

О.О. Сизон, І.Д. Бабак, М.О. Дашко, О.А. Білінська, І.Я. Возняк,  
І.О. Чаплик-Чижо, Г.Є. Асцатуров

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

## Нові можливості зовнішнього лікування та косметологічного догляду хворих з акне і акнеформними дерматозами

**Мета роботи** — клінічна оцінка ефективності та безпечності косметичних препаратів серії «ДемоСкін» у комплексному лікуванні акне, акнеформних дерматозів (розацеа, періоральний дерматит) та в поєднанні їх з демодекозом.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням перебувало 112 пацієнтів віком від 18 до 53 років з акне та акнеформними дерматозами, а також у поєднанні з демодекозом, діагноз якого було підтверджено мікроскопічним дослідженням. У хворих визначали дерматологічний індекс якості життя (ДІЯЖ) до та після лікування. Всім було призначено системну комплексну терапію згідно зі стандартами лікування та додаткову зовнішню терапію з використанням лікувально-профілактичних засобів «ДемоСкін».

**Результати та обговорення.** Застосування комплексної терапії з використанням лікувально-профілактичної серії препаратів «ДемоСкін» поліпшило клінічні результати лікування хворих з акне та акнеформними дерматозами (зменшилися запальна реакція елементів висипки, інтенсивність свербіжжя, зникло відчуття дискомфорту і подразнення). Повний регрес висипки спостерігався через 1,5 міс лікування у 69 (61,61 %) хворих, через 2 міс — у 39 (34,82 %), і лише 4 (3,57 %) особи потребували тривалішого застосування препарату.

Лише 34 (30,36 %) хворі скаржилися на помірний вплив шкірного захворювання на якість життя (ЯЖ), водночас як інші 78 (69,64 %) — на значний. Після лікування лише 16 (14,29 %) пацієнтів відчували значний вплив шкірного захворювання на ЯЖ, а 96 (85,71 %) — значне поліпшення. У хворих з акне та акнеформними дерматозами, поєднаними з демодекозом, було лабораторно підтверджено відсутність кліщів-демоцидів на 7-му та 21-шу добу після закінчення лікування.

**Висновки.** Застосування хворим на акне та акнеформні дерматози в комплексній терапії засобів лікувально-профілактичної серії «ДемоСкін» дає змогу поліпшити клінічні наслідки лікування, усунути деякі із чинників розвитку захворювання — розмноження кліща *Demodex*, що сприяє вірогідному ( $p < 0,05$ ) підвищенню ДІЯЖ пацієнтів. Тому його слід рекомендувати для щоденного використання в комплексному лікуванні акне та акнеформних дерматозів, зокрема й асоційованих з демодекозом.

### Ключові слова

Акне, акнеформні дерматози, демодекоз, лікування, «ДемоСкін».

Нині акне та акнеформні дерматози є одними з найпоширеніших дерматологічних захворювань, особливо в людей працездатного віку, і частою причиною стійких рубцевих змін шкіри, що негативно впливає на психоемоційний стан та якість життя хворих. Актуальність вивчення проблеми захворювань сальних залоз пояснюють не лише високим ступенем їхнього поширення, а й хронічним рецидивним перебігом, мультифакторною етіологією та резистентністю до наявних методів терапії [3, 12].

Етіопатогенез акне та акнеформних дерматозів не повністю з'ясований. Разом із тим існує низка спільних взаємопов'язаних чинників і

механізмів, зокрема подібність морфологічних елементів та типова локалізація висипки переважно на шкірі обличчя, тривалий хронічний перебіг і подібні підходи до системної й місцевої терапії [4, 8, 20].

Серед причин акне та акнеформних дерматозів виділяють екзо- й ендогенні [12, 14]. До екзогенних належать аліментарні чинники (зловживання гострою, пряною, солодкою їжею, алкоголем), вплив сонячного опромінення, забруднення чи травматизація шкіри, робота в умовах різких змін температури (на відкритому повітрі чи в гарячих приміщеннях) та несприятливі погодні умови (загострення акне, акнеформних

дерматозів зазвичай відбувається навесні і влітку, тобто переважно в період максимального підвищення температури повітря). Серед ендогенних чинників розрізняють розлади діяльності травного каналу, імунної системи, патологію ендокринної системи, психовегетативні та мікроциркуляторні порушення, гормональний дисбаланс (вагітність, клімакс, дисменорея), наявність осередків інфекції в організмі чи на шкірі. Важливу роль у етіопатогенезі акне відіграють кліщі-демоциди — *Demodex folliculorum* та *Demodex brevis* [5, 13, 15, 21].

