is it rosacea // Arch. Dermatol.— 1994.— T. 128, N 12.— P. 1611–1617.
75. Quarterman M.J., Johnson D.W., Abele D.C. et al. Ocular rosacea. Signs, symptoms, and tear studies before and after treatment with doxycycline // Arch. Dermatol.— 1997.— Vol. 133, N 1.— P. 89–90.
76. Rebra A. Rosaces // Journ. Invest. Derm.— 1987.— Vol. 88, N 3.— P. 56–60.
77. Rebra A., Drago F. Helicobacter pylori and rosacea // J. Am. Acad. Dermatol.— 2000.— Vol. 43, N 5 (1).— P. 884.
78. Saraf S., Belgi A., Williams R. Clarithromycin, an effective treatment for rosacea // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.— 2005.— Vol. 19 (Suppl. 2).— P. 1–145.
79. Sancher J., Somolinos F., Fmodoraz P. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of the combined effect of doxycycline hyslate 20-mg tablets and metronidazole 0,75 % topical lotion in the treatment of rosacea // J. Am. Acad. Dermatol.— 2005.— Vol. 53, N 5.— P. 791–797.
80. Seal D.V., Wright P., Ficker L. et al. Placebo controlled trial of fusidic acid gel and oxytetracycline for recurrent blepharitis and rosacea // Br. Journ. Ophthalmol.— 1995.— T. 79, N 1.— P. 42–45.
81. Shultz H. Systemische Minjicyclintherapie der Rosacea/Fallstudie aus der Praxis // Akt. Dermatol.— 1986.— N 12.— S. 143–145.
82. Torresani C., Pavesi A., Manara G. Clarithromycin versus doxycycline in the treatment of rosacea // Int. J. Dermatol.— 1997.— Vol. 36.— P. 942–946.
83. Tributot D., Thieroff-Ekerdt R., Graupe K. Efficacy and safety of azelaic acid (15 %) gel as a new treatment for papulopustular rosacea: results from two vehicle-controlled, randomized phase III studies // J. Am. Acad. Dermatol.— 2003.— Vol. 48.— P. 836–845.
84. Turjanmaa K., Reunala T. Isotretinoin treatment of rosacea // Acta. Derm. Venereol. (Stockh.).— 1987.— N 67.— P. 89–91.
85. Wells K., Brodell R., Topical corticosteroid addiction. A cause of perioral dermatitis // Postgrad-Med.— 1993.— Vol. 93, N 5.— P. 225–230.
86. Wilkin J.K. Rosacea: pathophysiology and treatments // Arch. Dermatol.— 1994.— P. 359–362.

Л.В. Гунченко¹, В.И. Степаненко²

¹ТМО «Дерматовенерология», Киев

²Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Современные подходы к комплексному лечению розацеа и демодекоза с учетом этиопатогенетических факторов. Обзор литературы и перспективные новые отечественные лечебно-профилактические средства местного действия

Цель работы — изучить эффективность лечения больных розацеа и демодекозом с привлечением новейших лечебно-профилактических средств местного действия «Демоскин» (бальзам) и «Демоскин» (гель для век) производства ООО «Ботаника» (Украина).

Материалы и методы. Проведен обзор специальной литературы и анализ эффективности лечения розацеа и демодекоза. Обследовано 16 больных розацеа и 9 больных демодекозом, среди которых женщин было 14, мужчин — 11. Больные имели возраст от 24 до 65 лет. Во всех их по методу микроскопии содержимого сальных желез и чешуек эпидермиса с участков пораженной кожи лица обнаружено от 3 до 23 на 1 см² клещей демодецид (*Demodex folliculorum*, *Demodex brevis*). Кроме этого, в 7 из 9 обследованных больных демодекозом при микроскопии ресниц с век также обнаружены упомянутые клещи.

Все 25 пациентов разделены на группы с учетом клинической картины течения дерматозов, в частности эритематозной, папулезной и пустулезной форм. У 12 больных розацеа и у 6 больных демодекозом диагностирована сопутствующую патологию пищеварительного тракта и эндокринную патологию.

