

## РОЖЕВІ ВУГРИ Й ДЕМОДИКОЗ

Сулим А.Г., асистент

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

Рожеві вугри (розацеа) вважаються проблемою сучасної дерматовенерології з огляду на невизначеність етіології, зокрема, ролі кліщів-демодексів у виникненні хвороби, нез'ясованість у повній мірі патогенезу, а також через складність лікування.

Загальноприйнятим є погляд на те, що терапія розацеа має бути комплексною, індивідуалізованою, призначеною з урахуванням супутніх хвороб, особливо шлунково-кишкового тракту, причому велике значення надається дієті. Окрім загального лікування, для якого використовують різні препарати (похідні імідазолу, антибіотики тетрациклінової групи, антигістамінні засоби, вітаміни, синтетичні ретиноїди та ін.), проводять зовнішню терапію багатьма засобами, що мають протипаразитарну, протизапальну, цитостатичну та кераторегулюючу дію. Застосовують також кріомасаж рідким азотом або снігом вуглекислоти, лазерну терапію.

Не зважаючи на великий арсенал сучасних засобів, хвороба виявляє тенденцію до рецидивів, що вимагає періодичного вживання лікувальних заходів.

Тривалий час лікуючи хворих на розацеа, було звернено увагу на те, що строки настання покращення стану шкіри пацієнтів не залежали від обсягу та інтенсивності загальної терапії. Ця обставина змусила засумніватися в необхідності шоразу вдаватися до засобів системного впливу. Було прийняте рішення спробувати лікувати пацієнтів, зменшуючи кількість лікарських засобів. Кінцевим варіантом мінімізації лікування розацеа став такий, який передбачав використання сірчано-саліцилової мазі (сірки 13%, саліцилової кислоти – 1%).

Мазь застосовувалася 1 раз на добу, увечері, на ніч, наносилася тонким шаром на обличчя. Уранці залишки мазі витиралися паперовою серветкою або м'якою тканиною. Щоденне використання мазі тривало 5-6 днів, після чого задля уникнення надмірного відлущувального ефекту частота застосування щотижня зменшувалася – мазь наносилася на шкіру через день, потім – через два дні на третій, згодом – двічі на тиждень. Пацієнти попереджувалися про заплановану тривалість лікування, про терміни, у які слід було очікувати на покращення стану шкіри.

Загальне лікування не призначалося. Фізіотерапевтичні методи не застосовувалися. Дієтичні обмеження на вживання харчів чи напоїв не вводилися.

Мінімізоване лікування розацеа було проведене тринадцятьом пацієнтам віком від 38 до 60 років, з яких було 8 жінок та 5 чоловіків. У всіх хворих спостерігалася приблизно однакова динаміка – помірне покращення наставало за 3-4 тижні лікування, значне покращення – за 6-8 тижнів, а через 10-12 тижнів ознаки розацеа практично зникали – шкіра обличчя набувала нормального вигляду. Лише в окремих випадках залишалися телеангіектазії, які існували й перед початком лікування та були спричинені, як правило, попереднім нераціональним застосуванням фторованих кортикостероїдних мазей. Телеангіектазії за бажанням пацієнтів згодом видалялися методом діатермокоагуляції.

Якихось побічних дій під час лікування відмічено не було.

Не дивлячись на досягнення ремісії, хворим рекомендувалося й надалі продовжувати використання сірчано-саліцилової мазі один раз на 4-5 днів, оскільки повна відміна лікування поступово призводила до рецидиву хвороби.

Аналізуючи наведені спостереження, а також зважаючи на те, що сірчано-саліцилова мазь має насамперед протипаразитарну дію, можна зробити такі висновки:

1. Розацеа – індивідуальна реакція організму на присутність у шкірі демодексів.
2. Рожеві вугри є одним із найтяжчих варіантів перебігу демодикозу.
3. Для лікування окремих хворих на розацеа загальна терапія не обов'язкова, достатнім може виявитися місцеве лікування, спрямоване на зменшення чисельності популяції кліщів-демодексів.
4. Мінімізоване лікування розацеа забезпечує досягнення ремісії хвороби.

Застосування мінімізованого лікування може стати особливо важливим у тих випадках, коли загальна терапія з тих чи інших причин протипоказана