Спочатку було зареєстровано одного із кліщів (демоцид), що паразитують на людині — *Demodex folliculorum*. Його першим описав професор анатомії з Цюріха J. Henle у 1841 р. під час вивчення фолікуліту зовнішнього вуха. Німецький дерматолог G. Simon незалежно від J. Henle спостерігав аналогічного паразита у 1842 р. і зарахував його теж до роду кліщів [7, 11, 17]. У 1963 р. Л.Х. Акбулатова запропонувала поділити вид *Demodex folliculorum* на два підвиди — *Demodex (D.) folliculorum longus* і *Demodex (D.) folliculorum brevis* [2]. У результаті подальших досліджень ці підвиди демоцидів дістали статус самостійних видів, зокрема *D. folliculorum*, або вугрова залозниця, яка переважно паразитує в порожнині волосяного фолікула, та *D. brevis* (жирова залозниця), яка паразитує в сальних залозах. Тобто фолікулярного кліща і залозницю зараховують до роду акари, котрі паразитують у волосяних фолікулах і сальних залозах, переважно обличчя, а також вушних раковин, слухового проходу, повік, грудних залоз, статевих органів [17, 18, 22].

Обидва види кліщів-демоцидів зустрічаються з однаковою частотою у чоловіків та жінок, однак частіше хворіють люди молодого та середнього віку, а в дітей до 1 року жодного із названих вище видів кліщів не виявлено.

Деякі автори [11, 15, 19] вважають, що паразитування невеликої кількості кліщів залозниці не супроводжується симптомами, тому і зараховують їх до умовно патогенних паразитів. В умовах, що сприяють їхньому розмноженню, та в разі ослаблення захисних сил організму виникають клінічні вияви демодекозу в вигляді різних запальних захворювань шкіри.

Клінічна картина акне та акнеформних дерматозів переважно виявляється на шкірі щік, чола та підборіддя еритемою, телеангіектазіями, фолікулярними дрібними запальними червоними вузликами, згодом — папулопустулами, рідше — вузлами [6, 8, 12]. Причому 15–18 % пацієнтів з акне та акнеформними дерматозами, поєднаними з демодекозом, окрім виявів на

шкірі обличчя, скаржаться на свербіж крайки повік, відчуття стороннього тіла або піску в очах, тобто ознаки запалення повік — блефариту і блефарокон'юнктивіту, які є одними із найчастіших уражень очей, зумовлених кліщем *D. folliculorum* [5, 9, 19].

Попри величезну кількість публікацій, присвячених вивченню різноманітних аспектів акне та акнеформних дерматозів, існують певні труднощі з лікуванням, які пов'язані з недостатньою ефективністю загальноприйнятих засобів системної та місцевої терапії, а інколи і з несвоєчасним виявленням *D. folliculorum* і *D. brevis*. Крім того, лікування цих захворювань зазвичай тривале та вимагає терпіння з боку як лікаря, так і пацієнта. Часто антибактеріальні та акарицидні препарати для місцевого використання мають подразний ефект і можуть призводити до косметичних дефектів шкіри, що негативно впливає на прихильність хворих до терапії і сприяє рецидивам захворювання.

Мета роботи — клінічна оцінка ефективності та безпечності косметичних препаратів серії «ДемоСкін» у комплексному лікуванні акне, акнеформних дерматозів (розацеа, періорально-го дерматиту) та в поєднанні їх з демодекозом.

## Матеріали та методи

Під нашим спостереженням перебували 112 пацієнтів віком від 18 до 53 років, з них 45 (40,18 %) чоловіків і 67 (59,82 %) жінок. Критеріями введення в дослідження були: вік пацієнтів — 18 і більше років; наявність клінічних виявів акне та акнеформних дерматозів, відсутність тяжких форм акне, розацеа та загострень хронічних соматичних захворювань на момент обстеження.

Діагностику демодекозу здійснювали шляхом мікроскопічного дослідження патологічного матеріалу [6], взятого шляхом зішкрібання з осередків ураження на шкірі. Залежно від клінічної форми демодекозу матеріалом для дослідження служили лусочки, кірочки, гній пустул, вміст вивідних проток сальних залоз. У хворих із блефарокон'юнктивітом для виявлення *D. folliculorum* у препараті з 8 вій за традиційною методикою використовували мікроскоп XS-3320. Усім пацієнтам перед аналізом рекомендовано не мити обличчя протягом 1–2 днів, користуватися косметичними засобами для обличчя (будь-яких засобів для вмивання та кремів з високим вмістом основ) [3, 12, 13]. Діагностичним критерієм для постановки нозологічного діагнозу «демодекоз» вважали виявлення понад 5 особин на 1 см<sup>2</sup> демоцидів у мікроскопічному препараті при акне та понад 3 — при розацеа [5, 6, 13].