Больным розацеа и демодекозом с эритематозной формой поражения (6 пациентов), а также пациентам с папулезной формой (11 пациентов) назначали местную терапию новым отечественным препаратом «Демоскин» (бальзам). Кроме этого, 7 больным демодекозом, в которых обнаружены клещи демодециды на ресницах, дополнительно назначали местно на веки «Демоскин» (гель для век). Соответствующую местную терапию препаратами «Демоскин» (бальзам) и «Демоскин» (гель для век) проводили параллельно с системной антибиотикотерапией, которую рекомендовали всем 8 больным с пустулезной формой поражения.

Ефективність лікування у больних розацеа і демодекозом оцінювали через місяць терапії по наступним критеріям: клінічне выздоровлення, значительне клінічне удосконалення, клінічне удосконалення, відсутність динаміки. Крім цього, у всіх пацієнтів проводили мікроскопічне контрольне дослідження на наявність кліщів демодецид.

Результати та обговорення. По результатам мікроскопічного дослідження вмісту сальних залоз і чешуек епідермиса з шкіри обличчя на наявність кліщів демодецид у больних з різними клінічними формами розацеа і демодекоза, проведеного через місяць місцевого застосування «Демоскіна» (бальзам), виявлено їх у всіх 25 (100 %) пацієнтів. Крім цього, у всіх 7 (100 %) больних демодекозом, у яких перед лікуванням виявлені згадані кліщі в ресницях, після місцевого застосування «Демоскіна» (гель для век) впродовж місяця їх теж не було. Потребують також розгляду і обговорення результати клінічної ефективності препарату «Демоскін» (бальзам) після місцевого лікування впродовж місяця. В 2 (50 %) з 4 больних розацеа з еритематозною формою ураження і у 1 (14 %) з 7 больних з папулезною формою цього дерматоза, а також в 2 (100 %) больних демодекозом з еритематозною формою ураження діагностовано повне клінічне выздоровлення, що характеризувалося повним регресом еритеми і папулезної сыпи на шкірі обличчя, а також негативація жжіння і зуду в місцях ураження. Значительне клінічне удосконалення діагностовано у 1 (25 %) з 4 больних розацеа з еритематозною формою ураження, у 4 (57 %) з 7 больних з папулезною формою і 1 (20 %) з 5 больних пустулезною формою розацеа, а також в 2 (50 %) з 4 больних демодекозом з папулезною формою ураження і у 1 (33 %) з 3 больних з пустулезною формою цього дерматоза.

Клінічне удосконалення зареєстровано у 1 (25 %) з 4 больних еритематозною формою розацеа, в 2 (28 %) з 7 больних папулезною формою і у 3 (60 %) з 5 больних пустулезною формою розацеа, а також в 2 (50 %) больних демодекозом з папулезною формою і 2 (66 %) пацієнтів з пустулезною формою ураження. Відсутність терапевтичної динаміки зафіксовано у 1 (20 %) з 5 больних розацеа з пустулезною клінічною формою ураження.

Висновки. Застосування новітніх вітчизняних лікувально-профілактичних засобів «Демоскін» (бальзам) і «Демоскін» (гель для век) для місцевого лікування розацеа і демодекоза достатньо ефективно в разі еритематозної, папулезної і пустулезної клінічних форм цих дерматозів. Встановлено противовоспалительне, а також антидемодекозне діяння препаратів, тобто згадані засоби можна альтернативно застосовувати в комплексній місній терапії розацеа і демодекоза.

Ключові слова: розацеа, демодекоз, місня терапія, «Демоскін» (бальзам) і «Демоскін» (гель для ресниць).

L.V. Hunchenko¹, V.I. Stepanenko²

¹ТМА «Dermatovenereology», Kyiv

²O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

Modern approaches to complex treatment of rosacea and demodicosis in light of ethiopathogenetic factors. Literature review and promising new domestic topical treatment and preventive agents

Objective – to estimate the efficacy of treatment of patients with rosacea and demodicosis with the use of new domestic topical medical and preventive agents «Demoskin» (balsam) and «Demoskin» (gel for eyelashes), produced by «Botanika» ltd (Ukraine).

