

тканей (они в условиях релаксации могут быть смещены в любом направлении); а возможностью устранения помех (печени и реберной дуги).

3. Применение РСК-10 с приставками для печени высвобождает одного ассистента для активных действий.

4. Достоинством разработанных приемов является их доступность к применению и широкому внедрению в хирургическую практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков А. Н. В кн.: Вопросы клинической хирургии. Барнаул, 1963.
2. Еляшевич Б. Л., Биарасланов Р. Ф. В кн.: Труды Казанского ГИДУВа. Казань, 1969, т. 24.
3. Земляной А. П. Вестн. хир., 1976, 10.
4. Калиновская А. М. Оперативные доступы к желчным путям. Хирургия, 1948, 7.
5. Лидский А. Т. Хирургические заболевания печени и желчевыводящей системы. М., Медицина, 1963.
6. Петров Б. А., Гальперин Э. И. Хирургия внепеченочных желчных протоков. М., Медицина, 1971.
7. Сигал М. З. Казанский мед. ж., 1961, 3.
8. Соколов А. М. Топографо-анатомическое и клиническое обоснование лапаротомных разрезов. Автореф. канд. дисс., Л., 1951.
9. Телков Н. А. Хирургия, 1967, 3.
10. Фазлетдинов Д. И. Аппаратная коррекция доступа к органам поддиафрагмальной зоны. Автореф. канд. дисс. Казань, 1976.
11. Шалаев М. И. Хирургия, 1977, 9.

Поступила 8 апреля 1980 г.

УДК 616.53—002.282—08

ОПЫТ АНТИПАРАЗИТАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

Доц. Т. В. Анкудинова, М. Ф. Панфилова

Кафедра дерматовенерологии (зав.—проф. В. П. Сергеев) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и кожно-венерологический диспансер Московского района г. Казани (главврач — И. И. Бикмурзина)

Реферат. При обследовании 60 больных красными угрями у всех был обнаружен клещ *Demodex folliculorum*. В результате антипаразитарного лечения бензил-бензоатом, препаратами серы, ихтиолом лучший терапевтический эффект и выздоровление достигнуты у больных с меньшим сроком заболевания и ограниченным характером поражения. Хронические, диффузные формы розацеа плохо поддавались такому лечению, что вызывало необходимость назначения индивидуальной комплексной терапии.

Ключевые слова: красные угри, демодекс, бензил-бензоат, серно-ихтиоловая взбалтываемая смесь.

Библиография: 11 названий.

В вопросах этиологии и патогенеза розацеа, или красных угрей, до настоящего времени нет ясности, что создает определенные трудности в лечении. Ряд авторов рассматривают розацеа как хронический ангионевроз [6, 11], другие связывают их с заболеваниями желудочно-кишечного тракта [2], эндокринными расстройствами [8]. Принято считать, что возникновению розацеа способствуют прием внутрь возбуждающих средств, особенно алкоголя, действие на кожу высокой и низкой температуры, солнечных лучей.

В развитии местных изменений кожи при красных угрях придается значение повышению концентрации свободных жирных кислот в каждом сале под воздействием различной флоры кожи, в том числе коринебактерий [9, 10]. Связь розацеа с клещевой инвазией подтверждается частым обнаружением в очагах поражения больных клеща *Demodex folliculorum* (железницы) и эффективностью антипаразитарного лечения [1—6].

Под нашим наблюдением находилось 60 больных розацеа (48 женщин и 12 мужчин в возрасте от 30 до 54 лет). Продолжительность заболевания составляла от нескольких месяцев до 15 лет. Сопутствующие заболевания органов желудочно-кишечного тракта (гастрит, холецистит) имелись у 7 больных, заболевания нервно-эндокринной системы — у 4. Двое больных страдали хроническим бронхитом. У всех обследованных был найден клещ *Demodex folliculorum*.

Клиническая картина розацеа у больных с продолжительностью заболевания от нескольких месяцев до 1 года (20 из 60) была представлена изолированными папулезными, пустулезными элементами и отдельными очагами стойкой эритемы, теле-

ангиэктазиями. Болезненным процессом поражалась преимущественно кожа щек, носа, подбородка, лба, кожа вокруг рта. Сливные папулезные и пустулезные элементы в виде бляшек и инфильтратов на фоне диффузной, застойной гиперемии и отека чаще наблюдались у пациентов с многолетней давностью болезни (40 из 60), некоторые из них лечились в прошлом кортикостероидными мазями. У 1 больной кожа лица была истончена, атрофирована, с большим количеством телеангиэктазий. Уместно отметить, что длительное наружное применение кортикостероидных, особенно фторсодержащих, мазей при лечении розацеа может обусловить торпидность течения заболевания, извратить его клиническую картину и изменить морфологическую структуру [7].

В качестве антипаразитарного средства применяли 10% взвесь бензил-бензоата. Лечение проводили двумя 3-дневными циклами. Препарат в подогретом виде втирали ватно-марлевым тампоном в очаги поражения и прилегающие участки здоровой кожи один раз в день. Между циклами лечения делали небольшие перерывы, так как в процессе лечения бензил-бензоатом часто наблюдалось усиление воспалительных явлений.

В последующие 2—3 недели пациентам назначали лечение взбалтываемой смесью («болтушкой») следующего состава: *Talci veneti*, *Zinci oxydi*, *Sulfuris praecipitati*, *Ichthyoli puri* aa 15,0, *Glycerini* 20,0, *Spiritus vini rectificati* 96°—15,0, *Aquae destillatae* ad 150,0. Серно-ихтиоловую болтушку больные наносили на кожу лица ежедневно на ночь, утром делали питательные маски на 10—15 мин с кефиром или сметаной.

В результате лечения у 5 больных процесс полностью разрешился, и в течение 3—5 лет наблюдения за ними рецидива болезни не отмечалось. По-видимому, у этой группы больных красные угри можно рассматривать как демодекс.

У 55 больных розацеа наступило улучшение — побледнение гиперемии, исчезновение пустул, уплотнение или полное рассасывание папулезных элементов и инфильтратов. Однако в дальнейшем, как правило, процесс обострялся и приобретал хроническое течение.

Лучший терапевтический эффект от антипаразитарного лечения и даже клиническое выздоровление (у 5 больных) наблюдались у лиц с меньшим сроком заболевания и ограниченным характером поражения. У больных же с длительным, хроническим течением розацеа, с распространенным и диффузным поражением кожи лица терапевтический эффект был менее выражен.

Хотя нельзя категорически отрицать вероятность связи красных угрей с клещевой инвазией (как уже указывалось, у всех обследованных нами больных обнаружен клещ *Demodex folliculorum*), все же характер этой связи невозможно уложить в понятие обычного паразитарного заболевания. По-видимому, демодекс, как правило, отягощает клинику, течение, а в некоторых случаях является пусковым фактором розацеа — хронического дерматоза, имеющего сложный патогенез. Поэтому наружное антипаразитарное лечение больных красными угрями необходимо проводить в комплексе с методами общей терапии, с учетом индивидуальных особенностей организма больного и имеющейся патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акбулатов Л. Х. Вестн. дерматол., 1959, 6. — 2. Ашмарин Ю. Я., Хазанов А. И., Барчунов Б. Н. Там же, 1975, 10. — 3. Батунин М. П., Елкин Д. А. В кн.: Труды Горьковского НИКВИ, 1939, вып. 5. — 4. Киселев О. А. Вестн. дерматол., 1967, 10. — 5. Мартынова А. И., Гутермахер Ц. М., Радченко Ф. М. В кн.: Труды Казахского НИКВИ, 1960, т. 7. — 6. Рыжкова Е. И. Клинико-морфологические особенности, патогенез и лечение розацеа. Автореф. канд. дисс., М., 1976. — 7. Самцов А. В. Вестн. дерматол., 1976, 2. — 8. Farkas I. Čsl. Derm., 1973, 48, 5. — 9. Kellum R. E., Ray L. F. Arch. Derm., 1970, 101, 41. — 10. Savin I. A. Brit. J. Derm., 1972, 86, 8, suppl.—11. Steigleder C. K. Hautarzt, 1971, 22, 91.

Поступила 18 марта 1980 г.