Крім того, в усіх пацієнтів визначали дерматологічний індекс якості життя (ДІЯЖ). Техніка підрахунку показників якості життя [1] базується на даних опитувальників для пацієнтів віком понад 16 років. Психометрична шкала складається з 10 питань, які відображають загальні аспекти зміни якості життя (ЯЖ). При цьому ЯЖ оцінювали за 5 основними параметрами: симптоми, самопочуття, повсякденна активність, приватне життя, терапія. Кожне питання пацієнт оцінював відповідно за кількістю балів: вплив аспекту виразний — 3 бали, помірний — 2 бали, незначний — 1 бал, впливу немає — 0 балів. Сума балів від 0 до 1 свідчила про відсутність впливу дерматологічного захворювання на якість життя респондента, 2–5 балів — незначний вплив, 6–10 — помірний, 11–20 — значний, 21–30 балів свідчать про істотне погіршення ЯЖ [1].

Статистичну обробку результатів досліджень здійснювали методами статистичного аналізу [10] з використанням комп'ютерної програми Statistica 6.0, за вірогідну вважали різницю середніх при  $p < 0,05$ .

Під час вивчення ефективності та доцільності призначення косметичної серії «ДемоСкін» усім пацієнтам призначено системну комплексну терапію, згідно зі стандартами лікування, яка обов'язково включала у хворих з розацеа, акне та періоральним дерматитом системний антибіотик (відповідно до чутливості) у поєднанні з пробіотиком, а у хворих з акне та акнеформними дерматозами, поєднаними з демодекозом — акарицидний засіб. У разі гострого запалення, екзематизації, мокнуття й набряку спочатку проводили симптоматичну протизапальну, протинабрякову та місцеву антисептичну, підсушувальну терапію. Після переведення гострого запального процесу в підгостру фазу призначали антибіотики, антипаразитарні засоби. Всім пацієнтам проводили курс автогемотерапії за традиційною схемою. Крім того, рекомендували обмежити вживання алкоголю, гарячих напоїв та страв, які містять гострі прянощі.

Для додаткової зовнішньої терапії апробували серію лікувально-профілактичних засобів «ДемоСкін» (виробництва ТОВ «Ботаніка», Україна), яка має унікальний склад (містить мікрокапсульовану сірку, колоїдне срібло) та комплексну (акарицидну, антибактеріальну, протимікозну і регенерувальну) дію.

«ДемоСкін мило 3 в 1» завдяки вмісту октопіроксу виявляє потужну фунгіцидну, антибактеріальну та акарицидну дію, нормалізує стан клітин епідермісу шкіри, захищає шкіру від нагромадження токсичних речовин, а срібла цитрат посилює антибактеріальний ефект. Д-пантенол своєю

чергою стимулює регенерацію шкіри, сприяє її швидшому загоюванню, а екстракти лікувальних рослин знімають запалення та свербіж.

Лосьйон для обличчя «ДемоСкін» передбачений для щоденного очищення шкіри і містить воду, збагачену іонами срібла, що забезпечує антисептичний ефект, а також октопірокс, Д-пантенол і екстракти лікувальних рослин.

Додатково бальзам лікувально-профілактичний «ДемоСкін» містить мікрокапсульовану сірку, яка не окислюється і проникає глибоко в шкіру, діє в місцях локалізації кліщів, зменшуючи подразнення й запалення шкіри; колоїдне срібло, яке володіє протизапальною, антибактеріальною та протимікробною діями; Д-пантенол та алантоїн, які звожують, пом'якшують та стимулюють регенерацію шкіри; саліцилову кислоту, котра має антибактеріальний вплив, регулює виділення шкірного сала. Олії жожоба та лаванди підживлюють і звожують шкіру, оновлюючи її еластичність, мають помірну протимікробну та протизапальну дію. Вітаміни А і Е підживлюють, підвищують тургор та поліпшують кровообіг у судинах шкіри, що сприяє поліпшенню її зовнішнього вигляду, нормалізують обмінні процеси, водний баланс. Екстракти календули та ромашки мають бактерицидну й протизапальну дію.

Гель для повік «ДемоСкін», який, крім колоїдного срібла, олії лаванди та троянди, містить метронідазол, що глибоко проникає безпосередньо в місця локалізації кліщів і личинок та знешкоджує їх.

Усім пацієнтам рекомендували очищати шкіру зранку та ввечері засобом «ДемоСкін 3 в 1» милом. Невелику кількість засобу спінювали й наносили на шкіру обличчя, волосяну частину голови та тіло. Через 5–10 хв змивали водою. Після цього використовували лосьйон для обличчя та повік «ДемоСкін» — щоденний догляд для лікування демодекозу і акне, передбачений для очищення шкіри перед нанесенням бальзаму «ДемоСкін» і гелю для повік. Бальзам лікувально-профілактичний «ДемоСкін» пацієнти наносили на ретельно очищену шкіру уражених ділянок тонким шаром зранку та ввечері.

Хворим із супутнім блефаритом додатково рекомендовано використовувати лікувально-профілактичний гель для повік «ДемоСкін». Перед його нанесенням ретельно обробляли краї повік за ростом вій лосьйоном «ДемоСкін». У подальшому гель для повік «ДемоСкін» за допомогою ватного диска або на паличці з ватним тампоном наносили на краї верхньої й нижньої повік двічі на день. Через 30 хв залишки гелю видаляли серветкою.

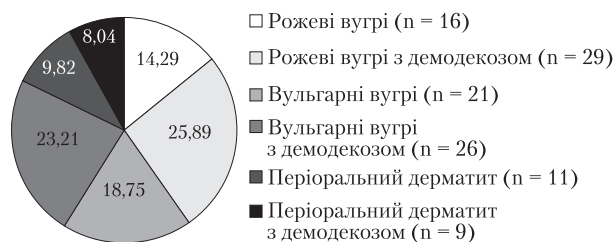


Рис. 1. Розподіл пацієнтів за клінічними діагнозами

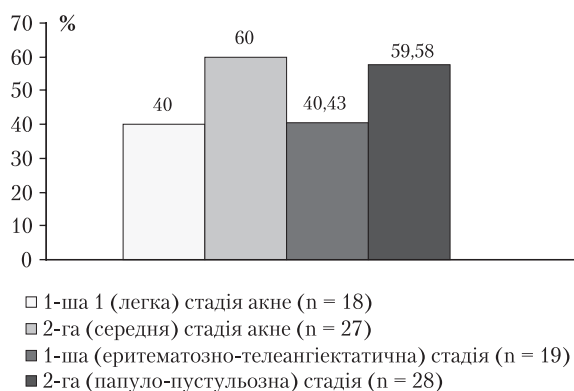


Рис. 2. Розподіл пацієнтів за ступенями тяжкості акне та розацеа

Ефективність терапії оцінювали за клінічними ознаками захворювання, показниками ДІЯЖ та двократного лабораторного дослідження на наявність життєздатних кліщів демодидів у хворих з акне, акнеформними дерматозами та в поєднанні їх із демодекозом у зішкрібках із осередків ураження через 1 та 3 тиж після закінчення лікування.

### Результати та обговорення

Під час бактеріоскопічного дослідження у 64 (57,14 %) зі 112 пацієнтів із акне та акнеформними дерматозами виявлено кліщі-демодиди, зокрема: *D. folliculorum* — у 46 (71,88 %) хворих, *D. brevis* — у 9 (14,06 %), поєднане паразитування у — 3 (4,69 %). Встановлено такі діагнози: розацеа — у 16 хворих, розацеа, поєднана з демодекозом — у 29, акне — відповідно у 21 та 26 пацієнтів, періоральний дерматит — відповідно у 11 та 9 хворих. Розподіл хворих за нозологіями та ступенями тяжкості відображено на рис. 1 та 2.

Супутній блефарит діагностовано у 9 (31,03 %) хворих на розацеа, у 7 (26,92 %) — з акне та у 2 (22,22 %) — з періоральним дерматитом у поєднанні з демодекозом. Під час мікроскопічного дослідження вій у них, окрім демодидів, зауважено дистрофічні зміни, зокрема атрофію цибулини та заглибини в стриж-

ні. Тривалість захворювання у всіх хворих становила від 1 до 5 років.