Materials and methods. A special literature review and efficacy analysis of the current agents and methods for the treatment of rosacea and demodicosis was performed. Inhouse clinical and laboratory tests included examination of 16 patients with rosacea and 9 patients with demodicosis, including 14 females and 11 males. Age of the examined patients ranged from 24 to 65 years. The presence of demodicid mites (*Demodex folliculorum*, *Demodex brevis*) was diagnosed using microscopy of the content of oil glands and flakes from the affected facial skin in all 16 examined patients with rosacea and 9 patients with demodicosis. The number of demodicid mites found during these examinations of the patients ranged from 3 to 23 per 1 cm² of the facial skin area. Furthermore, demodicid mites were also found using microscopy of eyelashes from eyelids in 7 out of 9 examined patients.

In view of the clinical course of rosacea and demodicosis, in particular erythematous, papulous and pustular forms, all 25 examined patients were divided into different followup groups. In 12 out of 16 examined patients with rosacea and in 6 out of 9 patients with demodicosis, various concomitant conditions of the gastrointestinal tract as well as endocrine conditions were diagnosed.

Patients with rosacea and demodicosis of erythematous form of lesions (6 patients), and patients with papular form (11 patients) were administered topical therapy with new domestic drug «Demoskin» (balsam). 7 demodicosis patients with demodicid mites found on their eyelashes were additionally administered «Demoskin» (gel for eyelashes) topically on the eyelids. Appropriate topical therapy with «Demoskin» (balsam) and «Demoskin» (eye gel) was carried out in combination with the systemic antibiotic therapy, which was recommended to all 8 patients with pustular lesion form.

The effectiveness of treatment of patients with rosacea and demodicosis was evaluated after a month of therapy according to the following criteria: clinical recovery, significant clinical improvement, clinical improvement, no response. Additionally, all patients underwent a microscopic control study for demodicid mites.

Results and discussion. According to the results of the microscopic examination of the content of oil glands and flakes of the epidermis of the facial skin and eyelashes for the presence of demodex mites in the examined patients with rosacea and demodex, performed after one month of topical application of the new agents «Demoskin» (balsam) and «Demoskin» (gel for eyelashes), they were absent in all 25 (100 %) patients. Also, all 7 (100 %) patients with demodex, who had the mites in eyelashes before treatment, did not reveal any of them after the topical application of «Demoskin» (gel for eyelashes) for one month. The results of the study of clinical efficacy of «Demoskin» (balsam) after local treatment for a month also require review and discussion. 2 (50 %) of 4 rosacea patients with erythematous form of lesions as also 1 (14 %) of 7 patients with papular form of this dermatosis, and 2 (100 %) patients with demodex of erythematous form of lesions manifested complete clinical recovery characterized by a complete regression of erythema, papular rash on the face, burning and itching in the areas of destruction. Significant clinical improvement was observed in 1 (25 %) out of 4 patients with erythematous form of rosacea, 4 (57 %) out of 7 patients with a papulous form, and 1 (20 %) out of 5 patients with pustular form of rosacea, as well as in 2 (50 %) out of 4 patients with a papulous form of demodex and 1 (33 %) out of 3 patients with a pustular form of this dermatosis.

Clinical improvement was reported in 1 (25 %) out of 4 patients with an erythematous form of rosacea, 2 (28 %) out of 7 patients with a papulous form and 3 (60 %) out of 5 patients with a pustular form of rosacea, as well as in 2 (50 %) of patients with a papulous form and 2 (66 %) of patients with a pustular form of demodex.

Conclusions. Application of the new domestic medical and preventive agents «Demoskin» (balsam) and «Demoskin» (gel for eyelashes) for the topical treatment of rosacea and demodex is sufficiently effective in case of erythematous, papulous and pustular clinical forms of these dermatoses. The proved antiinflammatory and antidemodectic effects of «Demoskin» (balsam) and «Demoskin» (gel for eyelashes) show that these agents can be alternatively applied in the complex topical therapy of rosacea and demodex.

Key words: rosacea, demodex, topical treatment, «Demoskin» (balsam) and «Demoskin» (gel for eyelashes). □

Дані про авторів:

Гунченко Людмила Валентинівна, лікар дерматовенеролог ТМО «Дерматовенерологія» у м. Києві

01032, м. Київ, вул. Саксаганського, 72

Тел. (098) 949-17-62

E-mail: Lyudgunkiev@gmail.com

Степаненко Віктор Іванович, д. мед. н., проф., зав. кафедри дерматології та венерології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця