

УДК 616.5-022.9:595.429.1

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ОРНИЗОЛ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕМОДИКОЗА

А.А. Франкенберг, В.А. Шевченко, С.В. Кривко, В.К. Шляхова

Днепропетровский областной кожно-венерологический диспансер

Ключевые слова: демодекс, лечение, орнидазол.

Несмотря на очевидный прогресс в культурной и социальной сферах человека, паразитарные заболевания кожи по-прежнему являются актуальной проблемой дерматологии. Наиболее часто врачу приходится сталкиваться с заболеваниями, вызываемыми клещами. Паразиты для хозяина являются чужеродными организмами, выделяющими различные вещества, в ответ на которые развиваются соответствующие реакции: клеточные (пролиферация и гипертрофия), тканевые (воспаление — сосудистая реакция, экссудация, отек, инфильтрация), а также системные гуморальные (иммунные) изменения. Паразитарные болезни кожи подразделяются на поверхностные (локализация на поверхности и внутри эпидермиса) и глубокие (дерма, подкожно-жировая клетчатка). Наиболее распространенными паразитарными заболеваниями кожи являются чесотка и демодекс.

Демодекс — часто встречающаяся патология у человека и животных, вызванная клещами рода *Demodex*. В общей структуре заболеваний кожи демодекс составляет 2,9%, а в структуре акнеформных дерматозов — 10, 5%. В настоящее время из 65 видов и нескольких подвидов демодекса у людей обнаруживается только два: *Demodex folliculorum* и *Demodex brevis*. Каждый вид и подвид демодекса строго специфичен для своего хозяина. Клещ железница (*Demodex folliculorum*) встречается наиболее часто, обнаруживается только у человека в волосяных фолликулах, сальных железах, вне хозяина его размножение прекращается [7]. Клещ жизнеспособен и вне хозяина при постоянной влажности и комнатной температуре в темноте до 9 сут. Оптимальная температура для развития клеща — 30—40 °С, при температуре 14 °С клещи находятся в состоянии оцепенения, а при 52 °С быстро погибают. В воде микроорганизмы сохраняются до 25 дней, в сухом воздухе погибают через 1,5 дня. Самая благоприятная питательная среда для демодекса — растительное масло, жир, вазелин. Клещи имеют размеры 0,3—0,4 мм. В полости волосяного фолликула самки откладывают яйца, из которых через 60 ч выдупливается личинка, она неподвижна и постоянно питается. Через 40 ч личинка превращается в нимфу 1, которая также малоподвижна и остается в фолликуле. Спустя 72 ч преобразуется в нимфу 2, подвижную, перемещающуюся по кожному покрову, и через 60 ч становится взрослой особью. Взрослая особь вновь попадает в фолликул

и после откладывания яиц погибает. Жизненный цикл клеща составляет около 15 сут [4].

Если в организме хозяина происходят какие-либо патологические процессы: нейроэндокринные, желудочно-кишечные, психические, иммунные, а также при наличии очагов хронической инфекции происходит сенсбилизация организма к клещу. В этой ситуации демодекс представляет собой химический, механический раздражитель, способствующий развитию и поддержанию патологического процесса. Кроме этого, нарушается симбиоз с коринебактериями и условно-патогенной флорой, что также является пусковым фактором для развития заболевания. Возможно также бессимптомное носительство клеща без патологии кожи. Наибольшая активность демодекса на коже человека наблюдается в весенне-осенний период, что связано с повышенной инсоляцией, изменением температуры окружающей среды, иммунными и эндокринными изменениями. Чаще всего клещ обнаруживается в области носо-губной складки, щек, носа, подбородка, достаточно редко — на шее и очень редко — на спине и груди.

Клинические проявления демодекса разнообразны. Существуют кожные и глазные проявления заболевания. Необходимо различать непосредственно демодекс и заболевания, течение которых усугубляют клещи. Наиболее распространенные заболевания, течение которых осложняет демодекс:

Заболевания кожи

- Розацеа (формы: эритематозная, папулезная, папулопустулезная, инфильтративно-продуктивная ринофима).
- Розацеоподобный дерматит.
- Себорейный дерматит.
- Перiorальный дерматит.

Заболевания глаз

- Блефароконъюнктивит (неосложненный и осложненный клещевой).
- Эписклерит.
- Кератит (краевой, стромальный, поверхностный).
- Серозный ирит.

Для выбора терапии имеет значение клиническая картина заболевания, форма клещей, их количество. Необходимо также учитывать сопутствующую патологию пациента. Для воздействия непосредственно на демодекс применяют акарицидные

средства, к которым относятся производные нитроимидазольной группы. До последнего времени наиболее эффективным средством из этой группы считался метронидазол, применяемый от 4 до 6 нед [3, 8, 9]. Нет единого мнения о механизме действия этого препарата. До сих пор не ясно, какое из его фармакодинамических свойств играет ведущую роль в достижении клинического эффекта при лечении демодекоза. Установлено, что метронидазол усиливает защитные и регенераторные функции слизистой оболочки желудка и кишечника [1, 2] и оказывает выраженное противоотечное действие [14]. Препарат дает бактериостатический эффект в отношении грамотрицательных анаэробных палочек [16], а также антипаразитарный в отношении *Demodex folliculorum* [1]. В экспериментальных и клинических исследованиях показано супрессивное действие препарата на некоторые показатели клеточного иммунитета, отмечено также подавление хемотаксиса лейкоцитов [13, 15].

В целом препарат больные переносят хорошо, однако в процессе терапии возможны побочные явления: головная боль, тошнота, рвота, сухость во рту, крапивница, кожный зуд, лейкопения, кандидоз. Кроме того, в последние годы значительно чаще стали констатировать случаи неудач в лечении демодекоза метронидазолом. Не исключено, что неэффективность терапии может быть связана с формированием устойчивости бактериально-паразитарной флоры к метронидазолу, применяемому более 40 лет.

В последнее время появились сообщения об эффективном лечении розовых угрей и демодекоза новым производным нитроимидазола — орнидазола: *a-(chloromethyl)-2-methyl-5-nitroimidazole-1-ethanol* [12]. Отмечено не только противопаразитарное действие препарата, но и бактериостатическое, повышающее активность нейтрофилов, стимулирующее адренергические структуры, усиление репаративных процессов [2].

Цель работы: определение эффективности применения орнидазола в комплексном лечении демодекоза.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 34 больных демодекозом (19 женщин и 15 мужчин), в возрасте от 18 до 73 лет. Давность заболевания — от 2 мес до 15 лет. В качестве основного этиотропного препарата при-

меняли орнидазол, выпускаемый корпорацией «Артериум» (Украина) под названием «Орнизол». Препарат назначали по 500 мг (1 таблетка) 2 раза/сут курсами по 10 дней. Наружно всем больным назначали 2% борнонафталановую пасту, примочки с антисептическими растворами.

Эффективность лечения оценивали по следующим критериям: клиническое выздоровление; значительное улучшение (сокращение длительности рецидива и увеличение периода ремиссии в 2 раза и более); улучшение (сокращение длительности рецидива или увеличение периода ремиссии менее чем в 2 раза); отсутствие эффекта. Лечение считалось высокоэффективным при клиническом выздоровлении или значительном улучшении. Терапевтическую эффективность «Орнизол» оценивали в сравнительном плане. Контрольную группу составили 42 больных демодекозом (27 женщин и 15 мужчин в возрасте от 29 до 50 лет), получавших метронидазол по стандартной схеме: по 250 мг, три раза в сутки, в течение 14—21 дня. Наружно этой группе больных также назначали 2% борнонафталановую пасту и примочки с антисептическими препаратами.

Больные обеих групп перед началом лечения проходили гастроэнтерологическое, эндокринологическое, иммунологическое обследование. В случаях обнаружения патологии была назначена соответствующая терапия, которую проводили на фоне лечения демодекоза.

Для объективизации клинической оценки результатов лечения больные обеих групп были разбиты на клинические подгруппы, в соответствии с классификацией демодекоза, предложенной Б.Г. Коганом [5].

Результаты и их обсуждение

Результаты лечения больных розацеа «Орнизолом» (основная группа) и метронидазолом (контрольная группа) представлены в таблице.

Заметный клинический эффект отмечался уже на 7—9-й день приема препарата. Как видно, клиническое выздоровление и значительное улучшение было достигнуто у 31 (91,1%) пациента основной группы, которую составили 9 больных с папулезной, 10 с пустулезной, 4 — с эритематозной и 11 с комбинированной формами заболевания. Улучшение отмечено у 4 (11,7%) больных — по 1 с папулезной и комбинированной, и у 2 с пустулезной формами.

Таблица. Результаты лечения больных демодекозом «Орнизолом» и метронидазолом

Клиническая форма	Количество больных	Средние сроки лечения, сут	Клиническое выздоровление	Значительное улучшение	Улучшение	Без эффекта
Эритематозная	4/10	14/28	4/3	0/4	0/3	0/0
Папулезная	9/8	15/30	7/2	1/5	1/1	0/0
Пустулезная	10/11	18/36	6/6	3/4	2/0	0/1
Комбинированная	11/13	17/37	8/6	2/3	1/1	0/2

Примечание. В числителе — основная группа, в знаменателе — контрольная группа.

В групі порівняння клінічне выздоровлення і значительне удосконалення констатовано в 33 (78,5%) випадках, удосконалення — в 5 (11,9%), не було ефекта у 3 (7,1%) хворих з пустулезною і комбінованою формами.

Важким порівняльним моментом являються і строки лікування хворих. При всіх формах демоїдоза терапевтичний ефект при лікуванні «Орнізолом» майже в два рази наставив швидше, ніж при терапії метронідазолом.

Изучение клінічної ефективності «Орнізола» показало хорошу переносимість і відсутність серйозних побічних реакцій. Из 34 па-

цієнтів 3 (8,8%) жалувались на тошноту, 1 (2,9%) — на металічний привкус во рту. Проводившіся до і після лікування клінічні, біохімічні аналізи крові і аналізи мочі не виявили відхилень від норми. В групі хворих, приймавших метронідазол, побічні ефекти в формі тошноти, металічного привкуса во рту, головкружіння, розвитку кандидоза були у 14 (33,3%) чоловік.

Отдаленные спостереження за хворими, яких лічили «Орнізолом», виявили відсутність рецидивів захворювання в течение наступуючих 9 місяців практично у всіх пацієнтів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабаянц Р.С., Ильинская А.В., Громова С.А. и др. Метронидазол в терапии розацеа и периорального дерматита // Вестн. дерматол.— 1983.— № 1.— С. 13—17.
2. Гавриленко Я.В., Вазило В.Е., Паршков Е.М. и др. // Тер. арх.— 1976.— № 5.— С. 74—79.
3. Жилина В.Г., Скоробогатова В.В., Базыка А.П. Лечение больных розацеа трихололом // Вестн. дерматол.— 1981.— № 11.— С. 66—67.
4. Зацепина Н.Д., Майчук Ю.Ф., Семенова Г.Я. Поражения глаз при демодекозе: Методические рекомендации.— М., 1983.— С. 3—17.
5. Коган Б.Г. Демодекоз: рациональна класифікація клінічних форм захворювання. Вплив імунних та гормональних зрушень на перебіг дерматозу // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2002.— № 1 (14).— С. 62—63.
6. Курдина М.М., Потехаев Н.Н., Потехаев С.Н. и др. Терапия розацеа // Вестн. дерматол.— 1998.— С. 16—20.
7. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни.— М.: Медицина, 1995.— С. 456—483.
8. Скрипкин Ю.К., Федоров С.М., Селицкий Г.Д. // Вестн. дерматол.— 1997.— С. 22—25

9. Пономарев Б.А., Кулагин В.И., Селицкий Г.Д., Новик Д.К. Основные проблемы эктопаразитарной инфекции // Вестн. дерматол.— 2000.— № 1.— С. 39—40.

10. Умарова С.А. Труды Таджик. мед. ин-та.— 1974.— 120.— С. 76—78.

11. Хамаганова И.В. Наружное применение клиона в комплексном лечении розацеа // Вестн. дерматол.— 1992.— № 5.— С. 36—38.

12. Черкасова М.В., Сергеев Ю.В. Сравнительная эффективность препаратов имидазольной группы в лечении розацеа // Актуальные вопросы дерматологии и венерологии: Юбилейная конференция, посвященная 5-летию кафедры кожных и венерических болезней педиатрического факультета РГМУ: Сб. трудов.— М., 1997.— С. 161.

13. Grove D.I., Mahmoud A.A.F., Warren K.S. Suppression of cellmediated Immunity by Metronidazole // Int. Archs. Allergy Appl. Immunol.— 1977.— 54.— P. 422—426.

14. Jansen T., Plewig G. Klinik und Therapie der Rosazea. H+G.— Bd. 71, H 2.— 1996.— S. 88—95.

15. Nielsen P.G. Metronidazole treatment in rosacea // Int. J. Dermatol.— 1988.— N 27.— P. 1—5.

16. Werner H., Krasemann C., Kandler R. et al. // Munch. Med. Wschr.— 1980.— 122.— S. 633—636.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ОРНІЗОЛ» У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ДЕМОДИКОЗУ

А.А. Франкенберг, В.А. Шевченко, С.В. Кривко, В.К. Шляхова

Проведено оцінку ефективності препарату «Орнізол» (орнідазол) у комплексній терапії демоїдозу.

Клінічний ефект спостерігався на 7—9-й день прийому препарату. Клінічне виліковування досягнуто у 31 (91,1%) хворого, поліпшення — у 4 (11,7%). Віддалене спостереження не виявило рецидивів захворювання протягом наступних 9 місяців практично у всіх пацієнтів.

AN EXPERIENCE OF ORNIZOL USING IN THE COMPLEX TREATMENT OF DEMODICIDOSIS

A.A. Frankenberg, V.A. Shevshenko, S.V. Kryvko, V.K. Shliakhova

Estimation of Ornizol efficacy in the complex treatment of demodicidosis was made. Clinical effect was on 7—9 day of treatment. Clinical recovery was in 31 (91.1%), improvement in 4 (11.7%) of patients. In the next 4 month relapses wasn't observed.