Застосування комплексної терапії з використанням лікувально-профілактичної серії препаратів «ДемоСкін» протягом 60 днів дало змогу прискорити та поліпшити результати лікування хворих з акне і акнеформними дерматозами, особливо з папульозною і вугровою висипкою (рис. 3). У 63 (56,25 %) хворих спостерігалось зменшення запальної реакції елементів висипки вже на 5—6-ту добу застосування серії «ДемоСкін», у 38 (33,93 %) — на 7—8-му добу, у 11 (9,82 %) — на 9—10-ту. Зменшення свербіжності шкіри обличчя, повік та зникнення відчуття дискомфорту, подразнення 71 (63,39 %) пацієнт відчув уже на 12—14-ту добу лікування, 25 (22,32 %) хворих — на 15—17-ту і лише 16 (14,29 %) — після 18 днів. Появи свіжої висипки не спостерігалось в жодного пацієнта під час застосування засобів серії «ДемоСкін». Повний регрес висипки відбувся через 1,5 міс лікування у 69 (61,61 %) хворих, через 2 міс — у 39 (34,82 %), і лише 4 (3,57 %) особи потребували тривалішого застосування препарату. Важливо зауважити, що жоден із хворих, які використовували в комплексному лікуванні серію препаратів «ДемоСкін», не скаржився на непереносність засобу, будь-які побічні ефекти та алергічні реакції.

На 7-му та 21-шу добу після закінчення лікування в усіх 64 хворих з акне і акнеформними дерматозами, поєднаними з демодекозом, лабораторно підтверджено відсутність демодидів на шкірі та в протоках сальних залоз і на віях. Під час мікроскопії вій дистрофічних змін не зауважено.

Крім того, в усіх пацієнтів визначали дерматологічний індекс ЯЖ до та після лікування (таблиця).

Відповіді не на всі запитання опитувальника відрізнялися в хворих з розацеа, акне та періоральним дерматитом, але вірогідно ( $p < 0,05$ ) тяжчим, згідно з результатами дерматологічного індексу ЯЖ, виявився вплив захворювання пацієнтів з акне та акне в поєднанні з демодекозом на активність і приватне життя (спілкування з людьми, дозвілля; стосунки з партнером, родичами, друзями, проблеми на роботі та в навчанні). Крім того, хворі з акне та акнеформними дерматозами в поєднанні з демодекозом вказували на значне погіршення ЯЖ ( $p < 0,05$ ) унаслідок суб'єктивних відчуттів у місцях висипки порівняно з пацієнтами з аналогічними захворюваннями без демодекозу.

Унаслідок комплексного системного та місцевого лікування з використанням лікувально-профілактичної серії «ДемоСкін» у пацієнтів



Рис. 3. Хвора М. (21 рік) з діагнозом акне 2-го ступеня тяжкості до та після лікування

Таблиця. Дерматологічний індекс ЯЖ у хворих з акне та акнеформними дерматозами до і після лікування

Дерматологічний індекс ЯЖ	Хворі з розацеа (n <sub>1</sub> = 16)	Хворі з розацеа в поєднанні з демодекозом (n <sub>2</sub> = 29)	Хворі з акне (n <sub>3</sub> = 21)	Хворі з акне в поєднанні з демодекозом (n <sub>4</sub> = 26)	Хворі з періоральним дерматитом (n <sub>5</sub> = 11)	Хворі з періоральним дерматитом у поєднанні з демодекозом (n <sub>6</sub> = 9)
До лікування	12,54 ± 0,54	14,42 ± 0,49 p <sub>1-2</sub> < 0,05	16,96 ± 0,75 p <sub>1-3</sub> < 0,001 p <sub>2-3</sub> < 0,01	19,53 ± 0,65 p <sub>1-4</sub> < 0,001; p <sub>2-4</sub> < 0,001; p <sub>3-4</sub> < 0,05.	11,83 ± 0,58 p <sub>1-5</sub> > 0,05; p <sub>2-5</sub> < 0,01; p <sub>3-5</sub> < 0,001; p <sub>4-5</sub> < 0,001	13,92 ± 0,64 p <sub>1-6</sub> > 0,05; p <sub>2-6</sub> > 0,05; p <sub>3-6</sub> < 0,01; p <sub>4-6</sub> < 0,001 p <sub>5-6</sub> < 0,05
Після лікування	8,43 ± 0,65	8,38 ± 0,52 p <sub>1-2</sub> > 0,05	9,82 ± 0,97 p <sub>1-3</sub> > 0,05 p <sub>2-3</sub> > 0,05	10,98 ± 1,58 p <sub>1-4</sub> > 0,05 p <sub>2-4</sub> > 0,05 p <sub>3-4</sub> > 0,05	8,42 ± 0,39 p <sub>1-5</sub> > 0,05 p <sub>2-5</sub> > 0,05 p <sub>3-5</sub> > 0,05 p <sub>4-5</sub> > 0,05	9,22 ± 0,42 p <sub>1-6</sub> > 0,05 p <sub>2-6</sub> > 0,05 p <sub>3-6</sub> > 0,05 p <sub>4-6</sub> > 0,05 p <sub>5-6</sub> > 0,05
p (до/після лікування)	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,01

Примітка. p<sub>1-2</sub>, p<sub>1-3</sub>, p<sub>2-4</sub> — вірогідність різниці показників у хворих різних груп; p — вірогідність різниці показників у групах хворих до і після лікування.

