

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив	9
Предисловие	12
Список сокращений и условных обозначений	14
Глава 1. Вульгарные акне (Д.В. Заславский, И.О. Смирнова, А.А. Сыдигов)	17
Эпидемиология	18
Этиология и патогенез	18
Факторы, влияющие на течение вульгарных акне	22
Классификация	24
Гистопатология	26
Клиническая картина	27
Течение заболевания и прогноз	32
Дифференциальная диагностика	32
Принципы обследования пациентов с вульгарными акне	33
Клинические варианты вульгарных акне	34
Бодибилдинговые акне	34
Акне и анаболические стероиды	34
Акне и спортивное питание	36
Фульминантные акне	37
Экскориированные акне	45
Акне новорожденных	45
Детские акне	47
Преадоlesцентные (предподростковые) акне	48
Болезнь Морбигана (акне, осложненные гранулемой или лимфостазом)	48
Угри, связанные с эндокринными расстройствами	49
Синдром поликистозных яичников	49
Малассезия фолликулит	49
Фолликулит, вызываемый грамотрицательными бактериями	51
Пустулезные сифилиды	51
Лечение	52
Мероприятия, направленные на устранение нарушения кератинизации фолликулов	53
Мероприятия, направленные на подавление микрофлоры фолликулов, прежде всего популяции <i>P. acnes</i> / <i>C. acnes</i>	55
Побочные эффекты наружной терапии	58
Средства дермокосметики для лечения и профилактики акне	59
Общее лечение	60
Гормональная терапия	65
Световая и лазерная терапия	66

Другие методы терапии вульгарных акне	66
Акне и коморбидности	68
Лечение изотретиноином пациентов с акне и коморбидными дерматозами	68
Лечение изотретиноином пациентов с акне и коморбидными метаболическими нарушениями	70
Лечение изотретиноином пациентов с акне и заболеваниями желудочно-кишечного и гепатобилиарного тракта	74
Список литературы 	77
Глава 2. Розацеа (Д.В. Заславский, И.О. Смирнова, А.А. Сыдигов)	79
Эпидемиология	81
Этиология и патогенез	82
Гистопатология	85
Дерматоскопическая картина	87
Клиническая картина	88
Диагностические критерии	90
Дифференциальная диагностика	91
Общее лечение	93
Прогноз и профилактика	102
Розацеа-коморбидности	102
Розацеа у детей	104
Клинические формы розацеа	105
Офтальмологическая розацеа	105
Стойкий отек кожи (пахидермия) при розацеа	106
Розацеа, вызванная грамотрицательными бактериями	106
Гранулематозная розацеа	107
Фульминантная розацеа (конглобатная розацеа), или пиодермия лица	113
Синдром Морбигана	119
Синдром нестойкой эритемы	122
Список литературы 	131
Глава 3. Демодекоз (Д.В. Заславский, А.А. Сыдигов)	133
Гистопатология	137
Дифференциальная диагностика	137
Лечение	140
Список литературы 	141
Глава 4. Периоральный дерматит (Д.В. Заславский, А.А. Сыдигов, И.О. Смирнова)	143
Исторические аспекты	144
Эпидемиология	144
Этиология и патогенез	145
Гистопатология	146
Клиническая картина	147
Диагностика	150

 Материалы представлены в электронном виде (здесь и далее).

Лечение	151
Прогноз	153
Список литературы 	153
Глава 5. Псориаз (Д.В. Заславский, А.А. Сыдигов)	155
Эпидемиология	156
Этиология и патогенез	157
Генетическая эпидемиология	157
Патогенетические механизмы	159
Гистопатология	161
Лечение	162
Тактика терапии	163
Фототерапия	168
Общая медикаментозная терапия	168
Ретиноиды	170
Течение заболевания и прогноз	173
Вульгарный псориаз и его клинические формы	174
Каплевидный (пятнистый) псориаз	178
Экссудативный псориаз	179
Себорейный псориаз	179
Врожденный псориаз	180
Другие формы	180
Особенности течения псориаза на отдельных участках тела	181
Список литературы 	187
Глава 6. Себорейный дерматит (Д.В. Заславский, А.А. Сыдигов)	189
Эпидемиология	190
Этиология и патогенез	190
Гистопатология	194
Клиническая картина	195
Себорейный дерматит у взрослых	196
Себорейный дерматит у детей	199
Дифференциальная диагностика	202
Топическая терапия	208
Профилактика	214
Список литературы 	215
Глава 7. Атопический дерматит (Д.В. Заславский, А.А. Сыдигов)	217
Эпидемиология	219
Этиология и патогенез	220
Классификация	227
Гистопатология	227
Клиническая картина	233
Диагностика	238
Осложнения	239
Дифференциальная диагностика	242
Лечение	253

Профилактика	284
Список литературы 	285
Глава 8. Экзема (Д.В. Заславский, А.А. Сыдигов)	287
Этиология и патогенез	288
Классификация	289
Гистопатология	289
Клиническая картина	291
Клинические варианты экземы	292
Везикулярная ладонно-подошвенная экзема	292
Бляшечная экзема	296
Лечение	297
Алгоритм терапии различных стадий экземы	298
Список литературы 	303
Глава 9. Герпетические инфекции (Д.В. Заславский, А.А. Сыдигов, А.В. Таганов, Д.В. Козлова)	305
Вирус простого герпеса	307
Этиология	307
Гистопатология	308
Лабораторная диагностика	310
Клиническая картина	312
Дифференциальная диагностика	314
Общие принципы и схемы лечения герпетической инфекции	314
Профилактика	318
Герпес опоясывающий	318
Этиология	318
Гистопатология	319
Лабораторные исследования	319
Клиническая картина	319
Дифференциальная диагностика	321
Лечение	321
Список литературы 	323
Глава 10. Контагиозный моллюск (Д.В. Заславский, А.А. Сыдигов)	325
Эпидемиология	326
Этиология и патогенез	326
Гистопатология	327
Клиническая картина	328
Диагностика	329
Дифференциальная диагностика	329
Лечение	330
Список литературы 	331
Глава 11. Нарушения пигментации кожи (А.В. Таганов, Д.В. Заславский, А.А. Сыдигов, Ю.А. Соколовская, Е.Д. Заславская, Д.В. Козлова)	333
Цвет кожи	333
Нарушения меланиновой пигментации	338
Старение меланоцитов и фотостарение	338

Диагностика нарушений меланиновой пигментации	341
Гипермеланоз	343
Средства и методы лечения меланиновой гиперпигментации	365
Немеланиновая гиперпигментация кожи	374
Гиперпигментация, обусловленная токсическими и лекарственными веществами	374
Гиперпигментация, обусловленная металлами	376
Основные типы гипопигментации кожи	377
Меланоцитопенические гипомеланозы	377
Альбинизм и другие генетические гипопигментации	379
Витилиго	381
Приобретенный гипомеланоз	391
Средства и методы лечения гипопигментации	398
Список литературы ☞	399
Глава 12. Красная волчанка (Д.В. Заславский, А.А. Сыдилов)	401
Факторы риска возникновения красной волчанки	403
Эндогенные факторы	403
Экзогенные факторы	404
Основные компоненты патогенеза красной волчанки	405
Лабораторные исследования	406
Иммунологические изменения	407
Гистопатология	408
Кожные формы красной волчанки	410
Дискоидная и диссеминированная красная волчанка	411
Подострая кожная красная волчанка	414
Красная волчанка новорожденных	415
Системная красная волчанка	416
Туберкулезная (вульгарная) волчанка	420
Скрофулодерма	424
Лечение	426
Прогноз и профилактика	429
Список литературы ☞	429
Глава 13. Склеродермия (Д.В. Заславский, А.А. Сыдилов)	431
Локализованная склеродермия	431
Системная склеродермия	440
Список литературы ☞	445
Глава 14. Саркоидоз (Д.В. Заславский, А.А. Сыдилов)	447
Эпидемиология	448
Этиология и патогенез	448
Генетические факторы	449
Гистопатология	449
Диагностика	450
Лечение	450
Прогноз	452

Клиническая классификация саркоидоза кожи в зависимости от стадии болезни	452
Необычные и атипичные формы саркоидоза кожи	456
Саркоидные реакции	458
Лимфоидные гиперплазии, имитирующие первичные лимфомы кожи	460
Список литературы 	463
Глава 15. Заболевания кожи, ассоциированные с косметикой	
<i>(Д.В. Заславский, А.А. Сыдинов, А.В. Таганов, Д.В. Козлова)</i>	465
Раздражение кожи, обусловленное косметикой и продуктами ухода за кожей	466
Дерматиты от косметических средств	468
Косметологическая патомимия	473
Аллергические дерматиты от никеля	474
Особенности клинической картины дерматитов от косметики в зависимости от локализации на лице	475
Чувствительная кожа	482
Список литературы 	483
Глава 16. Рубцы <i>(А.В. Таганов, Д.В. Заславский, Ю.А. Соколовская, А.И. Садыков, Д.В. Козлова)</i>	
Исторические аспекты	488
Эпидемиологические аспекты	491
Этиология	492
Эндогенные факторы	492
Рубцовые гипертрофии	493
Дифференциальная диагностика келоидных и гипертрофических рубцов	497
Методики исследования и характеристики келоидных рубцов	502
Общая характеристика методов лечения келоидных рубцов	507
Профилактика	522
Атрофические рубцы	523
Список литературы 	527
Предметный указатель	528



 Professor
Zaslavsky's
Dermatology
Lab



ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ

Предисловие

Причина, побудившая нас издать настоящую книгу, была продиктована временем и обусловлена сложностью верификации заболеваний в области лица, так как многочисленные «маски и гримасы» болезни вольно или невольно искажают черты диагноза. Есть много лиц у болезней, но болезней лица не меньше. Коллективный труд авторов представляет собой первое российское руководство по топографической дерматологии и косметологии. Оно открывает книжную серию для врачей, в основе которой лежит топографический принцип дерматологии. При осмотре больного и для постановки диагноза врач должен не только посмотреть на лицо и выслушать жалобы пациента, но и осмотреть другие части тела — именно поэтому в данной книге представлены дерматозы, локализующиеся в том числе вне лица, которые помогут врачу сформулировать правильный диагноз и назначить адекватную терапию.

Дерматозы лица являются актуальными проблемами прошлого, настоящего и будущего, а это требует глубокого и детального изучения. Состояние кожи лица — «визитная карточка» человека. «Лицо рисуется изнутри душой, снаружи — жизнью. В каждом лице можно различить и то, и другое» (Жильбер Сесборн).

По своей простоте, ясности и господствующему в нем общему духу санкт-петербургской школы дерматовенерологов руководство является традиционной формой научного изложения достижений в области медицины в контексте наиболее значимых аспектов заболеваний кожи лица и состоит из 16 глав, от акне и розацеа до рубцов и пигментации. Каждая глава содержит сведения об этиологии, патогенезе, патоморфологии, клинической картине, диагностике и инновационных методах лечения и профилактики конкретного заболевания. На основе данных мировой медицинской литературы и собственного опыта авторы детально рассматривают терапевтические тактики

*С любовью и благодарностью
посвящаю памяти моих родителей
Светланы и Владимира Заславских.
Их вечная любовь и вера продолжают
поддерживать меня на жизненном пути.*

и стратегии врачевания распространенных дерматозов лица. Авторы старались избегать сугубо теоретических, оторванных от реальной практики классификаций и схем. Руководство включает более 300 иллюстраций великолепного качества, фотографий клинических случаев из практики авторов и эксклюзивные старинные акварели основателей французской и венской школ дерматологии из коллекции профессора Д.В. Заславского. Для удобства читателей в конце приведен предметный указатель. Сеем думать, что перечень нозологий покажется читателям неполным. Именно поэтому данная книга — первая в планируемой серии, и мы надеемся, что наш научный труд каждый практикующий врач будет держать на виду, на столе для получения клинического и эстетического удовлетворения и с нетерпением ждать продолжения.

Авторы выражают свою признательность врачам клиники кожных болезней ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России Е.С. Маныловой, Е.С. Большаковой, О.К. Минеевой, Л.Н. Дроздовой, А.А. Артыковой за помощь в подготовке клинических материалов.

Все замечания и дополнения будут с благодарностью учтены авторским коллективом.

Пусть эта книга уже своим заголовком встретит такой же благосклонный прием, как и выпущенные нами предыдущие издания.

Красота — в глазах любящего!

*С уважением,
научный редактор серии и портала
«Топографическая дерматология
и косметология», профессор
Заславский Денис Владимирович*



Глава 3

Демодекоз

Можно увидеть изъяны на лице собеседника, а он почувствует это...
чувством боли.

EZL

Демодекоз (*pityriasis folliculorum*) — редкое заболевание волосяных фолликулов (рис. 3.1). Встречается чаще у женщин старшего возраста. *Demodex folliculorum hominis* — фолликулярный клещ, являющийся облигатным паразитом сально-волосяных фолликулов. Этого клеща-железницу впервые обнаружили в ушной сере слухового прохода человека Ф. Бергер (F. Berger) и Я. Генле (J. Henle) в 1841 г., но первое подробное описание сделал в 1842 г. дерматолог Г. Симон (Carl Gustav Theodor Simon), который назвал его *acarus folliculorum* (греч. «сальное животное»).



Рис. 3.1. Демодекозный фолликулит. Папулы, пустулы в правой части подбородка и щеки.
Источник: Wilson W.J.E. Portraits of diseases of the skin (1855)

Несмотря на то что в литературе встречаются два варианта написания — «демодикоз» и «демодекоз», в настоящее время в связи с тенденцией перехода на международные стандарты транслитерации (а не транскрипции) профессиональных терминов наиболее приемлемым вариантом, на наш взгляд, является «демодекоз».

Отсутствие диагноза «демодекоз» в МКБ-10 не дает возможности объективно оценить распространенность данного заболевания и его роль в возникновении папуло-пустулезных дерматозов лица. В то же время, по данным различных авторов, носителями клеща-железницы являются 55–100% населения, причем не имеющих при этом каких-либо проявлений заболевания, то есть можно сказать, что *Demodex* — физиологический представитель микрофлоры кожи. Согласно МКБ-10, демодекоз можно отнести к шифру В88.0 «Другой акариаз», включающий, кроме демодекоза, акародерматит, дерматит, вызванный *Dermanyssus gallinae*.

Основными представителями *Demodex* spp. являются *Demodex folliculorum hominis*, располагающийся в волосяных фолликулах, и *Demodex brevis*, находящийся в сальных и мейбомиевых железах. Наибольшее количество фолликулярных клещей обнаруживают в местах с высоким содержанием сальных желез: на лбу, щеках, носу, носо-щечных складках, но они также имеются на волосистой части головы, в наружном ухе, фолликулах бровей и мейбомиевых железах, в верхней части груди и на грудных сосках. Их также выделяют с кожи полового члена, лобка, ягодиц и эктопических сальных желез слизистой оболочки щек. Клещи хорошо переносят низкие температуры и пониженную влажность, при этом сохраняют жизнеспособность и вне хозяина при постоянной влажности и комнатной температуре в темноте до 9 сут. В воде при температуре 12–15 °С клещи активны до 25 сут, на омертвевших частицах кожи при комнатной температуре — 21 сут. Наибольшая активность наблюдается при температуре 30–40 °С, при этом замечено, что клещи передвигаются из более прохладной в зону наивысшей температуры. Самая благоприятная среда обитания для клещей рода *Demodex* — растительное масло, жир, вазелин. Репродуктивный цикл развития клеща составляет 15–25 сут. Существует мнение о суточном ритме клещей. Согласно этому мнению, днем клещи находятся в фолликулах, а на поверхность кожного покрова выходят ночью. Скорость передвижения клещей рода *Demodex* по поверхности кожи составляет 8–16 мм/ч.

Клещи обнаружены у людей всех возрастов, кроме новорожденных. У детей регистрируется более низкий уровень клещей. По всей вероятности, это связано с более низкой выработкой кожного сала у детей в сравнении с взрослыми людьми. У детей с эндокринопатиями, по нашему мнению, возможно развитие демодекоза. С возрастом количество как *Demodex folliculorum*, так и *Demodex brevis* увеличивается. Критерием клещевой активности служит количество более пяти взрослых особей, личинок или яиц на 1 см².

В результате исследования больных розацеа и здоровых лиц установлены высокая информативность и специфичность конфокальной лазерной сканирующей *in vivo* микроскопии в диагностике наличия клещей рода *Demodex* и его преимущества над обычной световой микроскопией соскобов.

При диагностике демодекоза ресниц нормой считают обнаружение одного клеща на 2–4 ресницах. Фолликулярные клещи считаются безвредными комменсалами, но у некоторых пациентов, особенно когда количество их резко увеличивается, могут быть причиной фолликулитов. В результате лечения *Demodex folliculorum* может перемещаться в зоны, не обработанные acaricidными средствами. В процессе жизнедеятельности паразиты вызывают механическое повреждение фолликулярного и железистого эпителия и антигенное влияние на организм хозяина, приводя к формированию воспалительных инфильтратов.

Существует два основных клинических проявления демодекоза: розацеаподобный демодекоз и так называемый *pityriasis folliculorum*.

Частота осложнений демодекозом у больных розацеа встречается в 88,7% случаев, а периоральным дерматитом — в 58,8% случаев. По разным данным, распространенность заболевания варьирует от 2 до 5% и занимает седьмое место по частоте среди кожных болезней. В структуре акнеформных дерматозов демодекоз составляет 10,5%. Благоприятным фактором для возникновения демодекоза является наличие очагов хронической инфекции, нарушения функций ЖКТ, печени, нервной системы, эндокринных желез, длительного применения топических глюкокортикоидов. Отмечена связь подъема заболеваемости в весенне-летний период с повышенной инсоляцией, изменением температуры окружающей среды. Таким образом, клещи рода *Demodex* выступают в роли этиологического агента в развитии акнеформных дерматозов.

Розацеаподобный (розацеаформный) демодекоз имеет сходство с классической розацеа. Его подразделяют на периоральный, периорбитальный, периаурикулярный типы. При лабораторном исследовании выделяется большое количество *Demodex folliculorum*. N. Lacey и соавт. (2007) выделили бактерию (*Bacillus oleronius*) из клеща рода *Demodex*, которая, воздействуя на пептиды, стимулирует воспалительные реакции у больных папуло-пустулезной розацеа. *Bacillus oleronius* может стимулировать другие микроорганизмы (стрептококки, стафилококки, *Propionibacterium acnes*, грибы рода *Malassezia*), вырабатывать провоспалительные белки 62-Da и 83-Da, запуская каскад иммунных реакций. Одностороннее расположение розацеаподобных фолликулитов, их очаговое расположение и слабая выраженность эритемы в большей степени говорят в пользу демодекоза, а не розацеа. В области щек при демодекозе обнаруживаются воспалительные фолликулярные папулы (не папуло-пустулы), а также пситриазиформное шелушение (рис. 3.2–3.4). Зуд очагов поражения является характерным признаком.

Демодекоз лица часто сочетается с демодекозным блефаритом. Из-за анатомической особенности лица веки не доступны для регулярного гигиенического очищения, что создает благоприятную среду для распространения и развития клещей *Demodex* на веках. Клещи *Demodex folliculorum* потребляют эпителиальные клетки волосяных фолликулов, что может способствовать формированию выпадающих или неверно направленных ресниц. Микроросадины, вызванные когтями клеща, могут вызвать гиперплазии, эпителиальный и реактивный гиперкератоз вокруг основания ресниц, образуя цилиндрическую перхоть. *Demodex brevis* может механически блокировать отверстия мейбомиевых желез, что приводит к дисфункции мейбомиевой железы и липидному дефициту



Рис. 3.2. Демодекоз у ребенка



Рис. 3.3. Демодекоз. Одностороннее расположение воспалительных фолликулярных папул в области щеки



Рис. 3.4. Демодекоз. Формирующиеся папулы в области правой щеки

слезной жидкости. *Demodex brevis* обычно зарывается глубоко в мейбомиевые железы, и его хитиновый экзоскелет может действовать как инородное тело, вызывая гранулематозную реакцию. *Demodex brevis* наблюдается в центре мейбомиевой гранулемы, в окружении эпителиоидных клеток, гистиоцитов, фибробластов, лимфоцитов и клеток плазмы. Таким образом, глазной клещ *Demodex* может быть потенциальной причиной рецидивирующего и стойкого халязиона.

Вторая разновидность демодекоза — *pityriasis folliculorum* — встречается чаще у женщин среднего или пожилого возраста, которые редко моют лицо, но используют большое количество различной косметики и очищающих кремов. Заболевание, однако, также наблюдается у женщин, регулярно моющих кожу лица. *Pityriasis folliculorum* клинически характеризуется диффузной эритемой лица и фолликулярными папулами, что придает коже сходство с мускатным орехом. В соскобах с очагов поражения выявляют большое количество клещей. Наружная акарицидная терапия весьма эффективна.

Демодекозный фолликулит морфологически подразделяется на следующие типы: папуло-пустулезный, узловато-пузырьковый и сферический (абсцедирующий) (рис. 3.5).

Spinulate-демодекоз (фолликулярный питириаз) в настоящее время известен как отрубевидный фолликулит, изолированный, но сгруппированный, со слабой эритемой или без нее и с умеренным воспалением.



Рис. 3.5. Демодекозный фолликулит, папуло-пустулезный и абсцедирующий тип

ГИСТОПАТОЛОГИЯ

Demodex folliculorum приводит к расширению фолликула, наличию густого гомогенного эозинофильного материала, окружающего клещей, фолликулита и перифолликулярного воспаления (рис. 3.6, 3.7). Иногда в перифолликулярной зоне возникает гранулематозная реакция.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальную диагностику проводят с розацеа, розацеаподобным дерматитом.

При демодекозном фолликулите отсутствуют чувствительность к свету и стадийность поражения. Поражаются фолликулы сальных желез. Начало

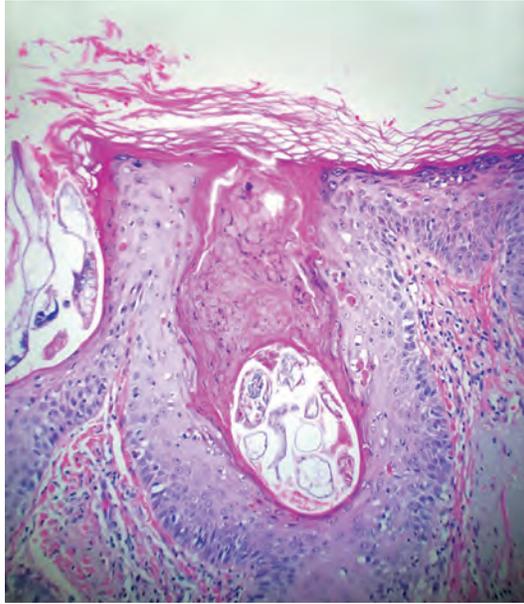


Рис. 3.6. Патоморфология демодекоза. В расширенном фолликулярном эпителии обнаруживается большое число *Demodex folliculorum*. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 200$



Рис. 3.7. В пространстве волосяного фолликула, на всем протяжении выявляется опистосома (клещ) базофильной окраски, окруженная кератином. В дерме — perifollicularный воспалительный инфильтрат из лимфоцитов с примесью нейтрофилов с тенденцией к пролиферации в эпителий волосяного фолликула. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 200$

заболевания неожиданное, а течение быстро прогрессирующее. Наиболее часто воздействию подвергаются веки, ресницы, брови, нос и щеки (рис. 3.8, 3.9). Провоцирующие факторы могут возникать при сопутствующих иммунных, нейроэндокринных, желудочно-кишечных и психосоматических заболеваниях. Обнаруживают клещей микроскопическим методом в волосяных фолликулах более пяти взрослых особей, личинок или яиц на 1 см² при увеличении микроскопа в 200–300 раз (увеличение объектива на увеличение окуляра 20×10 или 30×10).



Рис. 3.8. Демодекоз. На фоне эритемы имеются многочисленные сливающиеся узелковые высыпания розово-красного цвета от 3 до 5 мм, пустулы



Рис. 3.9. Демодекоз лица часто сочетается с демодекозным блефаритом

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение демодекоза базируется на слабых доказательствах. Клещи рода *Demodex* в условиях *in vitro* прекращают свое движение и гибнут в течение 2–8 ч. Воздействию препаратов мешает плотная кутикула, покрывающая тело клещей. Толщина кутикулы варьирует от 0,11 мкм (толщина скорлупы яиц паразитов) до 0,6 мкм (кутикула взрослых особей в наиболее склерозированных участках). Кутикула клещей *Demodex* имеет три слоя: внешний — эпикутикула, средний — экзокутикула и внутренний — эндокутикула. Экзо- и эндокутикула на всех своем протяжении не имеют пор; таким образом, тело клещей труднодоступно для воздействия больших молекул экзогенных веществ, в том числе для акарицидных препаратов. Сообщение с внешней средой клещей происходит путем водного или газового обмена. Все это затрудняет антипаразитарную терапию демодекоза, определяет необходимость назначения длительных курсов терапии и выбора препаратов с минимальным размером молекул. Лучшим диагностическим тестом является эффект от пробного лечения (*ex juvantibus*, от лат. *ex* — исходя из, *juvanus* — помогающий) перметриновым кремом 5%, бензилбензоатом (10–25%) или метронидазолом. В некоторых случаях эффективен ивермектин (по 0,2 мг/кг, однократная доза) или метронидазол внутрь. Изучение акарограммы показывает, что клещи на разных стадиях развития перестают обнаруживаться после 15-го дня и почти полностью исчезают в соскобах после 30-го дня применения 5% дегтярной и 2% скипидарной мазей. Той же степенью выраженности эффекта обладает и 1% крем ивермектина.

Ивермектин (крем Солантра[®]) назначают 1 раз в сутки ежедневно вечером в течение 4 мес. При необходимости курс лечения можно повторить. Препарат снижает клеточный и гуморальный иммунный ответ, уменьшает фагоцитоз нейтрофилов, хемотаксис и продукцию оксидантов фагоцитами. Ивермектин значимо регулировал ФНО α , ИЛ-1 β и ИЛ-10 при липополисахарид-индуцированном воспалении в исследованиях *in vitro*. Оказывает противовоспалительное, противопаразитарное и антигельминтное действие.

Для лечения применяют также:

- орнидазол (Тиберал[®]) циклами по 0,5 г 2 раза в сутки внутрь в течение 10 дней;
- метронидазол по 250 мг 3 раза в сутки в течение 2–4 нед;
- 5% крем перметрина 2 раза в сутки в течение 15–30 дней;
- метронидазол (Клион[®], Метрогил[®]) в виде мази или 2% геля в течение 14 дней;
- метронидазол 1% (Розамет[®]);
- пиперонил бутоксид + эсбиол (Спрегаль[®]);
- Демотен гель косметический[®] (сера, гиалуроновая кислота, сок алоэ вера, поливинилпирролидон);
- Блефарогель 2 для физиотерапии век[®] или Блефаролосьон[®] 2 раза в сутки для лечения демодекоза век;
- «Гликодем» в форме геля и крем-геля; он содержит 5–7% метронидазол, гликозаминогликаны, противовоспалительные и антимикробные компоненты;
- метронидазол 1% + мочевины 2% (крем Roza).

Наружное лечение заключается в сочетании использования пиперонил бутаоксида + эсбиола (Спрегаль[®]) и цинка гиалуроната (геля Куриозин[®]). Аэрозоль Спрегаль[®] следует наносить на ватно-марлевый тампон и обрабатывать им на ночь проблемные участки кожи. Утром, после очищения кожи с мылом на пораженные участки наносят тонким слоем гель Куриозин[®].

При наличии папуло-пустулезных высыпаний показаны классические редуцирующие мази и пасты (цинк-ихтиоловая, 1–2% дегтярная и 1–2% ихтиоловая мази, 1% ихтиол-резорциновая паста). Кротамитон 10%, линдан 1% или малатион 0,5% раньше были рекомендованы для лечения чесотки. В настоящее время данные об эффективности этих акарицидов при лечении демодекоза являются весьма ограниченными.

Для терапии окологлазничной области применяют спиртоэфирные смеси, 3–5% трихополовый крем, сульфацил натрия, антихолинэстеразные средства (холиномиметики): физостигмин, 0,02% фосфакол, 0,01% армин, 0,5% тосмилен.

В офтальмологической практике считается оправданным использование препаратов, применяемых для лечения глаукомы. С этой целью в глаза закапывают растворы физостигмина, фосфакола, армина, тосмилена; смазывают края век 4% гелем пилокарпина или проводят обработку их тампоном, смоченным 1,5–3% раствором карбохола. Эти препараты парализуют дыхательную мускулатуру клещей. Вспомогательное лечение демодекоза век включает применение препаратов искусственной слезы при синдроме «сухого» глаза, обработку краев век дезинфицирующими растворами, массаж век при нарушении функции желез век, д'Арсонваль, магнитотерапию, электрофорез на веки растворов цинка сульфата, кальция хлорида, калия йодида. Предложены специальные мазевые препараты для лечения глаз на основе метронидазола (Демалан крем косметический[®]).

Из физиотерапевтических методик рекомендуются узкополосный синий свет (405–420 нм), криотерапия, кислородно-озоновая терапия. Интенсивный импульсный свет (intense pulsed light, IPL), имеющий длину волны 515–1200 нм, подавляет секрецию сальных желез, приводя к их дальнейшей инволюции, рассасыванию лимфоцитарных инфильтратов и последующей гибели клещей.

Меры профилактики сводятся к ежедневному адекватному и рациональному уходу за кожей, в том числе кожей лица, использованию мягких индифферентных моющих средств, соблюдению общегигиенических правил, полноценному питанию и отдыху. Важно применение защитных средств против ультрафиолетового излучения, ограничение пребывания на солнце, снижение употребления горячих и газированных напитков, жевательных резинок.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

