

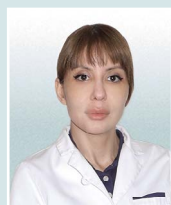
Doi: 10.52341/20738080_2024_130_3_51

ДЕМОДЕКОЗ: ФОКУС НА ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ



СОКОЛОВА Т.В.,

д.м.н., профессор, врач-дерматовенеролог ФГКУ «Консультативно-диагностический центр Генерального штаба Вооруженных сил Российской Федерации», профессор кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (Росбиотех)», stv_morf2005@mail.ru



ГОЛИЦЫНА М.В.,

врач ГБУЗ г. Москвы Городская клиническая больница имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы, mirrabomerani@gmail.com



МАЛЯРЧУК А.П.,

д.м.н., профессор, профессор кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (Росбиотех)», кавалер знака «Отличник здравоохранения», полковник мед. службы в отставке, 2236779@mail.ru



ГЛАДЬКО В.В.,

академик РАМТН, д.м.н., профессор, директор Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (Росбиотех)», заведующий кафедрой кожных и венерических болезней с курсом косметологии, заслуженный врач Российской Федерации, полковник мед. службы в отставке, dr.gladko@mgupp.ru

Демодекоз – паразитарное заболевание человека, причиной которого являются клещи рода *Demodex* – постоянные условно-патогенные представители микробиоценоза кожи человека. Нарушение симбиоза бактериальной, микотической и паразитарной флоры на поверхности кожи, сопутствующие заболевания различного генеза, системные препараты, используемые для их лечения, нерациональная терапия дерматозов фациальной локализации – кофакторы возникновения и более тяжелого течения демодекоза. Лечение болезни, подтвержденной клинически и лабораторно, с учетом данных анамнеза и его клинических вариантов, позволило доказать высокую эффективность персонифицированного, а не стандартного подхода к выбору тактики лечения заболевания на основе особенностей его течения у каждого пациента.

Ключевые слова: демодекоз, классификация, лечение, топические препараты, индивидуальный подход.

DEMODICOSIS: FOCUS ON THE PERSONALIZED APPROACH TO THE TREATMENT TACTICS

Sokolova T., Golitsina M., Malyarchuk A., Glad'ko V.

Demodicosis is a human parasitic disease caused by the ticks of the genus *Demodex* – permanent conditionally pathogenic representatives of the human skin microbiocenosis. Disturbed symbiosis of bacterial, mycotic, and parasitic flora on the skin surface, concomitant diseases of various genesis, systematic medications used for their treatment, irrational treatment of facial dermatosis are cofactors for the onset and more severe course of demodicosis. Treatment of demodicosis confirmed by clinical and laboratory data with consideration of the anamnesis data and clinical variants has proved high efficiency of the personalized rather than

standard approach to selection of the disease treatment tactics with consideration of particularities of its course in each patient.

Key words: demodicosis, classification, treatment, topical preparations, personalized approach.

Введение

Демодекоз является актуальной дерматологической и косметологической проблемой. Существование дерматоза как самостоятельной нозологической формы закреплено Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10: B88.0 – акродерматит, вызванный видами *Demodex*). При выборе тактики лечения демодекоза следует учитывать, что клещи являются условно-патогенными представителями многообразного видового состава симбиотических микроорганизмов кожи человека. Нарушение симбиоза бактериальной, микотической и паразитарной флоры на поверхности кожи утяжеляет патологический процесс. Миграция клещей по коже из одного волосяного фолликула в другой способствует диссеминации различных видов бактерий, грибов, вирусов по поверхности кожи и инфицированию новых фолликулов [1–4]. Отсутствие эффекта при лечении демодекоза антипаразитарными средствами указывает на целесообразность тщательного обследования пациента с целью выявления сопутствующих инфекционных триггеров и коррекции терапии.

Лечение демодекоза достаточно сложная задача [5–10 и др.]. Выбор лекарственных препаратов для его лечения нередко имеет низкий уровень достоверности доказательств, а данные литературы достаточно противоречивы. С учётом того, что причиной заболевания являются клещи, непонятно, почему одним из основных препаратов в клинических рекомендациях и стандартах медицинской помощи является метронидазол, не обладающий акарицидным действием.

Дерматологи России имеют небольшой арсенал топических лекарственных средств, обладающих антипаразитарным эффектом: бензилбензоат, перметрин (Медифокс), ивермектин (Солантра), сера. Большинство препаратов используется несколько десятилетий, и открытым остается вопрос о формировании резистентности возбудителя к ним. Отсутствует лабораторная модель для проверки эффективности акарицидных препаратов против демодекса, выделенного от человека, *in vitro*. Нет доказательной экспе-

риментальной базы, доказывающей необходимость использовать ивермектин на протяжении 12 нед. и более. Миграция клещей из одного фолликула в другой с переносом на хитиновом покрове патогенной и условно-патогенной флоры, формирующих микробиоценоз кожи, указывает на необходимость при наличии соответствующих клинических манифестаций (например, пиодермии, кандидоза, малассезиоза) проводить комплексную терапию, включающую не только антипаразитарные, но и антибактериальные и антимикотические препараты. Кроме того, имеются доказанные в клинической практике противоречия при сравнительной оценке эффективности лечения демодекоза акарицидами (ивермектин) и препаратами с противовоспалительным и антибактериальным действием (метронидазол).

Патогенетическая роль клещей рода *Demodex*, являющихся условно-патогенными представителями микробиоценоза кожи человека, при выявлении их числа выше нормы в очаге поражения (более 5 на 1 см²) может реализоваться в различных направлениях: демодекоз как *самостоятельная нозологическая форма*; как *сопутствующее заболевание* на фоне дерматозов фациальной локализации или заболеваний, сопровождающихся доказанной иммуносупрессией; как *осложнение дерматозов*, ассоциированных с ним; как *медикаментозное осложнение терапии* после использования, чаще с нарушением инструкций по медицинскому применению глюкокортикостероидов, ингибиторов рецептора эпидермального фактора роста, ингибиторов кальциневрина; как *демодекозная гиперинвазия* (увеличение численности клещей при отсутствии клинических манифестаций, характеризующих демодекоз как самостоятельную нозологическую форму); как *интактная демодекозная гиперинвазия* (случайное выявление клещей выше допустимой нормы во внешне неизменной коже) [11].

Демодекоз как самостоятельная нозологическая форма описан многими авторами [12–17 и др.]. Названия заболевания, по своей сути, схожи: фолликулярный питириаз, шиповидный демодекоз, папуло-пустулезный демодекоз, демодекозный фолликулит. Это указывает на необходимость персонифицированного, а не стандартного подхода к выбору тактики лечения демодекоза с учетом вариантов его течения. Ранее авторами уже описано несколько клинических случаев, обосновывающих эффективность индивидуального подхода к выбору тактики лечения демодекоза [11, 18, 19, 20].

Цель исследования

Оценить эффективность индивидуально-го подхода к выбору тактики лечения демодекоза с учетом его клинических вариантов.

Материалы и методы

Исследование выполнено в рамках научно-исследовательской работы «Паразитарные дерматозы кожи» на базе кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (Росбиотех)». Клиническими базами служили ФГКУ «Консультативно-диагностический центр Генерального штаба Вооруженных сил Российской Федерации», многопрофильная клиника «Астери-Мед», а также указанная выше кафедра при обращении больных на консультативный прием.

В исследовании приняли участие 57 пациентов мужского (18/31,6%) и женского (39/68,4%) пола с диагнозом «демодекоз», подтвержденным клинически и лабораторно (в возрасте от 22 до 63 лет). Критерии исключения: пациенты с дерматозами фациальной локализации: акне, розацеа, периоральный дерматит при отсутствии эффекта от длительной терапии по стандартным протоколам лечения этих заболеваний; данных анамнеза, которые учитываются при их диагностики (наследственная предрасположенность, ухудшение процесса после пребывания на солнце, гиперандрогенемия и др.).

Для унификации исследования разработан «Индивидуальная регистрационная карта пациента с демодекозом», включающая жалобы, анамнез заболевания с акцентом на ранее поставленный диагноз и проводимую для его лечения терапию. Фиксировалась сопутствующая соматическая патология (стадия обострения, неполная и полная ремиссия). Проводился осмотр кожных покровов с детальным описанием клинических манифестаций и топике процесса, делался акцент на особенности течения дерматоза у каждого больного. Регистрировались методы забора материала и участки кожного покрова для его получения, число обнаруженных клещей. Разработаны индивидуальные схемы лечения различных вариантов демодекоза и критерии оценки эффективности терапии.

Всем пациентам проведено лабораторное и инструментальное (дерматоскопия) обследование. Забор материала для выявления клещей рода *Demodex* осуществляли двумя методами: путем экстракции комедонэкстрактором (размер петли – 0,15–0,20 см²)

содержимого 2–5 сально-волосяных фолликулов с прирученными к ним морфологическими элементами (площадь – 0,3–1,0 см²) и извлечением пинцетом роговых пробок из устья сально-волосяных фолликулов.

Микроскопическое исследование материала на наличие клещей рода *Demodex* проводили с использованием смеси, состоящей из 80% молочной кислоты и глицерина в соотношении 1:1 (авторский метод). Его преимущества: отсутствие кристаллизации, быстрое просветление собранного материала, хорошая визуализация клещей [21]. Препараты микроскопировали с использованием лабораторного бинокулярного микроскопа «Микмед-5» с увеличением 10–40×10 (×100–400).

Микроскопическое исследование материала для выявления бактериальной флоры в пустулах проводили после окраски мазков 1%-м метиленовым синим водным раствором. Учитывали степень лейкоцитарной реакции (завершенный и незавершенный фагоцитоз) и регистрировали наличие или отсутствие бактериальной флоры [22].

Микроскопическое исследование материала для выявления дрожжевой флоры проводили путем соскоба чешуек эпидермиса в очагах поражения на предметное стекло, затем наносили 1–2 капли 10%-го раствора КОН и микроскопировали при увеличении ×400. Выявление условно-патогенных дрожжеподобных грибов рода *Candida* и липофильных дрожжей рода *Malassezia* идентифицировали по морфологическим признакам. У видов рода *Malassezia* при бесполом размножении монополярным почкованием на материнской клетке остаётся характерное образование – почечный рубец, через который появляются новые клетки (однополюсное почкование). У представителей рода *Candida* бластопопы располагаются на перетяжках псевдомицелия в местах соединения клеток (многополюсное почкование).

Дерматоскопию выполняли с использованием стандартного ручного дерматоскопа с увеличением ×10. Определяли характер себореи, отсутствие комедонов и телеангиоэктазий в очагах поражения, детализировали морфологические элементы с акцентом на фокальные папулы (наличие на их поверхности микропустул, чешуек, небольшого гиперкератоза, «шипики»).

Для лечения демодекоза в каждом конкретном случае использован персонифицированный подход к выбору тактики лечения с учетом особенностей течения заболевания. При наличии у пациента сопутствующего заболевания в стадии обострения, на фоне

которого протекал демодекоз, его направляли к смежному специалисту для обследования и лечения. При наличии поражения органа зрения лечение назначал офтальмолог.

Эффективность лечения демодекоза с учетом его клинических вариантов оценивалась по шкале: 1 – полное разрешение высыпаний, ремиссия более 6 мес.; 2 – полное разрешение высыпаний, ремиссия менее 6 мес.; 3 – положительная динамика процесса, уменьшение площади очагов поражения и числа высыпаний на них. Диспансерное наблюдение за больными в рамках настоящего исследования осуществлялось в течение 10–12 мес.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета статистических программ «STATISTICA». Описательная статистика количественных признаков представлена среднеквадратичным отклонением ($M \pm m$). Для анализа нормально распределенных признаков применялся критерий Пирсона (χ^2). Достоверность различий считалась при $p < 0,05$.

Таблица 1
Ошибки в диагностике демодекоза (n=35)

Предшествующий диагноз	Число больных (n=35)	
	Абс.	%
Розацеа	15	42,9
Поздние акне	9	25,7
Себорейный дерматит	8	22,8
Периоральный дерматит	3	8,6

Таблица 2
Варианты демодекоза в соответствии с классификацией заболевания (n=57)

№ п/п	Варианты демодекоза	Число пациентов	
		Абс.	%
1.	Демодекоз как самостоятельная нозологическая форма.	11	19,3
2.	Демодекоз как сопутствующая патология при дерматозах фациальной локализации, этиологическим фактором которых является условно-патогенная флора микробиоценоза кожи человека (себорейный дерматит/малассеиоз, поверхностный кандидоз кожи и слизистых оболочек в области головы)*.	15	26,3
3.	Демодекоз как осложнение сопутствующих заболеваний различного генеза**.	19	33,3
4.	Демодекоз как осложнение нерационального использования топических глюкокортикостероидов.	4	7,0
5.	Демодекоз как осложнение дерматозов фациальной локализации (контактный дерматит, патомимия)*.	3	5,3
6.	Демодекозная гиперинвазия.	5	8,8
Всего		57	100,0

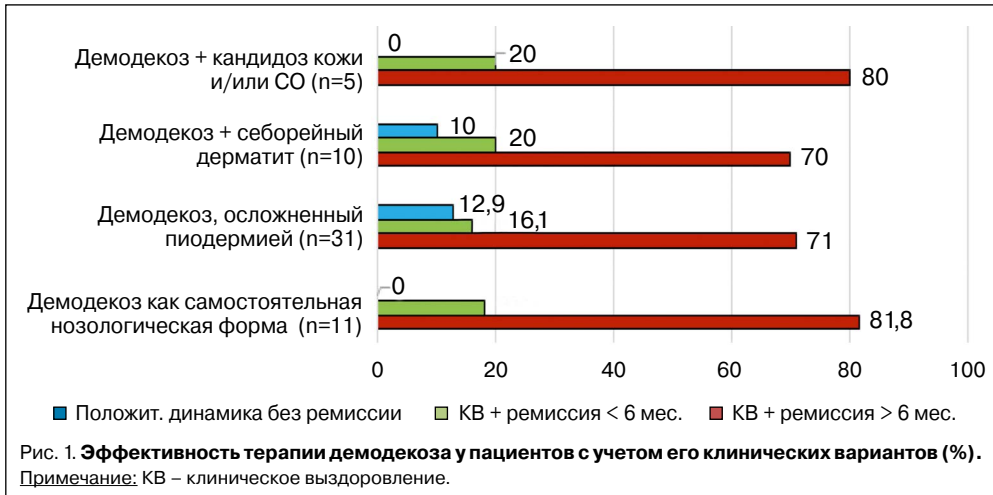
Примечания: * – исключением являются акне, розацеа, периоральный дерматит; ** – учитывались сопутствующие заболевания в стадии обострения, а коронавирусная инфекция – при повышенном титре специфических IgM- и/или IgG-антител.

Результаты и обсуждение

Из 57 больных с демодекозом впервые диагноз поставлен 22 (38,6%) пациентам, остальные 35 (61,4%) ранее лечились у дерматологов/косметологов с другими дерматозами фациальной локализации (табл. 1).

Данные табл. 1 свидетельствуют, что демодекоз с разной частотой диагностировали, как другие дерматозы ($\chi^2=11,086$; $p<0,05$): розацеа (42,9%), поздние акне (25,7%), себорейный дерматит (22,9%), пероральный дерматит (8,6%). Частая диагностика розацеа вместо демодекоза неслучайна. В соответствии с ФКР РОДВК («Российское общество дерматовенерологов и косметологов», 2020) обследование на демодекс при розацеа проводить не рекомендуется. В целом в данной выборке на наличие клещей врачами обследовано всего 17 (45,7%) пациентов. Ответ из лаборатории был стандартным: «клещи демодекс обнаружены», но без указания их числа на 1 см². Этим больным назначали преимущественно препараты на основе метронидазола, а крайне редко – антипаразитарные средства (ивермектин, бензилбензоат, серу).

Персонализированный подход к выбору тактики лечения демодекоза базировался на особенностях клинических манифестаций заболевания, от которых зависел выбор тех или иных лекарственных средств. При этом учитывались варианты демодекоза с учетом роли различных триггерных факторов, влияющих на формирование клинических проявлений болезни. Распределение пациентов с учетом данного критерия представлено в табл. 2.



Встречаемость вариантов демодекоза в соответствии с классификацией, учитывающей роль патогенетических факторов в формировании патологического процесса на коже, существенно отличалась ($\chi^2=15,086$, $p<0,01$). У трети больных (19/33,3%) демодекоз являлся осложнением сопутствующих заболеваний различного генеза, в структуре которых лидировала перенесенная коронавирусная инфекция. Более чем в четверти случаев (15/26,3%) демодекоз можно считать сопутствующей патологией, сочетающейся с другими фациальными дерматозами, этиологическим фактором которых являются возбудители микозов, относящихся к условно-патогенной флоре микробиоценоза кожи человека: липофильные дрожжи рода *Malassezia* (себорейный дерматит) и/или дрожжеподобные грибы рода *Candida* (кандидоз кожи). Реже демодекоз присутствовал как самостоятельная нозологическая форма (11/19,3%). Демодекоз как осложнение нерационального использования топических глюкокортикостероидов зарегистрирован у 4/7,0% пациентов; как осложнение дерматозов фациальной локализации (контактный дерматит, птохимия) – у 3/5,3%. Демодекозная гиперинвазия (увеличение численности клещей при отсутствии клинических манифестаций, характеризующих демодекоз как самостоятельную нозологическую форму) наблюдалась у 5/8,8% – в основном при себорейном дерматите, торпидном к проводимой ранее антимикотической терапии.

Для лечения демодекоза кожи использовались только топические лекарственные препараты. При выявлении у пациентов с демодекозом других дерматозов, этиологическим фактором которых является услов-

но-патогенная флора микробиоценоза кожи (липофильные дрожжи рода *Malassezia* и дрожжеподобные грибы рода *Candida*), назначались топические антимикотики. Для лечения демодекоза применялись антипаразитарные препараты: 10%-я и 20%-я эмульсии или мазь бензилбензоата; 0,6%-я эмульсия перметрина в этаноле. Для лечения микозов кожи, обусловленных условно-патогенной флорой микробиоценоза, – антимикотические препараты: 2%-й крем сертаконазол (Офломикол) и 2%-й шампунь сертаконазол (Сертаверин). Для лечения пиодермии – раствор повидон-йод (Бетадин) и 2%-я мазь мупироцин (Супироцин). Для устранения гиперкератоза на поверхности фолликулярных папул – крем 20%-я азелаиновая кислота (Скинорен). Для уменьшения воспаления – 0,2%-й крем пиритион-цинк (Скин-кап). Для уменьшения сухости кожи после проведенной специфической терапии – мыло Атодерм и эмульсия липобейз.

Персонифицированный подход к выбору тактики наружной терапии напрямую связан с наличием на коже пациента клинических манифестаций, типичных для демодекоза, пиодермии, малассезиоза и кандидоза кожи и/или слизистых оболочек (табл. 3 на с. 56).

В целом по выборке клиническая ремиссия с последующим межрецидивным периодом более 6 мес. наблюдалась у 42 (73,7%) пациентов; клиническая ремиссия с межрецидивным периодом до 3 мес. – у 10 (17,5%), положительная динамика без полного разрешения высыпаний – только у 5 (8,8%). Эффективность лечения больных с учетом клинических вариантов демодекоза (табл. 3 на с. 56) представлена на рис. 1.

Эффективность наружной терапии демодекоза не зависела от его клинических вари-

Таблица 3

Тактика лечения демодекоза

Варианты течения демодекоза	Топические лекарственные препараты
Неосложненный демодекоз (n=11)	
Демодекоз (фолликулярные папулы с гиперкератозом и/или роговыми пробками в устье фолликулов).	- 20%-й крем азелаиновая кислота (Скинорен). Наносить ежедневно утром. Курс – 14 дней. - 10%-я мазь бензилбензоата ¹ . Наносить вечером через день № 7 ² . Утром препарат смыть водой с мылом Атодерм.
Демодекоз (фолликулярные папулы без гиперкератоза и/или с микро-везикулой на поверхности).	- 10%-я мазь бензилбензоата. Наносить вечером через день № 5. Утром препарат смыть водой с мылом Атодерм. - 0,2%-й крем цинк-пиритион (Скин-кап). Наносить ежедневно утром. Курс – до 2 недель.
Демодекоз, осложненный пиодермией (n=31)³	
Лечение демодекоза. 0,6% ⁴ эмульсию перметрина в этаноле (Медифокс) ⁵ наносить аккуратно на кожу лица вечером через день № 5. Лечение пиодермии. Точечно обработать пустулы раствором повидон-йод (Бетадин) 2–3 раза в день. После подсыхания пустул втирать в кожу 2%-ю мазь мупироцин (Супироцин) ⁶ утром, а вечером чередовать с 0,6%-й эмульсией перметрина. Длительность курса антибактериальной терапии – 10–14 дней.	
Демодекоз в сочетании с поверхностным кандидозом кожи и/или слизистых оболочек (n=5)	
Лечение демодекоза. Втирать вечером в кожу лица и ушных раковин 10%-ю мазь бензилбензоата через день № 5. Лечение поверхностного кандидоза кожи (ушные раковины, хейлит). Утром втирать в кожу 2%-й крем сертаконазол (Офломикол), а вечером – через день (чередовать с мазью бензилбензоата). Курс – до 14 дней. Лечение кандидоза слизистой оболочки полости рта. Полоскание раствором повидон-йод (Бетадин): 30 капель на 1/3 стакана воды. Курс – 5–7 дней.	
Демодекоз в сочетании с себорейным дерматитом, обусловленным липофильными дрожжами рода <i>Malassezia</i> (n=10)	
Лечение демодекоза. Втирать вечером в кожу лица и волосистой части головы ⁷ 0,6%-ю эмульсию перметрина в этаноле (Медифокс) через день № 5. Лечение себорейного дерматита в области лица. Втирать 2%-й крем сертаконазол (Офломикол) ежедневно утром, а вечером чередовать с 0,6%-й эмульсией перметрина. Длительность курса антимикотической терапии (чередую с 0,6%-й эмульсией перметрина) – до 14 дней. Лечение себорейного дерматита волосистой части головы: мытье головы 2%-м шампунем сертаконазол (Сертаверин) через день (№ 5), чередуя с обработкой 0,6%-й эмульсией перметрина в этаноле (№ 5). Экспозиция шампуня – 5–7 мин.	
Средства для ухода за кожей	
Для умывания – мыло Атодерм. При сухости кожи лица – эмульсия липобейз.	
Лечение сопутствующей патологии	
Проводилось смежными специалистами после консультации и обследования.	

Примечания:
¹ – при наличии фолликулярного гиперкератоза и/или роговых пробок в устье сально-волоса-ных фолликулов предпочтение следует отдавать лекарственной форме антипаразитарного средства в форме мази;
² – при наличии фолликулярных папул с гиперкератозом на поверхности и/или фолликулярными «шипиками» число втираний антипаразитарных препаратов увеличить до № 7;
³ – лечение пиодермии по указанной схеме проводили 31 пациенту с наличием 3 и более пустул, у 10 пациен-тов с 1–2 пустулами их содержимое использовалось для лабораторной диагностики перед началом терапии;
⁴ – концентрация эмульсии перметрина в этаноле для лечения паразитарных заболеваний изменена (инструк-ция по медицинскому применению лекарственного средства);
⁵ – при наличии пиодермии лучше назначать жидкие лекарственные формы, не требующие интенсивного втирания, для предупреждения диссеминации пиогенной флоры на коже;
⁶ – максимальный антибактериальный потенциал против метициллин-резистентных штаммов золотистого стафилококка, устойчивых к большой группе антибиотиков – β-лактамов (пенициллины, цефалоспорины);
⁷ – при распространенном процессе демодекс колонизирует и волосистую часть головы; работающим пациен-там для его лечения лучше использовать лекарственную форму в виде раствора.

антов ($\chi^2=4,174$; $p>0,05$). Клиническое выздоровление с ремиссией более 6 мес. (от 6 до 9 мес., в среднем – $7,8\pm 1,6$ мес.) достигнуто в 70% случаев при демодекозе и себорейном дерматите; в 71% – при демодекозе, осложненном пиодермией; в 80% – при демодекозе и кандидозе кожи и/или СО; в 81,1% – при демодекозе как самостоятельной нозологической форме. Более короткая ремиссия (от 1,5 до 3 мес., в среднем – $2,1\pm 0,9$ мес.) зарегистрирована у 10 (17,5%) больных, в том числе у 20%, 16,1%, 20,0% и 18,2% пациентов – соответственно перечисленным выше группам. Существенно, что у данного контингента пациентов в большинстве случаев (8 из 10) демодекоз протекал на фоне обострения сопутствующих заболеваний (хронический геликобактерный гастрит – 3 чел., бронхиальная астма – 3 чел., хронический гайморит – 2 чел.). Положительная динамика процесса без полного разрешения высыпаний в течение 10–12 мес. наблюдалась всего у 5 (8,8%) пациентов, 3 из них после перенесенной коронавирусной инфекции имели повышенный уровень IgM-антител, а 2 длительно применяли топические глюкокортикостероиды.

Для иллюстрации эффективности лечения демодекоза предлагается описание трех клинических случаев.

Клинический случай № 1

Больной С. 41 год. Жалуется на наличие высыпаний на лице, зуд в области ушных раковин и левого глаза. Болеет около года. Заболевание связывает с регулярным использованием маски, которую носил по эпидемическим показаниям с целью профилактики заражения коронавирусом. Смену масок осуществлял редко, кожа под ней сильно потела. Первоначально появились единичные прыщики красного цвета на щеках, скуловой дуге и подбородке, через неделю – в периаурикулярной области слева, затем – справа и приблизительно через месяц – на лбу. Состоит с 12 лет на учете по месту жительства с диагнозом «язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки». При наличии болей принимает омез. В момент обращения на консультацию данное заболевание – в стадии ремиссии. В детстве лечился с диагнозом «детская экзема», в возрасте 14 лет аллергологом поставлен диагноз «поллиноз на пыльцу березы». Периодически появляются высыпания в области паховых складок. Дерматологом в 2018 г. поставлен диагноз «кандидоз крупных складок». Назначена местная терапия кремом клотримазол. С тех пор больной периодически самостоятельно

использует его при появлении зуда или высыпаний в паху. С гигиенической целью для умывания нередко использует хозяйственное мыло (снижает pH кожи).

Объективный статус. Смешанный тип себореи. Высыпания локализуются в области верхней части щеки, периаурикулярной зоны, скуловой дуги, шеи и лба. Высыпания монотипные. Представлены немногочисленными фокальными фолликулярными папулами диаметром от 2 до 5 мм розового цвета, некоторые – с небольшим «шипиком» в виде незначительного гиперкератоза на их поверхности. На лбу – единичные, самые мелкие папулы (рис. 2). Органы зрения в процесс не вовлечены.

Лабораторное обследование. Результаты дерматоскопии: шелушение, комедоны и телеангиоэктазии отсутствуют, устья сально-волосяных фолликулов расширены; на поверхности некоторых папул – небольшой гиперкератоз в виде «шипиков». Проведено микроскопическое исследование материала, полученного при отжиге комедоноэкстрактором фолликулярных папул. В содержимом первого отжима выявлено 17 клещей, второго – 9.

Основной диагноз: фолликулярный демодекоз.

Сопутствующие заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, поллиноз в стадии ремиссии.

Тактика лечения. Использованы только топические лекарственные средства.



Рис. 2. Демодекозный фолликулит (синоним: фолликулярный демодекоз).

Лечение демодекоза: втирание 20%-й мази бензилбензоата в кожу лица, шеи, волосистой части головы, ушных раковин и периаурикулярной области вечером (перед сном) через день № 5. При возникновении жжения кожи лекарственное средство не смывать, неприятное ощущение купируется в течение 30 мин.

Для улучшения проникновения антипаразитарного средства в фолликулярные папулы, особенно с гиперкератотическими «шипиками» на поверхности, и повышения рН кожи использовать топикрем с 10%-м содержанием мочевины. Наносить вечером, через день, чередуя с бензилбензоатом № 5.

Заменить хозяйственное мыло на мыло Атодерм.

После завершения курса медикаментозной терапии использовать питательный крем для жирной кожи.

Зарегистрирована положительная динамика процесса. Клинические проявления заболевания полностью разрешились через 10 дней. При контрольном обследовании через 2 и 6 мес. высыпания отсутствовали.

Обсуждение. Интерес данного случая для дерматологов и косметологов состоит в следующем.

1. Причиной демодекоза у данного пациента с определенной долей вероятности явилось нарушение гигиенических правил при использовании маски, а также применение мыла, снижающего рН кожи.

2. Перенесенный ранее кандидоз крупных складок и последующие эпизоды возникновения высыпаний в паховой области, купирующиеся клотримазолом, с определенной долей вероятности свидетельствуют об иммунодефиците. Это следует учесть при рецидиве демодекоза и оценить иммунный статус пациента.

3. Не исключено, что формирование роговых «шипиков» на поверхности папул – результат создаваемой клещами защитной реакции от воздействия неблагоприятных внешних факторов.

Клинический случай № 2

Больная К. 28 лет. Самостоятельно пришла на кафедру для консультации. Жалуется на появление прыщиков и гнойничков на коже лица, которые она выдавливает практически ежедневно. В период полового созревания и до настоящего времени диагноз «акне» не ставился. Проходила медицинский осмотр как декретированный контингент. Эндокринные и гинекологические заболевания отсутствуют. Наследственность по акне не отягощена. Прием стероидов и

препаратов на основе галоидов отрицает. Первые высыпания появились 8 мес. назад после нервного стресса, связанного с автомобильной аварией, после которой у больной нарушился сон, появилось чувство постоянной тревоги и ощущение наличия в коже каких-то насекомых. Месяц назад обратилась к косметологу, который провел ей механическую чистку кожи лица. После процедуры процесс резко обострился: высыпаний, особенно гнойничков, стало значительно больше. Пациентка стала выдавливать их сама, кожу обрабатывала салициловым или борным спиртом. На месте некоторых повреждений кожи стали формироваться рубчики. Сопутствующие заболевания: хронический тонзиллит вне обострения, вегетососудистая дистония.

Объективный статус. Кожа сухая. Высыпания локализуются только на коже лица. В области носогубных складок – эритема с небольшим шелушением. На верхней губе, подбородке и около носа – фокальные, фолликулярные, милиарные (размер до 2 мм) слегка розовые папулы и единичные микропустулы на их поверхности. Аналогичные, но более крупные (около 4 мм) фолликулярные папулы – на подбородке. Эрозии на месте выдавленных пустул. Единичные нормотрофические и атрофические рубчики (рис. 3).

Лабораторное обследование. Результаты дерматоскопии: комедоны и телеангиоэктазии отсутствуют, расширены устья сально-волосяных фолликулов, в области носогубных складок – эритема с незначительным мелкопластинчатым шелушением. Большинство фолликулярных папул повреждено механическим выдавливанием. Проведено микроскопическое исследование материала, полученного при отжиме содержимого



Рис. 3. Артифициальный дерматит лица (патомимия), осложненный демодекозом.

трех неповрежденных фолликулярных папул (площадь – 0,5 см²), помещенных в один препарат. Обнаружено 5 клещей.

Основной диагноз: искусственный дерматит (патомимия).

Осложнение: фолликулярный демодекоз, пиодермия.

Тактика лечения:

- фавомотизол (афобазол) в таб. по 5 мг утром и вечером, курс – 10 дней;

- туширование механических повреждений кожи раствором повидон-йод 2–3 раза в день до образования корочек, курс – 2–3 дня;

- втирание 10%-й мази бензилбензоата в кожу лица, шеи, ушных раковин через день вечером, № 5;

- крем Цикапласт наносить утром – ежедневно, а вечером – через день, чередуя с бензилбензоатом.

Рекомендации. Дано направление на консультацию к психоневрологу.

В процессе терапии наблюдалась положительная динамика. Больная посетила психоневролога, ей было назначено лечение. Через 3 недели она сообщила об отсутствии свежих высыпаний. Остались пятна коричневого цвета и небольшие рубчики. Диспансерное наблюдение спустя 6 мес. – ремиссия.

Обсуждение. Интерес данного случая для дерматологов и косметологов состоит в следующем.

1. Механическое воздействие на высыпания косметологом и травмирование самой больной эпидермиса и сально-волосяных фолликулов явилось предпосылкой для создания входных ворот для бактериальной инфекции с формированием пустул. Это являлось предпосылкой для миграции клещей из поврежденных фолликулов на соседние участки кожного покрова.

2. Использование водного раствора повидон-йод обусловлено тем, что он является универсальным антисептиком; резистентность у представителей микробиоценоза кожи к препаратам, в состав которых входят микроэлементы, не развивается; препарат не вызывает окрашивания кожи, что важно для социально-активного контингента населения.

3. Использование в комплексном лечении антипаразитарного (бензилбензоат), антибактериального (повидон-йод) и ранозаживляющего (цикапласт) препаратов этиопатогенетически обосновано.

Клинический случай № 3

Больной Р., 48 лет. Жалуется на наличие высыпаний на лбу. Субъективные ощущение

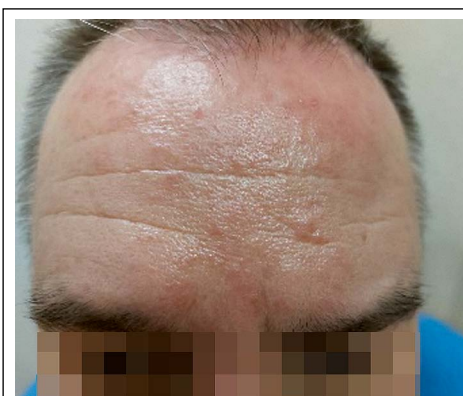


Рис. 4. Демодекозный фолликулит как медикаментозное осложнение при длительном использовании комбинированного топического глюкокортикостероида (бетаметазон + гентамицин + клотримазол) в течение 6 мес.

ния отсутствуют. Болен около 6 мес. Первый эпизод заболевания был в виде покраснения и отека, сопровождающихся зудом. Больной считал, что причиной заболевания был новый шампунь. Дерматологом диагностирован аллергический дерматит. Сразу необоснованно назначен комбинированный топический глюкокортикостероид (ТГКС): бетаметазон + гентамицин + клотримазол без указания длительности курса и кратности втирания препарата. Пациент использовал лекарство практически постоянно в течение 6 мес., т.к. заболевание периодически обострялось, несмотря на замену шампуня. Две недели назад процесс обострился, высыпаний стало значительно больше, зуд отсутствовал. Использование указанного ТГКС способствовало появлению свежих высыпаний и увеличению числа и глубины морщин на лбу. Сопутствующие заболевания: хронический бронхит и гастродуоденит в стадии ремиссии. Непереносимости лекарственных препаратов ранее не отмечал. Профессиональные вредности отсутствуют. После пребывания летом на море высыпаний стало меньше, но процесс полностью не разрешился.

Объективный статус. Жирная себорея, сальный блеск кожи. Патологический процесс ограничен верхней половиной лица (лоб, надбровная область, переносье). На слегка гиперемизированной коже располагаются мономорфные высыпания в виде фокальных фолликулярных папул размером до 3 мм слабо-розовой окраски или цвета нормальной кожи (рис. 4).

Лабораторное обследование. Результаты дерматоскопии: незначительная эритема, комедоны, телеангиоэктазии, пустулы.

Признаки атрофии кожи отсутствуют, устья сально-волосяных фолликулов расширены, глубокие морщины. Милиарные папулы однородные, приурочены к сально-волосяным фолликулам. Проведено микроскопическое исследование материала, полученного при отжиге комедоноэкстрактором содержимого трех таких папул (площадь – 0,5 см²), обнаружено 5 клещей *D. folliculorum*.

Основной диагноз: фолликулярный демодекоз как медикаментозное осложнение длительной наружной терапии ТГКС.

Сопутствующие заболевания: хронические бронхит и гастродуоденит в стадии ремиссии.

Тактика лечения:

- глицирам (корень солодки для стимуляции функции коры надпочечников) – 2 таб. 2 раза в день за 30 мин. до еды, курс – 2 недели;
- 10%-я мазь бензилбензоата: аккуратно смазывать кожу лица вечером через день, № 5;
- 0,2%-й крем цинк-пиритион (Скин-кап): наносить ежедневно утром, курс – 2 недели.

Консультация через 2 недели. Процесс разрешается медленно, но свежие высыпания не появляются, зуд отсутствует. Лечение пациент перенес без нежелательных реакций. Клещи не обнаружены. Рекомендовано: продолжить использовать 0,2%-й крем цинк-пиритион утром, вечером делать самомассаж кожи лица с кремом радевит. Использовать мыло Атодерм.

Консультация через 1,5 мес. (в связи с командировкой). Лечением удовлетворен. Практически все высыпания исчезли, жирная себорея трансформировалась в сухую. Рекомендовано применять эмульсию липобейз 2 раза в день.

Консультация при диспансеризации через 4 мес. 2 недели назад появились единичные фолликулярные папулы на лбу, обнаружены 2 клеща. Длительность межрецидивного периода – 3,5 мес. Рекомендовано повторить курс лечения 10%-й мазью бензилбензоата.

Обсуждение. Данный случай представляет интерес для дерматологов и косметологов.

1. Бесконтрольное применение комбинированных ТГКС, особенно на лице – предиктор атрофии кожи. О кратности назна-

Литература

1. Мокроносова М.А., Глушакова А.М., Гольшева Е.В., Желтикова Т.М. Клещи *Demodex* и дрожжи *Malassezia* у пациентов с себорейным дерматитом // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012; 3: 92–98.
2. Norm M.S. *Demodex folliculorum*. Incidence, regional distribution, pathogenicity // Danish Med Bulletin. – 1971; 18(1): 14–17.
3. Lacey N., Delaney S., Kavanagh K., Powell F.C. Mite-related bacterial antigens stimulate inflammatory cells in rosacea Br. J. Dermatol. – 2007; 157(3): 474–481.
4. O'Reilly N., Menezes N., Kavanagh K. Positive correlation between serum immunoreactivity to *Demodex*-associated *Bacillus* proteins and erythematotelangiectatic rosacea // British Journal of Dermatology. – 2012; 167: 1032–1036.
5. Желтикова Т.М. Демодекоз: мифы и реальность // Семейная медицина. – 2012; (1): 36–38.
6. Адашкевич В.П. Демодекоз: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение // Дерматовенерология. Косметология. – 2015; 1(1): 60–71.
7. Белоусова Н.Ю., Полтанова Т.И. Демодекс у человек (обзор литературы) // Уральский медицинский журнал, раздел «Дерматология». – 2019; 180(12): 126–132.
8. Соколова Т.В., Голицына М.В., Малярчук А.П., Ильина И.В. Лечение демодекоза: традиции и реальность // Вестник МИНО. – 2023. Т. 3 (1): 26–33.
9. Schaller M., Gonser L., Belge K. et al. Dual anti-inflammatory and anti-parasitic action of topical ivermectin 1% in papulopustular rosacea. J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2017; 31(11): 1907–1911.
10. Logger J.G.M., Peppelman M., van Erp P.E.J. et al. Value of reflectance confocal microscopy for the monitoring of rosacea during treatment with topical ivermectin // J Dermatolog Treat. – 2022; 33: 195–203.
11. Соколова Т.В., Голицына М.В., Малярчук А.П., Лопатина Ю.В. Дерматологическая пропедевтика как основа классификации демодекоза. Новый подход к старой проблеме // Клиническая дерматология и венерология. – 2023; 22(4): 454–452.
12. Акбулатова Л.Х. Патогенная роль клеща *Demodex* и клинические формы демодекоза у человека // Вестник дерматологии и венерологии. – 1966; 12: 57–61.

чения, длительности использования таких препаратов и возможности нежелательных эффектов врач должен информировать пациента на первичном приеме.

2. Лечение 1,5 мес. препаратами различных фармакологических групп явилось предпосылкой сухости кожи, что создало неблагоприятные условия для жизнедеятельности клещей, с одной стороны, и явилось показанием для назначения эмоленгов, с другой.

3. Появление единичных высыпаний на лбу в период диспансеризации обосновало целесообразность повторного курса антипаразитарной терапии.

Заключение

Персонифицированный подход к выбору тактики лечения демодекоза базируется на анализе эффективности предшествующей терапии, позволяющем исключить стереотипы в выборе лекарственных средств, на умении выбрать максимально эффективные препараты с учетом клинических манифестаций дерматоза, не забывая о возможной гиперколонизации кожи другой условно-патогенной флорой (липофильные дрож-

жи рода *Malassezia*, дрожжеподобные грибы рода *Candida*).

Нерациональный уход за кожей (использование в быту средств обезжиривающих или ошелачивающих кожу) оказывает влияние на паразито-хозяинные взаимоотношения, на ее раздражение при постоянном ношении масок как средства профилактики от вирусных инфекций, патомимию, дерматозы фациальной локализации, сопутствующие заболевания различного генеза и другие факторы.

Публикации последних лет свидетельствуют, что демодекоз как осложнение медикаментозной терапии зарегистрирован у мальчиков-подростков при лечении atopического дерматита среднетяжелой степени дупилумабом [23]. Полагают, что ингибирование дупилумабом IL-4 и IL-13 приводит к увеличению плотности клещей и провоцирует возникновение клинических манифестаций, симулирующих розацеа, и конъюнктивит [24].

Применение индивидуального подхода к лечению демодекоза – залог успешной терапии, длительной ремиссии и повышения приверженности к лечению.

Литература

13. Соколова Т.В., Малярчук А.П., Голицына М.В., Лопатина Ю.В. Демодекозный фолликулит (фолликулярный педикулез) в амбулаторной практике // Проблемы медицинской микологии. – С.-ПБ. – 2022. – 24(2): 58.
14. Ayres S. Pityriasis folliculorum (Demodex) // Archives of Dermatology and Syphilology. – 1930; 21(1):19–24.
15. Chen W., Plewig G. Human demodicosis: revisit and a proposed classification. British J. Dermatol. – 2014; 170: 1219–1225.
16. Forton F.M.N., De Maertelaer V. Treatment of rosacea and demodicosis with benzyl benzoate: effects of different doses on Demodex density and clinical symptoms. J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2020; 34(2): 365–369.
17. Armağan B.Y., Atakan N. The Effect of Different Therapeutic Modalities on Demodex Densities and Clinical Symptoms of Patients with Demodicosis // Acta Medica. – 2022; 53 (1): 83–89.
18. Соколова Т.В., Голицына М.В., Малярчук А.П., Лопатина Ю.В. Классификация демодекоза как основа диагностики и рациональной терапии // Вестник МИНО. – 2022; 4: 13–23.
19. Соколова Т.В., Голицына М.В., Малярчук А.П. Сочетание трех дерматозов, инициированных условно-патогенными представителями микробиоценоза кожи человека // Медицинский вестник МВД. – 2023. – Т. CXXXVI(5): 40–44.
20. Дерматозы, ассоциированные с бактериальной и микотической инфекцией. Руководство для врачей / Под ред. профессора Т.В. Соколовой // М. – ГОЭТАР-Медиа. – 2024. – С. 120.
21. Малярчук А.П., Голицына М.В., Соколова Т.В. Диагностика демодекоза: маленький секрет большой проблемы // Проблемы медицинской микологии. – С.-ПБ. – 2021; 23 (2): 108.
22. Малярчук А.П., Соколова Т.В., Голицына М.В. Антагонизм пиогенной флоры и *Demodex spp.* // Проблемы медицинской микологии. – С.-ПБ. – 2022; 24(2): 58.
23. Krakowski A.C., Senft S.C., Heymann W.R. Demodex folliculitis and recent dupilumab administration // Pediatrics. – 2021; 147(5).
24. Thyssen J.P. Could conjunctivitis in patients with atopic dermatitis treated with dupilumab be caused by colonization with Demodex and increased interleukin-17 levels. Br J Dermatol. – 2018; 178 (5): 1220–1222. ■