усіх груп вірогідно поліпшився ДІЯЖ: у хворих з розацеа та розацеа, поєднаними з демодекозом, на 48,75 та 73,51 % (p < 0,001), акне та акне, поєднаними з демодекозом, на 72,71 та 77,87 % (p < 0,001) та з періоральним дерматитом і періоральним дерматитом, поєднаними з демодекозом, відповідно на 40,49 і 50,98 % (p < 0,001). Слід зауважити, що індекс ЯЖ у хворих з акне

та акнеформними дерматозами, поєднаними з демодекозом, був вірогідно (p < 0,05) вищим порівняно з показниками хворих з розацеа, акне та періоральним дерматитом без демодекозу — відповідно на 14,50, 15,15 та 17,67 % до лікування, без вірогідної різниці у хворих усіх груп після лікування. Важливо, що навіть помірне (2 бали) чи незначне (1 бал) зменшення впливу

шкірного захворювання на окремі аспекти ДІЯЖ пацієнтів сприяло вірогідному ( $p < 0,001$ ) поліпшенню цього показника після лікування.

Крім того, до лікування лише 34 (30,36 %) хворих спостерігали помірний вплив шкірного захворювання на ЯЖ, водночас як 78 (69,64 %) вказували на значний вплив. Проте після комплексного системного та місцевого лікування лише 16 (14,29 %) пацієнтів відчували значний вплив шкірного захворювання на ЯЖ, водночас як всі інші 96 (85,71 %) хворих зауважували значне поліпшення: 81 (72,32 %) – помірний, а 15 (13,39 %) – незначний вплив на ЯЖ. Між показниками ДІЯЖ та рівнем життя існувала обернена залежність.

### Висновки

Застосування хворим на акне та акнеформні дерматози в комплексному лікуванні лікувально-профілактичної серії препаратів «ДемоСкін» є патогенетично обґрунтованим, безпечним та зручним у використанні. Рекомендована терапія

дає змогу зменшити клінічні вияви дерматозів (запальну реакцію елементів висипки, інтенсивність свербіжжю шкіри обличчя та повік, відчуття дискомфорту та подразнення), усунути деякі із чинників розвитку захворювання (розмноження кліща *Demodex*) та прискорити відновлення уражених ділянок. Окрім цього, сприяє загоєнню шкіри без рубців і пігментацій. Використання в комплексній терапії хворих з акне та акнеформними дерматозами лікувально-профілактичної серії засобів «ДемоСкін» супроводжується вірогідним ( $p < 0,05$ ) поліпшенням якості життя пацієнтів.

Таким чином, вказані якості лікувально-профілактичного комплексу «ДемоСкін» дають змогу поліпшити емоційний та психічний стан, підвищити якість життя, позитивно вплинути на працездатність, тобто значно підвищити медико-соціальні показники, тому його слід рекомендувати для щоденного використання в комплексному лікуванні акне і акнеформних дерматозів, зокрема й асоційованих з демодекозом.

