

*І. В. Масальська, Т. П. Булавкіна,
Т. О. Калова, Т. В. Грибовська,
студентки Одеського медичного інституту
Міжнародного гуманітарного університету,
м. Одеса, Україна*

РОЗАЦЕОЗИ: НОВІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ ТА ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ

Незважаючи на те, що вивченню етіології та патогенезу таких досить поширених дерматозів, як розацеа, демодекс, періоральний дерматит, присвячено чимало дослідницьких робіт, визначення етіопатогенетичних чинників цих хронічних захворювань шкіри є дотепер неповним. Кожна з гіпотез та концепцій, які були висунуті, аби розв'язати завдання із з'ясування причин виникнення та розвитку зазначених хвороб, мала суперечливий характер, намагаючись пояснити лише окремі ланки етіології чи патогенезу [1, с. 88–98; 2, с. 62–65; 3, с. 39–43].

Відсутність цілісного погляду на етіопатогенез розацеа, демодексу та періорального дерматиту, у свою чергу, не дає можливості застосовувати лікувальні та профілактичні заходи, котрі ґрунтувалися б на ліквідації або попередженні основних причин цих хвороб, а отже, ефективність їхнього лікування також залишається недостатньою. У переважній більшості клінічних випадків названих дерматозів важливу роль відіграє протипаразитарна терапія, яка спрямована на знищення, або зменшення чисельності кліщів-демодексів. Зовнішнє застосування протикліщових засобів не завжди може забезпечити достатню ефективність впливу на цих членистоногих через те, що більшу частину життєвого циклу кліщі роду *Demodex* проводять не на поверхні шкіри, а у вивідних протоках сальних залоз та волосяних фолікулах [4, с. 195–199; 5, с. 1248].

Ефективність лікувальних заходів у великій мірі залежить від того, наскільки дієвими можуть бути протикліщові препарати для прийому всередину. Однак перелік таких засобів на сьогоднішній день є обмеженим, оскільки до нього входять здебільшого похідні імідазолу. У той же час було встановлено, що: усі речовини з відомими акарицидними властивостями мають циклічні структури у своїх молекулах; цикли переважно представлені бензольними ядрами – одним, двома, або декількома; структура молекули може бути шестичленною аліциклічною з галогенуванням (хлором); насиченою шестичленною гетероциклічною з двома атомами нітрогену в позиції 1,4, або ненасиченою п'ятичленною гетероциклічною з двома атомами нітрогену в такій самій позиції; у молекулі протикліщового засобу можуть міститися конденсовані ароматичні цикли та насичені цикли з гетероатомами нітрогену.

Далі було зроблено припущення, що препарати з можливою антидемодексною системною дією повинні добре всмоктуватися зі шлунково-кишкового тракту, не зазнаючи масованого розпаду під час метаболізму, що дасть їм змогу накопичуватися в секреті сальних залоз до необхідної концентрації, яка б забезпечила вплив на залозницю.

Критеріями придатності для розгляду препаратів як можливих протидемодексних є також такі: відсутність загальної токсичної або побічної дії на будь-які органи й системи; придатність для тривалого прийому протягом декількох тижнів, оскільки накопичення будь-яких сполук до досягнення впливової на кліщів концентрації у секреті сальних залоз відбувається не раніше ніж за 1–1,5 тижні; добова доза препарату, яка має бути не меншою, ніж звичайна добова доза метронідазолу для дорослих, виражена у молях – біля 0,005 моля.

До таких препаратів можна віднести представники різних фармакологічних груп, а саме: парацетамол, антипірін (анальгетики-антипіретики); натрію саліцилат, саліциламід (нестероїдні протизапальні засоби – саліцилати); ібупрофен (нестероїдний протизапальний засіб – похідний фенілпропіонової кислоти); набуметон (нестероїдний протизапальний засіб – інгібітор циклооксигенази-2); натрію бензоат (відхаркувальний засіб); пармідин (ангіопротектор); етамід (засіб, що гальмує утворення сечових конкрементів); оксафенамід (жовчогінний засіб); катерген (гепатопротектор); метилурацил, калію оротат (препарати, що стимулюють метаболічні процеси); месалазин (сульфаніламідоподібний засіб); метисазон (протівірусний препарат); празиквантел (антигельмінтний засіб); ізоніазид, фтивазид, етіонамід, протіонамід, піразинамід, натрію *para*-аміносаліцилат (протитуберкульозні препарати різних груп).

Виявлення характерних рис хімічної будови у засобів із відомою протикліщовою дією дає підстави запідозрити спроможність впливати на демодидоз також у таких препаратів, як мефенамова кислота, антибіотики тетрациклінової групи та у деяких інших антигельмінтних засобів.

До тригерних факторів розацеозів можна віднести такі:

1. Вік. Первинна інвазія демодидозом відбувається ще переважно в дитячому віці, у подальшому кількість інвазованих невпинно зростає, досягаючи максимальних значень у вікових періодах 21–40 та 41–50 років. Одночасно із зростанням частоти виявлення збільшується ряснота кліщової інвазії. У людей похилого віку (60 і більше років) залозниця зустрічається дещо рідше. Стать людини не впливає на поширеність демодексів.

2. Вплив статевих гормонів на розвиток популяції кліщів-демодексів. Цей фактор знаходиться в безпосередньому зв'язку з попереднім, оскільки рівень продукції статевих гормонів залежить від віку людини.

3. Стан імунної системи та індивідуальні особливості хімічного складу секрету сальних залоз (які ще в достатній мірі не вивчені).

4. Порушення ритму. Її вплив на чисельність демодидозу зумовлений, можливо, закономірностями біологічного циклу розвитку паразитів, та (або) пов'язаний з чутливістю кліщів до середньодобової температури навколишнього середовища. Мають певне значення також сезонні коливання стану захисних сил організму людей – хазяїнів паразитів.

5. Дерматози – розацеа, періоральний дерматит, клінічні прояви демодикозу. Наявність інших хвороб шкіри, як на думку деяких дослідників, на загальну чисельність демодидозу не впливає, вказуючи хіба що переважання того чи другого виду кліщів (*Demodex folliculorum* або *Demodex brevis*).

Аналіз історій хвороб 100 хворих на туберкульоз та обстежень, що були проведені в плані виконання комплексної НДР Одеського медичного інституту Міжнародного гуманітарного університету, свідчить про наступне: між кількістю демодидозу і тривалістю протитуберкульозного лікування (в інтервалі від 0 до 37 днів терапії) виявлено зворотний лінійний кореляційний зв'язок; комплексне протитуберкульозне лікування із застосуванням ізоніазиду, етіонаміду, протіонаміду, піразинаміду та натрію пара-аміносаліцилату має вплив на демодидоз, достовірно зменшуючи чисельність їхньої популяції у 2,76–2,98 рази; цей вплив є найвиразнішим у перші 37 днів лікування.

Остання обставина не дає підстав рекомендувати застосування протитуберкульозних препаратів у якості засобів, що впливають на кліщів-демодексів, зменшуючи чисельність їхньої популяції; проте отримані дані можуть допомогти в розробці нових антидемодексних препаратів системної дії.

Таким чином, використання принципу спільності хімічної будови лікарських засобів для виявлення антидемодексних препаратів системної дії дозволяє продовжити дослідження, спрямовані на удосконалення лікування хворих на розацеа, демодикоз та періоральний дерматит.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абрагамович Л. Є. Розацеазна хвороба: стан гепатобіліарної системи та її роль в етіології й патогенезі, принципи лікування / Л. Є. Абрагамович // *Практ. медицина : наук.-практ. журн.* – 2003. – Т. 9. – № 2. – С. 88–98.
2. Коган Б. Г. Демодикоз: раціональна класифікація клінічних форм захворювання. Вплив імунних та гормональних зрушень на перебіг дерматозу / Б. Г. Коган // *Український журнал дерматології, венерології, косметології.* – 2002. – № 1. – С. 62–65.
3. Проценко Т. В. Особливості біохімічного гомеостазу у хворих на рожеві вугри / Т. В. Проценко, О. В. Чубар, О. Д. Якубенко // *Дерматологія та венерологія.* – 2006. – № 2 (32). – С. 39–43.
4. Сулим А. Г. Можливі шляхи пошуку антидемодексних препаратів системної дії / А. Г. Сулим // *Вісник Сумського державного університету. Серія : Медицина.* – 2004. – № 11 (70). – С. 195–199.
5. Feuerstein W. Rosacea / W. Feuerstein – *Prakt. Arzt*, 1977. – Bd. 31. – S. 1248.