

УДК 616-085: 616.53 – 002

**СУЧАСНА ТЕРАПІЯ ПРИ АКНЕ ТА АКНЕПОДІБНИХ ДЕРМАТОЗАХ**  
*Черемісіна В.Ф.***Національний фармацевтичний університет, м.Харків, Україна**

**Вступ.** Останніми десятиріччями простежується тенденція до зростання рівня захворюваності на акне та акнеподібні дерматози (розацеа, демодекоз) в осіб зрілого та похилого віку. Сучасна стратегія терапії при акне, розацеа і демодекозу ґрунтується на гіпотезах їхньої етіології та патогенезу. Актуальним є врахування можливої участі у розвитку цих дерматозів різних ендогенних та екзогенних чинників, зокрема захворювань травного каналу, ендокринних розладів, наявності кліщів, інсоляції, особливостей харчування та інших. На сьогодні під час розроблення тактики лікування акне, розацеа і демодекозу більшість лікарів дерматовенерологів зважають на раціональність комбінованої терапії.

**Мета та методи дослідження.** Усі хворі підлягали комплексному клініко-лабораторному та спеціальному обстеженню. Результати використано для аналізу виявлених симптомів хвороб, їхньої частоти і діагностичної інформативності. Зокрема, враховували дані анамнезу, чинники, які могли спричинити запалення, клінічну картину та особливості перебігу дерматозів, а також результати лабораторних тестів на наявність кліщів-демодецид. Результати обстеження враховували в розробленні стратегії раціональної комплексної терапії при різних клінічних варіантах акне, розацеа і демодекозу.

**Результати.** Серед 67 хворих на акне було 39 (65 %) жінок. Пацієнтам з позитивними результатами лабораторних тестів на наявність інфекції *Helicobacter pylori*, які в минулому застосовували препарати нітроїмідазолового ряду, було призначено схему ерадикаційної терапії без метронідазолу. Вона передбачала пероральний прийом кларитроміцину по 500 мг 2 рази на добу та амоксицикліну по 1000 мг 2 рази на добу, а також омепразол по 20 мг 2 рази на добу протягом 7 днів. Ефективність ерадикаційної терапії оцінювали через 4—5 тижнів після її закінчення.

Крім того, комплексне лікування пацієнтів із тяжкими пустульозними формами акне, розацеа і демодекозу передбачало індивідуалізоване проведення мануальних заходів, зокрема комендон-екстракції, механічного чищення, кріомасажу рідким азотом, а також розкривання нагноєних вузлів і кіст та евакуацію гною.

**Висновки.** Таким чином, розроблені нами оригінальні патогенетично обґрунтовані методи лікування різних клінічних форм акне, розацеа і демодекозу, які передбачали проведення комплексних індивідуалізованих терапевтичних заходів, спрямованих на негативацію клінічних виявів запалення, усунення низки можливих екзогенних і ендогенних чинників розвитку цих дерматозів, в тому числі ерадикацію кліщів-демодецид, дали змогу досягти клінічного одужання або значного клінічного поліпшення у більшості обстежених. Проведено детальний аналіз термінів і характеру регресу елементів шкірної висипки в ділянках запального процесу при різних клінічних формах акне, розацеа і демодекозу, що слугувало об'єктивним критерієм оцінки ефективності розробленої нами комплексної індивідуалізованої терапії.

Література:

1. В.І. Степаненко, А.В. Клименко. Комплексна етапна терапія хворих на акне та акнеподібні дерматози (розацеа, демодекоз). Український журнал дерматології, венерології, косметології. №3.2009. С.50-61. 2. Gurer M.A., Erel A., Erbas D. et al. The seroprevalence of *Helicobacter pylori* and nitric osidi in acne rosacea // Int. J. Dermatol. — 2002.— Vol. 41.— P. 768—770. 28.