### Список літератури

1. Адаскевич В.П., Базенко Н.П. Диагностические индексы в дерматологии.— М.: Медлитература, 2007.— 192 с.
2. Акбулатова Л.Х. Патогенная роль клеща *Demodex* и клинические формы демодекоза у человека // Вестн. дерматол. и венерол.— 1966.— № 12.— С. 57–61.
3. Возианова С.В. Розацеа // Дерматолог.— 2013.— Т. 4, № 1.— С. 46–53
4. Волкова Е.Н., Осипова Н.К., Родина Ю.А., Григорьева А.А. Розацеа: новые подходы к старым проблемам // Рос. журн. кож. и венерол. болезней.— 2010.— № 2.— С. 33–39.
5. Гунченко Л.В., Степаненко В.І. Сучасні підходи до комплексного лікування розацеа і демодекозу з урахуванням етіопатогенетичних чинників. Огляд літератури та перспективні новітні вітчизняні лікувально-профілактичні засоби місцевої дії // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2016.— № 3.— С. 49–60.
6. Коган Б.Г., Степаненко В.І., Горголь В.Т. Обґрунтування раціональної системи алгоритмів обстеження та стандартів комплексного лікування хворих на розацеа, демодекоз і дерматит періоральний // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2003.— № 2.— С. 17–27.
7. Коган Б.Г., Степаненко В.І. Етіологічна і патогенетична роль кліщів-демоцидів у виникненні дерматологічних захворювань у людини, гіпотези, факти та перспективи подальших досліджень // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2002.— № 3.— С. 57–63.
8. Коган Б.Г., Степаненко В.І. Етіопатогенетичні та клінічні аспекти розацеа, дерматиту періорального і демодекозу на сучасному етапі. Раціональні клініко-лабораторні алгоритми діагностики та диференційної діагностики цих дерматозів // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 4.— С. 22–35.
9. Коган Б.Г. Современные подходы в комплексном лечении пациентов с демодекозом и розовыми угрями // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2010.— № 4 (39).— С. 55–62.
10. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях.— М.: Медлитература, 2007.— 192 с.
11. Молочков А.В., Овсянникова Г.В. Метронидазол в наружном лечении розацеа // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2016.— № 2.— С. 85–88.
12. Хайрутдинов В.Р. Розацеа: современные представления о патогенезе, клинической картине и лечении // Дерматологический и дерматокосметол.— 2014.— № 3.— С. 32–37.
13. Шупенько Е.Н., Шупенько Н.М. Опыт применения комбинированного препарата «Офор» в комплексном лечении демодекоза и угревой болезни // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2013.— № 2.— С. 165–170.
14. Buechner S.A. Rosacea:an update // *Dermatology*.— 2005.— Vol. 210 (2).— P. 100–108.
15. Chen W., Plewig G. Are Demodex Mites Principal, Conspiratory, Accomplice, Witness or Bystander in the Cause of Rosacea? // *Am. J. Clin. Dermatol.*— 2015.— Vol. 16.— P. 67–72.
16. Chen W., Plewig G. Human demodicosis: revisit and a proposed classification // *Br. J. Dermatol.*— 2014.— Vol. 170 (1219).— P. 25–26.
17. Dokuyucu R., Kaya O.A., Yula E. et al. The Presence of Demodex Folliculorum in Various Obese Groups According to BMI Levels // *Arch. Iran Med.*— 2016.— Vol. 19.— P. 210–214.
18. Elston C.A., Elston D.M. Demodex mites // *Clinics in Dermatology*.— 2014.— Vol. 32.— P. 739–743.
19. Holmes A.D. Potential role of microorganisms in the pathogenesis of rosacea // *J. Am. Acad. Dermatol.*— 2013.— Vol. 69 (6).— P. 1025–1032.
20. Nally J.B. Topical therapies for rosacea // *J. Drugs Dermatol.*— 2006.— Vol. 5 (1).— P. 6–23.
21. O'Reilly N., Menezes N., Kavanagh K. Positive correlation between serum immunoreactivity to Demodex-associated Bacillus proteins and erythematotelangiectatic rosacea // *Br. J. Dermatol.*— 2012.— Vol. 167 (1032).— P. 6–10.
22. Zhao Y.E., Hu L., Wu L.P., Ma J.X. A meta-analysis of association between acne vulgaris and Demodex infestation // *J. Zhejiang Univ Sci B.*— 2012.— Vol. 13.— P. 192–202.

А.А. Сызон, И.Д. Бабак, М.О. Дашко, О.А. Билинская, И.Я. Возняк, И.О. Чаплик-Чижо, Г.Е. Асцатуров

*Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого*

## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕШНЕГО ЛЕЧЕНИЯ И КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ С АКНЕ И АКНЕФОРМНЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ

**Цель работы** — клиническая оценка эффективности и безопасности косметических препаратов серии «ДемоСкин» в комплексном лечении акне, акнеформных дерматозов (розацеа, периоральный дерматит) и в их сочетании с демодекозом.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 112 пациентов в возрасте от 18 до 53 лет с акне и акнеформными дерматозами, а также в сочетании с демодекозом, диагноз которого был подтвержден микроскопическим исследованием. У больных определяли дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) до и после лечения. Всем назначали системную комплексную терапию согласно стандартам лечения и дополнительную наружную терапию с использованием лечебно-профилактических средств «ДемоСкин».

**Результаты и обсуждение.** Применение комплексной терапии с использованием лечебно-профилактической серии препаратов «ДемоСкин» улучшило клинические результаты лечения больных с акне и акнеформными дерматозами (уменьшились воспалительная реакция элементов сыпи, интенсивность зуда, исчезло ощущение дискомфорта и раздражения). Полный регресс высыпаний наблюдался через 1,5 мес лечения у 69 (61,61 %) больных, через 2 мес — у 39 (34,82 %), и только 4 (3,57 %) человека нуждались в длительном применении препарата.

Лишь 34 (30,36 %) больные жаловались на умеренное влияние кожного заболевания на качество жизни (КЖ), в то время как другие 78 (69,64 %) — на значительное. После лечения только 16 (14,29 %) пациентов испытывали значительное влияние кожного заболевания на КЖ, а 96 (85,71 %) — значительное улучшение. У больных с акне и акнеформными дерматозами в сочетании с демодекозом было лабораторно подтверждено отсутствие клещей-демоидид на 7-е и 21-е сутки после окончания лечения.

**Выводы.** Применение больным акне и акнеформными дерматозами в комплексной терапии средств лечебно-профилактической серии «ДемоСкин» позволяет улучшить клинические результаты лечения, устранить некоторые из факторов развития заболевания — размножение клеща *Demodex*, что приводит к достоверному ( $p < 0,05$ ) улучшению показателей ДИКЖ пациентов. Поэтому его следует рекомендовать для ежедневного использования в комплексном лечении акне и акнеформных дерматозов, в том числе и ассоциированных с демодекозом.

**Ключевые слова:** акне, акнеформные дерматозы, демодекоз, лечение, «ДемоСкин».

O.O. Syzon, I.D. Babak, M.O. Dashko, O.A. Bilynska, I.Ya. Vozniak, I.O. Chaplyk-Chuzho, H.Ye. Astsaturov

*Danylo Halytskyi Lviv National Medical University*

## New solutions to beauty external treatment for patients with acne and acneiform dermatitis

**Objective** — clinical estimation of effectiveness and safety of cosmetic medicines of «DemoSkin» series in treatment of complex acne, acneiform dermatitis (rosacea, perioral dermatitis) and their combination with demodocosis.

**Materials and methods.** We were observing 112 patients aged 18 to 53 with acne and acneiform dermatitis, and also their combination with demodocosis confirmed by microscopic study. Dermatological index of life quality (DILQ) was determined in these patients before and after treatment. All the patients were prescribed complex therapy according to the standards of beauty treatment as well as additional external therapy implying application of cosmetic preventive medicines of «DemoSkin» series.

**Results and discussion.** Application of complex therapy with cosmetic preventive medicines of «DemoSkin» series improved clinical results of acne and acneiform dermatitis treatment (inflammatory reaction of eruption elements and itching intensity reduced, feeling of discomfort and irritation disappeared). Full regress of eruption was observed after 1.5 months of treatment in 69 patients (61.61 %), after 2 months — in 39 patients (34.82 %), and only 4 patients (3.57 %) had to undergo treatment with this medicine for a longer period.

Only 34 (30.36 %) patients complained of moderate influence of the skin disease on their life quality, while the rest 78 (69.64 %) complained of its significant influence. After treatment, only 16 (14.29 %) patients complained of significant influence of skin disease on their life quality, and the rest 96 (85.71 %) patients felt evident improvement of their life quality. Patients with acne and acneiform dermatitis in combination with demodocosis proved not to have bugs-demodocides on the 7th and 21st days after treatment course completion.

**Conclusions.** Complex acne and acneiform dermatitis therapy treatment with cosmetic preventive medicines of «DemoSkin» series allows improving clinical results of such treatment, eliminating some of the factors that cause the disease, namely Demodex bug, which leads to significant ( $p < 0.05$ ) increase of DLQ rates. Thus the medicine should be recommended for everyday application in combination with complex acne and acneiform dermatitis treatment, especially for the patients with acne and acneiform dermatitis in combination with demodectosis.

**Key words:** acne, acneiform dermatites, demodectosis, treatment, «DemoSkin».

□

---

**Дані про авторів:**

**Сизон Оріся Орестівна**, д. мед. н., доц., зав. кафедри дерматології, венерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

**Бабак Ірина Дмитрівна**, к. мед. н., доц. кафедри дерматології, венерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

**Дашко Маріанна Олегівна**, к. мед. н., асист. кафедри дерматології, венерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

79013, м. Львів, вул. Коновальця, 1

Тел. (067) 769-19-77. E-mail: marana.dashk@rambler.ru

**Білинська Оксана Андріївна**, к. мед. н., доц. кафедри дерматології, венерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

**Возняк Ірина Ярославівна**, к. мед. н., асист. кафедри дерматології, венерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

**Чаплик-Чижо Ірина Остапівна**, асист. кафедри дерматології, венерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

**Асцатуров Геннадій Євгенович**, к. мед. н., доц. кафедри дерматології, венерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького