

ДЕРМАТОЛОГИЯ В РОССИИ

Официальное издание научных организаций:

Межрегиональное общество теледерматологии
Общество дерматоскопии и оптической диагностики кожи
Национальная академия микологии

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор А.Ю. Сергеев (Москва)

И.Г. Афанасьева (Иркутск) Е.А. Сердюкова (Волгоград)
О.И. Летяева (Челябинск) С.В. Туз (Самара)
С.В. Прожерин (Екатеринбург) М.В. Устинов (Москва)
И.Г. Сергеева (Новосибирск) В.Р. Хайрутдинов (С-Петербург)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

В.И. Альбанова (Москва) В.Ю. Сергеев (Москва)
Е.Н. Волкова (Москва) Ю.В. Сергеев (Москва)
С.В. Гольцов (Тюмень) Т.В. Соколова (Москва)
Р.А. Грашин (С-Петербург) О.Б. Тамразова (Москва)
С.А. Масюкова (Москва) С.Р. Утц (Саратов)
В.В. Мордовцева (Москва) А.Б. Яковлев (Москва)

СЕКРЕТАРИАТ

Ю.Ю. Сергеев (Москва) С.Л. Прошанов (Москва)

ТЕХНИЧЕСКАЯ РЕДАКЦИЯ

В.Д. Мильграм (Москва) М.А. Сергеева (Москва)

Журнал выходит с 2009 г.
Зарегистрирован Федеральной службой по надзору в
сфере связи, информационных технологий и массовых
коммуникаций (Роскомнадзор): ЭЛ Ф№ С77-37502.

ISSN 2077-3544

Предназначение и тематика журнала

Международный научно-практический рецензируемый журнал «Дерматология в России» выходит в электронном виде и бесплатно публикует оригинальные статьи, научные обзоры, материалы диссертаций на русском и английском языках по всем разделам дерматовенерологии. Статьи рецензируются членами редколлегии и редакционного совета – ведущими учеными в области дерматовенерологии и косметологии.

Издание цитируется и реферируется в реферативных изданиях, включая Российский индекс научного цитирования и CrossRef.

Официальный интернет-сайт журнала с доступом к содержанию, рефератам и полному тексту статей расположен по адресу: <http://www.dermatology.ru>

Все права на публикацию резервированы. Воспроизведение, распространение и любое использование в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения редакционной коллегии.



**Материалы Всероссийской конференции
«Импортозамещение, доступная медицинская
помощь и равные возможности
в дерматологии»
(21–22 декабря 2017 г., Москва)»**

Содержание 2017 (Приложение 1)

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

| | |
|--|----|
| Российские лазерные системы в лечении сосудистых опухолей у детей Абушкин И.А., Денис А.Г., Васильев И.С., Привалов В.А., Лаппа А.В., Лапин В.О., Галиулин М.Я. | 5 |
| Применение комфодерма К и такропика для лечения атопического дерматита у детей Афанасьева И.Г. | 7 |
| Нина Петровна Кузнецова: делать добро людям Афанасьева И.Г. | 9 |
| Анализ результатов коррекции возрастных изменений кожи лица и шеи с использованием новой технологии получения термически обработанных модификаций тромбоцитарной аутоплазмы Быкова О.Н., Титова Л.А. | 15 |
| Патофизиологическое значение уровня эндогенных порфиринов в коже у больных акне Демина О.М., Картелишев А.В., Потеев Н.Н., Карпова Е.И. | 17 |
| Краткая историческая справка о становлении дерматовенерологической службы республики Мордовия Дикова О.В., Колыганов В.В. | 18 |
| Комплексная терапия рецидивирующего генитального герпеса у мужчин с метаболическими нарушениями Дольникова О.А., Летяева О.И. | 20 |
| Импортозамещение топических глюкокортикостероидов с действующим веществом бетаметазон в условиях Сургута Ефанова Е.Н., Васильева Е.А., Азимова Б.А., Алишихова Д.Г. | 22 |
| Подход к идентификации генодерматозов у юношей Гаджимурадов М. Н., Алиева М.Г., Гаджимурадова К.М. | 25 |
| Кожно-венерологической службе Кубани 95 лет. Исторические вехи. Достижения и перспективы Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Егорова Е.В., Глузмина М.М. | 26 |
| Cellgel – новое слово в ранозаживлении Гольцов С.В., Гольцова Е.Н., Гетьман А.Д., Юрков А.С., Чеснокова М.З., Шемонаева О.А. | 28 |
| Лиофилизированный лизат бактерий <i>E. coli</i> в терапии негонококковых уретритов у мужчин Горский В.С., Тищенко А.Л., Савастенко А.Л. | 34 |
| Оценка качества жизни детей с атопическим дерматитом Гостищева Е.В., Тарасова Е.С., Рябошенко Д.В. | 35 |
| Препарат «липсор» – эффективное липосомальное негормональное средство наружной терапии псориаза Грашин Р.А. | 37 |
| Отечественные инновации в косметологии и коррекции состояния кожи Гресь С.Н. | 38 |
| Опыт применения отечественных наружных озонид-содержащих препаратов в практике косметолога Гречканева О.А., Биткина О.А., Соколов С.А., Габасов И.В., Ражева П.А. | 40 |
| Инновационные кремы на основе бактериородопсина для коррекции состояния кожи при иммуноопосредованных заболеваниях Гришкова Е.С., Тюрин С.А. | 41 |
| Мазь уродерм, содержащая 30% мочевины, отечественный лекарственный препарат, повышающий влажность сухой кожи Гузев К.С., Желтовская О.Л., Ноздрин В.И. | 42 |
| Эффективность лазеротерапии в комплексе с кремом «облепиховое масло и мумиё» у больных красным плоским лишаем Хамидов Ф.Ш., Пакирдинов А.Б. | 43 |
| Эпидемиологические аспекты заболеваний кожи лица, ассоциированных с клещами рода <i>demodex</i> Калинина О.В., Ноздрин В.И. | 44 |

Содержание

| | |
|--|----|
| Низкоинтенсивная комбинированная лазерная терапии при нейтропатических осложнениях контурной инъекционной пластики | |
| Карпова Е.И., Данищук О.И., Картелишев А.В., Демина О.М. | 45 |
| Лечение вульгарных и подошвенных бородавок крем-пастой «Вартокс» | |
| Карпова О.А. | 46 |
| Гендерные различия распространенности папилломавирусной инфекции, обусловленной вирусом высокого канцерогенного риска среди пациентов дерматовенерологического профиля | |
| Касаткин Е.В., Лялина Л.В. | 47 |
| Топические ретиноиды первого поколения в лечении хронической экземы у пожилых пациентов | |
| Касихина Е.И., Колбина М.С., Серебренникова К.А. | 48 |
| Опыт лечения осложненных форм микозов с применением отечественного препарата «Абисил» | |
| Хисматулина И.М., Абдрахманов Р.М. | 50 |
| Отечественный препарат Рузам в терапии дерматологических заболеваний | |
| Колганова Н.А., Манина И.В., Терехов Д.В., Осипова В.В. | 52 |
| Приверженность пациентов с псориазом и сопутствующими заболеваниями системы кровообращения к фармакотерапии и здоровому образу жизни | |
| Кондратьева Ю.С., Ведлер А.А. | 54 |
| Фитотерапия дерматозов в СССР в довоенный период | |
| Корсун Е.В., Корсун В.Ф. | 56 |
| Хронические воспалительные процессы репродуктивной системы женщин: методы эффективной терапии | |
| Летяева О.И., Зиганшин О.Р. | 59 |
| Использование отечественного препарата азелаиновой кислоты при лечении акне легкой и средней степени тяжести | |
| Лысенко О. В., Кокшарова И.С. | 62 |
| Исторический путь научных приоритетов дерматовенерологов Южного Урала | |
| Лысенко О.В., Зиганшин О.Р. | 63 |
| История кафедры дерматовенерологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ИГМУ | |
| Малова И.О. | 65 |
| Новые подходы к физиотерапевтической процедуре у больных алергодерматозами | |
| Мавлянова Ш.З., Исмагилов А.И., Мавлянов П.Н., Муллаханов Ж.Б. | 67 |
| ТРФ топография в дерматологии | |
| Моисеев А.А. | 68 |
| Эмоленты: опыт применения в профилактике обострений хронических алергодерматозов в условиях производства цветной металлургии | |
| Моисеева И.В. | 69 |
| Уровень качества жизни, тревоги и депрессии у дерматологических пациентов | |
| Мухаммадеева О.Р., Опенченко А.Д., Юсупова А.Р., Ахметзянова И.И., Тагиева Э.Ф. | 71 |
| История кафедры дерматовенерологии в Челябинске | |
| Нефедьева Ю.В., Зиганшин О.Р., Лысенко О.В., Латанская О.А. | 73 |
| Применение фонофореза геля ферменкол в лечении рубцов постакне | |
| Пересадына С.К. , Васин А.С. | 75 |
| Неинвазивная оценка динамики васкуляризации кожи с использованием ОКТ | |
| Петрова К.С., Немирова С.В., Петрова Г.А., Степанов Н.Г., Исламов Р.А., Чикин М.В., Мочаева Н.А., Матвеев И.С. | 77 |
| Возможности 3d-ОКТ в контроле процедур с использованием препаратов гиалуроновой кислоты | |
| Петрова К.С., Петрова Г.А., Немирова С.В., Сможный А.А., Горская А.А. | 78 |
| Качество жизни пациентов с хроническими дерматозами | |
| Пивень Н.П., Пивень Е.А. | 79 |
| Информационные проекты России по поддержке дерматологических пациентов | |
| Сергеева М.А. | 81 |
| От видеомикроскопии кожи к Российскому цифровому дерматоскопу | |
| Сергеев Ю.В., Сергеев В.Ю. | 83 |

Содержание

| | |
|---|-----|
| Бактериальные вакцины в терапии реактивных эритем | |
| Сорокина Е.В, Масюкова С.А., Ахматова Н.К..... | 85 |
| Применение неотанина в терапии атопического дерматита у детей грудного возраста | |
| Стадникова А.С., Тамразова О.Б. | 88 |
| Атопический дерматит и атопический марш у детей: от диагноза к лечению (из опыта работы врачей аллергологического отделения РДКБ) | |
| Шангареева З.А., Балакина Е.А., Гатиятуллин Р.Ф., Биккинина Г.М. | 89 |
| К вопросу об импортозамещении средств в терапии акне | |
| Устинов М.В. | 91 |
| К вопросу об импортозамещении средств в терапии онихомикоза: место кератолитиков | |
| Устинов М.В..... | 92 |
| Применение препарата орунгамин капсулы фармацевтической компании Озон (Россия) в комплексном лечении онихомикозов | |
| Воронина Л.В. | 94 |
| Особенности клиники и терапии острой формы каплевидного и острого вариолиформного параспориоза | |
| Яковлев А.Б. | 96 |
| Острый вариолиформный параспориоз Муха – Габерманна. Собственное наблюдение | |
| История кафедры дерматовенерологии ИГМУ | |
| Якубович А.И. | 99 |
| Некоторые аспекты сенсibilизации у детей атопическим дерматитом | |
| Зайнуллина О.Н., Хисматуллина З.Р. | 101 |
| Правовые вопросы использования клинических рекомендаций как обязательного инструмента лечебно-диагностического процесса | |
| Жучков М.В., Захарова с.С., Шилин Р.Р. | 103 |
| Вопросы безопасности использования блокаторов бета-адренергических рецепторов у коморбидных пациентов ишемической болезнью сердца и псориазом | |
| Жучков М.В., Шилин Р.Р., Родионова С.А. | 105 |
| Инновационный Российский способ диагностики рефрактерности к ботулиническому токсину типа А | |
| Жучков М.В., Шилин Р.Р., Родионова С.А. | 108 |
| Интраоперационная фотодинамическая терапия базальноклеточной карциномы кожи с применением фотосенсибилизатора фотолон | |
| Зикиряходжаев А.Д., Сарибекян Э.К., Филоненко Е.В., Тукмаков А.Ю..... | 111 |
| Актинолизат – эффективное иммуномодулирующее. Средство с противовоспалительным действием для дечения разнообразных форм гнойно-воспалительных бактериальных и грибковых заболеваний | |
| С.А.Бурова, Федюкина М.Ю., Эмирасланов Ф.Л., Яковлев А.Б., Савенков А.В., Селиванова Л.П., Сидорова М.В., Сиверцева Н.В., Сухов А.В..... | 112 |
| Мазь бензилбензоата – первая отечественная разработка стабильной лекарственной формы для лечения человека | |
| Соколова Т.В. | 116 |
| Сравнительная оценка специфической активности препаратов для лечения зоонозного кожного лейшманиоза in vitro | |
| Кузнецова Ю.К. | 117 |
| Педикулицидные средства: ретроспективный анализ | |
| Лопатина Ю.В. | 119 |
| | |
| Лауреаты медали З.В. Ермольевой..... | 120 |
| Владимир Иванович Ноздрин | 121 |
| София Алексевна Бурова | 122 |
| Каталог спонсоров конференции | 126 |

РОССИЙСКИЕ ЛАЗЕРНЫЕ СИСТЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЕЙ У ДЕТЕЙ

Абушкин И.А.¹, Денис А.Г.⁴, Васильев И.С.², Привалов В.А.², Лаппа А.В.³,
Лапин В.О.¹, Галиулин М.Я.¹

¹Центр медицинских лазерных технологий, Челябинск

²Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск.

³Челябинский государственный университет, Челябинск.

⁴Тверской государственный медицинский университет, Тверь

Введение. Сосудистые опухоли представляют собой большую группу разнообразных заболеваний, как по своим клиническим проявлениям, так и по локализации, что вызывает у врачей различных специальностей не только сложности диагностики, но и выбора адекватного метода лечения [2]. Мы придерживались в своей работе классификации сосудистых аномалий Международного общества по изучению сосудистых аномалий (ISSVA), в частности последней ее версии, принятой в Мельбурне в апреле 2014 г. Методы лечения сосудистых опухолей существенно зависят от их варианта и характера течения. Это может быть простое наблюдение в случае большой части младенческих гемангиом, медикаментозное лечение, хирургическое лечение от малоинвазивного до травматичного иссечения [2]. Важное значение в лечении сосудистых опухолей имеют методы с использованием лазерных технологий [1]. В настоящее время врачи России располагают большим арсеналом отечественных лазерных хирургических аппаратов (полупроводниковых, оптоволоконных и др.) с широким диапазоном режима работы и длин волн излучения. Однако показания к использованию лазерных технологий при конкретных сосудистых опухолях до настоящего времени полностью не разработаны.

Цель работы показать роль и место технологий с использованием отечественных лазеров в лечении различных сосудистых опухолей у детей.

Материалы и методы. В настоящей работе представлен опыт использования лазерных технологий в лечении 2414 больных в возрасте от 20 дней до 12 лет с различными сосудистыми опухолями. Из них у 1500 (62,1%) была младенческая гемангиома; у 750 (31,1%) – пиогенная гранулема; у 160 (6,6%) – врожденная гемангиома и у 4 (0,2%) пациентов – капошиформная гемангиоэндотелиома. Наряду со стандартным клиническим обследованием, у детей с младенческой гемангиомой изучали локальную гемодинамику. 528 пациентам провели УЗ-исследование, у 35 детей – спектрофотометрию неинвазивным анализатором объемного капиллярного кровенаполнения мягких биологических тканей «СПЕКТРОТЕСТ»; у 131 ребенка выполнили тепловидение с использованием тепловизора «IRI 4010» и у 35 больных провели чрескожное измерение напряжения кислорода аппаратом «ТСМ 2». Измерения локальной гемодинамики проводили в младенческой гемангиоме и в здоровом, по возможности симметричном, участке кожи (контроль) в динамике с интервалом 1–2 мес. Полученные результаты сопоставляли со стадией младенческой гемангиомы, определенной клинически и по известным параметрам ультразвукового исследования.

В лечении использовали полупроводниковый лазер с λ 0,97 мкм, оптоволоконные лазеры излучения с λ 1,56 и 1,9 мкм. Все лазеры были предоставлены НТО «ИРЭ-Полус», г. Фрязино, являющимся первым и одним из основных производителей международной корпорации IPG-Photonics – мирового лидера отрасли, созданной и возглавляемой В.П. Гапонцевым. Энергия лазерного излучения доставлялась оптическим волокном диаметром 0,4 мм с плоским торцевым наконечником. Облучение проводили бесконтактно и интерстициально под визуальным и ультразвуковым контролем соответственно. Лазерное излучение было непрерывным или импульсно-периодическим (при бесконтактном воздействии) и вызывало коагуляцию или абляцию биологической ткани (при удалении образований кожи, например пиогенных гранулем). У большей части пациентов лечение проводили под общей анестезией амбулаторно. Результат лечения считали отличным при отсутствии косметического дефекта, хорошим, если остаточные изменения не требовали какой-либо коррекции, удовлетворительным – при наличии косметического дефекта, требующего хирургического лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. Как было отмечено выше, большая (62,1%) часть больных были дети с младенческими гемангиомами. Младенческая гемангиома, хоть и относится к доброкачественным сосудистым опухолям, но в отличие от обычных опухолей, после стадии пролиферации (роста) переходит в инволюцию, которая заканчивается к 5–7 годам с хорошим косметическим результатом. Как показали наши исследования, младенческая гемангиома чаще всего (более 80%) располагается в коже и подкожной клетчатке. По мере своего развития она не прорастает вглубь и не переходит в злокачественную опухоль. Исходя из этого, целью лечения младенческой гемангиомы должно быть, прежде всего, достижение наилучшего косметического результата, а не быстрое и радикальное удаление образования любой ценой.

Чрескожное измерение напряжения кислорода ($TcPO_2$) в младенческой гемангиоме установило, что у 26 (74,3%) из них наблюдалась выраженная локальная гипоксия. $TcPO_2$ в младенческой гемангиоме равнялось $8,16 \pm 1,3$ мм рт ст, что в 4,7 раза было ниже показателей в контроле. В динамике, даже в стадии инволюции, данный показатель оставался низким. У 9 детей $TcPO_2$ в младенческой гемангиоме было равно контролю или снижено незначительно. Оптическая спектроскопия у всех 35 больных показала существенное повышение процентного содержания крови в объеме младенческой гемангиомы в среднем в 2,3 раза по сравнению с контролем ($30,0 \pm 6,0\%$ и $13,0 \pm 4,0\%$, соответственно). В стадию инволюции кровенаполнение младенческой гемангиомы постепенно уменьшалось и приближалось к контрольным показателям. Тепловидение выявило, что в стадию пролиферации в области младенческой гемангиомы наблюдалась выраженная зона гипертермии. Средняя дельта между температурой в области младенческой гемангиомы и контроле (Δt °C) составила $+1,71 \pm 0,3$ °C, $n=32$. В стадию персистенции $\Delta t = +0,77 \pm 0,2$ °C, $n=32$. В стадию инволюции, температура в области младенческой гемангиомы практически нормализовалась. Мы выделили три варианта локальной гемодинамики. Нормальной считали локальную гемодинамику с показателями близкими к параметрам в здоровой области. Интенсивной была локальная гемодинамика, когда в толще младенческой гемангиомы наблюдалось множество сосудов диаметром более 1 мм, кровенаполнение превышало контроль на 25% и более, наблюдалась локальная гипертермия ($\geq 1,5^\circ\text{C}$). При показателях выше нормальных, но ниже интенсивных локальную гемодинамику считали умеренно повышенной.

30 % детей с младенческими гемангиомами с незначительным повышением локальной гемодинамики мы наблюдали. У всех пациентов гемангиомы в течение 5–7 лет исчезли самостоятельно с отличным косметическим результатом. Из пролеченных больных, с умеренным повышением локальной гемодинамики в области младенческой гемангиомы, более 80% получали пропранолол внутрь или местно в виде оригинальной мази. Только при выраженной локальной гемодинамике, что наблюдалось у 10% детей, к лечению пропранололом подключали лазерную терапию. Последнюю проводили интерстициально, т.к. внешнее воздействие лазерного излучения на гемангиому приводило к замещению ее рубцовой тканью, пусть не грубой, но не содержащей пигмента и выделяющей своей белизной. Такие пятна ухудшают косметический результат лечения, что особенно важно для такой частой локализации младенческой гемангиомы как лицо. Исключением являются 5% младенческих гемангиом, течение которых осложнилось изъязвлением. Такая язва быстро увеличивается в размерах, разрушая губы, ушные раковины, нос, приводя в последующем к уродству. У этих больных только неотложная лазерная терапия бесконтактно и интерстициально позволила побороть такое грозное осложнение. Комбинированное лечение младенческих гемангиом пропранололом и лазерным излучением позволило в 2 раза сократить продолжительность использования пропранолола и его дозу. В целом, отличные и хорошие результаты были получены у 97,5% пациентов с младенческой гемангиомой. Удовлетворительные результаты с наличием косметических дефектов, требующих лечения, были вызваны запоздалым лечением после уже возникших осложнений, особенно язв.

Наилучшие результаты лазерной абляции пигментных гранул были получены при использовании излучения с λ 1,9 мкм. Абляция образования кожи данным излучением не сопровождалась коагуляцией здоровой ткани и дала самый лучший косметический результат – нежный рубец площадью меньше основания гранулемы. Рецидивов заболевания не было.

Самые лучшие результаты лечения врожденных неинволюирующих или частично инволюирующих гемангиомы были получены при использовании излучения с λ 1,56 мкм. Такое излучение, достаточно хорошо поглощаемое оксигемоглобином, в импульсном режиме позволило эффективно коагулировать сосудистую ткань без повреждения элементов кожи. Теорию селективного фототермолиза нужно обязательно учитывать при выборе для лечения той или иной длины волны лазерного излучения.

У 2 детей с обширными капошиформными гемангиоэндотелиомами после первой процедуры внутритканевой лазерной терапии опухоль значительно уменьшилась в размере, нормализовались тромбоциты крови. Выздоровление достигнуто после 5 и 6 процедур, соответственно, с интервалами в несколько месяцев. У 2 детей с локальными опухолями в поясничной области и на голени полное выздоровление наступило после одного и двух сеансов, соответственно.

Выводы. Лазерная терапия при правильном выборе показаний и технологий высокоэффективна в лечении сосудистых опухолей и может быть рекомендована к широкому клиническому применению.

Список литературы

1. Abushkin I.A et al. Infra-red laser treatment complicated by hemangiomas in children: a ten-year clinical experience. Proc. SPIE 7883. 2011; T1-T9.
2. Hemangiomas and Vascular Malformations. An Atlas of Diagnosis and Treatment. Eds. Mattasi R, Loose DA, Vaghi M. Springer. 2015: 485p.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМФОДЕРМА К И ТАКРОПИКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Афанасьева И.Г.

Иркутский государственный медицинский университет МЗ РФ

Для лечения атопического дерматита (АД), особенно у детей, отдается предпочтение высоко безопасным и высоко эффективным топическим глюкокортикостероидам. Считается, что необходимо вылечить все очаги поражения при АД, иначе рецидивы будут наблюдаться чаще, и лечение будет неэффективным [1]. Одним из самых ранних симптомов АД является зуд. Быстрое купирование вспышек неконтролируемого зуда, который нарушает сон и влияет на качество жизни не только детей, но и их родителей, является приоритетным в лечении АД [2]. Если вовремя не прервать главный признак заболевания, это приведет к усилению воспалительного ответа, к учащению рецидивов заболевания, к обострению симптомов и тяжести заболевания [3]. Кроме этого, успешное лечение АД связано еще и с таким важным параметром, как скорость противозудного эффекта [4].

Актуальные глюкокортикостероиды являются золотым стандартом в лечении АД. Это препараты первого выбора для местной противовоспалительной терапии. Проактивная терапия топическими ГКС (использование 2 раза в неделю под контролем в течение длительного времени) помогает снизить вероятность обострения АД. Они рекомендуются и в начальной стадии обострения АД для уменьшения зуда [5–7].

На сегодняшний день дерматологи на детских приемах сталкиваются с огромной проблемой – гормонофобией, широко распространенной не только среди родителей маленьких пациентов, но и врачей-педиатров. Страх применения топических гормонов иррационален и известен еще с советских времен.

Не только в России, но и в Германии предубеждения в отношении кортикостероидов в любой форме большей части населения, вызывают опасения и упорные возражения против их применения [8].

Чем же лечат обеспокоенные мамы своих детей? Что включает в себя родительская лечебная самодеятельность? Перед вами небольшой список самого парадоксального: «мазь» из сливочного масла с томленным луком, облепиховое масло, мазь из желтков, «при сильном зуде в одной распашонке выносили на мороз», купание в чистотеле, «парили в русской бане с запаренными свежими травами (чистотелом, крапивой, березой)», уринотерапия, БАДы (Detox и др.), фитосборы, самовнушение и т.д.

В связи с этим, первоочередная задача врача-дерматолога на детском приеме – это обстоятельно, с точки зрения доказательной медицины, переубедить родителя применять неэффективные, а зачастую вредные схемы терапии. Во всем мире признано, что топические гормоны – самые эффективные средства для лечения АД. Доктора назначают эти препараты, следуя существующим международным и российским рекомендациям, созданным на основе результатов исследований с участием десятков, сотен тысяч пациентов [5, 9, 10].

Одним из безопасных и эффективных препаратов является метилпреднизолон ацепонат (МПА) – местный кортикостероид четвертого поколения, зарекомендовавший себя как мощное противовоспалительное лекарство в программах острой и поддерживающей терапии у младенцев и детей с АД-связанным зудом. Он имеет значительно улучшенный терапевтический индекс (увеличение потенции без пропорционального увеличения побочных эффектов) [2, 4].

Этот актуальный топический кортикостероид обладает минимальными местными или системными побочными эффектами. Кроме того, он предлагает возможность одноразового дозирования, что обеспечивает преимущества с точки зрения соблюдения пациентом режима лечения [11].

На сегодняшний день одним из самых современных ГКС в арсенале дерматолога является препарат «Комфодерм К», с уникальным составом: МПА + керамида. Важным качеством препарата является его селективность: прицельно активен только в очаге поражения, не влияя на здоровую кожу.

При применении топических ГКС у маленьких детей и младенцев необходимо помнить о повышенном риске абсорбции из-за особенностей строения кожи. К ним относятся:

малая толщина, по сравнению со взрослыми, обильная васкуляризация дермы, слабо развитые зернистый и блестящий слои, рыхлость расположения ороговевающих клеток, в связи с чем скорость пенетрации местных ГКС сильно увеличивается;

более высокий показатель отношения площади кожи к массе тела, в связи с чем токсические эффекты от применения топических ГКС будут потенциально выше.

Кроме того, избыточное всасывание местных ГКС может привести к подавлению функции надпочечников [12, 13]. Комфодерм К обладает минимальной системной абсорбцией, т.к. содержит негалогенизированный ГКС (4 класс силы), с высоким профилем безопасности. Он разрешен к применению с 4-мес возраста, а также удобен в применении (1 раз в сутки) [14]. Комфодерм К содержит метилпреднизолон ацепонат в микронизированной форме, что позволяет препарату трансдермально проникать более глубоко, равномерно распределяться в очаге поражения, а также достигать эффекта в меньших дозах.

Включение керамидов в Комфодерм К способствует восстановлению барьерных свойств кожи, стимуляции обновления клеток кожи, а также глубокому увлажнению. Комбинированный гидрофобный компонент (комбинация масел с различной степенью растекания) обеспечивает препарату равномерное распределение

по поверхности кожи и быстрое впитывание. В острую стадию воспалительного процесса мы назначаем Комфодерм К один раз в день, а затем 2 раза в неделю в качестве проактивной терапии, для снижения вероятности обострения АД.

Кроме актуальных кортикостероидов, которые являются основой лечения АД, терапией первой линии, в качестве альтернативы применяют топические блокаторы кальциневрина в широком диапазоне тяжести заболевания с упором на их эффективность в быстром купировании зуда [3, 15, 16].

Сегодня самым доступным такролимусом в Российской Федерации является препарат Такропик. Данный топический блокатор кальциневрина – высококачественная разработка российских ученых, с уникальной гидрофильной основой. Такропик занял достойную нишу в дерматологической практике.

Благодаря запатентованной гидрофильной основе, мазь Такропик текстурно является кремом: косметически презентабелен, нет ощущения жирности, липкости, тяжести на коже.

Взрослым и детям старше 2 лет препарат Такропик® наносят тонким слоем на пораженные участки кожи. Не следует наносить препарат на слизистые оболочки и под окклюзионные повязки. Для лечения детей (2 г. и старше) и подростков до 16 лет мы используем 0,03% мазь Такропик® 2 раза в сутки, в течение 3-х нед.. В дальнейшем переходим на применение один раз в сутки, и продолжаем лечение до полного очищения очагов поражения.

Для профилактики у пациентов с частыми (более 4 раз в год) обострениями используем поддерживающую терапию Такропиком®: 2 раза в неделю (в понедельник и четверг) на участки кожи, обычно поражаемые при обострениях.

Проведенные отечественные исследования и наш опыт применения нового комбинированного препарата метилпреднизолон ацепонат с керамидами, и такролимуса с уникальной гидрофильной основой доказали высокую безопасность, эффективность, хорошую переносимость новинок фармацевтического рынка.

Курс на импортозамещение декларируется в России с 2014 г. Одной из задач Федеральной целевой программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года» является развитие производства инновационных лекарственных средств и медицинских изделий. Разработки российскими учеными новых препаратов Комфодерм К и Такропик являются инновационными, качественными и полностью соответствуют целям импортозамещения, показывая высокую клиническую эффективность, безопасность и сохранение длительной ремиссии.

Список литературы

1. Torrelo A. Methylprednisolone aceponate for atopic dermatitis. *Int J Dermatol.* 2017; 56(6): 691-7.
2. Blume-Peytavi U, Metz M. Atopic dermatitis in children: management of pruritus. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012; 26(Suppl 6): 2-8.
3. Fleischer AB, Jr, Boguniewicz M. An approach to pruritus in atopic dermatitis: a critical systematic review of the tacrolimus ointment literature. *J Drugs Dermatol.* 2010; 9(5): 488-98.
4. García Ponte L, Ebert U. Frontiers of rapid itch relief: a review of methylprednisolone aceponate. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012; 26 (Suppl 6): 9-13.
5. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология. 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс, 2016: 768 с.
6. Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Кениксфест Ю.В. и др. Различные лекарственные формы метилпреднизолон ацепоната в терапии тяжелых аллергических заболеваний кожи. *Вестн дерматол венерол* 2013; 5: 138-50.
7. Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Кениксфест Ю.В. и др. Оптимизация наружной терапии стероидчувствительных дерматозов. *Вестн. дерматол и венерол* 2007; 4: 45-51.
8. Болезни кожи у детей: пер. с англ. Д. Абек, В. Бургдорф, Х. Кремер. М.: Мед. лит. 2007: 160 с., ил.
9. Olivry T, DeBoer DJ, Favrot C et al. Treatment of canine atopic dermatitis: 2015 updated guidelines from the International Committee on Allergic Diseases of Animals (ICADA). *Intern. Comm. on Allergic Dis. of Animals. BMC Vet Res.* 2015; 11: 210.
10. Katayama I, Kohno Y, Akiyama K et al. Japanese Guideline for Atopic Dermatitis 2014. *Japanese Society of Allergology. Allergol Int.* 2014; 63(3): 377-98.
11. Luger TA. Balancing efficacy and safety in the management of atopic dermatitis: the role of methylprednisolone aceponate. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011; 25(3): 251-8.
12. Батыршина С.В. Глюкокортикостероиды для местного применения в современной стратегии терапии дерматозов в педиатрической практике. *Практическая медицина*, 2014, 9(85): 94-102.
13. Болезни кожи новорожденных и грудных детей: краткое руководство для врачей. И.А. Горланов, Л.М. Леина, И.Р. Милявская и др. СПб: Фолиант, 2016. 208 с. : ил.
14. Инструкция по Комфодерму К ЛП 003211-220915-15.
15. Cury Martins J, Martins C, Aoki V, Gois AF, Ishii HA, da Silva EM. Topical tacrolimus for atopic dermatitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Jul 1;(7): CD009864.
16. Bieber T, Vick K, Fölster-Holst R. et al Efficacy and safety of methylprednisolone aceponate ointment 0.1% compared to tacrolimus 0.03% in children and adolescents with an acute flare of severe atopic dermatitis. *Allergy.* 2007; 62(2): 184-9.

НИНА ПЕТРОВНА КУЗНЕЦОВА: ДЕЛАТЬ ДОБРО ЛЮДЯМ

Афанасьева И.Г.

Иркутский государственный медицинский университет МЗ РФ

В нынешнем XXI веке царит культ звезд шоу-бизнеса. Лидеры мнений сегодня не учёные, не интеллектуалы, а актёры, певицы, спортсмены. К их точке зрения прислушиваются по самым различным вопросам – начиная с того, в чём смысл жизни, до проблемы: за кого голосовать на выборах? Они претендуют на глубокий анализ и бесспорные выводы. Их глубокомысленные изречения заполнили социальные сети, журналы, газеты.

Однако, это очередное заблуждение, логическая ошибка. Мир держится на других людях, для которых все великие вещи просты, и могут быть выражены в отдельных словах: свобода, справедливость, честь, долг, милосердие, надежда.

К счастью, такие люди среди нас. Они настолько совершенные, что их земное происхождение вызывает сомнения. Они радуют нас одним своим существованием, они отвлекают нас от прозы будней, они вдохновляют нас на творчество и являются источником нескончаемого позитива и радости.

Мой собеседник не нуждается в представлении. И это не удивляет: в течение шести десятилетий она лечила, консультировала, делилась опытом, учила большую армию врачей, пациентов, студентов, интернов, ординаторов и курсантов.

...Зимний вечер, за окном снег и мороз. Мы сидим дома на уютной кухне, пьем горячий чай и неторопливо беседуем. Я беру интервью у **НИНЫ ПЕТРОВНЫ КУЗНЕЦОВОЙ**. Потомственного врача, заслуженного деятеля науки Бурятии, доктора медицинских наук, почётного профессора Иркутского государственного медицинского университета, заслуженного врача РФ.

Мягкий, интеллигентный тембр голоса, добрый взгляд, приятные черты лица, обаятельная улыбка, неиссякаемая харизма. Я смотрю на Нину Петровну. Возраст не властен над ней - без всяких пластических операций Нине Петровне не дашь больше пятидесяти...

Это огромная роскошь – встретить в жизни «старшего», своего учителя. Без проводника в клинический мир, без хорошего наставника в медицине делать нечего. Когда я была студенткой, занимающейся в кружке, ординатором, аспирантом, Нина Петровна заботилась обо мне: занималась, буквально за руку водила по пациентам, советовала и делилась профессиональной литературой. Как же не возникнуть чувству уважения и пиетета в такой ситуации? Всё закономерно. Когда общаешься с умным и положительным человеком, как будто от него идет такое излучение, что ты и сам приобретаешь эти качества. Нина Петровна относится к специалистам такого уровня, что хочется брать с них пример во всем – и в том, как совершенствуются профессионально, и в том, как относятся к жизни.

Моей красивой, многогранной, блистательной, тонкой, искренней, щедрой, лёгкой, мудрой, обаятельной, излучающей доброту, Нине Петровне – 90!!! Она - одно из немногих украшений нашей жизни, что не блёкнут с годами и десятилетиями. Всегда восхищаюсь ее разумом, творческим мышлением, деликатностью и оптимизмом! Нина Петровна очень увлеченный и преданный человек, умеет вдохновлять людей и рождать в них новые идеи. Природа наградила этого человека многими талантами, в том числе достоинством, благородством, умением дарить людям благо. Низкий Вам поклон!!! Желаем Вам, чтобы в Новом Году всё, о чем мечтается – сбывалось, всегда находилось время на себя и дорогих сердцу людей и, конечно, желаем не болеть и сохранять бодрость духа!

Хочется верить, что это интервью поможет читателю поближе и получше узнать и без того хорошо известного человека.

Интервью с Ниной Петровной

- Нина Петровна, путь к мастерству очень непрост. Кто помогал вам на этом пути?

- Прежде всего, мои родители, моя мама. Я выросла во врачебной семье. Дух медицины и врачевания постоянно царил в нашем доме. Папа мой умер, когда мне было всего 7 лет. В то время у меня еще не было никаких мыслей о дальнейшей судьбе. Мама старалась привить мне, прежде всего доброту, доброе отношение к людям. «Делать добро людям» — это был девиз всей нашей семьи. Так что, в основном, на пути становления, мне помогали родители.

Близость к медицине давала возможность быть в хороших, добрых отношениях со многими врачами и профессорами. Профессор Каплун, под руководством которого я впоследствии работала, еще в студенческие годы тоже привлекал меня к проблеме медицины.

В качестве небольшого отступления. Летом мы обычно отдыхали на Аршане. В то время я еще училась в институте. Там был как раз медицинский коллектив: профессор Каплун, профессор Соркина, доцент Меерович



Жизнь ведь тоже только миг,
Только растворенье
Нас самих во всех других
Как бы им в даренье.

Борис Пастернак

– хирург, и многие другие, и жили мы все на одной большой даче. По вечерам собирались все вместе. И в один из таких вечеров, Каплун, очень эрудированный, с большим чувством юмора, человек, написал стихотворение:

«Нине К. посвящает автор К.»
«В мире микробов – страх и волнение
Кокки, спириллы – в полном смятении,
Сальварсан, пенициллин, мафарсен и сульфидин
С трех сторон «Венеру» жмут
Скоро ей придет капут.
Лишь бациллы без отказа
Все плодятся, стервецы,
В буторчатке и прокаже окопались хитрецы.
Впрочем, участь их сурова
Впереди их ждет провал –
Это Нина Кузнецова будет бить их наповал!
Это Нина мир избавит от последствий всех бацилл,
Человечеству прибавит миллионы новых сил!!!»

Я тогда еще и не думала о выборе специализации, но он меня прямым текстом призывал и советовал, чтобы я пришла в дерматологию. У меня был выбор стать или акушер-гинекологом, как моя мама, или дерматологом. Институт я закончила с отличием и мой выбор пал все-таки на дерматовенерологию. Специальность, которой я посвятила 63 года.

– **Кого из своих наставников, кроме Мануэля Самойловича Каплуна, Вы бы еще выделили?**

– Моим непосредственным руководителем в клинике была Капитолина Иосифовна Стратиевская. Когда я пришла в клинику мне сразу дали вести 12 больных сифилисом. У меня была женская палата.

Моим руководителем по докторской диссертации была профессор Антонина Сергеевна Чубарова. Она была правая рука члена-корреспондента АМН СССР Петра Васильевича Кожевникова.

С Петром Васильевичем я консультировалась по кандидатской диссертации. Ко мне было очень хорошее отношение, к кому бы я ни обращалась. И в Ленинграде, и в Москве. Но особенно – в Ленинграде. Там было очень доброжелательное отношение ко всем молодым ученым. Охотно приглашали осваивать новые методики.

Сыграло определенную роль и то, что мама вышла замуж за Льва Ильича Юдовича. Он был доцентом кафедры кожных болезней. Каждый год я старалась поехать в Москву, и в свой отпуск тоже, бывать там на консультациях известных дерматовенерологов (Каламкарян А.А., Скрипкин Ю.К., Смелов Н.С.).

– **А какая была тема Вашей кандидатской диссертации?**

– Сам процесс формирования темы, выбор темы для кандидатской был очень сложный.

У нас при клинике был виварий, и мы с В.Д. Скородумовой заражали кроликов, проводили безмышьяковую терапию, только висмутом. Исследовали кровь. Профессор М.С. Каплун предложил тему именно по экспериментальному сифилису. Напутствовал меня: «Посоветуйтесь, поезжайте в Москву». И я, набравшись смелости, поехала в Москву к А.А. Студницину, замдиректора института по науке. Профессор был очень строгий. Сказал, что эту тему можно выполнить только в условиях института, где есть хороший виварий. А база при Иркутском институте будет недостаточная. И посоветовал заняться какой-нибудь другой темой.

Я поехала в I Московский институт И.М. Сеченова и была у профессора В.А. Рахманова. Он всегда был одет очень элегантно и носил галстук-бабочку. Профессор мне посоветовал заняться профессиональной патологией или курортным лечением. Я все складывала в копилку. Вернулась в Иркутск. М.С. Каплун говорит: «Нет, все-таки, будете сифилис изучать. Поезжайте в Ленинград». Мануэль Самойлович на маленьком бумажечке написал записочку профессору П.В. Кожевникову: «Уважаемый Петр Васильевич, прошу Вас проконсультировать мою аспирантку». И я поехала в Ленинград. Тогда было два института: институт Республиканский в Ленинграде и Московский Центральный институт. Профессор Кожевников тогда был заместителем директора Республиканского кожно-венерологического института МЗ РСФСР и возглавлял науку. И вот я добралась, подаю ему эту маленькую записочку. Он прочитал, побеседовал со мной, спросил, чем я занимаюсь. «Ну, хорошо, садитесь на диванчик, ешьте орешки». Дал мне орешки. Сам сел за машинку, тогда компьютеров не было. И через какое-то время вынимает листики из печатной машинки, и говорит: «Вот Вам план диссертации, тема». Я ему рассказала, что занимаюсь радиоактивным фосфором, а М.С. Каплун настаивал, чтобы я занималась экспериментальным сифилисом.

Тема, которую мне предложил профессор Кожевников, называлась «Ближайшие и отдаленные результаты лечения капиллярных ангиом радиоактивным фосфором». Он отсоветовал заниматься экспериментальным сифилисом, предложив изучение ангиом. Направил в лабораторию института имени Павлова, осваивать методики. И потом, где бы он ни был, писал мне, интересовался, как дела. Иногда письма начинались так: «Пишу в поезде...». Вот такое было заинтересованное и очень доброжелательное отношение. Когда я осваивала методики в лаборатории I Ленинградского медицинского института им. акад. И.П. Павлова, воспользовавшись случаем, пришла на обход. Проводила его действительный академик АМН СССР Ольга Николаевна Подвысоцкая. Я старалась всегда и везде бывать на обходах и получать знания.

Возвратившись в Иркутск, рассказываю М.С. Каплуну, что все-таки профессор Кожевников порекомендовал мне заняться изучением ангиом. Но Каплун настаивает: «Нет, продолжайте экспериментальный сифилис». И я какое-то время продолжала вести две темы: и кроликов лечить, и фосфором заниматься. У нас была доцент Теплиц, она приехала из Самарканда, из Средней Азии, которая помогала мне заниматься с радиоактивным фосфором. Его мы получали через кафедру рентгенодиагностики. Петр Васильевич Кожевников давал советы, потихоньку работа сформировалась, и я определилась с темой. Я делала аппликации, причем тогда же не считали, что это радиация. β -лучи – воздействие только на кожу и все(!). У нас была комната, а в ней закрытая клетушка. Я там закрывалась и на плитке выпаривала фосфор(!). (Эти вредные пары не прошли даром – пневмосклероз. Прим. ред).

Были и опыты, и гистология на кроликах. Вот такой непростой был период поисков.

- В каком году Вы защитили кандидатскую диссертацию?

- 1962 году, в Томске. Тогда пришло указание, что по месту выполнения диссертации нельзя защищать научную работу. Ближайший был Томск. Мануэль Самойлович написал заведующему томской кафедрой профессору Бейрах Исааку Соломоновичу. Была зима, я поехала туда перед Новым Годом. Это была предзащита. Двое суток, возвращаясь обратно, я сидела на вокзале – не было билетов. Это был кошмар! Я намерзлась, никого знакомых не было... Ехать в Томск было очень трудно, с пересадками в Тайге. Вот в Тайге-то я и ждала долго. Причем сесть некуда, а я с таким большим чемоданом (Скородумова Вера Дмитриевна дала мне особый чемодан – плоский, но большой, чтобы вместились все таблицы). Билетов нет. И тут ко мне присоединилась какая-то молодая женщина. У нее тоже был багаж, небольшой чемоданчик. Она предложила мне покараулить вещи, а сама решила пробраться в кассы. Я дала ей 100 рублей – столько стоил билет. Ее долго не было. Приходит, говорит: «Ой, Вы знаете! Деньги я потеряла...» И все – и исчезла... Хорошо, что у меня еще оставались деньги. Через комнату отдыха мне как-то удалось сесть на поезд.

Потом уже, когда я приехала во второй раз на защиту в сентябре, я нашла в Томске знакомую – Ковайкину Марью Ионовну, которая до М.Я. Явербаума заведовала Областным Иркутским кожно-венерологическим диспансером.

И.С. Бейрах помогал мне – прикрепил ко мне своего аспиранта Лоншакова Юрия Иннокентьевича. Он потом защитил докторскую. Раньше же не было слайдов, презентаций, и вот он носил мои огромные таблицы с макрофотографиями.

На защите мне дали список членов диссертационного совета. А ты при этом никого не знаешь... А к каждому нужно было обращаться по имени-отчеству, отвечая на вопросы. Было очень трудно! Одним из оппонентов моей кандидатской был патологоанатом Грацианский, потому что в диссертации был большой гистологический раздел. Он написал мне отзыв на 14-ти страницах(!). Вторым оппонентом был И.С. Бейрах.

Все члены диссертационного совета проголосовали единогласно.

После защиты было такое ощущение, что ты проваливаешься куда-то в невесомость... состояние невесомости. Тогда в Томске было очень хорошо с продуктами, и я устроила в своем номере для сотрудников кафедры и оппонентов стол. Заказала в ресторане заливного поросенка. Икра продавалась в таких больших железных синих банках. И у меня была дилемма, что купить – туфли себе или икру домой. Думаю, ладно, куплю икру, чтобы всех родных порадовать.

После защиты профессор Бейрах послал нашему М.С. Каплуну телеграмму: «Поздравляю блестящей защитой».

- А какие события сопровождали Вас при защите докторской?

- В 1957 году появилась больная с непонятным заболеванием. Потом я прочитала заметку в газете "Медицинский работник" В.Я. Арутюнова «Кожная форма порфириновой болезни». Меня это заинтересовало. Стали приходить больные, накапливаться материал. И мы начали изучать это заболевание не только с точки зрения кожи. Меня поразило, что было много форм, много проявлений нарушения порфиринов. И некоторые формы были связаны с поражением нервной системы, печени. Мы стали обследовать больных.

Консультировала пациентов невролог из клиники профессора Ходоса Екатерина Андреевна Петрова. Она обратила внимание на нарушенную чувствительность у таких больных по типу высоких перчаток, снижение некоторых рефлексов, атрофия мышц, снижение мышечной силы. То есть такой полиневритический синдром. Мы с ней стали углубленно изучать и анализировать эти явления. И в результате, как итог, у Е.А. Петровой получилась кандидатская диссертация «Неврология поздней кожной порфирии». Потом начали исследовать с офтальмологами этих больных – тоже нашли изменения глаз. С терапевтами изучали печень. Это центр, где в первую очередь, происходит обмен порфиринов. Исследовали циррозы у больных. Мне много помогал вдумчивый, серьезный, высоко эрудированный и тонкий клиницист – доцент Григорий Иванович Лютов.

Когда я приехала советоваться по докторской диссертации с профессором Кожевниковым, он похвалил, и сказал, что тема крайне интересная. Передал меня А.С. Чубаровой. Она была очень эмоциональной, восторженной. Занималась спортом, ходила на лыжах. Была очень интересным человеком. Она мне посоветовала развивать научную работу в плане системности, что это не просто кожа, но и страдания печени, нервной системы. А на тот момент было мнение, что кожная порфириновая болезнь – это только изменения кожи. Мы описали нервную форму. Контактывали с другими специалистами, занимающимися порфириями (Панков Б.С., Кривошеев Б.Н.). Принимали участие в конференциях по порфириям (Таллин).

Докторская уже была готова, а в связи с тем, что Совет еще не был сформирован, у меня все затягивалось.

Я защитила докторскую в 1974 году, а меня провели по конкурсу заведующей кафедрой уже в 1972 году.

После защиты Антоньев А.А., заведующий кафедрой московского ЦОЛИУВом, предложил написать монографию. Кстати, он был членом ВАК и первым сообщил мне, что диссертация утверждена. Для написания монографии А.А. Антоньев предложил объединить всех тех, кто изучал порфирии (Б.С. Панков, Б.Н. Кривошеев, В.П. Капралов, Н.П. Кузнецова, А.С. Чубарова и В.И. Музыка). В 1981 г. в Москве была издана монография «Порфирии», в издательстве «Медгиз», авторы Н.П. Кузнецова, Б.С. Панков, А.С. Чубарова, Б.Н. Кривошеев, В.П. Капралов. Никаких гонораров не было. В качестве гонорара – прислали 10 экземпляров книги. Все шло не гладко, но постепенно.

Докторскую диссертацию я защитила 18 мая 1974 года. Последняя защита. Первым оппонентом был генерал армии, действительный член Академии наук, академик, главный военный консультант армии, заведовал кафедрой военно-медицинской академии Шапошников О.К. Вторым оппонентом – Штейнлухт Л.А., профессор, заведующий кафедрой педиатрического института, а третий был профессор Сибиркин Н.В., терапевт. А.С. Чубарова потом поделилась, что впервые слышала такое блестящее выступление профессора Шапошникова как оппонента. А я очень боялась его, думала, что разнесет меня. У меня было слабое место – количественный состав порфиринов. Не очень много исследований, не у всех было, частично. Потому что методика была очень сложная, и я никак не могла пробить ее. У Б.Н. Кривошеева в Новосибирске все было поставлено на поток.

- Нина Петровна, а вспоминаете ли свое детство? Какое оно было?

- Несмотря на всю сложность жизни в тот период, родители старались дать мне хорошее воспитание. С 6 лет меня начали учить французскому языку. Я еще по-русски не умела писать, а по-французски уже писала, бегло говорила. Француженка, которая со мной занималась, говорила мне: «Надо научиться думать на французском языке». Она мне советовала: «Вот ты идешь в школу, придумывай какой-нибудь рассказ, но на французском языке». Я свободно читала французские книги. Потом в 7 классе начался английский язык. Музыкой я начала заниматься позже с профессором Городецкой. Она не ходила – передвигалась в кресле. Ноги у нее были закрыты пледом. Она была блестящим музыкантом. С ней занималась моя мама, которая у нее закончила курс по фортепьяно. Профессор Городецкая предлагала маме поступить в консерваторию. Но мама все-таки решила пойти в медицину, хотя музыка всегда была рядом. Мы жили тогда рядом с роддомом, так как папа был главным врачом родильного дома. И моя мама давала уроки музыки. Коляску со мной она ставила у рояля. Я росла и воспитывалась в музыкальных «парах».

Когда я пошла в школу в 1933 году, то того здания 15 школы, в которой она сейчас расположена еще не было. Школа тогда помещалась в сегодняшнем здании «Дружбы народов». Директор школы был Часовитин. Его сын учился в нашем классе. Был очень хороший контакт учителей с учениками. Я свою учительницу первых классов помню до сих пор – Анна Тимофеевна Шестаков. Она вела у нас первые 4 класса. Когда я пришла в школу, я уже умела читать и писать. И мне сказали, что тебе нечего делать в первом классе и сразу перевели во второй класс. Так что школу я начала сразу со второго класса. Единственное, что чистописания у нас уже не было, и учительница все время мне писала в тетрадке – «работай над почерком».

- А какой любимый предмет был в школе?

- Вообще, я хотела быть учительницей. После уроков я оставалась и занималась с отстающими учениками. Мне нравилось писать на доске. Русский, литература были моими самыми любимыми предметами. Геометрию я не любила.

- Нина Петровна, Вы очень много ездили не только по России, но и за рубеж. Расскажите о самых памятных для Вас поездках и с кем, с какими личностями они связаны. Что было интересного.

- Мои поездки начались как туристические. Первым был круиз по Дунаю. Там было 6 стран: Румыния, Болгария, Югославия, Австрия, Венгрия, Чехословакия. Чисто образовательная поездка и очень интересная. А вот потом уже поездки были связаны одной идеей. В 1980 г. меня включили в группу «Нормандия-Неман». Там были женщины-летчицы (с одной я жила в комнате, она была Героем Советского Союза), которых фашисты называли «ночные ведьмы». Они служили в женском полку ночных бомбардировщиков. В Париже была встреча в ресторане с французскими героями.

Вторая поездка тоже была во Францию и называлась «Дни Молдавии». В этой группе было много участников из Молдавии, из Москвы, из Иркутска я одна. В этой группе был наш дерматолог, заведующий кафедрой дерматовенерологии I Московского медицинского института Роберт Сергеевич Бабаянц – молодой, очень эрудированный, знающий. Целью нашей поездки было не только посещение Парижа, а именно места, где произрастают виноградники. Эта поездка была с дегустацией вин. Куда бы мы не приезжали, нас везде угощали разным шампанским, винами. Меня поразило, что очень большой участок виноградника обрабатывает один работник на маленьком тракторе. Работает потихонечку. Никаких помощников. Сам собирает урожай. Причем это были лучшие сорта винограда и вино отправлялось, в том числе и в Кремль.

Интересная поездка у меня была в Индию в 1982 году. Предложил мне ее профессор А.Г. Шантуров. Он был вице-президентом Всесоюзного Общества Советско-Индийской дружбы. Потом издали маленькую книжку «От Байкала до Ганга» и мои воспоминания туда тоже вошли. Было очень интересно. Индия – это страна контрастов. В Калькутте – нищета, живут в картонных коробках. Может быть там сейчас всё изменилось, но тогда это было именно так. Тут же вода – колонка, и тут же стирают, моют, берут воду для питья. И в то же самое время – шикарные гостиницы, роскошная свадьба на слонах. Вот такие контрасты. Больницы там были очень небольшие. Нас интересовала, конечно, еще и медицинская сторона.

Затем была Малайзия (Куала Лумпур). Я думала, что это страна очень отсталая. Но оказалось, что там такой сервис и такая культура! Эта поездка была связана с образованием. Мы спросили: "Как студенты отработывают? Нам ответили: «А у нас студенты не отработывают – они у нас не пропускают. Все посещают, все заинтересованы. «Ловят» знания, берут все, что возможно». И никаких пропусков. У них английская система образования. Во-первых, у них нет такого количества предметов, как у нас. С третьего курса – комплексный экзамен: анатомия, гистология – один экзамен. А клинические дисциплины изучают после третьего курса. Медицинская практика со второго курса. Студентов посылают в какой-то определенный район территории. Сначала практика ознакомительная – студент знакомится с районом, с жителями. После третьего курса начинается второй этап практики. Овладев медицинскими навыками медицинской сестры, студенты выполняют работу в этом же районе. Потом врачебная практика, в этом же районе, где они уже досконально знают каждого жителя. Тем самым достигается особое взаимопонимание как у семейных врачей. И, наконец, после окончания ВУЗа, молодые врачи едут в этот же район и работают там какое-то время. Это в Малайзии.

Затем мы полетели в Сингапур. Это тоже был контраст! В Сингапуре мы были всего один день. Какая там чистота!!! Попробовали носовым платком протереть тротуар – чисто!!! Чистота идеальная. А какая там архитектура! Поражает воображение!!! Это особая страна... Когда мы вылетали из аэропорта, нам каждому подарили по букету восхитительных орхидей.

В Японии тоже пришлось побывать, дважды. Я была вместе с ректором А.А. Майбородой, Е.Г. Кирдеем, Е.П. Лемешевской. Там было очень интересно. Поразило высочайшее качество техники. Все идеально. Все зажимается, включается, открывается.

А первый раз я была в Японии, когда только начинались наши дружеские связи по линии «Канадзава – город побратим». Причем руководителем нашей делегации был Л. М. Шафиров, секретарь горкома партии. Но он скрывал это, потому что было не совсем удобно, что политический деятель возглавляет группу. Он говорил про себя, что он просто инженер. Но когда мы приехали в Японию, в газетах уже напечатали, что группу из Иркутска возглавляет первый секретарь горкома – Шафиров! Мы в качестве сувенирчиков взяли маленькие баночки икорки. Думали, что мы их удивим. А приехав на рынок, увидели, что икра там стоит ящиками!)). Нам стало неудобно дарить... Нас привезли на гончарное производство. Шафиров спрашивает: «Ну, а скажите, а какая у вас норма в день?». А рабочий никак не мог понять этот вопрос, в конечном итоге ответил: «Сколько сделаю, столько и продам».

Еще я была в Монголии. А познакомились мы с Долгор, когда ехали в Польшу, на Конгресс. В вагоне осталось два человека: я и Долгор. Я ее, конечно, заочно знала. Так мы с ней познакомились, подружились. Потом она стала меня приглашать к себе. В Монголии все-таки чувствуется, что это – одна нация и один народ. У них присутствует сплоченность. И это, видимо, дает возможность быстро развиваться. Нет никаких конфликтов. Когда у Долгор был юбилей, они пели гимн страны все вместе, дружно. При первом моем посещении Монголии, культура была на низком уровне. А сейчас у них чисто европейский стиль. В гостиницах – везде электроника. В ресторанах – очень много деликатесов, вкусные барбекю. Все знают языки. На усовершенствование едут в Болгарию, Японию. Очень быстро идет строительство. Месяца три пройдет и – дом готов. Им много помогают другие страны – Южная Корея, например. Оттуда нашим дерматологам привезли оборудование для целого косметического кабинета. Они получали снабжение от ВОЗ как слаборазвитая страна, и плюс они устанавливают контакты с другими странами. Вначале, конечно, мы им помогали. И в том числе с разработкой и добычей полезных ископаемых. А вот, например, шерсть. Они объединяются, например, с Венгрией и делают совместное европейского качества производство. Или меховое производство. Они молодцы, быстро сориентировались и идут гигантскими шагами. У каждого там машина, даже не проедешь, много машин, пробки.

- **Нина Петровна, как бы Вы охарактеризовали стиль своего руководства?**

- Демократический. Я 33 года заведовала кафедрой, за этот период много сменилось сотрудников, но я всегда оценивала людей по их профессионализму. На кафедре не было конфликтов, было взаимопонимание, доброжелательность. И теперь на кафедре работают мои ученики: А.И. Якубович, И.О. Малова, Н.М. Рудых, А.Ю. Чащин, И.Г. Афанасьева. Все они плодотворно трудятся, и достойно сохраняют лучшие традиции. Я с ними поддерживаю связь. Мы встречаемся по праздникам, поздравляем друг друга.

- **И все-таки главным своим учителем кого Вы считаете?**

- Во многом я старалась поступать так, как моя мама, потому что со своим большим стажем и опытом она могла мне подсказать ответы на многие вопросы. Потом уже сформировалось какое-то собственное мнение, принципы.

- **А главный принцип, которого Вы придерживаетесь всю жизнь?**

- Делать добро людям. Как девиз, как кредо.

- **Скажите, что Вы больше всего цените в мужчине?**

- Порядочность, честность, ум.

- **А в женщине?**

- Пожалуй, тоже порядочность, доброжелательное отношение. На добрых отношениях должны строиться все отношения в мире. Тогда не будет войн, не будет скандалов, конфликтов. Это редкость для нашего времени.

- **Наиболее важные качества для врача с Вашей точки зрения?**

- В первую очередь, врач должен сопереживать больному. Если врач относится формально, то это – не врач. В. М. Бехтерев говорил: «Если больному не стало легче после разговора с врачом, значит, это плохой врач». Важны не только глубокие знания и совершенства, а важен контакт с больным, взаимопонимание.

- **А если бы не медицина?**

- Стала бы учителем русского и литературы.

- **Вы дружите с искусством?**

- Насколько возможно, посещаю музеи, выставки, концерты. В Москве всегда ходила в театры. Но, увы, сейчас это не так просто для меня.

- **Что для Вас семья?**

- Общий стол, совместные приятные беседы, ну и, конечно, взаимопонимание, спокойствие.

- **Ваши представления о счастье?**

- Счастье в семье, когда люди искренне любят и понимают друг друга. Счастье – когда хорошо и дома, и на работе.

- **Любимый художник?**

- Мне нравится Шилов. У него так хорошо выписаны характеры людей, безупречно четко проработана каждая деталь.

- **Любимое музыкальное произведение?**

- Мой любимый – второй концерт для фортепиано с оркестром Рахманинова. Могу его слушать снова и снова. Мама играла очень много. И Шопена, и Листа. Я воспитана на музыке с детства.

- **Какое природное явление восхищает вас больше всех?**

- Солнце. Я люблю солнце.

- **Какого писателя Вы можете перечитывать снова и снова?**

- Александра Грина.

- **Какая эстрадная песня Вам нравится?**

- «Ноктюрн» Арно Бабаджаняна и Роберта Рождественского в исполнении Муслима Магомаева.

- **Что Вы считаете мерилом достойного проживания жизни?**

- Жить честно, трудиться.

- **Что бы Вы пожелали молодым врачам?**

- Любить свою профессию и постоянно совершенствовать свои знания.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ЛИЦА И ШЕИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПОЛУЧЕНИЯ ТЕРМИЧЕСКИ ОБРАБОТАННЫХ МОДИФИКАЦИЙ ТРОМБОЦИТАРНОЙ АУТОПЛАЗМЫ

Быкова Ю.Н., Титова Л.А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н.Бурденко
Клиника «Медика», Воронеж

В современной косметологии широко известны технологии, использующие нативную богатую тромбоцитами аутоплазму (ТАП) для коррекции возрастных изменений кожи [1, 2, 3]. В последние годы начали применять термически обработанные модификации ТАП, получаемые при ее нагревании в термостате. [4] Так как белки плазмы имеют разную температуру денатурации нами была разработана методика получения 2 термически обработанных модификаций: фибриновой (при которой наблюдается необратимая денатурация фибриногена и переход его в фибрин при нагревании ТАП до 56 °С) и протеиновой (при которой необратимо денатурируют все белки крови при нагревании ТАП до 75–80 °С) – патент на изобретение №2629527 от 29.08.2017.

Специфической особенностью фибриногена является легкая денатурация при нагревании при меньших температурах, по сравнению с глобулинами и альбуминами [5]. Для необратимой денатурации фибриногена достаточна температура 52–56 °С и выше. Явление денатурации фибриногена очень схоже с естественным явлением свертывания, при этом фибриноген – карпускулярный белок переходит в фибрин – фибриллярный белок. Образуется редкая решетка, так называемая фибриновая матрица [5]. Фибриновая матрица способствует нормальной клеточной инфильтрации моноцитов, фибробластов и других клеток, играющих важную роль в регенерации тканей [6, 7] Фибрин не только облегчает миграцию фибробластов, но и сам по себе ускоряет синтез соединительной ткани и неоангиогенез. [8]

Методика использования фибриновой термической модификации ТАП заключается в инъекции в кожу лица и тела тромбоцитарной аутоплазмы нагретой в термостате до 56 °С, в результате чего происходит необратимая денатурация фибриногена и обратимая денатурация других белков плазмы. Нити фибрина при инъекции в ткани являются своеобразной естественной сетчатой матрицей, вокруг которой синтезируются новые коллагеновые волокна и происходит уплотнение тканей. Так как после нагревания аутоплазмы факторы роста тромбоцитов становятся неактивными, то эта форма может применяться совместно с нативной формой ТАП, что дает возможность использовать как механизмы, связанные с факторами роста, так и с выпадением нитей фибрина. Для альбуминов температура необратимой денатурации начинается с 67–72 °С, для глобулинов с 69–75 °С. При нагревании плазма начинает мутнеть с 64 °С [5, 9].

Методика использования протеиновой термической модификации ТАП – это технология введения препарата, получаемого из собственной плазмы пациента, в результате нагревания ее до температуры 75 °С и выше. При этом наблюдается необратимая денатурация всех белков плазмы. Денатурированный белок при попадании в организм расщепляется ферментами протеазами до аминокислот, которые компенсируют дефицит структурного материала в тканях и используются в синтетических процессах клетки. В результате чего происходит структурное улучшение тканей. Таким образом, использование протеиновой модификации ТАП выполняет не только роль наполнителя тканей, но и восполняет их структурный дефицит. Скорость биодegradации термически обработанной аутоплазмы будет зависеть от активности тканевых ферментов, а также от уровня аминокислотного дефицита в тканях.

Сочетание нативной ТАП и ее термически обработанных модификаций позволяет работать в различных слоях мягких тканей лица и тела с учетом особенностей старения каждого пациента, составлять индивидуальные программы эстетической коррекции, добиваясь эффекта стереомоложения тканей.

Цель. Оценить эффективность и безопасность применения нативной тромбоцитарной аутоплазмы (ТАП) и ее термически обработанных форм фибриновой и протеиновой для коррекции возрастных изменений кожи лица и шеи.

Задачи. Сравнить эффективность коррекции возрастных изменений кожи лица и шеи нативной ТАП с сочетанным применением нативной ТАП и ее фибриновой термической модификацией, а также сочетанной терапией всех трех форм ТАП (нативной, фибриновой и протеиновой) для более эффективного составления терапевтических программ.

Материалы и методы. Проведено открытое сравнительное проспективное исследование результатов лечения 45 пациенток от 35 до 67 лет с возрастными изменениями кожи лица и шеи, которые были разделены на 3 группы по 15 человек в зависимости от применяемых схем лечения. Для коррекции возрастных изменений кожи в 1 группе применялась нативная тромбоцитарная аутоплазма, во 2 группе ее сочетание с фибриновой термической модификацией, а в 3 группе ее сочетание с фибриновой и протеиновой термическими модификациями.

Результаты оценивались пациентами и врачами с использованием шкалы GAIS (от -1 до 3 баллов). 1 – ухудшение состояния, 0 – отсутствие результата, 1 – слабый результат, 2 – хороший результат, 3 – отличный результат. Оценка проводилась через 14 сут после последней процедуры с учетом визуальных изменений клинической картины, данных дерматоскопии, проводимой на аппарате Aramo SG и обработанной с помощью программы SkinXP Pro, и макрофотографирования. Для сравнительной оценки достоверности результатов использовался расчет коэффициента Стьюдента (t-test) с помощью программы IBM SPSS Statistics version 22.

Результаты.

1. Коррекция нативной тромбоцитарной аутоплазмой и ее термически обработанными формами возрастных изменений кожи лица и шеи оказалась достаточно эффективной. Клинически это выразилось в улучшение цвета, увлажненности кожи лица и шеи, уменьшением или исчезновением гиперпигментации, уменьшением отечности и улучшением контуров лица (за счет усиления лимфодренажа), уменьшением глубины морщин и складок. Ни в одной из групп не было зафиксировано ухудшений или отсутствие изменений после коррекции. В 1-й группе (средний возраст $46,4 \pm 7,7$, средняя степень исходных изменений $2,46 \pm 0,64$) средняя оценка эффекта коррекции возрастных изменений кожи лица и шеи составила $1,63 \pm 0,49$. Результат как слабый оценили 47% (7) пациентов и 27% (4) врачей; как хороший 53% (8) пациентов и 73% (11) врачей. Во 2-й группе (средний возраст $46,75 \pm 9,9$, средняя степень исходных изменений $2,66 \pm 0,98$) средняя оценка эффекта коррекции составила $2,13 \pm 0,51$. Результат как слабый оценили 6,7% (1) пациентов и 6,7% (1) врачей; как хороший 66,7% (10) пациентов и 80% (12) врачей и как отличный 26,6% (4) пациента и 13,3% (2) врачей. В 3 группе пациентов (средний возраст $46,42 \pm 11,6$ лет, средняя степень тяжести исходных изменений $2,50 \pm 0,94$) средняя оценка эффективности коррекции составила $2,30 \pm 0,47$. Результат как хороший оценили 66,7% (10) пациентов и 73,4% (11) врачей и как отличный 33,3% (5) пациентов и 26,6% (4) врачей.

2. Полученные данные показывают, что статистически высоко достоверно более эффективным является сочетанное применение нативной ТАП с ее термической фибриновой модификацией ($p=0,0004 < 0,001$) или сочетанием всех трех форм ТАП: нативной, фибриновой и протеиновой ($p=0,00002 < 0,001$), чем монотерапия нативной ТАП.

3. За время лечения осложнений зафиксировано не было.

Выводы. Полученные результаты позволяют предполагать, что использование сочетания нативной ТАП с ее термически обработанными модификациями для коррекции возрастных изменений кожи более эффективно, чем монотерапия нативной ТАП. Отсутствие осложнений за время наблюдения и аутологичность материала позволяют говорить о высоком уровне безопасности этого метода лечения.

Заключение. Нативная ТАП в качестве монотерапии, а также в сочетании с термическими формами фибриновой и протеиновой, могут включаться в терапевтические программы по коррекции возрастных изменений кожи лица и тела. Их различное сочетание позволяет осуществлять индивидуальный творческий подход врача к решению проблем каждого конкретного пациента.

Список литературы

1. Redaelli A, Romano D, Marciano A. Face and neck revitalization with platelet – rich plasma (PRP) clinical outcome in a series of 23 consecutively treated patients. J Drugs Dermatol. 2010; 9: 466-72.
2. Platelet-rich plasma in regenerative medicine. Guhta Ra Hara, Thaha Basu, Biomed Res Ther. 2014; 1: 25-31.
3. Ахмеров Р.Р., Зарудий Р.Ф., Рычкова И.Н., Бочкова О.И. Плазмолифтинг (Plasmolifting) – лечение возрастной атрофии кожи богатой тромбоцитами аутоплазмой. Эстетическая медицина 2011; 10(2): 3-9.
4. Ахмеров Р.Р. Регенеративная медицина на основе аутологичной плазмы. Технология Plasmolifting. М.: Литтерра; 2014.
5. Григорьев П.Г. Технология белковых пластических масс. М.: ОНТИ, Гл. ред. хим. лит. 1935.
6. Майбородин И.В., Колесников И.С., Козодий Д.М. и др. Возможность ускорения репаративных процессов в костных тканях в результате применения фибрина. Фундаментальные исследования. 2011; 2: 98-105.
7. Choukroun J., Diss A., Simonpiero A. et al. Platelet rich fibrin (PRF): a second generation platelet concentrate. Part V: histologic evaluations of PRF effects on bone allograft maturation in sinus lift. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 2006; 101(3): 299-303.
8. Schwartz-Arad D, Levin L, Aba M. The use of platelet rich plasma (PRP) and platelet rich fibrin (PRF) extracts in dental implantology and oral surgery. Refuat Hapeh Vehashinayim. 2007; 24(1): 51-55, 84.
9. Скоупс Р. Методы очистки белков. Пер. с англ. М.: Мир; 1985.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ЭНДОГЕННЫХ ПОРФИРИНОВ В КОЖЕ У БОЛЬНЫХ АКНЕ

Демина О.М., Картелишев А.В., Потекаев Н.Н., Карпова Е.И.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ,

ФНКЦ детской гематологии онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева МЗ РФ
Клиника Данищука, Москва

Введение. Порфирины в организме человека являются предшественниками гема, первым этапом биосинтеза которого является образование 5-АЛК из глицина и сукцинил СоА в присутствии АЛА-синтетазы. В дальнейшем из двух молекул АЛА синтезируется порфобилиноген, молекулы которого трансформируются в уропорфириноген III с последующим образованием протопорфирина IX (ПП IX), присоединяющий молекулу железа в присутствии феррохелатазы с образованием гема. По современным данным установлена ведущая роли в патогенезе угревой болезни (УБ) четырех основных механизмов: гиперпродукцию себума гиперплазированными сальными железами; патологический фолликулярный гиперкератоз; колонизация сально-волосяных фолликулах *Propionibacterium acnes* в анаэробных условиях и формирование воспалительной реакции. *P.acnes* в процессе жизнедеятельности, синтезируя копропорфирин III, значительно увеличивают концентрацию порфиринов в областях пораженной кожи.

Цель исследования – определить патофизиологическое значение обмена порфиринов в коже у больных акне.

Материалы и методы. Обследованы 38 пациентов, из них 27 (71,1%) женщин и 11 (28,9%) мужчин, с различными формами акне в возрасте $23,5 \pm 1,7$ лет. Все пациенты предъявляли жалобы на высыпания на коже лица с длительностью заболевания в среднем $5,2 \pm 1,2$ года. У всех наблюдаемых пациентов было проведено исследование уровня эндогенных порфиринов в коже методом флуоресцентной диагностики (ФД) с помощью лазерной электронно-спектральной установки ЛЭСА-01- «БИОСПЕК» (ЗАО «Биоспек», Россия).

Результаты: полученные данные о синтезе порфиринов в кожи показали, что уровень эндопорфиринов у больных при всех степенях тяжести был достоверно повышен: при легкой степени тяжести УБ составил $3,74 \pm 1,23$ отн. ед. ($p < 0,05$), при средней степени тяжести - $4,38 \pm 1,69$ отн. ед. ($p < 0,05$), при тяжелой - $8,22 \pm 1,28$ отн. ед. ($p < 0,05$).

Результаты. Проведенный анализ метаболизма порфиринов в коже показал прямую корреляцию уровня эндопорфиринов со степенью тяжести акне и свидетельствует об их активном вовлечении в патогенез УБ. **Полученные данные показывают целесообразность динамического анализа** обмена порфиринов в коже у больных акне и, учитывая, что порфирины являются эндогенными фотосенсибилизаторами, является обоснованием назначения фототерапии акне.

КРАТКАЯ ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА О СТАНОВЛЕНИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

Дикова О.В., Колыганов В.В.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева

Дерматовенерологическая служба на территории Мордовии возникла вскоре после революции 1917 г. Уже в 1920 г. при Саранской уездной больнице открываются кабинеты по лечению кожных больных и больных сифилисом, в 1923 г. при Краснослободской уездной больнице – кожно-венерологическое отделение на 20 коек.

Для выполнения постановления ВЦИК и СНК РСФСР от 24 января 1927 г. «О мерах по борьбе с венерическими заболеваниями» в г. Саранске был открыт городской кожно-венерологический диспансер, в 1928 году – Мордовский областной кожно-венерологический диспансер. После образования МАССР 1 марта 1937 г. Мордовский областной кожно-венерологический диспансер был реорганизован в Мордовский республиканский кожно-венерологический диспансер.

В 1979 г. введено в строй сегодняшнее здание Мордовского кожно-венерологического диспансера.

ГБУЗ РМ «МРКВД» является крупным лечебно-диагностическим учреждением Республики Мордовия. На



До 1965 г. диспансер размещался в небольшом одноэтажном деревянном здании на ул. Сычкова, дом 7, где имелось всего лишь несколько кабинетов для приема амбулаторных больных.



С 1965 г. диспансер был развернут на 75 коек, располагал физиотерапевтическим кабинетом, клиничко-диагностической и серологической лабораториями, находился в 2-этажном здании по ул. Щорса, дом 35.

врачей смежных клинических специальностей.

На настоящий момент в составе МРКВД имеются следующие структурные подразделения: амбулаторно-поликлиническое отделение на 115 посещений в смену, дневной стационар на 25 коек, три стационарных отделения, организационно-методический кабинет, подростковый центр профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем – «Доверие», централизованная серологическая, клиничко-диагностическая и бактериологическая лаборатории, физиотерапевтическое отделение.

У истоков организации кожно-венерологической службы стоял Козлов Иван Алексеевич. После окончания медицинского факультета Казанского университета в 1918 г. он приехал в Саранский уезд и был назначен заместителем комиссара Саранского уездного комиссариата здравоохранения. В 1920 г. Козлов И.А. был избран членом Саранского уездного исполкома, и в 1921 г. с его помощью при уездной Саранской амбулатории был организован специальный кабинет для приема больных с кожными и венерическими болезнями. В 1922 г. он стал заведующим кожно-венерологического отделения Саранской городской больницы, в 1927 – главным врачом Саранского кожно-венерологического отделения, с 1928 по 1947 гг. возглавлял Мордовский окружной кожно-венерологический диспансер.

В последующие годы РКВД возглавляли: П. Н. Кузьмин (1947 – 1953 гг.), А. Л. Галагуцкий (1953 – 1968 гг.), И. Н. Тимченко (1968 – 1971 гг.), Е.Н. Гуськов (1971 – 1983 гг.), И.С. Бычко-Токовой (1983 – 2003 гг.), с 2003 г. по настоящее время главный врач ГБУЗ РМ «МРКВД» – Валерий Викторович Колыганов.

Председателями Мордовского регионального отделения «Российское общество дерматовенерологов и косметологов» являлись: Е.Ф. Мостовая, К.Т. Лаптенков, В. Ф. Шабалин, Е.Н. Гуськов, И.С. Бычко-Токовой, В. В. Колыганов, О.В. Дикова – с 2009 г. по настоящее время.

Значительный вклад в развитие дерматовенерологии РМ внесли: И. А. Козлов – Заслуженный врач Мордовской АССР, Е.Ф. Мостовая, Е. Н. Гуськов, И.С. Бычко-Токовой – Отличник здравоохранения, Заслуженный врач Мордовской АССР, Е.Ф. Рассказов, Г.В. Кочеткова, А.А. Кочетков, Н. Г. Рябова, В. Я. Наумова, Л. Н. Пронькина, И. М. Сурков, В. В. Колыганов, О. А. Горшенина, О. В. Дикова, В. В. Байтяков, Г. А. Тягушева, Л. Т. Козьякина, Е. В. Величко, Г. И. Гусева.

На базе ГБУЗ РМ «МРКВД» регулярно проводятся научно-практические конференции по актуальным вопросам дерматовенерологии и косметологии с приглашением ведущих специалистов Республики Мордовия

лечебных консилиумах ведется обсуждение сложных клиничко-диагностических вопросов с привлечением



На фото члены правления Мордовского регионального отделения «РОДВиК», слева-направо: Байтяков В. В. – главный внештатный специалист-эксперт МЗ РМ по дерматовенерологии, д.м.н., профессор; Колыганов В. В. – главный врач ГБУЗ РМ «МРКВД»; Величко Е. В. – зам. гл. врача ГБУЗ РМ «МРКВД» по лечебной части; Дикова О. В. – председатель Мордовского регионального отделения «РОДВиК», зав. курсом кожных и венерических болезней, д.м.н., профессор.

и России. На заседаниях Мордовского регионального отделения РОДВиК обсуждаются актуальные вопросы этиопатогенеза, клиники, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и профилактики дерматозов и ИППП.

Дикова О. В. – зав курсом кожных и венерических болезней (с 1998 г. по настоящее время), доцент (2009), профессор (2013), с 2003 года имеет ученое звание доцента, доктор медицинских наук. Подготовила 4-х кандидатов медицинских наук. Автор и соавтор более 160 научных, 12 учебно-методических работ, 3 рационализаторских предложений, 1 патента на изобретение, 1 монографии. Врач высшей квалификационной категории по специальности «Дерматовенерология». Председатель Мордовского отделения Общероссийской общественной организации «Российское общество дерматовенерологов и косметологов (с 2009 г.). Награждена Почетной грамотой Министерства образования и науки РФ, ветеран труда Российской Федерации.

Байтяков В. В. – главный внештатный специалист-эксперт МЗ РМ по дерматовенерологии (с 2011 г.), доцент (2007), профессор (2014), с 2011 года имеет ученое звание доцента, доктор медицинских наук. Автор и соавтор более 100 научных, 11 учебно-методических работ, 3 рационализаторских предложений, 2 патентов на изобретение, 1 монографии. Врач высшей квалификационной категории по специальности «Дерматовенерология».

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА У МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Дольникова О.А., Летяева О.И.

Южно-Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ, Челябинск

Генитальный герпес – хроническое рецидивирующее заболевание, согласно статистическим данным WHO и CDC на январь 2015г. вирусом ВПГ-2 инфицированы около 400 миллионов человек во всем мире [1]. В Российской Федерации показатель заболеваемости генитальным герпесом в 2014 году составил 14,2 случая на 100000 населения [2]. Длительная персистенция вируса герпеса приводит к развитию иммуносупрессивных состояний [3]. Выделены 3 механизма иммуногенеза герпесвирусной инфекции: иммунодефицит с преобладанием клеточного ответа, иммунодефицит с преобладанием гуморального ответа и выраженный иммунодефицит недифференцированного типа [2,3].

Исследования последних лет показали, что жировая ткань продуцирует широкий спектр медиаторов (адипокинов), которые посредством аутокринных, паракринных и эндокринных механизмов оказывают влияние на метаболические процессы, иммунный статус, состояние сосудистого эндотелия и многие другие показатели гомеостаза [4-6]. Анализ особенностей клинико-лабораторных показателей у пациентов с избыточной массой тела позволяет считать ожирение хроническим субклиническим воспалительным процессом [6].

Спектр провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО- α и многих других), синтезируемых в жировой ткани, во многом совпадает с цитокинами, продуцируемыми клетками иммунной системы в ответ на герпетическую инфекцию. Коррекция иммунных и метаболических нарушений в сочетании с ациклическими нуклеозидами, возможно, позволит более эффективно контролировать рецидивы генитального герпеса.

Одним из средств неспецифической иммунотерапии является препарат Панавир, который представляет собой очищенный экстракт из побегов растения *Solanum Tuberosum*. Основное действующее вещество – биологически активный полисахарид, состоящий из глюкозы, рамнозы, арабинозы, маннозы, ксилозы, галактозы, уроновых кислот. Препарат эффективен в отношении ДНК- и РНК-содержащих вирусов. Механизм противовирусного действия заключается в препятствии адгезии вируса на поверхности клетки, блокаде пенетрации вируса в клетку, нарушении синтеза капсидных белков и заключительной сборке вируса. Панавир обладает иммуномоделирующими эффектами, повышает неспецифическую резистентность организма к различным инфекциям, в том числе к вирусу герпеса и способствует синтезу интерферона.

Цель исследования: оценка клинико-иммунологической эффективности и обоснованности применения препарата Панавир® в комплексной терапии рецидивирующего генитального герпеса у мужчин с избыточной массой тела.

Материалы и методы: в исследование было включено 48 мужчин от 18 до 45 лет с диагнозом рецидивирующая герпетическая инфекция половых органов и мочеполового тракта, имеющих избыточную массу тела и дислипидемию (группа 1). Критерии включения в исследование: рецидивирующий генитальный герпес (количество рецидивов генитального герпеса 5–6 эпизодов в год), избыточная масса тела (ИМТ 25,0–29,9 кг/м²), дислипидемия, согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: сахарный диабет, наличие тяжелой соматической патологии, вирусный гепатит, отказ от участия в исследовании. Группу контроля (группа 2, 20 человек) составили сопоставимые по возрасту мужчины без герпетической инфекции и дислипидемии с индексом массы тела менее 25,0 кг/м².

Пациенты группы 1 были распределены на 2 подгруппы: подгруппа 1А - 25 мужчин с рецидивирующим генитальным герпесом и дислипидемией, получавшие помимо этиотропной терапии (валацикловир по 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней) препарат Панавир (по 5,0 мл внутривенно, 1-, 3-, 5-, 8-, 11-й день терапии, всего на курс 5 инъекций); подгруппа 1Б – 23 мужчины с рецидивирующим генитальным герпесом и дислипидемией, которые получали только валацикловир в указанной выше дозе. Эффективность назначенной терапии у пациентов подгрупп 1А и 1Б оценивалась по динамике разрешения симптомов и снижению частоты рецидивов.

Результаты и обсуждение: пациенты группы 1 при обращении к дерматовенерологу предъявляли жалобы на зуд, жжение, болезненность эрозий. Частота рецидивов у пациентов исследуемой группы составляла 5–6 эпизодов в течение года. До назначения терапии интенсивность клинических симптомов нарастала в течение 1–3 дней, а восстановление поврежденных покровов происходило через 5–7 дней. Оценка липидного профиля показала значимые отклонения в показателях общего холестерина, триглицеридов, индекса атерогенности по сравнению с группой контроля. При исследовании функционального состояния нейтрофилов у мужчин с рецидивирующим генитальным герпесом в межрецидивный период на фоне избыточной массы тела нами было установлено снижение активности фагоцитоза нейтрофилов, однако интенсивность данного процесса и фагоцитарное число было увеличено по сравнению с группой контроля.

У 18 мужчин (72%) подгруппы 1А на 2 сут после начала терапии отмечено уменьшение выраженности зуда и

жжения в местах высыпаний. Полный регресс высыпаний отмечался на 4-е сут. Через 6 мес после проведенного курса этиотропной терапии с применением Панавира большинство пациентов 17 мужчин (68%), отметили отсутствие рецидивов генитального герпеса. Динамическое наблюдение в течение года позволило оценить частоту рецидивов в исследуемой группе: 9 мужчин (36%) отметили только 1 эпизод клинических проявлений генитального герпеса, 3 человека (12%) – отсутствие клиники в указанный период, остальные пациенты подтвердили снижение частоты рецидивов до 4-5 случаев. Пациенты подгруппы 1Б, не отметили изменений в выраженности симптомов, частоты рецидивов и продолжительности эпизодов герпетической инфекции.

Оценивая липидный профиль у мужчин, получавших комплексную терапию с использованием Панавира, через 6 мес было отмечено значимое снижение общего холестерина (5,35 и 6,1) и триглицеридов (1,38 и 1,62) по сравнению с группой пациентов, получавших только этиотропную терапию.

Через 6 мес после проведенной терапии у пациентов основной группы выявлено достоверное изменение индекса индуцированного НСТ – теста по сравнению с исходным уровнем (0,54 и 0,32).

Исследование показателей гуморального иммунитета у исследуемых пациентов с рецидивирующим генитальным герпесом и избыточной массой тела в межрецидивный период не выявило отличий по сравнению с мужчинами группы контроля и между подгруппами 1А и 1Б.

Вывод: применение препарата Панавир в комплексной терапии генитальной герпесвирусной инфекции у мужчин с метаболическими нарушениями привело к уменьшению частоты рецидивов в течение года наблюдений, и способствовало нормализации показателей липидного обмена.

Список литературы

1. Вирус простого герпеса. Информационный бюллетень, Январь 2017 г. Доступно по: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs400/ru/
2. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Рахматулина М.Р., и др. Генитальный герпес. В кн.: Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015. Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. М.: Деловой экспресс; 2016: 655-63.
3. Халдин А.А. Клинико-иммунологическое обоснование пролонгированного назначения Фамвира при дерматологическом синдроме герпетической болезни. Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2005;(2): 68-72.
4. Емелин К.Э. Расстройства пищевого поведения, приводящие к избыточному весу и ожирению: классификация и дифференциальная диагностика. Русс. мед. журн. 2015; 23(29): 12-5.
5. Kaur H, Adams-Huet B, Smith G., Jialal I. Increased neutrophil count in nascent metabolic syndrome. *MetabSyndrRelatDisord*. 2013; 11(2): 128-31.
6. Шварц В.Я. Воспаление жировой ткани. Часть 6. Действие медикаментозных средств. Проблемы эндокринологии. 2012; 58(1): 67-73.

ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЕ ТОПИЧЕСКИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ С ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ БЕТАМЕТАЗОН В УСЛОВИЯХ ГОРОДА СУРГУТА

Ефанова Е.Н., Васильева Е.А., Азимова Б.А., Алишихова Д.Г.

Сургутский государственный университет, медицинский институт

В течение последних лет Российская Федерация ведет политику, направленную на импортозамещение лекарственных препаратов и медицинской техники. В 2011 г. была принята Федеральная целевая программа «Фарма-2020», которая является одним из инструментов, способствующим развитию данной политики. «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу» (утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации от 17 февраля 2011 г. №91). Согласно данной программе, 90% всей медицинской продукции должно производиться на территории России. План импортозамещения в медицинской отрасли, включающий 601 наименование лекарственных средств, предполагает максимальное сокращение объемов импорта.

В результате в России появляется все больше современных производств, которые могут обеспечивать население высококачественными и доступными лекарственными препаратами и медицинскими изделиями.

В настоящее время назначение и выписывание лекарственных препаратов осуществляется медицинским работником по международному непатентованному наименованию, а при его отсутствии – группировочному наименованию, согласно приказа Минздрава России от 20 декабря 2012 г. №1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

Государственному регулированию подлежат все цены на лекарственные препараты, входящие в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации. В данный перечень входят топические глюкокортикостероиды, такие как гидрокортизон, мометазон и бетаметазон (Распоряжение Правительства РФ от 28 декабря 2016 г. № 2885-р «О перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2017 г.»).

Топические глюкокортикостероиды в настоящее время являются наиболее часто используемой в дерматологии группой препаратов. Их назначение регламентировано Федеральными клиническими рекомендациями и «стандартами» оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями кожи при большинстве нозологий. Топические глюкокортикостероиды обладают значимым противовоспалительным, противоаллергическим, сосудосуживающим и противозудным эффектами. Это и определяет данную группу препаратов, как наиболее востребованную, лидирующую в дерматологической практике.

Эффективность наружной терапии кожных заболеваний обеспечивается удачно подобранными в зависимости от нозологии и стадии воспаления наружными формами препаратов. Выбор кортикостероидного средства на фоне все возрастающего поступления на фармацевтический рынок новых лекарственных препаратов иногда представляется для практического врача довольно сложной задачей, требующей постоянного пополнения специальных знаний.

Распространенным топическим глюкокортикостероидом, используемым в терапии кожных заболеваний, является бетаметазон. Назначение бетаметазон в форме крема, мази или спрея, регламентировано «Федеральными клиническими рекомендациями. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем» при большей части неинфекционных дерматозов. Согласно инструкции по применению, показаниями для назначения на кожу бетаметазона являются: дерматиты (простой, эксфолиативный, солнечный, себорейный, радиационный, герпетический, контактный, атопический и другие), экзема (детская, монетовидная и др.), псориаз, узловатая чесотка Гайды, красный плоский лишай, кожный зуд, дискоидная красная волчанка, крапивница, многоформная эксссудативная эритема, генерализованная эритродермия (в составе комплексной терапии), пузырчатка, грибковидный микоз и другие кожные заболевания.

Противопоказаниями для применения на кожу являются: кожные проявления сифилиса, туберкулез кожи; бактериальные, вирусные, грибковые кожные заболевания (в т.ч. ветряная оспа, герпес); трофические язвы голени, связанные с варикозным расширением вен; рак кожи, невус, атерома, меланома, гемангиома, ксантома, саркома; розацеа и обыкновенные угри (возможно обострение заболевания), поствакцинальные кожные реакции, у детей до 1 года – сыпь (на фоне зрелости).

Цель исследования – изучить реализованность импортозамещения топических глюкокортикостероидов с действующим веществом бетаметазон в условиях города Сургута.

Задачи исследования. Оценить обеспеченность топическими глюкокортикостероидами с действующим веществом бетаметазон аптек г. Сургута и изучить структуру лекарственных препаратов с действующим веществом бетаметазон, предлагаемых в аптеках (по странам-производителям и коммерческим названиям препаратов).

Оценить критерии назначения топических глюкокортикостероидных препаратов врачами дерматовенерологами

Таблица 1

Торговые наименования наружных лекарственных препаратов с действующим веществом бетаметазон

| Торговое название препарата | Страна производитель |
|-----------------------------|----------------------|
| Акридерм | Россия |
| Белодерм | Хорватия |
| Целестодерм | Бельгия |
| Бетлибен | Хорватия |
| Бетновейт | Великобритания |

г. Сургута.

Изучить приверженность врачей дерматовенерологов импортозамещению в дерматологии на примере топических глюкокортикостероидов с действующим веществом бетаметазон.

Материалы и методы. По 1 и 2 задачам: методом случайной выборки корреспонденты посетили 30 аптек в различных районах города Сургута. Запрашивали топический глюкокортикостероид с действующим веществом бетаметазон в форме крема. В соответствии с задачами 3,4 проведен социологический опрос врачей дерматовенерологов г. Сургута в форме анкетирования. Анонимная анкета для врачей состояла из 5 открытых, закрытых и полужакрытых вопросов.

Результаты исследования. Во всех посещенных корреспондентами аптеках города Сургута среди прочих топических глюкокортикостероидов с действующим веществом бетаметазон имелся в наличии отечественный препарат «Акридерм». Ценовой диапазон крема варьировал от 105 до 162 рублей. Ни в одной из аптек, участвующих в исследовании, провизор не запросил назначения врача на рецептурном бланке.

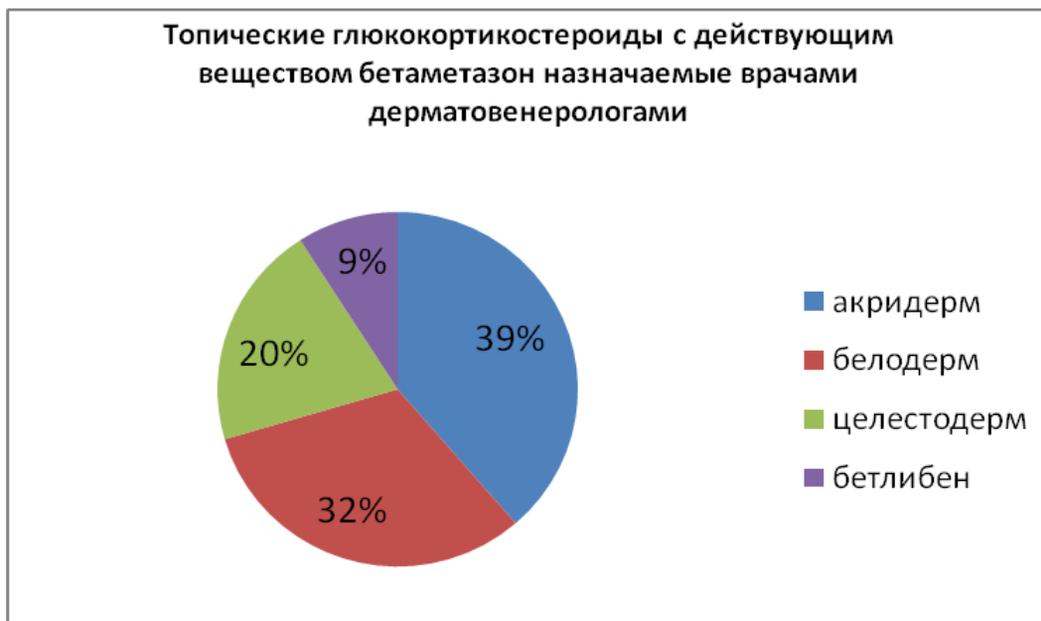
В ходе исследования выяснилось, что подавляющее большинство провизоров (52%) предлагали топический глюкокортикостероид российского производства «Акридерм». Реже рекомендовали крем «Белодерм» производства республики Хорватия – 29%, цена в пределах 154 до 300 рублей. В 13% предложен бельгийский препарат «Целестодерм» стоимостью от 211 до 332 рублей. Кроме того, в аптеках позиционировались комбинированные топические препараты, содержащие в своем составе бетаметазон: «Белосалик» и «Тридерм» по 3% соответственно (диаграмма 1).



Далее нами проводилось анкетирование 46 врачей дерматовенерологов различных лечебно-профилактических учреждений города Сургута для определения приверженности импортозамещению. Опыт работы врачебного персонала по специальности «дерматовенерология» варьировал от 2 до 25 лет.

При назначении топических глюкокортикостероидных препаратов 48% врачей отметили, что используют международное непатентованное название лекарственного препарата, в том числе и для местного применения на высыпания на коже, а 52% врачей используют коммерческие названия. При назначении топических глюкокортикостероидов большинство врачей руководствуются в первую очередь личным опытом и доказательной базой (39%), а затем уже ценой препарата (22%). Абсолютно все врачи учитывают клинические рекомендации при назначении топических глюкокортикостероидных препаратов. На вопрос «Какой препарат из группы топических глюкокортикостероидов с действующим веществом бетаметазон Вы предпочитаете назначать пациентам?», лидирующее место занял препарат «Акридерм» – 39%. Лекарственный препарат «белодерм» также любим врачами и

назначается в 32% случаев. 20% опрошенных дерматовенерологов предпочитают назначать препарат «целестодерм» (Диаграмма 2).



Вывод. Проведенное исследование выявило высокий уровень приверженности импортозамещению на рынке топических глюкокортикостероидов с действующим веществом бетаметазон как в аптечной сети города Сургута, так и среди врачей дерматовенерологов. Не исключена взаимосвязь между лидирующей позицией отечественного препарата «акридерм» в форме крема в аптеках и позиционированием его медицинскими работниками; очевидно, что чем чаще препарат назначается врачами, тем выше его продажи. Радует факт осведомленности врачей дерматовенерологов нормативной документацией в сфере лекарственного обеспечения и использования в практической деятельности клинических рекомендаций.

ПОДХОД К ИДЕНТИФИКАЦИИ ГЕНОДЕРМАТОЗОВ У ЮНОШЕЙ

Гаджимурадов М. Н., Алиева М.Г., Гаджимурадова К.М.

Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Махачкала

Врожденные пороки развития ногтей могут быть как единственным проявлением, так и составной частью комплекса нарушений, включающего и имбецилитет.

Этиология пороков развития может быть связаны с генетическими факторами или непосредственными неблагоприятными воздействиями на эмбрион либо плод.

К генетическим факторам относят перезревание половых клеток родителей (нахождение сперматозоидов или женской яйцеклетки в половых путях женщины до 2 сут и, таким образом, позднее оплодотворение), нарушение хромосомного аппарата половых клеток у пожилых родителей, мутация.

К факторам, воздействующим непосредственно на плод, помимо радиационных, термических, гормональных, алиментарных относятся и психические травмы матери. Психическая травма обуславливает гипердренилинемию, которая может вызвать расстройство плацентарного кровообращения, а последнее, будучи даже кратковременным, может послужить причиной уродств.

Симптомы (стигмы) поражения ногтевого органа не строго патогномичны для генодерматозов. Но все же знание их является хорошим подспорьем для врача призывной комиссии в постановке диагноза заболевания, при котором врожденный дефект ногтей может сочетаться с некоторым отставанием умственного развития призывника.

Так, в ГБУ РД Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ Дагестана поступил для обследования призывник с предварительным диагнозом военного комиссариата – онихомикоз.

Считает себя больным с раннего детства, когда родители заметили у ребенка плоские ногти кистей и стоп.

Объективно: общее состояние пациента удовлетворительное. Все ногтевые пластинки плоские (платонихия). На ладонях диффузный гиперкератоз (легкая степень); гипертрихоз лба и шеи. Половые органы сформированы правильно, патологии зубного ряда и зрения не выявлено.

Только у бабушки призывника установлена подобная патология ногтей. Из анамнеза необходимо отметить, что с опозданием начал говорить, а также имел проблемы в школе: учеба давалась с трудом, отставал в развитии от сверстников. После восьмого класса обучение продолжать был не в состоянии (не усваивал материал).

Анализ крови и мочи в пределах нормы. В соскобах с ногтевых пластин патогенный грибок не выявлен.

Поражение ногтей пациента носит врожденный характер, сочетаясь с гипертрихозом лба и шеи, гиперкератозом ладоней и умственным недоразвитием. В связи с этим необходима консультация психиатра, что позволит либо признать призывника непригодным для службы в Вооруженных Силах МО РФ, либо только в определенных видах войск.

В скором времени МО России переходит на контрактную систему набора военнослужащих. Это повышает ответственность врача призывной комиссии в фильтрации контрактников с ограниченным потенциалом обучения воинским специальностям. Именно ониходистрофии могут служить критерием крупномасштабного скрининга контрактников для их дальнейшего углубленного обследования дерматовенерологом и психиатром.

КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ КУБАНИ 95 ЛЕТ. ИСТОРИЧЕСКИЕ ВЕХИ. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Егорова Е.В., Глузмина М.М.

Клинический кожно-венерологический диспансер МЗ Краснодарского края

До революции в казачьих охранах медицинские учреждения делились на войсковые, которые содержались за счет казачьего войска, и гражданские.

В Екатеринодаре основным медицинским учреждением была войсковая больница, преобразованная в 1874 г. из Екатеринодарского войскового госпиталя (ныне НИИ-ККБ №1 им. С.В. Очаповского).

Для обслуживания горожан в XIX веке больница-богадельня, первоначально созданная для лечения и проживания одиноких престарелых казаков, была преобразована в Екатеринодарскую городскую больницу (ныне Городская клиническая больница № 1), где были развернуты койки для венерических больных. Согласно отчета за 1913 г., в структуру Екатеринодарской Городской больницы входило венерическое отделение, а также кожно-венерологический кабинет в составе Городской амбулатории.

В отчете Екатеринодарской городской больницы за 1913 г. сохранилась запись доктора М.М. Потапова, заведующего венерическим отделением амбулатории: «... амбулатория в настоящее время производит большую и очень полезную работу, уменьшает значительно громадную сумму зла, причиняемого венерическими болезнями населению, о чем красноречиво говорят следующие цифры: сделано 10022 перевязки, впрыскиваний ртути – 2731, вливаний в вену Неосальворсана – 3841. Всех посещений было 18270». Медицинское обслуживание проституток волновало кубанских врачей, несмотря на скромную по нынешним меркам численность городских поселений.

М.А. Буй, будучи ординатором венерического отделения в 1913 г., писал в отчете: «... необходимо построить отдельное здание для лечения проституток, коек на 50, ... которых оставлять без больничного лечения нельзя, потому что они могут служить рассадниками венерической болезни».

По сути, врачебные осмотры проституток явились прообразом современных медицинских осмотров.

«Правила публичнымъ женщинамъ» предписывали проходить лечение при заражении: «Публичные женщины, зараженные венерической болезнью, если явятся в особую женскую больницу добровольно, принимаются в нее для лечения бесплатно; за тех, напротив, которыя поступают в оную вследствие свидетельствования чрез врачей, взыскивается определенная сумма».

Пикантную славу дома свиданий в Екатеринодаре имел «Гранд-отель» мадам Е.Г. Губкиной (возле дома купцов Богарсуковых). По иронии судьбы впоследствии в нем располагалось отделение профмедосмотров краевого кожвендиспансера.

В период гражданской войны, разрухи и социальной неустроенности выросли масштабы проституции. Из-за повышенной миграции населения резко обострилась ситуация с венерическими заболеваниями.

После освобождения Екатеринодара Красной Армией от армии генерала Деникина в 1920 г. Кубано-Черноморский ревком и отдел народного образования принимают решение о создании Кубанского университета в составе трех факультетов: медицинского, естественного и социально-исторического.

Создание медицинского факультета было всемерно поддержано медицинским отделом 9-й Красной Армии, и её 30-летним командующим М.К. Левандовским.

Осенью 1920 г. в стенах бывшего Епархиального женского училища начала работу кафедра кожных и венерических болезней медицинского факультета в составе Кубанского Государственного университета.

После февральской революции и до 1923 г. на юге России медицинскую помощь венбольным оказывали преимущественно частнопрактикующие врачи, поэтому для основной части населения эта помощь была недоступна.

Прошедший в 1923 г. в Москве I Всесоюзный съезд по борьбе с венерическими болезнями утвердил новую концепцию работы кожно-венерологической службы и дал старт быстрому развитию в СССР сети венерологических диспансеров и кабинетов в поликлиниках, профилактических противовенерических пунктов и венерологических отрядов.

Венерологические отряды на Кубани занимались выявлением и лечением венерических больных среди сельского населения отдаленных районов, а также санитарным просвещением жителей станиц и хуторов.

15 мая 1923 г. для оказания бесплатной квалифицированной лечебной помощи больным венерическими и кожными заболеваниями в Краснодаре был создан вендиспансер под руководством М.А. Буя. в составе 5 врачебных кабинетов, с подчинением городскому отделу здравоохранения горисполкома,

На улице Рашилевской, где разместился городской кожвендиспансер, до революции в помещениях бывшего керосинового склада купца Николаева находился «Дом призрения» для престарелых и одиноких людей. После гражданской войны там функционировал госпиталь для душевнобольных, а позже – трихифитийный детский дом.

Одним из основателей кубанской дерматовенерологии в 20-х годах прошлого столетия явился известный российский дерматовенеролог – профессор Пospelов В.А., волею судеб оказавшийся на Кубани. Владимир Алексеевич стал основателем Кубанского общества дерматовенерологов, которое ведет свою историю с 1926 г.

Последовательно создавались диспансеры и в других крупных и стратегически важных городах самого южного региона страны. В Армавире диспансер был организован в 1925 г. в составе 7 кабинетов, включая физиотерапевтический. Главным врачом был назначен Зильбергольд Макс Людвигович.

В Новороссийске диспансер также был учрежден в 1925 г., а через год при нем был развернут стационар на 10 коек. Но собственное здание и лаборатория у диспансера появились только в 1958 г.

Кожвендиспансер в городе Сочи работает с 1934 года.

В 1937 г. был образован Краснодарский край как самостоятельный государственный субъект (регион РСФСР в составе СССР). В сентябре 1937 г. во вновь образованном краевом центре – Краснодаре, на территории бывшей войсковой больницы был организован Краснодарский краевой кожно-венерологический диспансер Отдела здравоохранения исполнительного комитета Краснодарского краевого Совета депутатов трудящихся на 35 коек и 100 приемов в смену. Здание краевого кожвендиспансера располагалось на территории все той же бывшей войсковой (краевой) больницы.

До 1941 г. в Краснодаре параллельно работали и краевой, и городской диспансеры, где проводилось лечение и картоточный учет венбольных, обследование контактных лиц и выявление источников инфекции, осмотры беременных и новорожденных. Большое внимание уделялось вопросам санитарного просвещения населения.

С началом Великой Отечественной войны в 1941 г. было принято решение об эвакуации Медицинского института, а с ним и кафедры кожных и венерических болезней. Диспансеры какое-то время еще работали, но в 1942 г. немецкие оккупанты ликвидировали всю венерологическую сеть на территории Краснодарского края.

После освобождения Краснодара от фашистских захватчиков в 1943 г. постепенно начала восстанавливаться и кожно-венерологическая служба. К 1946 г. в городах и районах Краснодарского края были восстановлены все кожно-венерологические учреждения и подразделения, одновременно открыты фельдшерские противовенерические пункты в сельских поселениях.

В 1947 г. открыт Ейский кожно-венерологический диспансер, который разместился в старинном купеческом особняке. Его первым главным врачом стал Фекса Николай Францевич.

К 1952 г. в Краснодарском крае работало уже 12 диспансеров. При этом краевой диспансер в Краснодаре был развернут на 30 коек, тогда как в Краснодарском городском диспансере было 115 профильных коек.

Краевой диспансер в разное время возглавляли главные врачи Промский М.С., Басаков М.С. (работал 1947-1957 гг.), Литовченко А.И. (работал 1960-1975 гг.).

Краснодарским городским диспансером руководили главные врачи Гринченко Иван Федорович (работал 1945–1969 гг.), Гребенюк Иван Ильич (работал 1969–1973 гг.). В 1973 г. на должность главного врача городского вендиспансера была назначена Крючкова Галина Яковлевна. В 1975 г. под ее руководством краевой и городской диспансеры были объединены и преобразованы в единый Краевой кожно-венерологический диспансер.

Краснодар принимал такие важнейшие мероприятия, как Первая научно-практическая конференция дерматовенерологов Кубани с участием ведущих дерматовенерологов страны в 1972 году и IV Всероссийский съезд дерматовенерологов в 1974 году.

В Краевом кожно-венерологическом диспансере работали дерматовенерологи – герои войны Карагезян Мисак Амбарцумович, Добровольский Юрий Николаевич, Злочевская Татьяна Николаевна, Кац Иосиф Моисеевич.

CELLGEL – НОВОЕ СЛОВО В РАНОЗАЖИВЛЕНИИ

Гольцов С.В., Гольцова Е.Н., Гетьман А.Д., Юрков А.С., Чеснокова М.З., Шемонаева О.А.

ДПО МР «Новый уровень», Generation Group medical corporation, NEO-Clinic, Тюмень

Способность к восстановлению – это важнейшее свойство кожи, определяющее тенденцию на закрытие дефекта «любой ценой». Важно, что закрытие может быть с рубцом или без него. Традиционно заживление характеризуется двумя вариантами натяжения. Первичное натяжение происходит без нагноения и формирования межучточной ткани с последующим развитием линейного рубца, протекает в ранах с ровными и жизнеспособными краями, отстающими друг от друга не более чем на 1 см, при отсутствии раневой инфекции. Вторичным натяжением рана закрывается через нагноение с образованием видимой соединительной ткани и последующим развитием грубого рубца, имеет место при развитии раневой инфекции и наличии дефектов не дающих сопоставлению стенок раны. Процессы воспаления и гипоксии способствуют избыточной активации фибробластов, которые активно продуцируют коллаген, избыток которого может нарушать естественный процесс заживления и создавать обезображивающий рубец.

Средство Cellgel®, разработанное группой тюменских учёных, применяемое для местного лечения ран с учетом фазы течения раневого процесса, соответствует основным медико-биологическим требованиям, предъявляемым к результатам ранозаживления [1].

Действующее вещество средства Cellgel®, полученное из экстракта клеток куриного эмбриона адсорбированного на гелеобразующей биополимерной основе, характеризуется легкостью нанесения на кожные покровы, при попадании в любую рану, взаимодействует с нишевыми клетками и стволовыми клетками базального слоя, волосяного фолликула или эндотелия сосудов, действуя как катализатор грануляционной активности, стимулируя собственный ростковый пул в ране. Это даёт основания говорить о направленной и обоснованной стимуляции безрубцового пути заживления [2].

Применение ранозаживляющего средства Cellgel® способствует сокращению фазы эксудации, более быстрому восстановлению кожи и управляемому процессу заживления, что позволяет его применять при широком списке диагнозов [3]. Эти явления можно наблюдать на ряде примеров использования Cellgel® при заживлении ран различной этиологии, встречаемых в практике врачей ряда медицинских специальностей.

Пример 1.

Пациентка Д., 42 лет.

Диагноз: Хронологическое и фотостарение кожи шеи и декольте.

Протокол проведения процедуры:

Аппарат фракционного CO₂ фототермолиза Ultra Pulse компании Lumenis (США): Active – FX, Energy = 70- 60 Дж/см², Rate = 100 Гц, Pattern 1 – Size 5 – Density 1, в режиме CPG.

В качестве реабилитационного лечения, Cellgel® наносили 3 раза в сутки на протяжении 5 дней. Перед каждым нанесением геля участки обработанной лазером кожи очищались стерильными марлевыми салфетками, смоченными физиологическим раствором. В результате было отмечено уменьшение покраснения и отечности уже к концу 2-го дня после процедуры. Корки с кожи шеи сошли на 5-е сут, с зоны декольте – на 6-е.

Применение Cellgel® обеспечило более быстрое заживление и снизило к минимуму риск рубцевания кожи после проведения процедуры фракционного CO₂ фототермолиза.



Фото №1. Сразу после процедуры фракционного фототермолиза, яркая гиперемия, отек в зоне шеи, декольте.

Фото №2. Вторые сутки после процедуры – отсутствие отека, легкая гиперемия, ярко-коричневые корки в зоне шеи, декольте.

Пример 2.

Пациентка И., 40 лет.

Диагноз: Хронологическое старение кожи шеи и декольте.

Протокол процедуры:

Аппарат фракционного CO₂ фототермолиза Ultra Pulse (Lumenis,США), сканер Active FX, используемые параметры: Energy 50 мДж; Плотность 2, Rate 75 Гц, 5%-ный крем Эмла для аппликационной анестезии.



Фото №3. Шестые сутки после процедуры – незначительная гиперемия, корок нет, локально расположены очаги гиперемии с сосудистым рисунком.

Фото №4. Через месяц после процедуры – улучшение текстуры кожи, сглаживание морщин.

Для постпроцедурного восстановления Cellgel® наносили 3 раза/сут на протяжении 5 дней. Перед каждым нанесением геля участки обработанной лазером кожи очищались стерильными марлевыми салфетками, смоченными физиологическим раствором.

Применение Cellgel® позволило уменьшить покраснение и отечность к концу второго дня после процедуры. Корки с кожи шеи сошли на 6-е сут с зоны декольте – на 8-е.

Результаты сочетанного применения фракционного CO₂ фототермолиза и Cellgel®: более быстрое заживление, чем при традиционных средствах для реабилитационного периода, минимизация рисков рубцевания кожи после процедуры, профилактика риска присоединения «вторичной» инфекции.



Фото №1. Сразу после процедуры – яркая гиперемия, отек в зоне шеи, декольте.



Фото №2. Первые сутки после процедуры – отсутствие отека, легкая гиперемия, ярко-коричневые корки в зоне шеи, декольте.



Фото №3. Пятые сутки после процедуры – незначительная гиперемия, корки местами.



Фото №4. Спустя неделю суток после процедуры – отсутствие корок, незначительная гиперемия с сосудистым рисунком.



Фото №5. Через 1,5 месяца после проведения процедуры. Локально расположены очаги с сосудистым рисунком

Пример 3.

Пациентка Г., 44 лет.

Диагноз: Птоз кожи верхних век.

Протокол процедуры: Лазерная блефаропластика верхних век.

Нанесение Cellgel® начали со 2-х суток после операции и далее 2 раза в день, 7 дней.

Использование Cellgel® после лазерной блефаропластики, ускоряет заживление послеоперационных швов, усиливая регенерацию.



Фото №1. Сразу после выполнения процедуры лазерной блефаропластики. Швы, покрытые корками в следствие термического воздействия лазером. Отек.

Фото №2. Сразу после снятия швов после процедуры лазерной блефаропластики (спустя 7 дней). Тонкая линия вновь образованного рубца. Легкий отек. Легкая гиперемия.

Фото №3. Осмотр через 10 дней после проведения процедуры – тонкая светлая линия вновь образованного рубца. Отсутствие отека. Отсутствие гиперемии.

Пример 4.

Пациентка О., 42 года.

Диагноз: Птоз кожи нижних век.

Протокол процедуры: Лазерная блефаропластика верхних век.

Наносили Cellgel® на 2-е сут после операции и далее 2 раза в день, 7 дней. Использование средства после лазерной блефаропластики позволяет уменьшить отечность и гиперемию, ускоряет заживление послеоперационных швов, усиливая регенерацию, и позволяя добиться высоких эстетических результатов

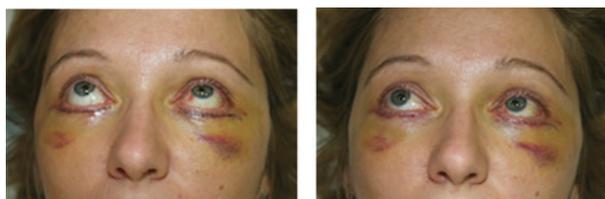


Фото №1. Сразу после выполнения процедуры лазерной блефаропластики. Швы, покрытые корками в следствие термического воздействия лазером. Отек. Гематомы.

Фото №2. Сразу после снятия швов после процедуры лазерной блефаропластики (спустя 7 дней). Тонкая линия вновь образованного рубца. Легкий отек. Легкая гиперемия. Гематомы.

Пример 5.

Пациент 40 лет.

Диагноз: Локальное отморожение, II ст.

Наносить Cellgel®, в монорежиме, начали на 2-е сут после операции, 2 раза в день. Предварительно кожа аккуратно очищалась стерильной марлевой салфеткой, смоченной в физиологическом растворе. Сверху наносилась стерильная марлевая повязка.

В результате применения Cellgel® сформировалась корка на 5-е сут после начала применения геля. Корка защищала от травматизации рану, что позволило получить хорошие грануляции, и как следствие более быстрое заживление. Таким образом, применение Cellgel® в монорежиме способствовало восстановлению повреждения за 12 дней без формирования рубцовой ткани.



Фото №1. В первый день получения травмы. Появление пузыря, наполненного прозрачным содержимым.



Фото №2. Первый день лечения. Вскрытие пузыря.



Фото №3. Через 12 дней. Отхождение корок. Полная эпителизация раны. Гиперемия.



Фото №4. Через 1 мес после получения травмы. Отсутствие гиперемии. Заживление без рубца.

Пример 6

Ребенок возраст 5 мес. Травма за час до обращения, ожог горячей водой. Показание к пересадке кожи на 3–4-й нед.

Диагноз: Термический ожог нижних конечностей, стоп I-II-IIIА-IIIБ степени S-6%(2 см²).

Нанесение Cellgel® осуществлялось под стерильные марлевые повязки, перевязки выполнялись через день. За время лечения выполнено 10 перевязок.

В результате происходит эпителизация ожоговых ран II степени за 7 дней, что быстрее, чем при традиционном лечении. В области ожоговых ран III А степени сформировался тонкий струп, светло-коричневого цвета, секвестрация которого произошла на 7–10-й день, эпителизация ожоговой раны III А степени и формирование грануляций произошло на 15-й день, что так же меньше стандартных сроков при традиционном лечении. На 19-е сут лечения ожоговые раны III Б степени эпителизовались за счет краевой эпителизации.

Таким образом применение Cellgel® позволило получить более быструю эпителизацию ран; формирование в области ожоговых ран III А и III Б степени в течении 6 мес мягкого, эластического рубца, не ограничивающего функцию стопы; отсутствие зуда в области восстановленного эпидермиса ребенка, исключить необходимость проведения аутодермопластики.



Фото №1. Первая перевязка под наркозом.



Фото №2. 3 перевязка (через 7 дней). Полная эпителизация II ст., начало эпителизации III ст., начало секвестрации струпа IIIБ ст.



Фото №3. 9 перевязка (через 19 дней). Эпителизация IIIБ ст.



Фото №4. Через 6 мес. Сформировался мягкий, эластический рубец, не ограничивающий функцию стопы.

Пример 7

Пациентка, 9 лет. Ожог в следствие длительного механического воздействия на высокой скорости (руку затянуло в беговую дорожку).

Диагноз: Ожог правой верхней конечности кисти III а, b степени, S = 0,5%

Применение Cellgel® начато после выполнения некрэктомии. Наносили 1 раз через день под повязку с предварительной обработкой водным раствором фурацилина.

Лечение в случае применения Cellgel® дало нам формирование грануляций на 7 день после обращения, что позволило выполнить аутодермопластику. На 21 день лоскут кожи прижился, рана эпителизована полностью. Пациентка выписана.

Применение Cellgel® быстро формировало грануляции (7 дней, при традиционном лечении – 21 день), что позволило выполнить аутодермопластику в более короткий срок. В итоге это позволило сократить сроки госпитализации, несмотря на позднее обращение за медицинской помощью (через 10 дней после получения травмы).



Фото №1. Через 10 дней после получения механической травмы.



Фото №2. Выполнена некрэктомия (в день поступления).



Фото №3. Сформировались грануляции, эпителизация IIIa степени, пациентка готова к аутодермопластике. (Через 7 дней).



Фото №4. Результат лечения перед выпиской, приживление лоскута кожи. (через 21 день).

Пример 8

Пациент А., 45 лет. Травма за 5 суток до обращения, ожог пламенем.

Диагноз: Термический ожог левой верхней конечности IIIb-IV степени S=3%.

За время лечения выполнено 15 перевязок с Cellgel®. Учитывая локализацию, площадь и глубину поражения после нанесения геля накладывались стерильные марлевые повязки, перевязки выполнялись 1 раз в 2 дня.

В результате лечения в области ожоговых ран IIIb-IV степени сформировались яркие, сочные грануляции на 15 день с момента травмы. Перевязки под наркозом проводились только при 1,2 перевязках. На 17 день лечения выполнена аутодермопластика расщепленным, перфорированным кожным лоскутом. Ауто трансплантаты прижились, перфоративные отверстия под действием Cellgel® эпителизовались за счет краевой эпителизации за 5 дней. Донорская рана на левом плече эпителизовалась за 5 дней.

При применении Cellgel® в области ожоговых ран IIIb – IV степени сформировались мягкие, эластические рубцы, не ограничивающий функцию локтевого сустава левой верхней конечности. Мы отмечаем преимущества применения Cellgel® при лечении ожогов, а именно более короткие сроки эпителизации ран, что как следствие позволило уменьшить срок госпитализации пациента на 10 дней.



Фото №1. Инфицированный термический ожог. Первая перевязка под наркозом (5-е сутки после получения травмы).

Фото №2. 2-я перевязка. Отслоившиеся кожные лоскуты начали слипаться. Формируется грануляционный слой (7-е сут после получения травмы).

Фото №3. Отслоившиеся кожные лоскуты прижились, фиксированы. Грануляции сформировались, пациент готов к аутодермопластике (16-е сут после получения травмы).

Фото №4. Результат после аутодермопластики перед выпиской пациента (22 дня с момента травмы).

Пример 9

Пациентка И., 35 лет.

Диагноз: Термический ожог ягодиц II – III a, b степени, S = 8%

Через 6 сут после получения травмы была выполнена некрэктомия. Применение Cellgel® начато с 6-х сут. Наносили гель через сутки под стерильную повязку. Было проведено 10 перевязок. Ежедневно на протяжении всего лечения: Фраксипарин – п/к, Цефотаксин – в/м и Ципрофлоксацин в таб. перорально .

За 15 дней эпителизовалась IIIa ст., сформировались грануляции. На 16-й день выполнена аутодермопластика. На 26-й день трансплантаты прижились, раны эпителизованы полностью. Пациент выписан.

Применение Cellgel® позволило сократить сроки эпителизации ран (с 21 дня до 15 дней), и как следствие сократить сроки госпитализации пациента (на 5–10 дней).



Фото №1. Формирование струпа на ожоговых ранах IIIa,6 ст.

Фото №2. Выполнена некрэктомия (на 6-е сутки после получения травмы).



Фото №3. Сформировались грануляции. пациентка подготовлена к аутодермопластике (на 15-е сут после получения травмы).

Фото №4. Результат лечения перед выпиской (на 26-е сут после получения травмы).

Пример 10

Пациентка 83 года.

Диагноз: Закрытый чрезвертельный перелом правой бедренной кости со смещением отломков. До проведения операции правая нога и область малого таза были зафиксированы. Вследствие этого образовались пролежни ягодичной области.

Диагноз: Пролежни ягодичной области. Воспалительно-регенеративная стадия.

Наносили Cellgel® 1 раз в день, вечером, перед сном. Крестцово-ягодичную область сначала обрабатывали 0,9%-ным NCl, подсушивали и наносили тонким слоем Cellgel®.

Наблюдения показали, что мелкие раны затянулись уже через 2–3 дня, и началось послойное восстановление крупных элементов. Через месяц после применения Cellgel® ткани крестцово-ягодичной области полностью восстановились.

Таким образом, применение Cellgel® позволило сократить сроки заживления повреждений кожи, исключить необходимость оперативного вмешательства, обеспечить комфортность пациента в период заживления (дополнительно проводилось обезболивание только в течение 1-й нед.



Фото №1. Начало лечения. Пролежень диаметром в 10 см.

Фото №2. Через 7 дней после начала применения. Яркие грануляции.

Фото №3. Через 15 дней после начала применения. Практически полное закрытие раневой поверхности.

Фото №4. Через 29 дней после начала применения. Полная эпителизация раны.

Пример 11

Мужчина 59 лет.

Диагноз: Базальноклеточный рак кожи носа T1N0M0, I St, 3 клиническая группа. Состояние после лучевого лечения. Поздняя лучевая язва, перихондрит хрящев кончика носа.

Cellgel® наносили на очаг изъязвления с 3-й недели после начала лечения в режиме 1 раз в день (под тонкую стерильную повязку). Длительность курса лечения – 5 нед.

В результате мы отмечаем, что полное заживление достигнуто в течение 5 нед с момента начала применения Cellgel®.



Фото №1. Вид до начала лечения. Поздняя лучевая язва кожи носа, осложненная перихондритом хрящев кончика носа.

Фото №2. Вид язвы после 2-нед курса местного лечения. Очищение от гнойно-некротических масс.

Фото №3. Полное рубцевание язвы через 3 нед. По причине очагового некроза хряща сформировался точечный сквозной дефект кончика носа.

Список литературы

1. Гольцов С.В., Суховой Ю.Г., Костоломова Е.Г., Унгер И.Г. Средство для заживления ран «Cellgel®», способ его получения и способ лечения ран различной этиологии полученным средством. Патент на изобретение RUS 2481115 13.10.2011
2. Суховой Ю.Г., Костоломова Е.Г., Цирятьева С.Б., Аргунова Г.А., Унгер И.Г., Гольцов С.В. Регенераторно-репаративные и антибактериальные свойства препарата Cellgel® в эксперименте. Росс. иммунол. журн. 2015; 9(2): 44.
3. Костоломова Е.Г., Суховой Ю.Г., Гольцов С.В., Унгер И.Г., Акунеева Т.В. Некоторые иммунофизиологические механизмы регенерации ран в условиях применения ранозаживляющего средства Cellgel®. Росс. иммунол. журн. 2016; 10(1): 289-29.

ЛИОФИЛИЗИРОВАННЫЙ ЛИЗАТ БАКТЕРИЙ *E. COLI* В ТЕРАПИИ НЕГОНОКОККОВЫХ УРЕТРИТОВ У МУЖЧИН

Горский В.С., Тищенко А.Л., Савастенко А.Л.

Российский университет дружбы народов, Москва

Цель: изучить эффективность лиофилизированного лизата бактерий *E. coli* в лечении негонекокковых уретритов у мужчин.

Материалы и методы: исследование выполнено на клинической базе кафедры кожных и венерических болезней Российского университета дружбы народов» и включало 2 группы наблюдения: основную ($n=20$), представленную пациентами, страдающими негонекокковыми уретритами и получающими помимо антибактериальной терапии лечение препаратом на основе лиофилизированного лизата бактерий *E. coli*; и контрольную группу пациентов ($n=20$), получающих только антибактериальную терапию. Объект исследования – пациенты мужского пола в возрасте от 17 до 60 лет, страдающие негонекокковыми уретритами, проходящие амбулаторное лечение. Диагностика помимо клинических данных, основывалась на данных лабораторных исследований: бактериоскопические, бактериологические методы, ПЦР. Основным критерием являлись признаки воспалительного процесса (лейкоцитоз в мазке, наличие неспецифической флоры – *Str. agalactiae*, *E. coli*) и отсутствие данных за венерические заболевания. Всем пациентам проводилась антибактериальная терапия фторхинолоном II поколения офлоксацином в дозе 400 мг/сут, 10 дней. Кроме того, пациенты основной группы помимо антибактериальной терапии получали дополнительную терапию препаратом на основе лиофилизированного лизата бактерий *E. coli*. Эффективность терапии оценивалось по количеству случаев клинического и лабораторного выздоровления.

Результаты: по результатам проведённого исследования были получены следующие данные. В основной группе клиническое выздоровление выявлено у 17 (85%) пациентов; нормальные лабораторные показатели – у 19 (95%). В группе сравнения: клиническое выздоровление – у 13 (65%); нормализация лабораторных показателей – у 17 (85%). Пациентам, у которых не произошло нормализации лабораторных показателей, была назначена альтернативная схема лечения (джозамицин 500 мг 3 раза в день, 10 дней). Несмотря на то, что жалобы на чувство дискомфорта в мочевыводящих путях сохранялись длительное время, это требовало от врача дифференцировки жалоб пациента от реальных до мнимых, для исключения назначения повторных и необоснованных исследований.

Выводы: добавление к антибактериальной терапии препарата на основе лиофилизированного лизата бактерий *E. coli* не только улучшает лабораторную динамику лечения пациентов с негонекокковыми уретритами за счёт коррекции дисбактериоза уретры, но и оказывает выраженный клинический эффект. Приведённое исследование показывает важность индивидуального подхода в лечении заболеваний урогенитальной сферы, что оказывает не только терапевтический, но и экономический эффект (снижение затрат учреждения и пациента на обследование, лечение).

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Гостищева Е.В., Тарасова Е.С., Рябошенко Д.В.

Медицинская академия им.С.И.Георгиевского, Симферополь

Известно, что в последние годы отмечается рост заболеваемости детей аллергическими заболеваниями. В России распространенность аллергодерматозов в детской популяции колеблется от 5,9 % до 40% (Лусс Л.В. 2011).

Аллергию называют «болезнью цивилизации». По некоторым данным, число больных данной патологией ежегодно увеличивается на 5%. Атопический дерматит (АД) как хроническое заболевание существенно ухудшает качество жизни ребенка и его семьи, приводит к нарушениям в эмоциональной сфере, социальной дезадаптации и ранней инвалидизации (Мачарадзе Д.Ш. 2012; Терентьев С.Ю. 2009; Simonsen A.B. и др. 2014; Агафонов А.С., Ревякина В.А. 2011). Все это определяет медико-социальное значение проблемы.

Цель исследования: оценить качество жизни детей, страдающих АД с использованием Шкалы оценки уровня реактивной и личностной тревожности (Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина) для контроля за эффективностью проводимой терапии.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находился 41 ребенок в возрасте 10–17 лет, прошедших курс лечения в *Детской городской клинической больнице г. Симферополя* по поводу АД. Для психологического тестирования была использована Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности (Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина).

Результаты и обсуждение. Из общего количества больных у 6 человек (14,6%) отмечалось легкое течение АД, у 25 – средней степени тяжести (61%), у 10 – тяжелое течение (24,4%) заболевания.

В качестве контрольной группы было обследовано 25 человек без признаков аллергии.

В диагностическом периоде отмечалась низкий уровень реактивной тревожности (РТ) у 2 пациентов (4,9%). В обоих случаях это были мальчики со средней степенью тяжести АД. Умеренная РТ выявлена у 13 человек (31,7%), среди которых 1 пациент с тяжелой степенью АД, 6 со средней степенью тяжести и 6 – с легкой степенью тяжести. У 26 пациентов с АД отмечался высокий уровень РТ (63,4%). Это были как мальчики, так и девочки с тяжелой степенью АД и большая часть пациентов со средней степенью АД. Такие пациенты ощущали в момент анкетирования напряжение, отсутствие радости, уверенности в себе, часть из них нервничала. При исследовании личностной тревожности (ЛТ) низкого уровня выявлено не было. Умеренная ЛТ отмечалась у 22 пациентов (53,7%). Высокая ЛТ отмечена у 19 пациентов (46,3%). В диагностическом периоде их беспокоили плаксивость, сильно переживали свои разочарования, им не хватало уверенности в себе, ощущали тревогу из-за пустяков, что говорило в пользу высокой ЛТ. Это были пациенты, как с тяжелой степенью АД, так и со средней степенью тяжести АД.

При повторном обследовании детей спустя 35 ± 5 дней от начала терапии мы провели повторное исследование РТ и ЛТ. На фоне положительной клинической динамики: уменьшения зуда, нормализации сна, отсутствии новых элементов, уменьшении площади высыпаний, – изменялось психоэмоциональное состояние пациентов в момент анкетирования. Статистически достоверно ($P < 0,001$) уменьшилось число пациентов с высоким уровнем РТ с 26 (63,4%) до 3 (7,3%). Также мы отметили изменение высокого уровня ЛТ – с 36 человек (87,8%) до 5 (12,2%).

Отмечались достоверные различия ($P < 0,01$) между группой пациентов с умеренной РТ при поступлении и контролем, также при поступлении были пациенты с высоким уровнем РТ. При выписке достоверно увеличилось ($P < 0,001$) количество пациентов с умеренной РТ и достоверно уменьшилось ($P < 0,01$) количество пациентов с высокой РТ. Также при выписке достоверно увеличилось ($P < 0,01$) количество пациентов с умеренной ЛТ (таблица 1).

В результате проведенного исследования установлена взаимосвязь качества жизни с состоянием здоровья. Отмечалась прямая корреляционная зависимость между негативным влиянием АД на качество жизни ребёнка.

Эффективное лечение и выполнение всех рекомендаций улучшают качество жизни. Использование теста Спилберга можно считать важным маркером в оценке психо-эмоционального состояния пациентов с АД пубертатного и пубертатного возраста. Выявленные высокие уровни реактивной и личностной тревожности свидетельствуют о низком КЖ детей и подростков с АД. Положительная клиническая динамика отразилась на психо-эмоциональном состоянии пациентов в виде повышения уровня реактивной и личностной тревожности и, следовательно, повышении КЖ. Мы считаем, что внедрение в практику теста Спилберга для оценки психоэмоционального состояния детей и подростков с АД позволит контролировать эффективность терапии.

Выводы.

1. Для изучения качества жизни больных атопическим дерматитом в возрасте старше 10 лет можно использовать Шкалу оценки уровня реактивной и личностной тревожности (Ч.Д.Спилберга, Ю.Л.Ханина).

2. Изучение качества жизни детей с атопическим дерматитом – это достоверный способ оценки эффективности проводимой терапии, реакции пациентов на проводимые лечебно-профилактические мероприятия.

3. Используя Шкалу оценки уровня реактивной и личностной тревожности для изучения качества жизни можно расширить возможности получения информации о состоянии здоровья пациента, а динамика резуль-

Таблица 1. Динамика показателей уровня тревожности при поступлении и выписке у пациентов с атопическим дерматитом.

| Тревожность пациенты | РТ низкая | | РТ умеренная | | РТ высокая | | Всего | |
|-------------------------|-----------|------|--------------|-------|------------|-------|-------|------|
| | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| АД поступление | 2 | 4,9% | 13* | 31,7% | 26 | 63,4% | 41 | 100% |
| АД выписка | - | | 38** | 92,7% | 3** | 7,3% | 41 | 100% |
| Контроль | 5 | 20% | 20 | 80% | - | | 25 | 100% |
| Тревожность пациенты | ЛТ низкая | | ЛТ умеренная | | ЛТ высокая | | Всего | |
| | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| АД поступление | - | | 22 | 53,7% | 19 | 46,3% | 41 | 100% |
| АД выписка | - | | 36** | 87,8% | 5 | 12,2% | 41 | 100% |
| Контроль | 5 | 20% | 20 | 80% | - | | 25 | 100% |

Примечания: * – $P < 0,001$ – достоверность между группами детей с АД с учетом уровня РТ и ЛТ при поступлении, ** – $P < 0,001$ – между группами детей с АД с учетом уровня РТ при поступлении и выписке.

татов тестирования в ходе лечения может иметь важное диагностическое значение наряду с клиническими параметрами.

4. С целью повышения качества жизни посредством профилактики обострений и прогрессирования болезни появляется необходимость в разработке и внедрение целенаправленных программ обучения пациентов в осознание и психически позитивное преодоления заболевания самим пациентом.

ПРЕПАРАТ «ЛИПСОР» – ЭФФЕКТИВНОЕ ЛИПОСОМАЛЬНОЕ НЕГОРМОНАЛЬНОЕ СРЕДСТВО НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

Грашин Р.А.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

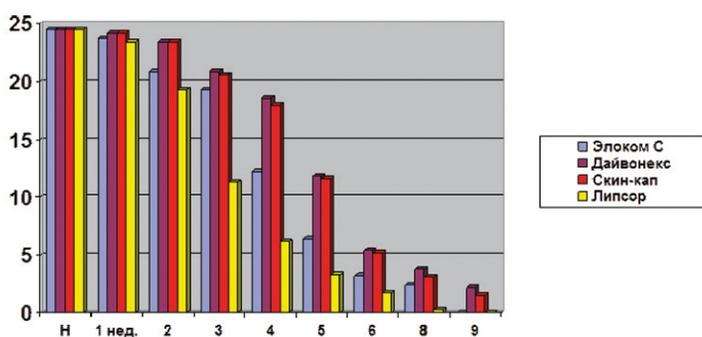
Многопрофильная клиника «Европейский Институт Здоровья Семьи», Колпино

Цель исследования: изучить клиническую эффективность препарата «Липсор» в сравнении с наиболее эффективными современными средствами наружной терапии псориаза.

Методы исследования: в ходе исследования пациенты были разделены на 3 группы: 2 основных и группу сравнения. В первую группу вошли больные с ограниченными формами псориаза, во вторую с экссудативным, распространённым и диффузными формами. Группу сравнения составили 260 амбулаторных больных вульгарным псориазом, у которых для наружной терапии назначались: «Элоком С», «Дайвонекс», «Скин-кап». Контрольную группу составили 20 стационарных больных, одновременно получавшие крем «Липсор» и плацебо на различные, как правило, симметричные очаги поражения. В качестве контроля использовался индифферентный крем, имевший идентичную с «Липсором» основу, но без активных ингредиентов, т.н. «плацебо». Тяжесть болезни оценивалась по индексу площади и тяжести псориагических поражений PASI.

Результаты изучения препарата в стационарных условиях показали, что полная клиническая ремиссия была достигнута у 67% больных, значительное улучшение у 20%, незначительное улучшение у 7% и без изменений у 6% пациентов.

Переносимость препарата оценивалась всеми больными (100%) как очень хорошая. Побочных эффектов, аллергических проявлений, а также ухудшения биохимических показателей крови у пациентов мы не отметили.



Сравнительная характеристика изменений индекса PASI у больных с распространённым вульгарным псориазом, получавших амбулаторное лечение различными средствами наружной терапии.

По сравнению с традиционными наружными средствами, крем Липсор обладает большей терапевтической эффективностью, что в первую очередь сказывается на скорости разрешения псориагического процесса.

Список литературы

1. Самцов А.В., Атаманчук В.Н., Фролов С.А., Барбинов В.В. Оценка эффективности применения препарата «Липсор» в наружной терапии псориаза. Актуальные вопросы дерматологии, косметологии и ИППП: Мат-лы юбил. н.-практ. конф. посв. 10-летию Кафедры кожных и венерических болезней с курсом дерматокосметологии ФУВ-М.: РГМУ. 2003: 68-9
2. Иванов О.Л., Львов А.Н. Новые подходы в наружной терапии псориаза: эффективность двуступенчатой схемы дайвобет+дайвонекс. Росс. журн. кожн. вен. болезн. 2005;6: 49-53.
3. Барбинов В.В., Самцов А.В., Грашин Р.А. и др. Результаты изучения клинической эффективности рецептуры «Липсор» у больных псориазом. Тез. докл. VI Всеросс. н.-практ. конф. «Актуальные вопросы лечения в многопрофильных учреждениях», посвящённая 250-летию ВмедА и 300-летию СПб. СПб. 2003: 180.
4. Барбинов В.В., Самцов А.В., Атаманчук В.Н., Данилов А.О., Бабкин А.В. Оценка антипролиферативного действия препаратов, включённых в липосомы, на культуру кератиноцитов больных псориазом. Тез. докл. VI Всеросс. н.-практ. конф. «Актуальные вопросы лечения в многопрофильных учреждениях», посвящённая 250-летию ВмедА и 300-летию СПб. СПб., 2003 :181.
5. Барбинов В.В., Грашин Р.А. Нестероидные биорегулирующие липосомальные препараты в наружной терапии псориаза. Журн. евр. академии дерматологии и венерологии (JEADV). 2004; 18(6): 794.

ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ ИННОВАЦИИ В КОСМЕТОЛОГИИ И КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЯ КОЖИ

Гресь С.Н.

Российский университет дружбы народов, Москва

В последнее время врачи-косметологи все чаще стали применять в своей практике филлеры отечественного производства. Данные представленные в публикации- являются анализом анкетного опроса практикующих врачей-косметологов.

Цель исследования – проанализировать востребованность филлеров отечественного производства среди врачей-косметологов и их пациентов. Выявить возможные преимущества и недостатки на основании опроса. Сравнить с филлерами зарубежного производства. Дать краткую характеристику и обобщить полученные результаты.

Объекты исследования:

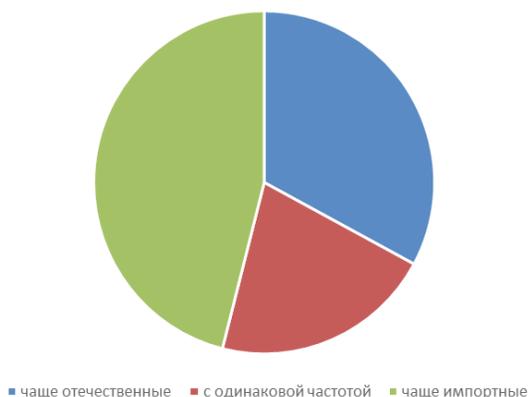
Вся линейка филлеров Reneall, Amalain. Данные препараты разработаны компанией «МКС-лаборатория», входящая в состав научно-исследовательского холдинга NMTC International. Производством занимается ООО «СЛС» в Москве. С 2012 г. медицинские изделия производятся в полном соответствии с системой стандартов качества ISO 13485.

Материал и методы: Участие в опросе принимали 42 врача-косметолога, использующие в своей практике филлеры отечественного производства. Каждому врачу предлагалось заполнить анкету-опросник.

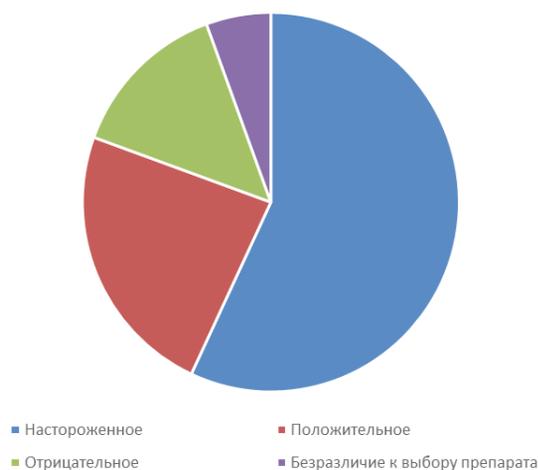
Результаты и обсуждения:

1. Врачи-косметологи предпочтение отдают импортным филлерам, но все же частота использования филлеров отечественного производства – высокая (диагр. 1).

Частота применения филлеров отечественного производства в сравнении с импортными филлерами



Отношение пациентов к отечественным филлерам



2. Отношение пациентов к отечественной продукции, к сожалению, весьма настороженное. Врачи комментируют, что чаще приходится объяснять пациентам о безопасности и должном качестве данной продукции, и не всегда они доверяют словам врачей, не смотря на их авторитет (диагр. 2).

3. Оценку стоимости препаратов врачи в 85% дали “хорошо”, 10% оценивают “удовлетворительно”, и только 5% считают, что цена завышена – “неудовлетворительно”.

В комментариях стоит отметить, что “хорошая” цена на препарат является стимулом для использования данного препарата в практике.

4. При выборе инъекционного препарата пациенты, со слов врачей, не всегда стимулирует более выгодная цена в отличие от зарубежных филлеров; но когда пациент нуждается в “масштабной работе”, с использованием большого объема препарата- их выбор часто приходится на отечественные филлеры

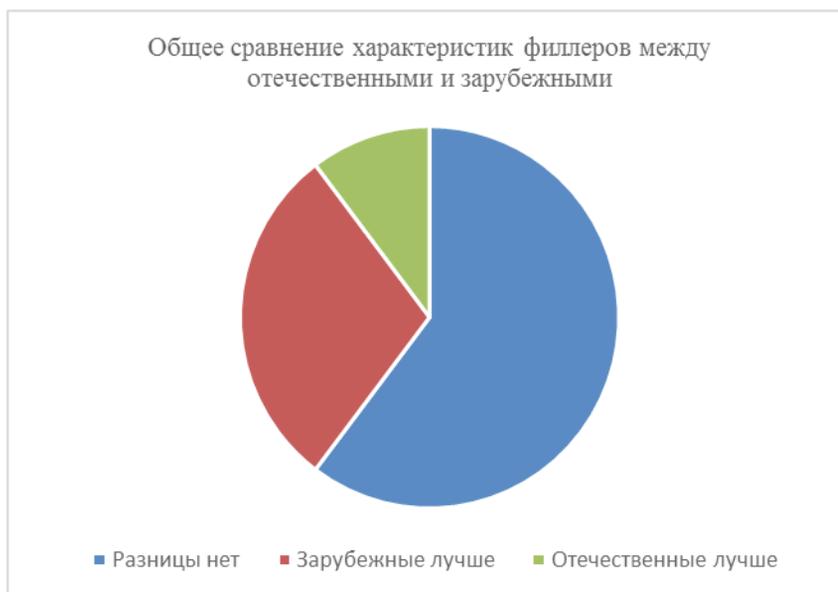
74% пациентов оценили стоимость филлера “хорошо”

18% дали оценку “удовлетворительно”

8% считают стоимость высокой, т.е. “неудовлетворительная” оценка.

5. При сравнении: безопасности, длительности, удовлетворенности эстетическим эффектом и других характеристик между зарубежными и отечественными филлерами – особой разницы врачи-косметологи не отмечают.

6. После первичного инъектирования филлерами отечественного производства многие пациенты повторно выбирают их же по причине более выгодной цены, но к сожалению, чаще не осмеливаются менять импортный филлер на отечественный (диагр. 3).



7. При оценке характеристик филлеров отечественного производства пациентами, со слов врачей, результаты почти не отличаются от результатов, полученных в пункте 6, т.к. те пациенты, которые повторно выбирают филлеры отечественного производства не видят разницу между результатами, достигнутыми на филлерах зарубежного производства, следовательно, не считают рациональным переплачивать.

8. Последний пункт в анкете-опроснике был выделен для комментариев.

К положительным особенностям относится: присутствие в каждой упаковке “Информированного согласия” на коррекцию косметических дефектов гиалуроновым гелем, с перечнем показаний, противопоказаний, побочных эффектов, рекомендаций для пациентов. Также в каждой упаковке находятся одноразовые иглы с диаметром предпочтительным для использования в соответствии с степенью шивки. Отдельным комментарием является наличие канюли при комплектации Reneall 300 2 мл. И, конечно же, более конкурентоспособная цена по сравнению с зарубежными аналогами.

К отрицательным особенностям относится: недоверие многих пациентов к отечественным препаратам. Возникновение гранул неясного генеза через 1,5–2 мес после введения филлера, которые держатся до 3–4х дней и самостоятельно разрешаются.

Заключение:

При анализе анкет-опросников, заполненных врачами-косметологами, имеющих опыт работы с использованием отечественных филлеров Reneall и Amalain- можно предположить, что популярность и востребованность данной продукции будет расти как среди врачей, так и среди пациентов, по причине их высокого качества, безопасности, и большей конкурентоспособности по сравнению с зарубежными аналогами, что позволит развивать отечественное производство, а следовательно, повысится доступность филлеров для пациентов с целью коррекции косметических дефектов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ НАРУЖНЫХ ОЗОНИД-СОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ПРАКТИКЕ КОСМЕТОЛОГА

Гречканева О.А., Биткина О.А., Соколов С.А., Габасов И.В., Ражева П.А.

НижГМА МЗ РФ, ФГУ ПФМИЦ МЗ РФ, ООО «Медозонс», клиника «Алтея», Нижний Новгород

Основными механизмами лечебного действия озона в отношении заболеваний кожи или ее травматического повреждения являются: бактерицидный, фунгицидный и вирусоцидный, антиоксидантный эффект, очищение раневых и язвенных поверхностей, стимуляция регенеративных процессов и ускорение эпителизации, нормализация иммунного ответа, активация периферической микроциркуляции, обезболивающее действие. За последние несколько лет у большинства стран производителей медицинских генераторов озono-кислородной смеси появились широкие линии озонид-содержащей косметики, представленные на различных озонотерапевтических конгрессах. Возможности озонид-содержащих наружных препаратов в дерматокосметологии используются для коррекции возрастных изменений, улучшения процессов регенерации, уменьшения продолжительности восстановительного периода после оперативных вмешательств, химических пилингов [2]. Произошло расширение средств лечебной косметики серии «OzoneBeauty», Медозонс, Нижний Новгород, Россия: Ozodermis 10% (30 мл) крем с озонидами, Ozodermis 5% (50 мл) крем с озонидами, Ozodermis 3% (80 мл) крем с озонидами. Проведены исследования в динамике применения данных наружных озонид-содержащих препаратов с помощью лазерной доплеровской флоуметрии микроциркуляции крови. Изучены местные и системные реакции организма лабораторных животных при наружном применении косметических гелей, содержащих озониды.

Цель работы: изучение динамики кожного кровотока на накожное применение косметических гелей, содержащих различное количество активного кислорода в виде озонидов.

Материалы и методы: Исследование проводилось у 18 человек в возрасте от 35 до 65 лет при комнатной температуре 22 – 23 °С в положении испытуемого лёжа после 20-мин отдыха. Испытуемые включали в себя практически здоровых лиц, которые обратились к косметологу с целью улучшения состояния кожи лица. I группу составили 6 человек, которым на кожу лица, после предварительного её очищения и обезжиривания, наносился гликолевый пилинг (гликолевая кислота в виде геля 52,5% рН 2,0) с экспозицией 5 мин и последующей нейтрализацией кислоты нейтрализующим щелочным раствором (бикарбонат натрия 2,5%). II группу составили 6 человек, которым на кожу лица, после предварительного её очищения и обезжиривания, наносился гликолевый пилинг (гликолевая кислота в виде геля 52,5% рН 2,0) с экспозицией 5 мин и последующей нейтрализацией кислоты щелочным раствором (бикарбонат натрия 2,5%), а затем на кожу центра лба локально на 10 мин наносился крем «Озодермис» 10% в виде аппликации круглой формы диаметром 5 см и толщиной 2 мм. III группа – 6 человек, которым на кожу центра лба, после предварительного её очищения и обезжиривания, локально на 10 мин наносился крем «Озодермис» 10% в виде аппликации круглой формы диаметром 5 см и толщиной 2 мм, без предыдущего проведения пилинга.

Результаты и обсуждение: Записи ЛДФ (лазерной доплеровской флоуметрии) проводили на коже центральной части лба. Измерения осуществляли у испытуемых всех групп в покое, сразу после проведения пилинга в I группе, сразу после окончания экспозиции крема во II, III группах, а также во всех группах через 20, 40, 60 мин соответственно. Всем испытуемым через месяц после исследования была проведена однократная запись ЛДФ в той же точке лба. Испытуемые III группы в течение этого месяца использовали крем «Озодермис» 10% в качестве домашнего ухода за кожей лица утром и вечером ежедневно. Испытуемые I и II групп использовали в это время свои привычные средства домашнего ухода (не содержащие озониды кремы различных брендов для постпилингового периода). Каждое измерение проводилось в течение 400 сек с помощью зонда $d=3\text{мм}$ в красном канале лазерного излучения ($\lambda=0,63\text{ мкм}$, толщина зондирования $\sim 0,8\text{ мм}$), а также в инфракрасном канале ($\lambda=1,15\text{ мкм}$, толщина зондирования около 1,6 мм с захватом в т. ч. глубже расположенных микрососудов). Получены ЛДФ-граммы кожного кровотока, анализ которых позволил оценить состояние микроциркуляции кожных покровов в заданной точке измерения в условных единицах, а также величину компонентов контроля микроциркуляции – активных факторов контроля (эндотелиального, миогенного и нейрогенного механизмов регуляции просвета сосудов) и пассивных факторов контроля (дыхательного и сердечного механизмов). Статистическая обработка проводилась с помощью программы Microsoft XL. Реакция кожи на непосредственное воздействие у всех групп испытуемых достоверных отличий не имела. Однако, при повторном исследовании через 30 дней у всех испытуемых III группы отмечалось достоверное увеличение микроциркуляции на 25% преимущественно за счёт дыхательного и миогенного компонентов (миогенный компонент увеличился по сравнению с исходным на 53%, сосудистый – на 24%). Субъективно все испытуемые III группы отметили улучшение внешнего вида, улучшение цвета и рельефа кожи лица.

Выводы: Проведённое исследование выявило накопительный стимулирующий эффект действия крема «Озодермис» 10% на микроциркуляцию кожи, что делает перспективным его использование как у здоровых людей с целью улучшения состояния кожи, так и у людей страдающих различными заболеваниями в патогенезе которых заметную роль играет нарушение микроциркуляции кожных покровов.

ИННОВАЦИОННЫЕ КРЕМЫ НА ОСНОВЕ БАКТЕРИОРОДОПСИНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЯ КОЖИ ПРИ ИММУНОПОСРЕДОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Гришкова Е.С., Тюрин С.А.

АРАВАНА КОСМЕТИКС, Москва

В настоящее время ретиноиды являются одной из эффективных групп препаратов, их внедрение в практику стало поворотным моментом в терапии некоторых хронических дерматозов. Эффективность ретиноидов многократно возрастает, когда они находятся в активированном состоянии. Активированное состояние витамина А, это то состояние, когда витамин находится в составе белка переносчика. В свободном состоянии витамин А практически неактивен, так как по своим свойствам он нерастворим в физиологических водных растворах.

Бактериородопсин – это та молекула, в составе которой витамин А находится в активной биологической форме. Молекула бактериородопсина по основным свойствам, таким как молекулярный вес и пространственная организация молекулы аналогичен комплексу витамина А с белком переносчиком, который находится в крови человека. «АРАВАНА КОСМЕТИКС» разработала уникальную технологию получения бактериородопсина в больших количествах [1-4]. Разработка такой технологии позволила создать уникальные кремы по уходу за кожей при псориазе, нейродермите, атопическом дерматите и акне. В настоящее время кремы сертифицированы и соответствуют требованиям Технического регламента Таможенного союза ТР ТС 009/2011 «О безопасности парфюмерно-косметической продукции». Получен патент на применение бактериородопсина в косметологии и медицине [5]. Аналогов таких препаратов в мире нет. С результатами применения кремов можно ознакомиться на сайте фирмы «АРАВАНА КОСМЕТИКС».

Кремы не содержат деготь, продукты нефтепереработки типа нафталанов. По своей текстуре крем хорошо впитывается, не пачкают одежду и постельные принадлежности, не требуют специализированных и дополнительных средств по уходу за кожей. Крема не обладают отталкивающим запахом. Применение кремов согласно инструкции. Инструкция отражает комплексный подход при обработке кожи. Ночной крем способствует быстрому снятию воспаления, а дневной крем стимулирует рост здоровых и нормальных клеток. Применение кремов и их эффект не зависят от возраста, пола, длительности заболевания и степени поражения кожи.

Список литературы

1. Тюрин С.А., Погорелов О.В. Штамм бактерий *Halobacterium salinarum* – продуцент бактериородопсина. Патент № 2558230 РФ, МПК С12N 1/20 (2006.01), С12P 1/04 (2006.01). № 2014139856/10, Заявл.02.10.2014; Опубл. 27.07.2015, Бюл. №21.
2. Тюрин С.А., Погорелов О.В. Штамм бактерий *Halobacterium salinarum* – продуцент бактериородопсина. Патент № 2558232 РФ, МПК С12N 1/20 (2006.01), С12P 1/04 (2006.01). №2014133704/10, Заявл.18.08.2014; Опубл. 27.07.2015, Бюл. № 21.
3. Тюрин С.А., Погорелов О.В. Способ получения бактериородопсина. Патент № 2563349 РФ, МПК С12N 1/20 (2006.01), С12P 1/04 (2006.01), С07K 14/215 (2006.01). № 2014140921/10, Заявл. 10.10.2014; Опубл. 20.11.2015, Бюл. №32.
4. Тюрин С.А., Погорелов О.В., Гнеденко Л.В., Рассказов В.В., Зарудный В.С., Муха М.С.Способ получения бактериородопсина. Патент № 2558237 РФ, МПК С12P 1/04 (2006.01). № 2014135554/10, Заявл. 02.09.2014; Опубл. 27.07.2015, Бюл. №21.
5. Гришкова Е.С., Шныра А. Применение бактериородопсина в качестве косметического и/или лечебного средства при комплексном лечении дерматозов. Патент № 2617425 РФ, МПК А61К 38/02 (2006.01), А61К 35/74 (2015.01), А61К 8/99 (2006.01), А61P 17/06 (2006.01), А61P 17/04 (2006.01), А61Q 19/00 (2006.01). №2015150241, Заявл. 03.09.2015; Опубл. 25.04.2017, Бюл. №12.

МАЗЬ УРОДЕРМ, СОДЕРЖАЩАЯ 30% МОЧЕВИНЫ, ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ, ПОВЫШАЮЩИЙ ВЛАЖНОСТЬ СУХОЙ КОЖИ

Гузев К.С., Желтовская О.Л., Ноздрин В.И.

ЗАО «Ретиноиды», Москва

Мазь Уродерм – новый отечественный препарат дерматотропного действия, содержащий 30% мочевины. Мочевина представляет собой естественное соединение для организма человека. Давно известно её противоотёчное и гипотензивное действие. В хирургии при местной терапии нагноившихся ран используют высококонцентрированные растворы мочевины. Эти растворы эффективно способствуют отторжению некротического струпа при глубоких ожогах.

Препараты с мочевиной оказывают на кожу протеолитическое (кератолитическое) и увлажняющее воздействие. В дерматологии мочевина применяется при заболеваниях кожи, сопровождающихся её сухостью: различные виды экзем, ихтиоз, ксероз, кератодермия, псориаз, сенильная сухость и др. Анализ фармацевтического рынка лекарственных средств России показал, что на нём присутствуют некоторые лекарственные препараты отечественного и зарубежного производства с мочевиной, однако её концентрация в них не превышает 10%, чего не достаточно для эффективного лечения указанных выше заболеваний.

Цель работы – получение экспериментальных данных о влиянии мази Уродерм на влажность кожи у здоровых мужчин-добровольцев и у пациентов с кожными заболеваниями, сопровождающимися сухостью кожи.

Материалы и методы. Пациенты: группа сравнения состояла из 21 здорового мужчины-добровольца в возрасте от 27 до 42 лет, которым на приборе «SOFT+» бескровным способом измеряли влажность кожи в трёх точках области предплечья, после чего в течение 2 нед один раз в день в утренние часы на эту область наносили мазь Уродерм в количестве одной фаланговой единицы. В конце исследования проводили аналогичным способом повторное измерение влажности кожи. Исследуемая группа включала в себя 18 человек (13 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 23 до 72 лет с заболеваниями, сопровождающимися сухостью кожи (ксероз, акне, красный плоский лишай, себорея, себорейный дерматит, ихтиоз). Влажность кожи определяли до и после нанесения мази с мочевиной при тех же условиях, что и в группе сравнения. Статистическую обработку полученных данных проводили методами вариационной статистики.

Результаты исследования. Установлено, что накожное нанесение мази Уродерм сопровождалось достоверным повышением влажности здоровой кожи предплечья. Некоторый разброс показателей может быть обусловлен индивидуальными и возрастными особенностями, а также образом жизни добровольцев. У пациентов с заболеваниями кожи, сопровождающимися её сухостью, накожное нанесение мази Уродерм повышало изучаемый показатель часто до его уровня у здоровых мужчин.

Выводы. Накожное нанесение мази Уродерм сопровождается повышением влажности кожи, как у здоровых мужчин-добровольцев, так и у пациентов обоего пола с заболеваниями кожи, сопровождающимися её сухостью.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ С КРЕМОМ «ОБЛЕПИХОВОЕ МАСЛО И МУМИЁ» У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

Хамидов Ф.Ш., Пакирдинов А.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт, Узбекистан

По данным многих авторов лазеротерапия позволяет существенно улучшить результаты лечения и прогноз при ряде дерматозов. Некоторые вопросы клинического применения лазеротерапии нуждаются в дальнейшем изучении и уточнении. Все ещё полностью не выработаны более четкие показания, оценка эффективности в условиях проведения контролируемых исследований, ну и сочетание с другими методами лечения.

Крем «Облепиховое масло и мумиё» – две натуральные вещества, имеющие активные природные компоненты, оказывающие противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное и ранозаживляющее действие.

Цель исследования. Изучить эффективность лазеротерапии и крема «Облепиховое масло и мумиё» у больных красным плоским лишаем.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 25 больных красным плоским лишаем, в возрасте от 18 до 52 лет, из них мужчин было 15, женщин 10. У всех больных кожный процесс носил распространенный характер. Все больные получали лазерную терапию, процедуры проводились ежедневно, на курс от 15 до 20 процедур. Кроме этого комплексное лечение включало антибиотики, гепатопротекторы (гепабаланс), витаминотерапия, антигистаминные, иммуномодулятор (финнимун или иммунорок) в общепринятых дозах и наружное лечение (крем облепиха и мумиё). Крем «Облепиховое масло и мумиё» применялся наружно и очаг поражения обрабатывалось 2 раза в день.

Результаты исследования. Эффективность применения лазерной терапии и крема «Облепиховое масло и мумиё» у больных красным плоским лишаем к концу курса лечения у 16 больных элементы поражения регрессировали частично, у 4 больных остались уплощенные элементы в большом количестве и у 5 больных отмечался незначительное улучшение. Снижение зуда отмечался только у 6 больных. У всех больных после применения крема отмечалось появление сетки Уикхема.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о клинической эффективности применения лазеротерапии и крема «Облепиховое масло и мумиё» у больных красным плоским лишаем при комплексной терапии. Крем можно использовать для выявления сетки Уикхема и подтверждения диагноза у больных красным плоским лишаем.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ ЛИЦА, АССОЦИИРОВАННЫХ С КЛЕЩАМИ РОДА DEMODEX

Калинина О.В.^{1,2}, Ноздрин В.И.²

¹ Смоленский кожно-венерологический диспансер

²ЗАО «Ретиноиды», Москва

На настоящий момент данные об эпидемиологии клещей рода *Demodex* являются разрозненными и часто противоречивыми. Их наличие осложняет течение многих заболеваний кожи лица. Актуальность исследования обусловлена ростом заболеваемости, частыми рецидивами и недостаточной эффективностью существующих методов лечения.

Цель исследования – изучение характеристики контингента больных с заболеваниями кожи лица, ассоциированными с клещами рода *Demodex*.

Материалы и методы. Статистическое ретроспективное исследование пациентов с различными кожными заболеваниями лица проведено в поликлиническом отделении кожно-венерологического диспансера (г. Смоленск) в течение 2015–2017 гг. За период наблюдения было обследовано 8248 пациентов, обратившихся к дерматологу впервые или повторно, клинические проявления заболевания которых предполагали исследование на наличие клещей рода *Demodex*. Выявление клещей проводили с помощью световой микроскопии нативного материала, полученного путём соскоба содержимого сальных желёз, и эпиляции ресниц.

Результаты. Клещи рода *Demodex* были обнаружены в коже у 2844 (34,5%), на ресницах – у 1937 (23,5%) пациентов в возрасте от 4 до 89 лет.

Среди носителей клещей преобладали женщины, при этом соотношение женщин и мужчин составило 3,62:1 (соскобы с кожи лица), 3,95:1 (эпиляция ресниц). Средний возраст пациентов составил – 49,8±6,4 лет.

При анализе возрастного состава установлено, что среди больных с поражениями кожи лица, ассоциированными с клещами рода *Demodex*, 63,5% женщин и 61,5% мужчин находились в зрелом возрасте. Большинству пациентов, у которых выявили наличие клещей, был поставлен диагноз «розацеа» (69,1% женщин и 46,1% мужчин). Частой причиной обращения к дерматологу были также папуло-пустулёзные угри, фолликулиты лица, себорейный и периоральный дерматиты.

Длительность заболеваний варьировала от нескольких дней до 10 лет. Сопутствующая патология (иногда регистрировали два и более заболевания) выявлена в анамнезе у 68,1% пациентов, причём наиболее часто – заболевания желудочно-кишечного тракта (40,4%) и сердечно-сосудистой системы (35,8%). Эндокринопатии отмечены у 17,2% пациентов, среди которых сахарный диабет – у 15,2% больных. На заболевания суставов и позвоночника указывали 12,3% опрошенных лиц.

Выводы. Около трети пациентов с проблемами кожи лица, обратившихся к дерматологу впервые или повторно, являются носителями клещей рода *Demodex*, причём преобладают женщины зрелого возраста.

Наиболее часто обнаружение клещей рода *Demodex* ассоциировалось с розацеа. Одновременное наличие клещей рода *Demodex* в соскобе с кожи лица и на ресницах регистрировалось примерно у трети пациентов.

При заболеваниях кожи лица, ассоциированными с клещами рода *Demodex*, установлена высокая частота сопутствующей патологии.

НИЗКОИНТЕНСИВНАЯ КОМБИНИРОВАННАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИИ ПРИ НЕЙТРОПАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ КОНТУРНОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ ПЛАСТИКИ

Карпова Е.И., Данишук О.И., Картелишев А.В., Демина О.М.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ,

ФНКЦ детской гематологии онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева МЗ РФ

Клиника Данишука, Москва

В настоящее время актуальность проблемы контурной инъекционной пластики лица (КИП) обусловлен как появлением новых подходов и достижений КИП, так и возрастающим интересом пациентов к молодой и привлекательной внешности. Для КИП используют различные виды материалов – от трансплантатов до имплантатов, которые характеризуются определенной жесткой структурой для коррекции существенных костных дефектов челюстно-лицевой скелеты, а также включают инъекционные материалы для восстановления мягких тканей лица.

Цель исследования: обосновать эффективность комбинированной низкоинтенсивной лазерной терапии (НИЛИ) при нейтропатических осложнениях контурной инъекционной пластики.

Материалы и методы: 112 пациентов с невропатиями, сформировавшиеся после введения филлеров при коррекции носогубных складок, области губ, щечно-скуловых борозд.

Результаты. Нейропатические осложнения проявлялись у всех пациентов сенсорными нарушениями в виде гипестезии (50,8%) или гиперестезии (53,5%), а также парестезии (37,5%) и возникали либо сразу, либо на 2-3 день после инъекций филлеров. Все нарушения чувствительности носили постоянный характер от умеренных, раздражающих до изнуряющих. Нарушение чувствительности у всех пациентов сопровождалось ограничением функциональной активности мимических и жевательных мышц. Болевой синдром в проблемной области определялся в 63,4% случаев, интенсивность которого оценивалась как «умеренная» (показатель ВАШ =3,78 балла). При этом, у наблюдаемых больных с невропатиями отмечались вегетативные нарушения в виде отека мягких тканей на стороне поражения, чувства стягивания и сухости кожи. Всем пациентам назначалась комбинированная НИЛИ в виде лазерного излучения красного диапазона ($\lambda=0,63$ мкм) и локального воздействия низкоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного диапазона ($\lambda=0,89$ мкм).

Выводы. После применения комбинированной НИЛИ были выявлено уменьшение отечности и инфильтрации тканей (94,6%) за счет коррекции микроциркуляторных нарушений, что клинически проявлялось в ликвидации симптомов невропатических осложнений. Комбинированная НИЛИ в виде надвенного облучения крови с применением лазерного излучения красного диапазона и локальное воздействие лазерным излучением инфракрасного диапазона, целесообразно назначать пациентам на проблемные области лица после контурной инъекционной пластики деформаций мягких тканей лица, независимо от характера и степени выраженности возникших осложнений.

ЛЕЧЕНИЕ ВУЛЬГАРНЫХ И ПОДОШВЕННЫХ БОРОДАВОК КРЕМ-ПАСТОЙ «ВАРТОКС»

Карпова О.А.

НУЗ ОКБ на станции Барнаул ОАО «РЖД»

Вирусные бородавки (*verrucae*) – доброкачественное пролиферативное заболевание кожи и слизистых оболочек, с сильным разрастанием эпидермиса и сосочкового слоя дермы, вызываемое вирусами папилломы человека (ВПЧ), клинически проявляющееся эпидермальными новообразованиями.

Учитывая этиологию, патогенетические механизмы и клинические проявления, терапию вирусных бородавок необходимо проводить препаратами, оказывающими кератолитическое и противовирусное действие. Крем-паста для устранения ладонно-подошвенных бородавок «Вартокс» ООО «ФАРМТЭК», Россия, является таким средством.

Карбамид (Мочевина) 40%, входящий в состав Крем-пасты «Вартокс», обладает мощным кератолитическим действием – размягчает ткани бородавки для последующего проникновения противовирусного компонента пасты *Глицирризиновой кислоты*.

Глицирризиновая кислота 0,1% обладает противовирусным эффектом, в том числе и в отношении ВПЧ. Взаимодействуя со структурами вируса глицирризиновая кислота, изменяет различные фазы вирусного цикла, что сопровождается необратимой инактивацией вирусных частиц, находящихся в свободном состоянии вне клеток. А также глицирризиновая кислота обладает иммуномодулирующим действием, так как индуцирует образование интерферона.

Цель исследования – изучение эффективности и безопасности крема-пасты «Вартокс» в лечении вульгарных и подошвенных бородавок.

На базе поликлинического отделения №1 НУЗ ОКБ на станции Барнаул ОАО «РЖД» проведено клиническое исследование эффективности и безопасности крема-пасты «Вартокс». В исследовании участвовали 139 пациентов (116 мужчин и 23 женщины) в возрасте от 7 до 78 лет (средний возраст 44,8 лет). Длительность заболевания варьировала от 6 мес. до 12 лет. У 24 (17,3%) пациентов были диагностированы вульгарные бородавки, которые были представлены папулами округлой формы серого цвета размером от 0,3 до 0,8 см в диаметре. Бородавки локализовались на коже тыльной и ладонной поверхности пальцев кистей, у 3 пациентов единичные бородавки локализовались на ногтевом валике. Количество бородавок варьировало от 1 до 9. У 94 (87,8%) больных обнаружены единичные подошвенные бородавки, характеризующиеся очагами округлой формы размером от 3 до 5 см в диаметре с гиперкератотическими наслоениями, болезненные при пальпации. У 28 (20,1%) пациентов определялись множественные подошвенные бородавки. В 17 (12,2%) случаях бородавки носили рецидивный характер, ранее для их удаления применяли криодеструкцию, диатермокоагуляцию, «Суперчистотел». У 2 пациентов подошвенные бородавки рецидивировали после лазеротерапии и локализовались на рубце.

На момент начала исследования пациенты никакой терапией не получали.

Все пациенты применяли крем-пасту «Вартокс» в монотерапии 1 раз в 24 часа.

Полное излечение было констатировано у всех пациентов вульгарными бородавками: один сеанс нанесения препарата потребовался 8 (33,3%) больным, два сеанса – 16 (66,7%). При подошвенных бородавках клиническое излечение было достигнуто у 98 пациентов (85,2%), у 17 (12,2%) после пятнадцатикратной обработки полного регресса образования не отмечено, но образования значительно уменьшились.

Через 1–2 мес после выздоровления ни у одного пациента рецидива выявлено не было. У 17 (12,2%) пациентов торпидных к лечению полного регресса образования достигнуто не было.

В процессе лечения крем-пастой «Вартокс» побочных действий или осложнений зарегистрировано не было. Практически все пациенты 136 человек (97,8%), применявшие крем-пасту «Вартокс» отмечали удобство её применения и хорошие органолептические свойства – паста не раздражала кожу, не обладала неприятным запахом. Лишь у 3 (2,2%) пациентов отмечалось легкое жжение кожи, не требовавшее отмены средства.

В заключении можно сделать вывод, что крем-паста «Вартокс» является эффективным, безопасным и удобным в применении средством терапии вирусных бородавок.

При применении крема-пасты «Вартокс» 1–2 раз 1 раз в сутки у 100% пациентов с вульгарными бородавками и 1–15 раз 1 раз в сутки у 85,2% с подошвенными бородавками отмечено клиническое выздоровление, у 12,2% значительное улучшение.

Оптимальная схема лечения: при вульгарных бородавках 1–2 обработки 1 раз в сутки; при подошвенных 1–15 обработок 1 раз в сутки.

Лечение характеризуется отсутствием побочных эффектов и осложнений, малой травматичностью, хорошей переносимостью, полным восстановлением тканей без косметических дефектов.

В ходе исследования не было зарегистрировано побочных явлений.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСОМ ВЫСОКОГО КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Касаткин Е.В., Лялина Л.В.

Кожно-венерологический диспансер № 8, Санкт-Петербург

НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, Санкт-Петербург

Исследованиями многих авторов установлена ведущая роль вирусов папилломы человека (ВПЧ) в этиопатогенезе рака шейки матки (РШМ) и значительная роль в развитии рака вульвы, влагалища, полового члена, предстательной железы, яичка, анальной области, гортани и ротовой полости, кожи. Эти исследования легли в основу разработки и применения вакцин для профилактики папилломавирусной инфекции (ПВИ). Почти все исследования по распространенности ВПЧ проводятся среди женского контингента. Тем не менее, для определения объема профилактических мероприятий представляет интерес вопрос распространенности ВПЧ также и среди мужчин.

Цель исследования – изучение гендерных различий распространенности ПВИ среди больных дерматовенерологического профиля для обоснования и разработки мер профилактики как самой ПВИ, так и ассоциированных с этой инфекцией других заболеваний.

В 2008–2016 гг. на наличие ВПЧ высокого канцерогенного риска (ВКР) обследовано 5425 пациентов при обращении в СПб ГБУЗ «КВД № 8». Использовали наборы отечественного производства, разрешенных к применению в России в установленном порядке («Генлаб», Москва) для идентификации ВПЧ ВКР (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52 типы – 1 группа пациентов, и 55, 56, 58, 59, 68, 73, 83 типы ВПЧ – 2-я группа пациентов).

Материал для исследования – соскоб со слизистой уретры, цервикального канала выполняемый универсальным уретральным зондом или цитощеткой. Среди обследованных были больные венерическими заболеваниями (гонорея, аногенитальные бородавки), другими инфекциями, передаваемыми половым путем, воспалительными заболеваниями нижних отделов мочеполового тракта, а также обследованные с профилактической целью.

Среди обследованных 2614 (48,2%) мужчины и 2811 (51,8%) женщин в возрасте от 13 до 66 лет. Наибольшее количество обследованных – в возрастной группе 20-29 лет (44,4%). ВПЧ ВКР обнаружены у 1484 пациентов, из них 767 мужчин (51,7%) и 717 женщин (48,3%). Частота обнаружения ВПЧ в указанных контингентах составила $27,40 \pm 5,48\%$, причем у мужчин – $29,3 \pm 7,6\%$, у женщин – $25,5 \pm 8,0\%$. В группе 20-29 лет выявлена наибольшая частота обнаружения ВПЧ ($34,4 \pm 12,0\%$), несколько реже в возрастных группах 30-39 лет и 40 лет и старше ($27,18 \pm 8,6\%$ и $25,0 \pm 4,9\%$ на 100 обследованных соответственно). Важно отметить, что онкогенные ВПЧ обнаружены даже у детей в возрасте до 14 лет в $1,9 \pm 6,3\%$ случаев (только у девочек 0-14 лет – в $2,8 \pm 7,9\%$). Пациенты 1-й группы составили 76,6% (1137 человек), среди них 617 мужчин (41,6%) и 520 женщин (24,1%), пациенты 2-й группы составили 23,4% (347 человек), среди них 150 мужчин (10,1%) и 197 женщин (17,9%).

Инфицированность онкогенными ВПЧ в равной степени мужчин и женщин свидетельствует о примерно одинаковой потенциальной роли лиц обоего пола как источников ПВИ. Вместе с тем, известно, что уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями половых органов у мужчин существенно ниже, чем у женщин. Значение ПВИ инфекции в канцерогенезе у мужчин нуждается в дальнейшем изучении. Тем не менее высокая распространенность ПВИ среди лиц мужского пола явилась основанием для того, что на европейской конференции EuroGIN 2013 г. было предложено проводить профилактическую работу (просвещение, обследование, вакцинация) не только среди женского, но и среди мужского населения.

Полученные результаты характеризуют высокую интенсивность эпидемического процесса ПВИ у пациентов дерматовенерологического профиля обоих полов, которые представляют собой группу высокого риска заражения и распространения этого инфекционного заболевания. Особенно настораживает высокая распространенность ПВИ среди контингента репродуктивного возраста, что может иметь значительные социальные последствия.

Все это свидетельствует о необходимости упорядочивания системы скрининга населения на наличие ВПЧ ВКР, в том числе и у мужчин, и регистрации этой инфекции, а также развития системы эпидемиологического надзора и первичной профилактики ПВИ, что в перспективе будет способствовать снижению заболеваемости вирус-ассоциированными болезнями.

ТОПИЧЕСКИЕ РЕТИНОИДЫ ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Касихина Е.И., Колбина М.С., Серебренникова К. А.

МНПЦДК ДЗМ, Москва

Ретиноиды представляют собой структурные аналоги витамина А. Более 60 лет ретиноиды успешно применяются в клинической практике. За это время появилось три поколения ретиноидов, а количество препаратов их содержащих – более 2500. На сегодняшний день в дерматологии существует более 125 патологических состояний, при которых назначение ретиноидов может быть эффективно.

Ретинол – один из самых известных представителей первого поколения ретиноидов, препараты на основе которого, есть в арсенале каждого российского дерматолога. Широко известен как витамин А, ретинол принадлежит к семейству эндогенных природных ретиноидов и является предшественником ретиноальдегида и транс-ретиноевой кислоты. Не смотря на то, что ретинол является предшественником ретиноевой кислоты, в зарубежной практике с 1984 года он преимущественно использовался при производстве косметической продукции и безрецептурных средств [1].

Однако следует учитывать, что в должных дозировках ретинол обладает выраженной биологической активностью и оказывает значимый клинический эффект, особенно при коррекции патологических состояний, напрямую или опосредованно связанных с воздействием УФ-излучения.

Использование ретинола с учетом его минимальных побочных эффектов может быть одним из приоритетных вариантов решения такой проблемы как тактика ведения возрастных пациентов с различной кожной патологией. Для пожилых людей характерны сухость и шелушение кожи: по мере старения сухость кожи увеличивается, а жирность снижается. Частично эти изменения могут быть обусловлены возрастными нарушениями барьерной функции: уменьшением содержания липидов, а также филаггрина в эпителии, что в конечном итоге приводит к увеличению трансэпидермальной потери жидкости (ТЭПЖ). Почти все формы экземы рук у пожилых лиц начинаются с нарушения барьера рогового слоя, которое сопровождается ТЭПЖ. У возрастных пациентов истончение эпидермиса реализуется в основном за счет уменьшения толщины шиповатого слоя и частичного или полного исчезновения зернистого слоя. В старческом возрасте шиповатый слой может состоять из двух рядов клеток. В эпидермисе уменьшается количество клеток Лангерганса. В тех, которые сохраняются, отмечаются дистрофические изменения, выражающиеся в просветлении матрикса, цитоплазмы, а иногда частичном лизисе клетки, что приводит к резкому снижению защитных свойств эпидермиса.

Seité S. et al. (2005) провели два двойных слепых плацебо-контролируемых клинических исследования у женщин в постменопаузе. Результаты наружного применения 0,04 и 0,07% ретинола в комбинации с 3 и 3,5% витамином С оценивались через три и шесть месяцев. Через 3 мес основные изменения были зарегистрированы в эпидермисе (уменьшалась выраженность гиперкератоза и увеличивалось число рядов мальпигиева слоя). Через шесть месяцев наблюдались положительные структурные изменения в дермоэпидермальном соединении, увеличивалось содержание коллагена I типа, что приводило к изменению соотношения коллагена I и III типов [2].

На сегодняшний день показано, что ретинол взаимодействует с системами ядерных рецепторов RARs и в ходе метаболизма может превращаться в третриноин, являющимся гормоном. Ядерные рецепторы RARs и RXRs относятся к большому суперсемейству ядерных гормоночувствительных рецепторов, которые включают в себя рецепторы стероидов, гормонов щитовидной железы и витамина D. Очевидно, что взаимодействие этих рецепторов активно изучается в связи с применением топических и системных ретиноидов для терапии аллергодерматозов, резистентных к традиционному лечению топическими глюкокортикостероидами и УФ-терапии [3–4].

В нашей стране наружными дерматопротективными средствами, в состав которых входит ретинол, являются мази Редецил, Видестим, Радевит. Редецил – комбинированный дерматотропный препарат, включающий 0,5% ретинола пальмитат и 3% диоксометилтетрагидропиримидин (метилурацил) на эмульсионной основе, был специально разработан для лечения аллергических заболеваний кожи. Показаниями к назначению мази Редецил являются экзема, нейродермит, атопический дерматит.

Нами была проведена оценка эффективности мази Редецил в лечении хронической экземы у 30 пациентов (18 женщин и 12 мужчин) в возрасте от 59 до 74 лет. Все пациенты жаловались на воспалительные явления и сухость кожи, шелушение, зуд. Раздражение кожи усиливалось при перемене температуры кожи и окружающей среды с ухудшением в зимнее время. Очаги поражения располагались на верхних и нижних конечностях. У большинства пациентов наблюдались множественные округлые или овальные эритематозно-сквамозные очаги. Также было выявлено усиление кожного рисунка, сухость и трещины подушечек пальцев кистей рук. На стопах рельеф кожи выглядел как «высохшее русло реки. Мазь наносили на пораженные участки кожи тонким слоем 2 раза в день. Внутрь больным назначали антигистаминные, седативные, десенсибилизирующие препараты. Из 30 больных у всех был достигнут положительный эффект – полное разрешение высыпаний было у 2 (6,7%), значительное улучшение – у 4 (13,3%), улучшение – у 24 (80,0%).

В процессе исследования Редецил не вызывал изменений содержания гемоглобина, клеточного состава периферической крови и подавляющего большинства биохимических показателей, отражающих состояние

белкового, липидного, углеводного и минерального обмена веществ. Данное наблюдение свидетельствует в пользу того, что при местном применении абсорбция ретинола пальмитата минимальна, за счет чего отмечается достаточно большая широта терапевтического действия и возрастного диапазона. Побочных эффектов при использовании дерматопротектора за исследуемый период отмечено не было.

Отечественными исследованиями показано, что мазь Редecil стимулирует пролиферацию клеток эпидермиса и модифицирует воспалительный процесс, активизируя фибробластическую реакцию дермы; при этом представляется важным отмеченное при изучении предлагаемой лекарственной формы сочетание интенсивной регенерации кожи с отсутствием проявлений гиперкератоза [5]. Одним из примечательных молекулярных механизмов действия ретинола является увеличение активности пролиферации кератиноцитов за счет запуска эпидермального фактора роста HB-EGF. HB-EGF участвует в заживлении ран кожи, что крайне важно для пожилых пациентов. Поскольку в состав Редecilа входит метилурацил (структурный аналог природного нуклеотида – тимина), который является известным стимулятором регенерации, обладает анаболическим, иммуномодулирующим и противовоспалительным действием, спектр применения мази значительно расширяется. Таким образом, ретинол в концентрации 0,25% может являться эффективным средством лечения при нанесении на кожу. В данной концентрации ретинол не раздражает кожу, но вместе с тем индуцирует клеточные и молекулярные изменения, сходные с теми, которые наблюдаются при нанесении на кожу 0,025% ретиноевой кислоты [5].

Таким образом, на основании литературных и собственных данных можно сделать вывод, что ретинол является эффективным и сравнительно безопасным средством в лечении хронической экземы, обладает противовоспалительным, противозудным, смягчающим и иммуномодулирующим эффектами, влияет на репаративную функцию кожи. Отечественные дерматопротекторы, содержащие ретинола пальмитат, удобны в применении, пригодны для длительного использования без снижения терапевтической активности и практически не имеют побочных эффектов.

Список литературы

1. Rolewski SL. Clinical review: topical retinoids. *Dermatol Nurs.* 2003; 15(5): 447-50, 459-65.
2. Seité S., Bredoux C., Compan D. et al. Histological evaluation of a topically applied retinol-vitamin C combination. *Skin Pharmacol Physiol.* 2005; 18(2): 81-7.
3. Paulden M, Rodgers M, Griffin S et al. Alitretinoin for the treatment of severe chronic hand eczema. *Health Technol Assess.* 2010; 14(Suppl 1): 39-46.
4. Lahfa M. Management of chronic hand eczema. *Ann Dermatol Venereol.* 2014 Jun;141 Suppl 1: S143-50.
5. Яцковский А.Н., Белоусова Т.А., Архагчев Ю.П., Кинзирский А.С., Лаврик О.И., Жучков С.А., Ноздрин В.И. Влияние препарата Редecil® на процессы репаративной регенерации кожи. Тез. докл. VIII нац. конгр. "Человек и лекарство". М., 2–6 апр. 2001; 363-4.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ МИКОЗОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА «АБИСИЛ»

Хисматулина И.М., Абдрахманов Р.М.

Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ

Введение. Актуальность проблемы микотических поражений кожи обусловлена прежде всего возрастающим количеством пациентов как в нашей стране, так и по всему миру. По данным ВОЗ, у 20% населения планеты наблюдаются различные формы микоза, в структуре дерматологических больных микозы составляют 25%. При этом среди грибковых поражений кожи, как правило, преобладают микозы стоп и крупных складок. Особенностями современного течения микозов является рост микст-инфекций в этиологической структуре данной группы заболеваний [1, 2].

Клинически сходные поражения кожи паховых складок вызываются различными патогенными и условно-патогенными грибами. Причиной инфекции могут быть как истинные дерматофиты: *Epidermophyton floccosum*, *Trichophyton mentagrofritis var. interdigitale* и *Trichophyton rubrum*, так и грибы рода *Candida* и плесневые грибы, особенно в ассоциации с дерматофитами [3, 4].

В качестве сопутствующей микрофлоры в исследованиях отмечают колонизацию кожи эпидермальным и золотистым стафилококком, а также палочковой флорой в умеренном количестве. В случаях, когда это вызывает клиническую картину микоза паховых складок, осложненного вторичной инфекцией, противовоспалительной активности антифунгального препарата для местного лечения оказывается недостаточно [5].

Цель исследования – оценка клинической эффективности природных терпеноидов (препарат «Абисил», регистрационный № 003339/02 от 24.11.2003 г.) в лечении осложненных форм микозов паховых складок.

Материал и методы. Объектом исследования явился 31 больной с клинически, микроскопически и культурально доказанным осложненным микозом паховых складок.

Критерии включения в исследование: осложненные микозы складок, подтвердившиеся микроскопией патологического материала с последующим выделением культуры возбудителя; пациенты в возрасте от 18 до 80 лет; длительность заболевания до 25 лет; отсутствие тяжелых соматических и психических заболеваний; наличие добровольного информированного согласия пациента.

Критерии исключения: больные осложненными микозами паховых складок, получавшие дополнительную местную терапию другими антибактериальными, противовоспалительными, ранозаживляющими и иммуномодулирующими средствами; пациенты, нуждавшиеся в лечении системными антимикотиками (в том числе и большие онихомикозами); дети до 18 лет, беременность и кормление грудью; аллергические реакции к эфирным маслам в анамнезе; больные, которые не были готовы к сотрудничеству с испытателями.

Критерии оценки клинического эффекта:

1. Клиническая эффективность анализировалась по динамике регресса симптомов заболевания: до начала терапии, через 7, 14 дней от начала и через 7 дней после ее окончания;
2. Переносимость лечения;
3. Результаты лабораторных исследований;

Лабораторное обследование включало в себя два компонента: микроскопию и культуральное исследование биологического материала больного. Патогенность сопутствующей флоры была определена путем постановки ряда тестов. Патогенными считались такие штаммы, которые коагулировали плазму в течение первых двух часов, вызывали широкую зону гемолиза при посеве на кровяном агаре и обладали фибринолитической активностью. Условно-патогенными считались штаммы, которые коагулировали плазму в течение первых 3–6 ч, образовывали незначительную зону гемолиза. Сапрофиты давали отрицательные тесты.

Местное лечение проводили дважды в сутки до клинического и микологического излечения последовательным нанесением с интервалом в два часа препарата природных терпеноидов «Абисил» (раствор для наружного применения) и антимикотика «Залаин» на предварительно очищенную кожу.

Медико-биологические данные исследования обрабатывались с помощью программной системы STATISTICA for Windows (версия 6.0).

Результаты исследования и их обсуждение.

В ходе лечения положительная динамика, наблюдавшаяся у пациентов, выражалась в уменьшении клинических проявлений. Исчезновение зуда и жжения кожи паховых складок в основной группе происходило в среднем на $(6,2 \pm 1,6)$ день. Регресс эритемы происходил в среднем на $(7,5 \pm 1,6)$ день. Эрозии у больных эпителизировались в среднем к $(5,8 \pm 2,4)$ дню лечения. Регресс папул на коже паховой области происходил в среднем на $(8,6 \pm 1,9)$ день. Средние сроки прекращения шелушения у больных составили соответственно $(8,8 \pm 3,1)$.

Клиническое излечение наступило у 100% больных ($n=31$) в течение 11,3 дней. Затем местная терапия продолжалась еще 7 дней, после чего проводилось контрольное микроскопическое исследование. У всех 95 пациентов (100%) в соскобах с кожи паховых складок элементы гриба обнаружены не были. Из очагов поражения была выделена и санирована следующая микрофлора: *Staphylococcus aureus* до лечения высевался у больных основной группы в 61,3% случаев, а после лечения – в 3,6%.

Главное достоинство предложенной нами схемы применения крема «Залаин» совместно с препаратом «Абисил» – отчетливый противовоспалительный и антибактериальный эффект. Благодаря этому действию достигался быстрый регресс местных островоспалительных явлений при применении препарата «Абисил» совместно с антимикотиком. Побочных эффектов в процессе лечения не возникало.

Выводы. Применение природных терпеноидов (препарат «Абисил», регистрационный № 003339/02) в комплексном лечении осложненных форм микозов паховых складок показало свою эффективность.

Список литературы

1. Иванова М.А., Огрызко Е.В., Бендриковская И.А. и др. Динамика заболеваемости дерматомикозами в Российской Федерации в 2003—2007 гг. Клиническая дерматология и венерология 2009; 2: 26-31.
2. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции: Руководство для врачей. М: Бином. 2008: 480.
3. Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю. Проект «Горячая линия»: итоги и результаты. Усп. мед. микол. 2003; 2: 153.
4. Матушевская Е.В., Свирщевская Е.В. Нафтифин в терапии грибковых инфекций кожи: 40 лет успеха, Вестн. дерматол. венерол. 2014; 2: 72-7
5. Хисматулина И.М., Абдрахманов Р.М., Халдеева Е.В., Лисовская С.А., Глушко Н.И. Микробиота кожи при микотическом поражении паховых складок. Усп. мед. микол. 2017; 1: 58-60.

ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ РУЗАМ В ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Колганова Н.А., Манина И.В., Терехов Д.В., Осипова В.В.

Институт аллергологии и клинической иммунологии, Москва

НИИ Пульмонологии ФМБА России

Одним из препаратов импортозамещения является отечественный препарат Рузам® РУЗАМ® – препарат, обладающий противовоспалительным, мембраностабилизирующим и иммуномодулирующим действием. Он применяется для лечения таких дерматологических заболеваний, как атопический дерматит и крапивница.

Современные фармакологические противоаллергические препараты, применяемые для лечения кожных проявлений аллергии, в большинстве случаев позволяют контролировать состояние пациентов, однако ни один из препаратов симптоматической терапии не может изменить характер реагирования организма на причинно-значимый аллерген и тем самым повлиять на течение заболевания. Фармакотерапия в ряде случаев не позволяет ни добиться выздоровления, ни предупредить переход заболевания в более тяжелые клинические формы при прекращении лекарственного лечения. В настоящее время, представления об иммунологических аспектах патогенеза аллергических заболеваний (в том числе их кожных проявлений) позволяют говорить о ведущей роли дисбаланса Th1/Th2-лимфоцитов. Таким образом, есть основание предположить, что применение в базисной терапии кожных проявлений аллергии препаратов, нормализующих функцию Th1-лимфоцитов, препятствующих развитию аллергического воспаления или подавляющих образование IgE-антител, можно рассматривать как новую стратегию, позволяющую добиться повышения клинической эффективности терапии и достичь долговременной реабилитации больных с аллергопатологией [1]. Поиск средств и методов иммуномодулирующего воздействия, которые позволят предотвратить прогрессирование заболеваний, развитие обострений и осложнений является приоритетной задачей современной аллергологии и иммунологии. Поэтому, неспецифическая иммунотерапия с помощью регуляторных естественных и рекомбинантных пептидов, обладающих противоаллергической активностью, как эффективных иммунокорректоров будущего и альтернативой АСИТ [7, 8, 9], является на сегодняшний день важным направлением клинической и экспериментальной аллергологии [6]. Представителем этого направления в отечественной фармакологии является полипептидный препарат Рузам®, обладающий противовоспалительным, мембраностабилизирующим и иммуномодулирующим действием.

В настоящее время накопился большой опыт применения препарата Рузам® при лечении различных аллергических заболеваний. Клинические исследования препарата Рузам® в лечении больных аллергическими заболеваниями проводятся с начала 90-х годов. Рузам® вводят подкожно, оптимальным режимом дозирования препарата является 1 подкожная инъекция в неделю в дозе 0,2 мл для взрослых и детей старше 12 лет, на курс 10 инъекций. У детей 4-6 лет доза препарата снижается до 0,1 мл, а курс лечения может быть сокращен до 6-8 инъекций [2]. Нет опыта применения препарата Рузам® у детей младше 4-х лет.

Ряд авторов получили выраженную клиническую эффективность препарата Рузам® при мультисистемной аллергической патологии на большом количестве пациентов [3]. Комбинированное использование препарата Рузам® в сочетании с АСИТ способствовало уменьшению порога чувствительности к аллергенам, снижало уровень IgE и эозинофильного катионного протеина в сыворотке крови [7].

Более поздние исследования показали снижение уровня ИЛ-4, общего Ig E, ЦИК, повышение уровня ИФН-γ, Ig G в сыворотке крови и в индуцированной мокроте, sIgA в назальном секрете после курса терапии препаратом Рузам®.

Оценивая отдаленные результаты терапии пациентов с атопическим дерматитом, крапивницей, препаратом Рузам® показано, что у 81 % больных течение аллергического заболевания протекало легче, отсутствовали повторные обострения атопического дерматита в течение 5 лет и значительно снизилась интенсивность симптомов атопического дерматита, при этом отмечено возрастание эффективности терапии препаратом Рузам® после нескольких курсов.

Терапия препаратом Рузам® проводилась у больных с хронической рецидивирующей крапивницей. Больные получали Рузам® 1-2 раза в год с целью предупреждения обострения заболевания. Всего больным с крапивницей было проведено 3-6 курсов терапии препаратом Рузам®. Анализ полученных данных показал, что у больных, получавших комплексную терапию, включающую Рузам®, почти в 4 раза возрастала длительность ремиссии, снижалась потребность в фармакотерапии и уменьшалось количество обострений в год. Облегчались такие симптомы, как кожный зуд, количество волдырей. В группе сравнения проводимая терапия также способствовала снижению зуда и количества волдырей, другие показатели имели лишь слабую тенденцию к снижению. Отличный и хороший эффект от терапии препаратом Рузам® был получен у 57,9% больных с крапивницей, тогда как в группе сравнения – только у 25%. Число больных без эффекта от проведенной терапии в группе, получавшей Рузам®, было значительно меньшим, чем в группе сравнения.

Длительное наблюдение проводилось у больных с атопическим дерматитом. Лечение препаратом Рузамом® назначалось в период нестойкой ремиссии заболевания. Базисная терапия включала топические

нефторированные глюкокортикостероиды, антигистаминные препараты II поколения. Для объективной оценки эффективности терапии и степени тяжести кожного процесса у больных с атопическим дерматитом использовался полуколичественный метод – шкала SCORAD. Полученные данные свидетельствуют о том, что во время курса лечения препаратом Рузам[®] значительно уменьшался показатель SCORAD, сокращался объем лекарственной терапии, увеличивалась длительность ремиссии до $6 \pm 0,4$ месяцев, уменьшалась частота госпитализаций, у ряда больных снижался уровень IgE. В группе сравнения на фоне базисной терапии также отмечалась положительная динамика клинических показателей заболевания, однако, в меньшей степени, чем при лечении препаратом Рузам[®]. Хороший эффект в группе больных, получавших Рузам[®], был получен у 51,8% больных атопическим дерматитом, тогда как в группе сравнения – только у 10,5% больных. Число больных, у которых терапия оказалась неэффективной, в группе, получавшей Рузам[®], было значительно меньшим, чем в группе сравнения.

Препарат Рузам[®] широко применяется в педиатрической практике. В исследовании Балаболкина И.И. изучена терапевтическая эффективность препарата Рузам[®] у 279 детей, страдающих аллергическими заболеваниями. Из них у 55 – атопический дерматит, у 12 – рецидивирующая крапивница.

Из общего числа наблюдаемых больных 64 ребенка были в возрасте от 3 до 7 лет, 118 детей – от 7 до 12 лет и 111 больных старше 12 лет. Курс лечения состоял из 5-10 проводимых 1 раз в неделю подкожных инъекций препарата в дозе 0,1 мл детям от 3 до 12 лет и в дозе 0,2 мл детям старше 12 лет. Терапия препаратом Рузам[®] оказалась эффективной у 53 (96,3%) детей с атопическим дерматитом, 11 (91,6%) больных рецидивирующей крапивницей. Устойчивая клиническая ремиссия при лечении препаратом Рузам[®] была достигнута у 26 (9,2%) детей, из них у 15 – с атопическим дерматитом; снижение частоты обострений аллергических болезней и более легкое их течение отмечено у 124 (44,4%) и уменьшение выраженности обострений аллергических заболеваний при той же, что и до лечения препаратом Рузам[®], их частоте у 98 (35,1%) детей с аллергической патологией, у 22 детей (из них у 15 – атопическим дерматитом), на фоне лечения препаратом Рузам[®] имело место легкое или умеренно выраженное обострение указанных заболеваний. Переносимость препарата была хорошей. У 12 детей после введения препарата был отмечен подъем температуры до субфебрильных цифр.

Среди отмеченных побочных эффектов препарата Рузам[®] были выделены субфебрилитет (9,5%), заложенность носа (7,4%), болезненность и гиперемия в месте введения (5,3%). Данные явления проходили самостоятельно и не требовали дополнительных медикаментозных воздействий. [4,5].

Заключение

Таким образом, при лечении препаратом Рузам[®], уменьшается реакция пассивной кожной анафилаксии и уровень Ig E-антител в крови, биологических маркеров воспаления, благодаря чему снижаются общие и местные аллергические реакции. Применение препарата Рузам[®] способствует активации клеточного звена иммунитета и оказывает противовоспалительное действие [3, 4].

Результаты проведенных крапивницей и атопическим дерматитом, показали отличное от плацебо улучшение симптомов, снижение уровня ИЛ-4, общего Ig E, ЦИК, повышение уровня ИФН- γ , Ig G в сыворотке крови и в индуцированной мокроте, sIgA в назальном секрете.

У детей применение препарата Рузам[®] свидетельствуют о достаточной терапевтической эффективности препарата при лечении кожных проявлений аллергических заболеваний и целесообразности использования его в педиатрической практике. Препарат Рузам[®] имеет высокий уровень безопасности, хорошо переносится пациентами. Рузам[®] может быть рекомендован к применению в амбулаторной практике пациентами с кожными проявлениями аллергических заболеваний.

Список литературы

1. Аллергия у детей: от теории – к практике. Под ред. Л. С. Намазовой-Барановой. М.: Союз педиатров России. 2010–2011: 668 с.
2. Новикова Н.В. Осипова Г.Л. Практические аспекты применения Рузама при про-ведении аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ) у пациентов с аллергическим ринитом (АР) и поливалентной сенсibilизацией к экзоаллергенам. М. 2014. Сб. тр. XXIV Национального конгресса по болезням органов дыхания. 214: 126-7.
3. Осипова Г.Л. РУЗАМ в комплексной терапии аллергических заболеваний. Русс. мед. журн. 2002; 10(5): 278-81.
4. Чучалин А.Г., Пыжева Е.С., Колганова Н.А. Результаты многолетнего клинического применения препарата РУЗАМ в комплексной терапии бронхиальной астмы. . Сборник «РУЗАМ – надежная защита от аллергии». М. 2002: 2-6.
5. Шувалова Е.В. Иммуноterapia пептидами респираторных аллергических заболеваний: Дисс. ... канд. мед. наук: М. 2004: 137с.
6. Bousquet J, Anto J, Auffray C et al. MeDALL (Mechanisms of the Development of Allergy): an integrated approach from phenotypes to systems medicine. Allergy 2011; 66: 596-604.
7. Leong KP, Huston DP. Understanding the pathogenesis of allergic asthma using mouse models. Ann Allergy Asthma Immunol. 2001; 87: 96-110.
8. Moss R.B., Diverley JP, Gouveria E. et al. Hiv-1 Antigenen IFA plus CPG immunostimulatory DNA induces strong cross-clade Th-L type cytokines and chemokines. Ann Allergy Asthma Immunol. 2001; 24: 74.
9. Varga EM, Nouri-Aria K, Till SJ, Durham SR. Immunomodulatory treatment strategies for allergic diseases. II Curr. Drug Targets Inflamm. Allergy. 2003; 2: 31-46

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ И СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ К ФАРМАКОТЕРАПИИ И ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Кондратьева Ю.С., Ведлер А.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Псориаз характеризуется сложностью патогенетических воспалительных механизмов и имеет ряд общих иммунологических признаков с другими сложными по патогенезу заболеваниями, такими как сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), ожирение, сахарный диабет, депрессия, воспалительные заболевания суставов и кишечника [1–2]. Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти во всем мире. Развитие сердечно-сосудистых заболеваний тесно связано с особенностями образа жизни и факторами риска. Сердечно-сосудистый риск – вероятность развития сердечно-сосудистого события атеросклеротического генеза за определённый период [3].

Согласно концепции факторов риска, различают модифицируемые (курение, нездоровое питание, низкая физическая активность, избыточное потребление алкоголя, хроническое психоэмоциональное напряжение, артериальная гипертензия (АГ), дислипидемии (ДЛП), избыточная масса тела (МТ), ожирение и сахарный диабет) и немодифицируемые факторы риска (возраст, пол, генетическая предрасположенность) [4].

Согласно рекомендациям Европейских сообществ по управлению ДЛП к факторам, модифицирующим величину сердечно-сосудистого риска, относят псориаз [5]. Помимо отрицательного воздействия вышеперечисленных факторов, причиной развития ССЗ является то, что большая часть больных псориазом не получают адекватную медикаментозную терапию в отношении ССЗ [6].

Цель работы – изучение приверженности пациентов с псориазом и сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы к фармакотерапии и здоровому образу жизни.

Материалы и методы. Работа проводилась на кафедре дерматовенерологии, косметологии и иммунологии Алтайского государственного медицинского университета г. Барнаула. Обследовано 198 пациента с псориазом. Федеральный закон РФ «О персональных данных» соблюден. Участники исследования информированы о целях работы и дали согласие на обработку персональных данных. В ходе работы учитывались данные анамнеза заболевания и жизни, использовались антропометрические методы (измерение роста и массы тела, измерение окружности живота сантиметровой лентой, расчёт индекса массы тела (ИМТ) по формуле:), осциллометрический метод измерения артериального давления и частоты пульса, в биохимическом анализе крови оценивали показатели общего холестерина, триглицеридов, АСТ (аспартатаминотрансфераза), АЛТ (аланинаминотрансфераза).

Для оценки сердечно-сосудистого риска смерти ССЗ у исследуемых были учтены наличие зарегистрированных клинических ССЗ, наличие в анамнезе инфаркта миокарда, острого коронарного синдрома, реваскуляризации коронарных артерий, перенесенного ишемического инсульта, хронической болезни почек различной тяжести, сахарный диабет с поражением органов –мишеней. Для пациентов, не имеющих вышеперечисленные заболевания, в возрасте от 40 до 65 лет использовалась шкала SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE зависит от пола, возраста, уровня систолического артериального давления, курения и уровня общего холестерина. Полученная цифра выражается в процентах и имеет следующие критерии: низкий риск смерти <1%, средний риск смерти 1–5%, высокий риск смерти 5–10%, очень высокий риск смерти >10%. Группу сравнения составили 55 человек, не страдающих псориазом, где 24(43,6%) женщин и 31(56,4%) мужчин, средний возраст которых составил 42,5±14,1 лет.

Результаты. В исследовании принимали участие 198 больных псориазом, средний возраст которых составил 43,4±15,5 лет. Средний стаж болезни у пациентов составил 14,2±12,9 лет.

При активном опросе пациентов у 105 (53 %) больных псориазом в анамнезе отмечалась артериальная гипертензия (АГ), у 28 (14,1 %) различные формы ишемической болезни сердца (ИБС). Так, у 20 (10,1 %) имелась стенокардия, у 8 (4,04 %) в анамнезе отмечался постинфарктный кардиосклероз (ПИКС), кроме того, у 5 (2,5 %) пациентов диагностирован атеросклероз артерий. В то время как в группе сравнения у 17 (30,9%) человек имелась АГ, у 4 (7,2 %) исследуемых стенокардия, у 1 (3,3%) диагностирован атеросклероз артерий.

У пациентов, страдающих псориазом, были выявлены модифицируемые и немодифицируемые факторы риска ССЗ в разном процентном соотношении. Артериальная гипертензия отмечалась у 105 (53 %), сахарный диабет у 12 (6,1%) пациентов, курение и алкоголь у 78 (39,4%) и у 87 (43,4 %) больных соответственно, ожирение и абдоминальное ожирение отмечались у 61 30,8% и у 100 (50,5 %) пациентов соответственно, гиперхолестеринемия регистрировалась у 106 (53,5%) больных, триглицеридемия у 32 (16,2 %) пациентов. В группе сравнения артериальная гипертензия наблюдалась у 17 (30,9%) исследуемых, сахарный диабет у 1 (1,8 %), курение у 9 (16,4 %), алкоголь у 16 (29 %), ожирение у 9 (16,4 %), абдоминальное ожирение у 17 (30,9 %), гиперхолестеринемия у 9 (16,4 %), триглицеридемия у 4 (7,2 %).

В ходе исследования с помощью шкалы SCORE и учитывая данные анамнеза был определен сердечно-сосудистый риск развития фатальных ССЗ в ближайшие 10 лет. Очень высокий риск регистрировался у 33 (31,4%) пациентов с псориазом, высокий риск – у 19 (18,1%), средний риск у 37 (35,2%) и низкий риск у 16 (15,2%). В группе сравнения очень высокий риск регистрировался у 7 (17,9 %) исследуемых, высокий риск у 4 (10,2 %), средний риск у 8 (20,5%) и низкий риск у 20 (51,3%).

Была проанализирована приверженность пациентов, страдающих псориазом и ССЗ, и исследуемых в группе сравнения к фармакотерапии ССЗ и соблюдению здорового образа жизни. В ходе опроса было выявлено, что 6 (6,2 %) и 9 (9,3 %) пациентов с псориазом в течение жизни отказались от алкоголя и курения соответственно, 12 (12,4 %) соблюдают установленные правила питания для больных, страдающих ожирением и сердечно-сосудистыми заболеваниями, регулярная физическая активность отмечалась у 24 (24,7 %) пациентов. В группе сравнения было выявлено, что 3 (13,6 %) и 6 (27,2 %) исследуемых отказались от алкоголя и курения соответственно, 3 (13,6 %) соблюдали диету, регулярная физическая активность наблюдалась у 6 (27,3 %)

Регулярно соблюдают назначения врачей-кардиологов лишь 48 (49,5%) пациентов. При этом среди 28 пациентов, страдающих ИБС, принимают лекарственные препараты лишь 9 (32,1%) больных. Из них ингибиторы АПФ (эналаприл, лизиноприл, рамиприл) применяли 24 (24,7%) больных, блокаторы АТ1-рецепторов (валсартан, лозартан) – 16 (16,5%), диуретики (индапамид, Фуросемид, Гидрохлоротиазид) – 11 (11,3%), β-адреноблокаторы (бисопролол) – 8 (8,2%), антиагреганты (ацетилсалициловая кислота) – 5 (5,2%), гиполипидемические препараты (розувастатин, аторвастатин) – 5 (5,2 %), блокаторы кальциевых каналов (амлодипин, верапамил, нифедипин) – 2 (2,1 %), антиаритмические препараты (амиодарон) – 1 (1,03%), нитраты (Нитроглицерин) – 1 (1,03%). Стоит отметить, что из группы сравнения, 13 (76,5%) пациентов постоянно принимают гипотензивные средства и 4 (100%) пациента принимают статины (аторвастатин) по назначению кардиолога.

Обсуждение результатов. В ходе исследования было выявлено, что у пациентов с псориазом встречаемость ССЗ чаще, чем в группе сравнения на 15,5%. Факторы риска развития ССЗ у пациентов с псориазом встречаются чаще (АГ на 22,1%, СД на 4,3 %, курение на 23,0%, алкоголь на 14,4%, ожирение на 14,4%, абдоминальное ожирение 19,6 %, гиперхолестеринемия на 37,1 %, триглицеридемия на 9,0%), чем в группе сравнения.

Сердечно-сосудистый риск развития нежелательных событий ССЗ выше у пациентов с псориазом (очень высокий на 13,5 %, высокий на 7,9 %, средний на 14,7%), чем в группе сравнения.

Отмечено, что в группе сравнения отказ от курения и алкоголя в течение жизни чаще на 8,3 % и 17,9 % соответственно, чем в группе сравнения. Соблюдение правильного питания и физической активности в обеих исследуемых группах без существенных различий.

Регулярная приверженность к фармакотерапии ССЗ среди больных псориазом и ССЗ встречалась ниже на 27,0 %, чем у пациентов с ССЗ в группе сравнения.

Заключение. Псориаз играет немаловажную роль в развитии факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы.

У пациентов, страдающих псориазом и заболеваниями ССС, отмечалась низкая приверженность к фармакотерапии ССЗ и здоровому образу жизни, что повышает риск развития смертельного сердечно-сосудистого события.

Необходимо проведения своевременных профилактических мероприятий по предупреждению развития заболеваний сердечно-сосудистой системы у пациентов с псориазом.

Список литературы

1. Li K, Armstrong AW. A review of health outcomes in patients with psoriasis. *DermatolClin.* 2012;30(1): 61-72.
2. Gottlieb BA, Dann F. Comorbidities in patients with Psoriasis. *Am J Med.* 2009; 122(12): 1150.
3. Рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике по материалам EuroPrevent MeeGng 2016 г.
4. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Российские клинические рекомендации. 2014: 4-5.
5. Ключевые положения новых (2016 год) Европейских рекомендаций по управлению дислипидемиями. 2016:14

ФИТОТЕРАПИЯ ДЕРМАТОЗОВ В СССР В ДОВОЕННЫЙ ПЕРИОД

Корсун Е.В., Корсун В.Ф.

Российский университет дружбы народов, Москва

1931 г. создан Всесоюзный научно-исследовательский институт лекарственных и ароматических растений (ВИЛАР) с сетью зональных опытных станций на периферии. За годы своей работы ВИЛАР провел огромную экспедиционную работу, разработал, исследовал и внедрил в практическую медицину несколько десятков препаратов растительного происхождения, из которых в дерматологии нашли свое применение сок алоэ, ротокан, сангвиритрин, алпизарин, силимар, сибектан и др. В многочисленных сборниках ВИЛАРа публиковались работы – отчеты экспедиций, результаты интродукционных, фармакогностических и клинических исследований фитопрепаратов. Большая часть экспедиционных материалов А.И. Шретера, В.Б. Куваева не разобрана, не опубликована их наследниками и по сей день. Авторам посчастливилось общаться с ныне покойным В.Б. Куваевым, очень общительным и сердечным человеком. Во время нашей совместной прогулки по Ботаническому саду ВИЛАРа он охотно делился воспоминаниями о своей работе, о своей жизни, рассказывал о беседах со ссыльными эмчи-ламами в Бурятии. ВИЛАР стал также центром ботанико-ресурсных и химических исследований. При ВИЛАРе была организована постоянная комиссия по изучению народной медицины России и смежных стран (Китая, Монголии, Индии, Афганистана, Ирана).

В научно-исследовательскую работу по изучению лекарственных растений включились АН, АМН, Академии наук союзных республик, Институт питания АМН, кафедры фармакологии мединституты, Всесоюзный Ленинградский, Харьковский и Тбилисский НИИ, Центральный аптечный НИИ, Никитский ботанический сад в Крыму. В широкую медицинскую практику введено много новых лекарственных растений, что помогло избавиться от импорта ряда лекарственных растений. После Великой отечественной войны число научных учреждений, занимавшихся исследованиям лекарственным растениям, достигло трехсот.

Параллельно с развитием культуры лекарственных растений возрастает и расширяется заготовка дикорастущих видов. Некоторые растения, которых ранее не заготавливали или заготавливали в ничтожных количествах, в 1930-х гг. заготавливались в сотнях и тысяч тонн сырья (шиповник, валериана, алтей, солянка, эфедра и др.). Идет изучение алкалоидоносных и эфиромасличных растений под руководством акад. А.П. Орехова (1881-1939).

В 1933 г. офтальмолог Владимиров Петровичем Филатовым (1875–1956) предложил новый метод лечения различных заболеваний – тканевая терапия, или лечение биогенными стимуляторами – веществами, повышающими регенерационную способность тканей. Помимо экстракта плаценты и других экстрактов из тканей человека, водной фракции рыбьего жира, отгона грязи из одесского лимана, биостимулирующие свойства были доказаны для экстрактов из консервированных в темноте листьев алоэ, агавы, подорожника, ботвы свеклы и других неядовитых растений. Эта терапия показала себя эффективной при герпетическом, скрофулезном (при атопическом дерматите), келоидных рубцах, дискоидной красной кожном лейшманиозе (пендинской язве). Причем при лейшманиозе был получен одинаковый эффект от пересадки кожи и имплантаций различных автоклавированных тканей (кожи, плаценты, листьев алоэ). В 1930 г. Крестон Коллинз доказал, что крем на основе алоэ лечит лучевой ожог. Препараты алоэ оказывают биостимулирующее, ранозаживляющее, противомикробное действие при склеродермии, атопическом дерматите, очаговой алопеции, розацеа, трофических язв, флегмонах, абсцессах [1].

Публикуются работы по изучению народных традиций траволечения: «Народные лекарственные растения Сибири» (1931), «Лекарственные растения Кавказа» (1932) и «Народные лекарственные растения Алтая и Приалтайских степей» [4] Л.П. Уткина. В 1933 г. в Смоленске под ред. А.Н. Никулина публикуется работа «Лекарственные растения Западной области. Материалы к изучению естественных производительных сил Западной области». Раны рекомендовалось обмывать отваром из корня орляка обыкновенного. При кожных сыпях («накожных болезнях») применяли настойку почек осины на спирту или отвар коры осины, мазь из сока свежего очитка едкого, смешанного с коровьим маслом или другим жиром. Для очищения раковых язв прикладывали очиток едкий. При чесотке как наружное средство применяли мазь из порошка из сушеных листьев нивяника, смешанного со свиным салом или свежим коровьим маслом. На обожженные места наносили ореховое масло (масло плодов лещины).

Представляет большой интерес работа немецкого врача Герхарда Мадауса – его трехтомная энциклопедия лекарственных растений (1938). В частности, там приводятся данные об использовании лекарственных растений Парацельсом. Работы Парацельса, касающиеся фитотерапии заболеваний, до сих пор не переведены на русский язык. Отдельные фрагменты энциклопедии трав Мадауса нам удалось почерпнуть из книги С.В. Корепанова «Лица растений» (2012) и статьи В.В. Ревердатто (1949). По данным Г. Мадауса, цветки терна назначают в тех случаях, когда требуется вызвать повышение диуреза, усилить обмен веществ и очистить кровь. Для обработки ран применяли лишайники, для заживления свищей вводили в свищи сок из травы аквилегии, наружно–выжатый сок или отвар из сухой травы вахты трехлистной, который, подобно другим горьким травам, является прекрасным очищающим средством при язвах на ногах. Как отмечал Г. Мадаус, опыты показали, что водный настой свежих листьев прострела раскрытого весь год остается бактерицидным и фунгицидным. Наружно порошок из

высушенного растения волчеца кудрявого или его сок считались замечательными средствами «при гнилостных и раковых язвах». Галега лекарственная употреблялась внутрь при лихорадках, сопровождающихся кожными сыпями. Считалось, что это растение способствует более быстрому выведению токсинов и выздоровлению.

Большим знатоком народной медицины, был украинский священник Михаил Носаль [1886-1850]. Его книга «Лекарственные растения и способы их применения в народе», изданная его сыном, агрономом Иваном Михайловичем уже после смерти Михаила Александровича (1959) является одним из наиболее удачно составленных и любимых народных лечебников. М.И. Носаль – сборщик и технорук по заготовке лекарственных растений, на протяжении 45 лет собиравший в народе средства о растениях народной медицине, сам проверявший многие из них. В письме от 20 марта 1942 года издательству «Волянь» он писал: «В моей жизни наступает старость, и уже недалеко то время, когда придется уходить. Чтобы не забрать с собой все то, что знаю о зелье, с одной стороны, а с другой, чтобы это святое знание сделать наследием всего народа, а не отдельных лиц, я написал книгу о лекарственных растениях, поместил в нее возможное количество своего знания, популярно ее составил и намериваюсь пустить в общественность нашего народа, ежедневно живущего среди тех же лекарственных растений». Как пишет его сын, Иван Михайлович Носаль: «Свой труд автор считал «открытой книгой», полагая, что в грядущих поколениях люди, занимающиеся этой же отраслью знаний, связи с прогрессом науки внесут свои уточнения и дополнят ее новыми материалами, взятыми из того же неисчерпаемого источника народного опыта, из которого брал и он» [3]. В 1926 г. за участие в юбилейной сельскохозяйственной выставке в Познани М.И. Носаль был удостоен бронзовой медали Великопольского сельскохозяйственного дома «за пропаганду продукции лекарственных растений». В 1928 г. Михаил Носаль принимал участие в промышленно полеводческой выставке уже во Владимире-Волынском и получил Похвальное письмо министра сельского хозяйства Польши.

Фитотерапии дерматозов посвящены три главы книги – «Растения, применяемые в народе при лечении кожных болезней и долго незаживающих ран и язв», «Болезни детей – рахит и золотуха» и «Народные способы лечения экзем». Советы Носаля мы встречаем в рекомендациях современным нам травников, например, упоминание врача А.А. Костенко и целителя Д.А. Маланина о противогрибковых и противопсориазных свойствах травы дурнишника созвучно опыту М.А. Носаля. Михаил Александрович подробно пишет о применении дурнишника: «Водным отваром дурнишников моют части тела, покрытые сыпью и пораженные грибками. Отвар из дурнишника вызывает жжение, поэтому применение его требует некоторой осторожности. Степень жжения после промывания отваром дурнишника индивидуально колеблется и зависит от характера поражения. Особенное жжение наблюдается при грибковых поражениях. Удалив шипы, массу растения растирают и ею смазывают места, пораженные экземой, лишаями, золотушными струпьями. Отвар из растения в дозе: 1 столовая ложка измельченного растения на стакан воды по 2–3 стакана в день принимают внутрь при кожных заболеваниях».

Носаль М.А., Носаль И.М. [3] отмечают: «долго незаживающие раны лечат мазью лопуха, которую готовят следующим образом: 75,0 г измельченного свежего корня лопуха настаивают целые сутки в теплом месте в 200,0 г. подсолнечного масла (предпочтительно брать миндальное), потом варят 15 минут на медленном огне и процеживают в баночку». Чешская компания Dr.Muller Pharma помимо мази арники, череды, репешка и др. сегодня выпускает препарат «Гель лопуха» – экстракт корня лопуха (*Bardanae radix extractum fluidum*), который обладает противоаллергическим и улучшающим обмен веществ действием. Нам можно только позавидовать. такому желанию чехов внедрять европейские традиции фитотерапии.

Яркий представитель Московской дерматологической школы, ученик проф. А.И. Пospelова проф. Г.И. Мещерский (1874–1936) оставил около 100 научных работ, включая ряд монографий и «Учебник кожных и венерических болезней» (1936). Учениками Г. И. Мещерского являлись профессора В.А. Пospelов, А. Я. Прокопчук, В.А. Рахманов, В.Я. Арутюнов.

При бородавках Г.И. Мещерский [2] рекомендовал дважды в день смазывание очагов свежим соком чистотела после разрыхления рогового слоя мелким подпилком, при эритеме кожи, кроме кожи складок у детей, – присыпки из картофельной или рисовой муки, семя плауна и др., при очаговой и диффузной андогенетической алопеции – применение раздражающего кожу 1%-ного раствора пилокарпина, при чесотке – стирасковую мазь, при псориазе – дегтярную мазь, мазь Вилькинсона и мазь Дрейва с хризаробином. Он обоснованно указывал, что при псориазе полезны физические упражнения на воздухе, вызывающие легкую испарину, теплые обтирания на ночь, интеллектуальный покой, преимущественно молочно-вегетарианский режим с уменьшением поваренной соли, с легкими мочегонными и послабляющими, воздержание от всех напитков и блюд, возбуждающих нервную систему (вино, крепкий кофе и чай, консервы, ограничение курения и пр.).

В 1940 г. по предложению Е.Ю. Шасса [6] отечественный дерматолог, один из основоположников организации борьбы с кожным туберкулезом в нашей стране М. М. Бремер применил для лечения кожного туберкулеза чистотел большой в виде пасты (паста Бремера «Плантазан В») в Московском институте кожного туберкулеза. Мазь изготавливалась следующим образом: высушенную траву чистотела измельчали в мельчайший порошок, который после просеивания через сито смешивали в равных частях с вазелином и ланолином. Для предупреждения плесени к мази добавляли 0,25% карболовой кислоты. Эту мазь черного цвета зернистой консистенции, без запаха, накладывали на люповый очаг на 2–3 дня. Ее сменяли до тех пор, пока не разрушались все туберкулезные бугорки, причем окружающая ткань полностью сохранялась. Лечение оказалось совершенно безболезненным и дало положительные результаты. Побочных вредных явлений не было отмечено.

Выводы: Таким образом, благодаря мощной государственной поддержке фитотерапия в довоенный период получила определенный импульс для дальнейшего развития – изучения потенциала лекарственных растений в лечении в том числе кожных болезней и повреждений кожи. Некоторые элементы этого опыта можно внедрить и в настоящее время при создании импортозамещающих отечественных препаратов.

Список литературы

1. Корсун Е.В., Корсун В.Ф. История фитотерапии в дерматологии. М.: Институт фитотерапии. 2013: 383 с.
2. Мещерский Г.И. Учебник кожных и венерических болезней. М.-Л.: Биомедгиз. 1936: 480 с.
3. Носаль М.А., Носаль И.М. Лекарственные растения и способы их применения в народе. Киев, 1959:272 с.
4. Уткин Л.А. Народные лекарственные растения Алтая и Приалтайских степей. Хим.-фарм. пром. 1932; 10: 377-84.
5. Федоров В.Я. Лекарственные растения Урала и Западной Сибири. М.: КнигоМир. 2010: 384 с.
6. Шасс Е.Ю. Фитотерапия. М: В Изд-во АМН СССР, 1952.

ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН: МЕТОДЫ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Летяева О.И., Зиганшин О.Р.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Исследования микробиома человека, проведенные в последние 10–15 лет, позволили существенно пересмотреть взгляды на этиологию и патогенез воспалительных заболеваний человека, и в том числе урогенитального тракта [1–3]. Постоянное присутствие в генитальном тракте бактериальных, бактериально-микотических, бактериально-вирусных ассоциаций и наличие врожденных или приобретенных дисфункций локальной противоинфекционной защиты может явиться поводом к неуправляемому росту колоний микроорганизмов и развитию воспалительных процессов [4–7].

Доказано, что патогенность *G. vaginalis*, *Mobiluncus spp.*, *M. hominis*, *U. urealyticum* – факультативно-аэробных бактерий, связано именно с массивностью размножения микробного агента в очаге инфекции [4, 6]. Вызванный микроорганизмами хронический воспалительный процесс еще больше дестабилизирует иммунную систему, приводя к снижению функциональной активности нейтрофилов, угнетению функций естественных киллеров [3, 4]. Недостаточная эффективность антибактериальной терапии, связанная с резистентностью микроорганизмов, длительные и неоднократные курсы лечения также приводят к угнетению факторов локального иммунитета, снижению колонизационной резистентности репродуктивного тракта [2, 4]. Большинство лекарственных препаратов, применяемых в лечении урогенитальных инфекций, оказываются весьма эффективными при неосложненных процессах. В случае же хронического рецидивирующего течения воспалительного процесса необходимы иные подходы, и применение локальной иммунокоррекции является весьма обнадеживающим методом преодоления терапевтических неудач [4].

Использование локального иммунотропного препарата является оптимальным, так как основные события развиваются на слизистой оболочке влагалища. Препарат полиоксидоний (азоксимера бромид) является иммуномодулирующим, детоксицирующим, антиоксидантным средством, выпускается компанией ООО НПО «Петровас Фарм». Показаниями к назначению препарата может являться хронические рецидивирующие воспалительные заболевания любой этиологии, не поддающихся стандартной терапии, острые и хронические бактериальные инфекции (в т.ч. уретрит, цистит, хронический сальпингоофорит, эндометрит, кольпит; заболеваниях, вызванных вирусом папилломы; эктопии шейки матки; дисплазии и лейкоплакии). Механизм иммуномодулирующего действия препарата – прямое воздействие на фагоцитирующие клетки и НК-клетки, а также стимуляция антителообразования. Применение полиоксидония в комплексной терапии позволяет повысить эффективность и сократить продолжительность лечения, значительно уменьшить использование антибактериальных препаратов и удлинить срок ремиссии [4].

Цель работы – изучить клинико-иммунологическую эффективность применения препарата полиоксидоний® в комплексной терапии хронических воспалительных заболеваний урогенитального тракта женщин, ассоциированных с условно-патогенными микроорганизмами.

Материалы и методы. В период с 2012 по 2016 г. проведено обследование и лечение 103 пациенток репродуктивного возраста, средний возраст $27,7 \pm 0,3$ г. Исследование было открытым краткосрочным, рандомизированным. План исследования соответствовал положениям Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) и был одобрен локальным этическим комитетом. Критериями включения в исследование являлось наличие хронического воспалительного процесса нижнего отдела репродуктивной системы, выявление *U. urealyticum*, *M. hominis*, грибов рода *Candida*, анаэробных микроорганизмов. Критерии исключения: острые и обострение хронических заболеваний, аутоиммунная патология, гормональные нарушения, беременность, лактация, ВИЧ инфекции, несогласие пациенток на участие в исследовании. Исследование включало: осмотр врача, микроскопию отделяемого цервикального канала, оценку микробиоценоза с использованием тест системы «Фемофлор 16», исследование показателей местного иммунитета. Все пациентки были разделены на группу «базис+ полиоксидоний» ($n=53$), где помимо этиотропной терапии был назначен препарат полиоксидоний® и группу «базис» ($n=50$). Базисная терапия проводилась в соответствии с клиническими рекомендациями по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем и урогенитальными инфекциями (Москва, 2012, 2015) и включала использование этиотропных препаратов в зависимости от выявленного агента. Полиоксидоний был назначен по 6мг вагинально в режиме 3 дня подряд, затем через день, на курс №10. Группу сравнения составили 50 практически здоровых женщин, отобранных при профилактических осмотрах.

Полученные результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием пакетов статистических программ «Statistica For Windows». Различия между сравниваемыми группами считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. До лечения 84 пациентки (81,5%) предъявляли различные жалобы (зуд гениталий, рези при мочеиспускании, патологические выделения дискомфорт во влагалище и уретре), эти симптомы носили, как правило, периодический характер. Клинические проявления присутствовали практически у всех женщин: 82 (79,6%) – цервицит, уретрит отмечен у 60,1%.

Исследование факторов локального иммунитета цервикального секрета показало незначительное увеличение количества лейкоцитов и их лизосомальной активности, снижение функционального резерва нейтрофилов, активности и интенсивности фагоцитоза, снижение уровня дефенсинов, ВРІ, sIgA. Общий терапевтический эффект мы оценивали через месяц (первый контрольный визит) и 6 мес (второй контрольный визит) после проведенной терапии.

На первом контрольном визите у пациенток группы «базис+полиоксидоний» в 86,7% (46 пациенток) было отмечено разрешение симптомов воспаления. В группе «базис» у 24% пациенток сохранялась умеренная гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, патологические выделения.

Во время второго контрольного визита мы оценивали эффективность клиническую картину и показатели локального иммунитета. В группе «базис» симптомы воспаления присутствовали у 16% (8 женщин). В группе «базис+полиоксидоний» признаки умеренного воспаления присутствовали у 2 пациенток (3,7%).

Иммунологические тесты показали, что у женщин, использовавших в комплексной терапии полиоксидоний®, выраженное снижение числа лейкоцитов в цервикальной слизи с $11,6 \pm 0,6 \times 10^9$ до $5,3 \pm 0,3 \times 10^9$, снижение лизосомальной активности нейтрофилов в цервикальном секрете по отношению к показателям до начала терапии с $48,1 \pm 2,4$ до $22,3 \pm 1,3$, в группе «базис» это показатель составил $30,1 \pm 1,3$. Установленное до начала лечения понижение уровня дефенсинов, лизоцима и лактоферрина после проведенной терапии с использованием полиоксидония, практически не отличалось от показателей здоровых женщин $p=0,04$. В группе «базис» произошло незначительное повышение этих показателей. Данные представлены в таблице №1.

Таблица 1 Факторы гуморального иммунитета цервикального секрета у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями урогенитального тракта

| Показатель | Здоровые | До лечения | Базис $n=50$ | Базис+ полиоксидоний $n=53$ |
|-----------------|-----------------|-------------------|----------------------|-----------------------------|
| sIgA г/л | $1,1 \pm 0,01$ | $0,89 \pm 0,04^*$ | $1,01 \pm 0,03^{**}$ | $1,09 \pm 0,06^{***}$ |
| дефенсины пг/мл | $0,19 \pm 0,09$ | $0,12 \pm 0,02^*$ | $0,13 \pm 0,02^{**}$ | $0,17 \pm 0,04^{***}$ |
| ВРІ пг/мл | $0,97 \pm 0,32$ | $0,54 \pm 0,02^*$ | $0,62 \pm 0,3^{**}$ | $0,78 \pm 0,36^{***}$ |

Примечание: сравнения между группами проведены по критерию Манна-Уитни;

* $p < 0,05$ по отношению к показателям в группе здоровых

** $p < 0,05$ по отношению к показателям до лечения,

** $p < 0,05$ по отношению к показателям группы «базис+полиоксидоний» после лечения к показателям в группе «базис»

Дефенсины являются пептидами, способными нарушать целостность микробной клетки, и восстановление их уровня может обеспечить восстановление количественного баланса микроорганизмов. Установлено, что сниженная концентрация ВРІ в нейтрофилах цервикального секрета у больных до начала лечения к моменту проведения контрольных исследований достоверно повышалась у пациенток, получавших иммуномодулирующую терапию. Нормализация содержания ВРІ при комплексном воздействии возможно связано с тем, что в отсутствии инфекционного агента нет необходимости в активации бактерицидного потенциала нейтрофилов. Данные показатели позволяют косвенно судить об эффективности проводимого лечения. Изучение концентрации IgA в цервикальном секрете показало достоверное понижение его уровня во всех группах до начала лечения, что свидетельствует об истощении ресурса антимикробной защиты макроорганизма. В результате проведенной терапии отмечено повышение этого показателя, и более выраженная динамика отмечена у пациенток, использовавших полиоксидоний, достоверность отличий по отношению к группе базис составила $p=0,01$. sIgA, играет важнейшую роль в защите слизистых оболочек от патогенна, и его снижение является серьезным прогностическим признаком дестабилизации иммунной системы. Повышение этого показателя под влиянием иммуномодулирующей терапии свидетельствует о нормализации в системе гуморального иммунитета урогенитального тракта.

Выводы: локальное применение полиоксидония в составе комплексной терапии воспалительных заболеваний урогенитального тракта женщин, ассоциированных с условно-патогенными микроорганизмами, способствует нормализации факторов местной противoinфекционной защиты и эффективному разрешению воспалительного процесса.

Список литературы

1. Christian B, Heike V, Wenke J et al. Gut microbiota and glucometabolic alterations in response to recurrent partial sleep deprivation in normal-weight young individuals. *Molecular Metabolism*. 2016; 5: 737-42.
2. Beceiro A, Tomás M, Bou G. Antimicrobial resistance and virulence: a successful or deleterious association in the bacterial world? *Clin Microbiol Rev*. 2013; 26(2): 185-230.
3. Sobel J et al. Mixed vaginitis – more than coinfection and with therapeutic implications. *Curr Infect Dis Rep*. 2013; 15: 104-8.

4. Рахматулина М.Р., Плахова К.И., Игонина О.Н. Генетические варианты *U. parvum* и их роль в развитии воспалительных заболеваний мочеполовой системы. *Вестн. дерматол. венерол.* 2014; 3: 79-84.
5. Летяева О.И. Клинико-иммунологические, микробиологические особенности течения и терапии урогенитальных микст-инфекций у женщин репродуктивного возраста. Дисс. ... докт. мед. наук. М. 2014.
6. Donders G, Zodzika J, Rezeberga D. Treatment of bacterial vaginosis: what we have and what we miss. *Expert Opin Pharmacother.* 2014; 15(5): 645-57.
7. Prindle A et al. Ion channels enable electrical communication in bacterial communities. *Nature.* 2015; 527: 59-63.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА АЗЕЛАИНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АКНЕ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Лысенко О. В., Кокшарова И.С.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Акне является мультифакториальным дерматозом, при котором значительную роль играют генетически обусловленная гиперандрогения и генетически детерминированный тип секреции сальных желез, а звеньями патогенеза являются увеличение продукции кожного сала, избыточный фолликулярный гиперкератоз, воспаление и патологическое размножение *Propionibacterium acnes*, принимающих участие в формировании микрокомедонов. Кроме этого, доказано, что заболевание развивается на фоне иммунных, нейроэндокринных, обменных, микроциркуляторных и других нарушений в организме пациентов. В связи с этим только воздействие на каждое звено, обеспечивает положительный эффект. В то же время, процент пациентов, обращающихся за специализированной медицинской помощью к дерматологам, крайне невелик, особенно при легких и среднетяжелых формах заболевания. Терапия заболевания в зависимости от клинической формы может включать как системные, так и наружные средства. Действие современных наружных препаратов базируется на их влиянии на основные патогенетические механизмы, лежащие в основе акне: фолликулярный гиперкератоз, увеличение числа *P. acnes* и воспаление. Наиболее часто при легких и среднетяжелых формах заболевания рекомендуются препараты азелаиновой кислоты, обладающей противовоспалительным, антибактериальным и кератолитическим действием.

Цель работы – установить частоту существования акне среди студентов ВУЗа, определить клинические формы заболевания, частоту обращения к специалистам, наиболее часто используемые топические средства, а также оценить действие отечественного препарата азелаиновой кислоты.

Материалы и методы. Исследование проведено в три этапа. На 1-м этапе среди студентов четвертого и шестого курсов Южно-Уральского государственного медицинского университета было произведено анонимное анкетирование с целью определения частоты встречаемости акне и частоты обращения к специалистам. Добровольное участие в анкетировании приняли 238 человек (128 женщин и 110 мужчин) в возрасте от 22 до 26 лет. О наличии у себя тех или иных проявлений акне указали 175 (73,5%) студентов – 92 девушки и 83 юноши. На 2-м этапе мы осуществили объективную оценку дерматологического статуса с определением клинической формы и степени тяжести акне. В исследование были отобраны пациенты с легкой и среднетяжелой формами заболевания в количестве 67 человек (38 женщин и 29 мужчин), для которых разработана индивидуальная карта, включающая добровольное согласие на обработку персональных данных. На 3-м этапе методом случайной выборки студенты были разделены на 2 группы (34 и 33 человека), которым для топической терапии предложены препараты азелаиновой кислоты, ранее ими не используемой. Первая группа наблюдения начинала лечение с нанесения 1 раз в сутки 15% геля Азелик в течение 4 нед, продолжая терапию 15% гелем Скинорен в течение следующих 4 нед. Вторая группа первые 4 недели использовала Скинорен, перейдя в дальнейшем на Азелик. Результаты лечения оценивались пациентом и контролирующим исследование доктором.

Результаты и обсуждение. При оценке возраста дебюта заболевания установлено, что до 14 лет процесс начался у 83,3% женщин и 52,6% мужчин. Акне продолжались от 1 года до 5 лет у 18,2% девушек и у 80% юношей а более 5 лет – у 81,8% девушек и у 20% юношей. Увеличение количества высыпаний 63,6% женщин связывали с периодом менструации, 45,4% – с нарушением диеты, а 27,2% определить причину ухудшения не считали возможным. Среди мужчин 66,6% обострения процесса ассоциировали с употреблением алкогольных напитков и острой пищи, 26,3% – с посещением бани, 14,6% – с усиленной физической нагрузкой и занятием спортом. О влиянии акне на социальную жизнь пациентов указали 100% женщин и 48,6% мужчин. При этом за медицинской помощью к специалистам до проведения анкетирования обращались 50,0% женщин и 14,3% мужчин. Остальные практиковали самолечение (77,6%), считая, что являются студентами медицинского ВУЗа, получили информацию из рекламы (23,3%) или от знакомых (11,1%). Из 19 студенток, обратившихся к специалистам, у дерматолога наблюдались 6 человек, у косметолога – 13. Мужчины, напротив, лечились только у дерматологов. Среди используемых ранее топических препаратов чаще других применялся метрогил 1% гель и базирон АС 5% гель.

Сравнение результатов использования геля Скинорен 15% и геля Азелик 15% выявило отсутствие различий в эффективности препаратов и их переносимости. Так, на момент первого осмотра, через 4 нед терапии выраженность патологического процесса уменьшилась в обеих группах. В 1-й практически полностью исчезли воспалительные элементы, но по-прежнему в большом количестве обнаруживались закрытые и открытые комедоны. Во 2-й группе также количество воспалительных элементов уменьшилось, комедоны сохранялись. При 2-м осмотре уменьшение количества комедонов отмечено у 84% пациентов первой группы наблюдения и 86% второй группы. На различия в субъективных ощущениях при смене препарата пациенты не указывали.

Выводы. Применение азелаиновой кислоты в течение 8 нед при акне легкой и средней степени тяжести приводит к разрешению патологического процесса в 84 – 86% случаев независимо от использования Скинорен 15% геля или Азелик 15% геля.

ИСТОРИЧЕСКИЙ ПУТЬ НАУЧНЫХ ПРИОРИТЕТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ ЮЖНОГО УРАЛА

Лысенко О.В., Зиганшин О.Р.

Южно-Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ, Челябинск

Формирование научных приоритетов и первые исследовательские направления дерматовенерологов Южного Урала начинаются с 1944 г. – года создания Челябинского медицинского института, созданного после возвращения в Киев находившегося в эвакуации в Челябинске Киевского медицинского института. Поскольку часть киевских преподавателей осталась в Челябинске, в отличие от других молодых ВУЗов к преподаванию сразу приступили высокопрофессиональные сотрудники, имеющие большой опыт научной деятельности. Так, первым заведующим кафедрой кожных и венерических болезней, а одновременно и ректором института стал профессор Александр Николаевич Федоровский (1890–1964 гг.) – опытный организатор, педагог и прекрасный клиницист. В трудных условиях военного времени и послевоенных лет, несмотря на голод и разруху, ему удалось организовать клинику института на базе военного госпиталя, последипломное образование в форме клинической ординатуры и научное общество дерматологов и венерологов г. Челябинска. Тогда научные интересы исследователей Южного Урала лежали в сфере борьбы с венерическими и заразными кожными заболеваниями и были выражены в публикации 75 научных работ.

Закономерно, что интерес к научным изысканиям особенно возрос к 60-м годам 20 века – времени стабилизации экономики и первых полетов в космос. Этот период совпал с приходом на кафедру кожных и венерических болезней полковника медицинской службы Иосифа Израилевича Ильина (1921–1994 гг.). С началом руководства кафедрой И.И. Ильина (1965г) научная активность сотрудников значительно оживилась, защитили кандидатские диссертации преподаватели кафедры В.А. Пасечник и П.Ф. Тряпичников, увеличилось число преподавателей, пополнившееся его учениками, к научным исследованиям стали привлекаться врачи практического здравоохранения.

Навсегда пропитавшись питерской атмосферой истинной интеллигентности и интеллектуальности, Иосиф Израилевич был при этом человеком весьма требовательным, блестящим клиницистом, отлично владел организацией научной работы и навыками педагогического мастерства. Его лекции были одновременно высоко информативны и артистичны, содержали самые современные данные по дисциплине и информацию из истории мировой культуры, литературы, живописи. Учили становиться профессионалами и «настоящими людьми».

Кафедра наладила тесные научные связи с рядом ведущих учреждений страны: Центральным кожно-венерологическим институтом России, Институтом эпидемиологии имени Н.Ф. Гамалеи, Институтом ревматологии РАМН МЗ России, Медицинской академией г. Варшавы, Украинским кожно-венерологическим НИИ, Свердловским НИИ, многими ведущими кафедрами дерматовенерологии СССР.

Основными научными проблемами, которые разрабатывались И.И. Ильиным и его учениками, были вопросы совершенствования методик лечения сифилиса, вопросы негонококковых и гонококковых воспалительных заболеваний мочеполовых органов и их осложнений. И.И. Ильин с учениками одними из первых в отечественной венерологии указали на роль хламидийной инфекции в урогенитальной патологии и развитии болезни Рейтера, придавая особое значение эпидемиологии негонококковых уретритов в то время, когда само существование негонококковых уретритов ставилось под сомнение.

Профессор И.И. Ильин явился автором 325 работ, 4 монографий, в том числе монографии «Негонококковые уретриты у мужчин», выдержавшей три издания в издательстве «Медицина», соавтором 2 изданий учебника по дерматовенерологии для студентов, монотематических сборников и т.д. Под его руководством было защищено 3 докторских и 13 кандидатских диссертаций, но и после его смерти еще ряд лет ученики созданной им школы заканчивали исследования, инициированные Иосифом Израилевичем. Профессор И.И. Ильин являлся членом редакционного совета журнала «Вестник дерматологии и венерологии», членом научного совета по дерматологии и венерологии АМН СССР, был избран почетным членом Всероссийского общества дерматологов и венерологов. Являясь участником Великой Отечественной войны, И.И. Ильин был награжден орденом «Отечественной войны» 2 степени, 2 орденами «Красной звезды», 2 медалями «За боевые заслуги», и 14 другими медалями.

В 1991 г. Иосиф Израилевич передал кафедру своему ученику, профессору Ковалеву Юрию Николаевичу и перешел на должность профессора. Ю.Н. Ковалев развивал основное направление научной деятельности, посвятив её изучению диагностики и лечения болезни Рейтера. Им были разработаны эффективные методики лечения урогенитальных инфекций и их осложнений у мужчин, широко использовавшиеся в практической медицине. К 2014 г. опубликовано 286 научных работ, он является соавтором 3 монографий, 13 методических рекомендаций, учебника по дерматовенерологии для студентов медицинских институтов и врачей, четырех, 2-х – томных руководств для врачей «Кожные и венерические болезни», двухтомного руководства для врачей «Клиническая дерматовенерология», 2-х изданий национального руководства «Дерматовенерология». Участник ВДНХ СССР. Имеет 3 изобретения. Подготовил двух докторов медицинских наук и 10 кандидатов.

Заведующие кафедрой кожных и венерических болезней



А.Н. Федоровский
(1944-1952)

профессора

И.И. Ильин
(1965-1991)

профессор
Ю.Н. Федоровский
(1991-2011)

докт. мед. наук
О.Р. Зиганшин
(1965-1991)

Путь учителей с 2011 г. продолжает Олег Раисович Зиганшин. Автор 284 публикаций (в т.ч. 1 монография), 19 учебно-методических и 264 научных трудов, включая 3 патента на изобретения, член Профессиональной Ассоциации Андрологов России, член правления Российского общества дерматовенерологов и косметологов и председатель Челябинского отделения Российского общества дерматовенерологов и косметологов имени И.И. Ильина, в 2010 году О.Р. Зиганшин назначен главным врачом ГБУЗ «ЧОККВД» и главным внештатным специалистом по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Челябинской области.

Включив в свой состав кафедру кожных и венерических болезней Уральской Государственной медицинской академии дополнительного образования и кафедру дерматологии и косметологии ЧГМА, Олег Раисович значительно увеличил число сотрудников кафедры и возглавил коллектив, состоящий из 6 докторов и 5 кандидатов медицинских наук.

Существенно расширился круг научных интересов: продолжаются разработки традиционного научного направления и исследования в области урогенитальных инфекций, передаваемых половым путем (д. м. н. О.Л. Лысенко, д. м. н. О.И. Летяева, к. м. н. Т.В. Кузнеценкова, к. м. н. В.Б. Маякова, Д.А. Ковалев и др.), возрос интерес к изучению патогенеза атопического дерматита и экземы (д. м. н. О.В. Лысенко, к. м. н. Л.В. Лукьянчикова, В.В. Прокопьева и др.), с успехом разрабатывается одно из передовых направлений – применение биологических препаратов в дерматологии (д. м. н. О.Р. Зиганшин, д. м. н. О.И. Летяева) и другие не менее значимые направления научных исследований.

В настоящее время, несмотря на более чем 70-летний путь или благодаря ему, кафедра дерматовенерологии Южно-Уральского государственного медицинского университета молода и активна. Накопленный за годы работы опыт, сформировавшийся у сотрудников с многолетним стажем и инициативность молодых коллег, возглавляемых перспективным современным руководителем, позволят коллективу успешно решать стоящие перед ним научные задачи.

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ ФАКУЛЬТЕТА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ИГМУ

Малова И.О.

Иркутский государственный медицинский университет МЗ РФ

Кафедра дерматовенерологии в составе факультета повышения квалификации была создана приказом ректора ИГМУ профессора А.А. Майбороды в сентябре 2001 г. Основные задачи её деятельности – это подготовка квалифицированных специалистов в области дерматовенерологии в клинической ординатуре и интернатуре, а также повышение квалификации врачей-дерматовенерологов путём обучения на циклах сертификационного и тематического усовершенствования. Кроме того, в программу работы кафедрального коллектива включена подготовка в интернатуре и клинической ординатуре врачей-стоматологов и врачей общей практики по вопросам дерматовенерологии.

Коллектив кафедры имеет высокую квалификацию, соответствующую требованиям, предъявляемым к проведению последиplomной подготовки специалистов. На кафедре трудятся доктор медицинских наук, профессор И.О. Малова и 3 кандидата медицинских наук: И.Г. Афанасьева, Н.Б. Примак, Т.Г. Храмова.

В прошлые годы к работе с интернами и клиническими ординаторами привлекались лучшие кадры практического здравоохранения: ведущие специалисты-дерматовенерологи, врачи высшей и первой квалификационной категории. Большой вклад в совершенствование практических знаний и навыков ординаторов внесли дерматологи Университетской клиники кожных болезней С.А. Цыренова, Б.Е. Хайновская, заведующая клиникой кандидат медицинских наук О.Г. Судакова, врачи Иркутского Областного кожно-венерологического диспансера, Иркутского городского Центра молекулярной диагностики, отделения профосмотров: А.П. Чемезов, Г.Н. Теплоухова, Э.Г. Беймуратова, Н.Е. Бердникова, Н.А. Шпакова, Н.А. Мирошникова, Е.С. Дашанова, Л.П. Мухина, И.М. Кенсовская, Л.А.Осипова, И.Н. Еньшина. В настоящее время совершенствовать практические знания ординаторов помогают врачи ГБУЗ «ОКВД»: Е.Н. Полякова, Д.И. Тютрина, М.В. Кляндина, А.И. Боскакова, О.С. Зубарева, О.А. Чернигова, А.А. Котова, Д.Н. Богдасова, Д.А. Ермоленко, Н.Н. Шеломенцева, Э.Г. Свидерик, А.В. Аргунов, М.Б. Дмитриева, Н.С. Оверина, Н.А. Шпаков; врачи клиники кожных болезней ИГМУ: заведующая отделением Э.Г. Гайдарова, Е.М. Баранова, Д.А. Громашева, О.М. Зуева, О.А. Кулакова, Е.Н. Суханова, В.А. Убугунова. Знания в области лабораторной диагностики дерматологических и урогенитальных заболеваний, имеющие важное значение для практикующих врачей, учащиеся и курсанты кафедры приобретают и совершенствуют благодаря помощи высококвалифицированных врачей-лаборантов Иркутского ОКВД – Т.Г. Логиновой, Л.Е. Черняевой, Е.Н. Величко, а также врачей-лаборантов Иркутского ГЦМД – Е.Г. Михайловой.

Обучение врачей дерматовенерологов коллектив кафедры не представляет без участия сотрудников студенческой кафедры дерматовенерологии профессора А.И. Якубовича, доцента А.Ю. Чащина.

Основными клиническими базами кафедры дерматовенерологии ФПК и ППС являются Иркутский областной кожно-венерологический диспансер (главный врач – к.м.н. Н.А. Долженицина), Университетская клиника кожных болезней (главный врач – профессор Г.М. Гайдаров), Иркутский городской Центр молекулярной диагностики (генеральный директор – к.м.н. Т.Д. Прокофьева), ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница №8», отделение профилактических осмотров (заведующая – И.Н. Еньшина).

За 7 лет на кафедре подготовлено 70 врачей-интернов и 150 ординаторов. На цикле профессиональной переподготовки в течение 4-х мес в объёме 576 ч прошли обучение и сдали экзамен на сертификат специалиста 25 врачей.

Проведение сертификации врачей-дерматовенерологов практического здравоохранения Иркутской области в ИГМУ имеет 10-летнюю историю и начинается с мая 1995 года, когда на кафедре кожных и венерических болезней впервые был проведён цикл тематического усовершенствования с предсертификационной подготовкой и приёмом экзамена на сертификат специалиста. С октября 2001 г. центр предсертификационной подготовки дерматовенерологов переместился на кафедру дерматовенерологии ФПК и ППС.

С 2001 г. кафедра проводит циклы сертификационного усовершенствования 2 раза в год: осенью и весной. За 16 лет существования кафедры дерматовенерологии ФПК на циклах сертификационного усовершенствования и повышения квалификации специалистов прошли подготовку и подтвердили сертификат специалиста дерматовенеролога 1205 врачей. Среди них не только врачи Иркутской области, но и Читинской области, Бурятии, Монголии, Якутии (Саха), Приморского края, Камчатки.

В 2007 г. на кафедре были проведены первые в Иркутске циклы тематического усовершенствования по врачебной косметологии, на которых врачи-дерматовенерологи получили базовое образование, а также усовершенствовали свои теоретические знания и практические навыки по наиболее востребованным сегодня инъекционным технологиям и мезотерапии. В рамках цикла тематического усовершенствования в октябре 2007 г. кафедрой был организован Международный форум по применению инъекционных технологий с уча-

стием профессора Магды Бельмонтесси (Италия) – ведущего специалиста в области европейской эстетической медицины.

За прошедшие годы на кафедре прошли обучение 1356 интернов-стоматологов и 79 ординаторов по специальности «Общая врачебная практика» на цикле дерматовенерологии по Программе, учебным и учебно-тематическим планам, разработанным на кафедре.

Основным научным направлением кафедры является изучение этиологии, патогенеза, эпидемиологии, клиники уrogenитальных инфекций, а также совершенствование их диагностики и лечения у детей и женщин репродуктивного возраста.

Исследования, проводившиеся 4 аспирантами кафедры под научным руководством профессора И.О. Маловой, входили в региональную Программу «Охрана здоровья матери и ребёнка в Восточной Сибири»:

- Т.Г. Храмова «Хламидийная и микоплазменная (*M. genitalium*) инфекция уrogenитального тракта у девочек младшего возраста и её лечение джозамицином»,

- Н.Б. Примак «Хламидийная инфекция нижних отделов уrogenитального тракта на фоне аэробного дисбиоза влагалища у женщин репродуктивного возраста: клиника, диагностика, лечение»,

- Дашрэнчин Рагчаа (Монголия) «Обоснование рациональной терапии заболеваний уrogenитального тракта, ассоциированных с микоплазмами»,

Т.Г. Храмова, Н.Б. Примак и Рагчаа Дашрэнчин в 2007 г. успешно защитили кандидатские диссертации.

Также под научным руководством профессора И.О. Маловой были успешно защищены две кандидатские диссертации:

- в 2016 году – Ю.А. Кузнецовой «Микробиологическая характеристика хронического рецидивирующего вульвовагинального кандидоза у женщин иркутской области»,

- в 2017 году – И.А. Сидоровой «Динамика показателей иммунного статуса при лечении женщин с уrogenитальной хламидийной и уреоплазменной инфекцией».

В настоящее время на кафедре выполняются 2 докторских диссертации: А.Е. Чуприным – по проблемам оказания медицинской помощи мужчинам с нарушениями репродуктивного здоровья и И.Г. Афанасьевой – по проблемам бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста.

По результатам научных исследований, проводимых на кафедре, за 16 лет опубликовано 267 работ, сделано 808 докладов на научно-практических конференциях, конгрессах и симпозиумах в Москве, Санкт-Петербурге, Екатеринбурге, Новосибирске, Красноярске, Хабаровске, Владивостоке, Томске, Кемерово, Ханты-Мансийске, Иркутске, Братске, Дубровнике (Хорватия), Будве (Черногория), Портороже (Словения), Сарагосе (Испания) и др.

Результаты научных исследований, проводимых на кафедре, имеют большую практическую значимость и внедрены в работу лечебных учреждений дерматовенерологического, гинекологического и педиатрического профиля Иркутска и Иркутской области, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга, Новосибирска, Приморского, Хабаровского и Ставропольского краев, Читинской, Кемеровской, Тюменской, Курганской, Оренбургской, Самарской областей, Республики Бурятия, Республики Удмуртия.

Коллектив кафедры дерматовенерологии ФПК и ППС ИГМУ отличает академизм и приверженность традиций наших учителей. Мы всегда стремимся идти в ногу со временем, совершенствоваться и развивать новые научные направления.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРОЦЕДУРЕ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

Мавлянова Ш.З., Исмагилов А.И., Мавлянов П.Н., Муллаханов Ж.Б.

РСНП медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, Ташкент

ГП Институт Гидроингео, Ташкент

С целью изыскания новых физиотерапевтических возможностей у больных аллергодерматозами использована процедура – ауроминералотерапия с использованием минералов. Химический анализ кремниевых галек (сердолик) показал, что их в составе содержатся породообразующие (SiO_2 , Al_2O_3 , FeO, MgO и др.), рудные (Au, Ag, Pt, Pd, Rh и др.), примесные (Cu, Mo, Re, U и др.) элементы. Благодаря такому химическому составу минералы занимают особое место в медицинской практике, и они участвуют в обмене веществ, биосинтезе белков, нормализуют липидный обмен, обогащает организм микроэлементами, положительно влияет на состояние кожи.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 50 больных с аллергодерматозами в возрасте от 18 до 47 лет. Лица мужского пола составили – 27 человек, женщин – 23. У всех больных проводили клинические (определение индекса ДИШС, SCORAD), микробиологические исследования. В качестве физиотерапии рекомендовали ауро-минералотерапию с сердоликом.

Результаты исследования. У 22 (44%) больных дерматологический индекс шкалы симптомов составил среднюю степень тяжести, у 20 (40%) – тяжелая степень и у 8 (16%) – легкая степень тяжести. Микробиологические исследования выявили высокий рост *Staphylococcus* spp. на коже у больных нейродерматозами, что составило 96% случаев и в среднем колонизация составила $1958,5 \pm 727,3$ КОЕ/см² ($p < 0,05$, у здоровых лиц – $17,6 \pm 11,5$ КОЕ/см²).

Результаты клинических наблюдений показали, что ауро-минералотерапия способствовала улучшению клинического течения нейродерматозов. Отмечалось снижение индекса ДИШС – в 5,4 раза и SCORAD – в 15,9 раз по сравнению до лечения ($p < 0,05$). Уровень колонизации *St. aureus* снижался в 2,7 раз и составил – $258,5 \pm 62,3$ КОЕ/см² ($p < 0,05$).

Выводы: ауроминералотерапия с сердоликом обладает высокой терапевтической эффективностью, что способствует улучшению клинического течения заболевания и микробиологической картины кожи. Во время физиотерапии с природными минералами побочных действий не отмечено.

ТРФ ТОПОГРАФИЯ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Моисеев А.А.

СГМУ им. В.И. Разумовского, Саратов

В настоящее время существует множество неинвазивных методик для определения наличия заболевания и его клинической стадии. Зачастую возможность их использования зависит от импортных технологий, дорогостоящих приборов и длительного обучения специалистов. Большинство современных технологий позволяют оценить только нарушение структурной целостности ткани и изменения скорости кровотока, что покажет нам уже сформировавшееся нарушение в ткани. Если мы сможем диагностировать заболевания на доклинической стадии, когда только начинают проявляться функциональные нарушения, без морфологических изменений, то повысим эффективность лечения.

Одной из таких методик является активная радиометрия (АР), синоним резонансно-волновая диагностика, транс-резонансная функциональная топография (ТРФ) – суть метода в зондирования тканей низкоинтенсивными электромагнитными волнами и регистрации получаемого радиосигнала с дальнейшим анализом полученных данных. Разработка произведена сотрудниками саратовского филиала ИРЕ РАН, тестирование проведено на базе кафедр СГМУ и других медицинских учреждений, а также защищены несколько диссертаций в других сферах медицины.

В настоящее время существуют работы по применению метода АР в диагностике и лечении экземы, ведётся исследование для диагностики очагов локализованной склеродермии на ранних стадиях их формирования.

Метод резонансно-волновой диагностики реализован в диагностическом комплексе «Аквафон». Используемый в исследовании радиоэлектронный комплекс сертифицирован и внесён в реестр медицинской техники и изделий медицинского назначения (Саратов ООО «Телемак», рег. Удостоверение №07292)

ЭМОЛЕНТЫ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ В УСЛОВИЯХ ПРОИЗВОДСТВА ЦВЕТНОЙ МЕТАЛЛУРГИИ

Моисеева И.В.

Мытищинский кожно-венерологический диспансер

Федеральный научный центр гигиены им. Ф.Ф.Эрисмана, Мытищи

Актуальность работы. Кожа человека является не только барьером по отношению к неблагоприятным воздействиям производственной среды, но и органом, в котором формируются аллергические, иммунологические и биохимические сдвиги в результате контакта с производственными аллергенами (Zhang Y, Zhang Y.Y., Ogata M., 1999.) Вещества сенсибилизирующего действия (профессиональные аллергены) отличаются тем, что при однократном соприкосновении с кожей не оказывают раздражающего действия на нее. Однако, при повторном контакте вызывают у некоторых лиц развитие повышенной чувствительности к ним, а в дальнейшем – профессиональные аллергодерматозы, составляющие в структуре профессиональной патологии кожи значительную часть, около 82%.

В патогенезе профессиональных аллергодерматозов важное значение придается образованию комплексных соединений промышленных веществ с белками кожи. Известно, что многие химические вещества являются гаптенами и только после присоединения к белку образуют полный антиген. Простые химические вещества при взаимодействии их с тканями кожи могут приобретать свойства сложных по структуре антигенных комплексов и по аналогии с истинными антигенами, представляющими сложные азотистые соединения с большими молекулами, вызывать образование специфических антител [1].

В настоящее время к химическим веществам, обладающим аллергенными свойствами, относят: соли хрома, никеля, кобальта, соединения золота, серебра. Путь введения промышленного аллергена в организм также оказывает определенное влияние на характер развивающегося аллергического процесса. В развитии профессиональных дерматита и экземы преимущественную роль играет контактный (трансдермальный) путь проникновения химических и других аллергенов.

В ходе технологического процесса рабочие металлургических цехов контактируют с разнообразными факторами производственной среды. Процессы плавки сырья и переплавки слитков, сушки и упаковки сопровождаются выделением пыли; процессы электролиза, растворения в реакторах, выпаривания растворов, кристаллизации сопровождаются выделением окислов азота. В качестве вспомогательных материалов в производстве используются гидрат окиси натрия, сера техническая, сульфит натрия, керосин, углерод технический и др.

Именно поэтому изучение наиболее агрессивных химических веществ и аллергенов, которые обуславливают развитие производственных дерматозов, важно для разработки профилактических рекомендаций и снижения дерматологической заболеваемости на производстве [2, 3].

В результате воздействия агрессивных факторов производственной среды происходит нарушение структуры липидного барьера, что влечет за собой ослабление барьерной функции рогового слоя в целом [3]. В связи с этим применение эмоленов, восстанавливающих функцию кожного барьера, нашло применение в качестве средств профилактики хронических аллергодерматозов в условиях производства.

Цель исследования – оценка эффективности, безопасности и переносимости крема скин-актив фармкомпании «Фармтек» (Россия) в качестве средства рационального ухода за кожей больных аллергодерматозами – рабочих завода цветной металлургии.

Крем скин-актив содержит в своем составе гиалуроновую и молочную кислоты, мочевины, витамин А, Е и РР, Д-пантенол; керамиды, холестерол, физиологические липиды, которые встраиваются в нарушенный защитный барьер кожи.

Материалы и методы. Под клиническим наблюдением находились 47 больных аллергодерматозами (рабочие электролитических цехов различных специальностей).

Возраст пациентов варьировал от 32 до 65 лет: 28% женщины (средний возраст $42 \pm 5,34$ г/) и 72% мужчин (средний возраст $45 \pm 4,19$ г.).

Из сопутствующих заболеваний у 8 диагностировали заболевания пищеварительного тракта в стадии ремиссии, у 3 – очаги хронической инфекции ЛОР-органов, у 2 – хронические обструктивные заболевания легких. Всем больным проводилось клинико-лабораторное обследование.

У пациентов кожный процесс локализовался на тыльной и ладонной поверхности кистей ($n=19$), на ладонной поверхности кистей ($n=7$), область предплечий ($n=11$), область живота ($n=4$), область лица ($n=6$).

Всем больным в качестве профилактики обострений хронического процесса применяли препарат скин-актив 2 раза в день (до и после рабочей смены) в течение 20 нед.

В процессе наблюдения каждому пациенту давалась еженедельная оценка клинической эффективности, переносимости и побочным эффектам применения препарата. Клиническую эффективность изучали по следующим критериям: клиническое выздоровление; значительное улучшение; незначительное улучшение; без

эффекта; ухудшение. Критерии оценивали на основе симптомов: эритема, сухость кожи, шелушение (признак отсутствует, выражен в небольшой, умеренной или в большей степени)[4].

Эффективность терапии оценивали по динамике дерматологического индекса EASI. Тяжесть зуда оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы (VAS) [5, 6].

Результаты и обсуждение. В процессе лечения была отмечена положительная динамика индексов EASI и VAS. В начале периода ремиссии показатель индекса EASI составил: $0,3 \pm 0,8$ ($p < 0,001$), VAS на 0 отметке. По истечении 20 нед наблюдения больных, применявших в качестве наружной терапии исследуемый эмомент индекс EASI составил: $0,2 \pm 0,6$ ($p < 0,001$), VAS на 0 отметке. При этом частота обострений в данном периоде наблюдения была минимальной (6,9%).

Выводы. На основании полученных клинических исследований следует вывод о целесообразности применения эмоментов российского производства в качестве препаратов профилактики обострений хронических аллергодерматозов у рабочих металлургического производства.

Список литературы

1. Зайцева Н.В., Трусов П.В., Кирьянов Д.А. Медицина труда. 2012; 12.
2. Косарев В. В. , Бабанов С. А. Профессиональные болезни. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010.
3. Багнова М. Д. Профессиональные дерматозы. М.: Медицина, 1984.
4. Вульф К., Джонсон Р., Сюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фицпатрику. М.: Практика, 2007.
5. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. М. Медицинская книга. 2004: 65-73.
6. Gift A. Validation of a vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. 1989; 14: 313-35.

УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Мухамадеева О.Р., Опенченко А.Д., Юсупова А.Р., Ахметзянова И.И., Тазиева Э.Ф.

Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ, Уфа

Актуальность. Самый большой и видимый орган человека - кожа. Издавна дерматологи отмечали, что заболевания кожи влияют на качество жизни больных, их самооценку. По результатам многочисленных исследований выявлено, что до 80% больных дерматологическими заболеваниями страдают также психическими расстройствами [1]. По данным ВОЗ 22% людей в мире страдают кожными заболеваниями [5]. Одно из широко распространенных хронических дерматозов является псориаз. Распространенность псориаза в мире составляет около 2%, однако по данным ряда исследований в развитых странах этот показатель выше и достигает в среднем 4,6% [3]. По данным Потекаева Н.Н. (2013) в структуре дерматологических заболеваний наибольший удельный вес занимают больные с экземой (31%), с острыми кожными заболеваниями (29%), с псориазом (22,5%) и с другими хроническими дерматозами (17,5%).

В связи с большой распространенностью вопросы об уровне качества жизни, степени тревожности и депрессии таких больных на данный момент актуальны и активно изучаются.

Цель и задачи исследования. Изучить уровень качества жизни, тревоги и депрессии у дерматологических пациентов.

Материалы и методы: В ходе проведения исследования были опрошены 117 пациентов на базе Республиканского кожно-венерологического диспансера № 1. Группу респондентов составляли 55 мужчин и 62 женщины в возрасте от 18 до 86 лет. Количество опрошенных пациентов с псориазом составило 63 человека, с экземой 13, со склеродермией 11, с аллергическим дерматитом 10, с красным плоским лишаем 7, с эритемой 3 человека, с вульгарной пузырчаткой и гнездовой алопецией по 2, с себорейным кератозом, шаровидными угрями и розацеа по 1 человеку.

Оценка уровня тревоги и депрессии у пациентов проводилась при помощи Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) которая была разработана A. S. Zigmond и R. P. Snaith в 1983 г., относящаяся к субъективным методам оценки и предназначенная для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара [1].

Уровень тревоги рассчитывался путем суммирования баллов первой части опросника (Часть I). Уровень депрессии рассчитывался аналогично уровню тревоги (Часть II).

Интерпретация полученных результатов:

0–7 баллов – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги/депрессии),

8–10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия,

11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия.

Для оценки уровня удовлетворенности по общему индексу качества жизни использовался опросник «Оценка уровня удовлетворенности качеством жизни» Н.Е. Водопьянова. Опросник был разработан в Институте медицины стресса (США) в 1993 г., с целью помочь пациентам сбалансировать стрессовое воздействие и силу выбора своей линии поведения, способствующего его преодолению (Eliot, 1993). Наш адаптированный вариант опросника содержал 36 вопросов, относящихся к удовлетворенности в следующих категориях индивидуальной жизни: работа, личные достижения, здоровье, общение с близкими людьми, поддержка (внутренняя и внешняя — социальная), оптимистичность, напряженность (физический и психологический дискомфорт), самоконтроль, негативные эмоции (настроение). В соответствии с ключом подсчитывалась сумма баллов для каждой категории жизнедеятельности (9 субшкал, каждая содержит по 4 вопроса). Минимальная сумма для каждой субшкалы была равна 4 баллам, максимальная – 40. Оценки по субшкалам соответствовали понятию удовлетворенности в различных областях жизнедеятельности. Чем меньше величина баллов, тем сильнее психическая напряженность и ниже удовлетворенность качеством жизни в данной области. Также подсчитывался общий индекс качества жизни (ИКЖ), равный среднему значению баллов, набранных по всем девяти субшкалам [2].

Обработка статистических данных, полученных в результате опроса, была выполнена в программе STATISTICA 10 с проведением корреляционного анализа и нахождением средней арифметической и ее стандартной ошибки ($M \pm m$). Статистическую значимость между полученными результатами считали достоверной при $p < 0,05$.

Результаты: У опрошенных нами дерматовенерологических пациентов был установлен средний уровень удовлетворенности по общему ИКЖ (Таблица 1).

В результате нашего исследования выявлено, что у пациентов с вульгарной пузырчаткой, аллергическим дерматитом, акне и розацеа отмечается более высокий уровень тревожности, по сравнению с остальными пациентами (7 и более баллов), а самый низкий у пациентов с себорейным кератозом, эритемой и склеродермией (менее 4,5 баллов)

Таблица 1. Уровень тревоги, депрессии и индекса качества жизни у пациентов с дерматозами

| № | Заболевание | Количество пациентов | Уровень тревоги (HADS) (баллы) | Уровень депрессии (HADS) (баллы) | ИКЖ (по Н.Е. Водопьянову), (баллы) |
|----|------------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| 1 | Псориаз | 63 | 6,62±3,34 | 6,09±3,99 | 26,24±4,77 |
| 2 | Экзема | 13 | 5,53±3,3 | 6,46±3,86 | 27,54±6,71 |
| 3 | Склеродермия | 11 | 4,18±3,4 | 4,09±2,62 | 31±5,13 |
| 4 | Аллергический дерматит | 10 | 7,3±3,37 | 5,7±5,03 | 27,7±3,27 |
| 5 | Красный плоский лишай | 7 | 6,43±3,95 | 6±3 | 30,86±3,67 |
| 6 | Эритема | 3 | 3,33±0,57 | 1,66±0,57 | 32,3±0,57 |
| 7 | Вульгарная пузырчатка | 2 | 8±1,41 | 7,5±0,7 | 23±2,83 |
| 8 | Гнездная алопеция | 2 | 5±2,83 | 2,5±0,7 | 30±4,24 |
| 9 | Себорейный кератоз | 1 | 2 | 2 | 25 |
| 10 | Акне | 1 | 7 | 2 | 15 |
| 11 | Розацеа | 1 | 7 | 1 | 28 |
| | ИТОГО: | 114 | | | |

Самый высокий уровень удовлетворенности по общему ИКЖ у пациентов с эритемой, склеродермией, а наиболее низкий у пациентов с акне, вульгарной пузырчаткой (менее 23 баллов).

Также важно заметить приблизительно одинаковый уровень общего ИКЖ у мужчин и женщин. У мужчин он составил 27,29±5,39 баллов, у женщин 27,79±4,87 баллов, что свидетельствует о том, что пол не является влияющим фактором на уровень ИКЖ. Аналогичен анализ уровня депрессии у мужчин и женщин (5,27 ± 3,64 баллов у мужчин и 5,82±3,95 баллов у женщин). Однако уровень тревоги выше среди женщин (6,74±3,32 баллов), в сравнение с уровнем тревоги у мужчин 5,63±3,16 баллов.

Уровень депрессии наиболее высок у пациентов с вульгарной пузырчаткой (7,5 баллов), а также с экземой (более 6,4 баллов). Наименьший уровень депрессии зафиксирован у пациентов с розацеа, эритемой, акне (менее 2 баллов).

Выводы:

1. У пациентов с заболеваниями, которые сопровождаются косметическим дефектом на лице уровень тревоги выше. Это связано с социальной адаптацией пациентов.

2. У опрошенных больных вульгарной пузырчаткой наиболее высокий уровень депрессии и низкий уровень индекса качества жизни (ИКЖ), что связано с обширной площадью поражения и выраженностью болевого синдрома.

3. Анализ уровня тревоги у мужчин и женщин свидетельствует о том, что кожные заболевания больше беспокоят женщин, чем мужчин.

4. Дерматологические заболевания (псориаз, розацеа, акне, экзема и др.) затрагивают видимые поверхности тела пациента, что влияет на самооценку, восприятие своего тела и снижает уровень качества жизни.

Список литературы

1. Гафаров М.М. и соавт. Основы дерматовенерологии. Учебное пособие. Уфа. 2008: 97 с.
2. Nazik H, Nazik S, Gul FC. Body image, self-esteem, and quality of life in patients with psoriasis. Indian dermatol online. 2017; 8(5): 343-46.
3. Усманова А.Р. Влияние уровня стресса на качество жизни дерматовенерологических больных. А.Р. Усманова, Е.В. Файзуллина, Л.К. Бунакова, Р.Г. Кузнецова. Практическая медицина. Казань. 2013: 120-3 с.
4. Русинов В.И. Психологическое исследование больных красным плоским лишаем с помощью дополнительных шкал СМИЛ. 2009: 5 с.
5. Дерматовенерология (национальное руководство). Под ред. Бутова Ю.С., Скрипкина Ю.К., Иванова О.Л. М.: Гэотар, 2013: 482 с.

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ В ЧЕЛЯБИНСКЕ

Нефедьева Ю.В., Зиганшин О.Р., Лысенко О.В., Латанская О.А.

Южно-Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ, Челябинск

История кафедры дерматовенерологии, как и всего Челябинского медицинского института, начинается в 1944 году и является своеобразным продолжением истории Киевского медицинского института, находившегося в эвакуации в Челябинске во время Великой Отечественной войны. Первым заведующим кафедрой кожных и венерических болезней после ее образования в 1944 г. был ректор ЧМИ, профессор Александр Николаевич Федоровский (1890–1964 гг.), ранее работавший директором Харьковского научно-исследовательского кожно-венерологического института. Опытный организатор, прекрасный педагог и клиницист А.Н. Федоровский в трудных условиях военного времени и первых послевоенных лет вместе с коллективом преподавателей (А.А. Брябина, С.Г. Колбин, В.Н. Манохин) организовал клинику института на базе военного госпиталя, а позднее, с 1949 г., на базе городского кожно-венерологического диспансера. Одновременно профессор А.Н. Федоровский был ректором ЧМИ, основал и возглавлял научное общество дерматологов и венерологов города Челябинска. Научные интересы профессора А.Н. Федоровского касались вопросов организации борьбы с венерическими и заразными кожными болезнями, и совершенствования преподавания. Перу Александра Николаевича принадлежало свыше 75 научных работ.

После перехода профессора А.Н. Федоровского на работу в Днепропетровский медицинский институт в 1952 г. заведующим кафедрой был избран доцент Константин Петрович Кочетов (1903–1978 гг.). Константин Петрович в Саратовском университете под руководством проф. П.С. Григорьева выполнил и защитил кандидатскую диссертацию, посвященную патологоанатомическим изменениям внутренних органов при экспериментальном сифилисе кроликов, а затем основное внимание уделял профилактике профессиональных болезней кожи в условиях тяжелого машиностроения. Всего им было опубликовано 23 научные работы. Вместе с К.П. Кочетовым на кафедре работали ассистенты П.Ф. Тряпичников и В.А. Пасечник.

Значительно изменило историю кафедры избрание на заведование в 1965 г. к.м.н., полковника медицинской службы, капитана первого ранга Иосифа Израилевича Ильина (1921–1994 гг.). И.И. Ильин закончил адъюнктуру (аспирантуру) на кафедре кожных и венерических болезней Военно-морской медицинской академии и в 1950 г. защитил кандидатскую, а в 1966 г., сразу после начала заведования – докторскую диссертацию, на тему «Актуальные проблемы негонококковых уретритов венерического происхождения». В 1966 г. И.И. Ильин защитил докторскую диссертацию на тему: «Актуальные проблемы негонококковых уретритов венерического происхождения у мужчин», а в 1967 г. был утвержден в ученое звание профессора. Основной научной проблемой, которая разрабатывалась И.И. Ильиным и его учениками, были вопросы венерологии: совершенствование методик лечения сифилиса, проблемы негонококковых и гонорейных воспалительных заболеваний мочеполовых органов и их осложнений. И.И. Ильин одним из первых в отечественной венерологии указал на роль хламидийной инфекции в урогенитальной патологии и развитии болезни Рейтера, разработал критерий распознавания трихомонад в окрашенных метиленовым синим препаратах, придавал особое значение эпидемиологии негонококковых уретритов в то время, когда существование негонококковых уретритов вообще ставилось под сомнение. Профессор И.И. Ильин являлся автором 325 печатных работ, в том числе монографии «Негонококковые уретриты у мужчин», выдержавшей 3 издания (М.; Медицина 1977, 1983 и 1991 гг.), соавтором 2 изданий учебника по дерматовенерологии для студентов, монографии – «Венерические болезни», «Лечение кожных болезней», «Кандидозы кожи и слизистых оболочек», «Кератоакантома», монотематического сборника и монографии «Болезнь Рейтера». Под руководством профессора И.И. Ильина подготовлено 3 доктора и 13 кандидатов медицинских наук. Иосиф Израилевич являлся членом редакционного совета журнала «Вестник дерматологии и венерологии», членом научного совета по дерматологии и венерологии АМН СССР; он был избран почетным членом Всероссийского научного общества дерматологов и венерологов, членом правления Всесоюзного научного общества дерматовенерологов. Являясь участником Великой Отечественной войны, И.И. Ильин был награжден орденом «Отечественной войны» 2-й степени, 2 орденами «Красной звезды», 2 медалями «За боевые заслуги», и 14 другими медалями.

С 1991 г. по 2011 г. кафедрой дерматовенерологии заведовал профессор, доктор медицинских наук Юрий Николаевич Ковалев. В 1962 г. Ю.Н. Ковалев окончил лечебный факультет Челябинского Медицинского Института. После окончания ВУЗа проходил клиническую ординатуру и аспирантуру на кафедре кожных и венерических болезней на кафедре ЧГМИ. В 1971 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «К патогенезу хронических уретрогенных простатитов», а в 1988 г. - докторскую диссертацию на тему: «Роль иммунных нарушений в патогенезе, клиника и патогенетическая терапия болезни Рейтера». Основное научное направление проф. Ю.Н. Ковалева связано с диагностикой и лечением болезни Рейтера, им разработаны эффективные методики лечения урогенитальных инфекций и их осложнений, которые широко используются в практической медицине. Опубликовано более 283 научных работ, из них 3 монографии, главы в Руководстве для врачей, учебнике по дерматовенерологии для студентов ВУЗов, 12 методических рекомендаций, посвященных вопросам снижения заболеваемости болезнями, передающимися половым путем, а также современным методам терапии дерматозов. Ю.Н. Ковалев осуществлял руководство 2 докторских и 9 кандидатских диссертаций.

С 2011 г. кафедрой дерматовенерологии заведует доктор медицинских наук Олег Раисович Зиганшин. После окончания лечебного факультета Челябинского Медицинского Института в 1993 г. О.Р. Зиганшин проходил клиническую интернатуру и аспирантуру на базе кафедры кожных и венерических болезней Челябинского Медицинского Института. В 1997 г. защитил кандидатскую диссертацию по теме «Клинико-иммунологические критерии диагностики и лечения хронических уретропростатитов, осложненных инфертильностью». Автор более 189 научных работ в российских и зарубежных изданиях, 5 методических пособий с грифом УМО, участник российских и международных научных Конгрессов и съездов. Имеет патент РФ по диагностике хронического простатита. Является автором монографии «Механизмы антимикробной резистентности репродуктивных органов мужчин». В 2003 г. защитил докторскую диссертацию «Сравнительная клинико-иммунологическая характеристика и оценка эффективности цитокиновой терапии воспалительных заболеваний половой системы у мужчин». Основное научное направление: диагностика и лечение инфекций, передаваемых половым путем, хронического простатита, эректильной дисфункции, мужское бесплодие. Является членом правления Российского общества дерматовенерологов и косметологов, председателем Челябинского общества дерматовенерологов и косметологов. Под руководством О.Р. Зиганшина защищено 5 кандидатских диссертаций. С 2011 г. О.Р. Зиганшин возглавляет экспертную группу инфекционного направления областной аттестационной комиссии при Министерстве здравоохранения Челябинской области специалистов с высшим профессиональным образованием. С 2010 г. является секретарём областной межведомственной комиссии по проблемам социальной патологии при правительстве Челябинской области, в 2010 г. назначен главным врачом ГБУЗ «ЧОККВД» и главным внештатным специалистом по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Челябинской области.

Научная работа кафедры особенно интенсивно стала проводиться с конца 60-х годов. За это время были защищены 10 докторских и 32 кандидатских диссертаций. В настоящее время на кафедре работают 6 профессоров и 4 кандидата медицинских наук, 1 ассистент. Всего сотрудниками кафедры опубликовано 873 работы. За последние 5 лет сотрудниками кафедры дерматовенерологии было выпущено 20 учебно-методических пособий (8 из них с грифом УМО).

Основными направлениями научной работы сотрудников кафедры являются вопросы диагностики и лечения инфекций, передаваемых половым путем, хронического простатита, эректильной дисфункции, мужского бесплодия, иммунологии оппортунистических инфекций урогенитального тракта у женщин и мужчин, детской дерматологии, исследования регуляции иммунитета в клинике кожных болезней, клинико-морфологических аспектов инъекционной косметологии, дерматоонкология.

На кафедре дерматовенерологии проводится обучение по следующим образовательным программам: интернатура, ординатура, профессиональная переподготовка, повышение квалификации (общее усовершенствование) по специальности «Дерматовенерология»; профессиональная переподготовка по специальности «Косметология»; повышение квалификации.

Сотрудниками кафедры совместно с Челябинским областным клиническим кожно-венерологическим диспансером проводятся конференции, заседания Челябинского отделения Российского общества дерматовенерологов и косметологов имени И.И. Ильина, семинары для врачей Челябинской области и города по различным вопросам дерматовенерологии и косметологии.

Накопленный за годы работы опыт, сформировавшийся у сотрудников кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России с многолетним стажем и инициативность молодых коллег, возглавляемых перспективным современным руководителем, позволят коллективу успешно решать стоящие перед ним учебные и научные задачи.

ПРИМЕНЕНИЕ ФОНОФОРЕЗА ГЕЛЯ ФЕРМЕНКОЛ В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ

Пересадына С.К. , Васин А.С.

7 Клинико- диагностический центр войск национальной гвардии России, Москва

Введение: В настоящее время на ведущие позиции выходит такая нозология как вульгарные акне. Акне является хроническим, часто рецидивирующим дерматозом, возникающим на фоне гиперпродукции кожного сала, что опосредовано генетическими факторами.

Это один из самых часто встречающихся дерматозов в возрастной категории до 25 лет, что является особенно актуальным, поскольку основная категория обслуживаемых военнослужащих – это военнослужащие по призыву, т.е. молодые люди в возрасте от 18 до 25 лет, которые в силу возраста, чаще других страдают данным заболеванием

Угревая болезнь нередко сопровождается не только эстетическими дефектами, но и социальной дезадаптацией больных, поэтому актуальным является лечение постакне в межрецидивный период с применением различных методов физиотерапии.

Постакне представляет собой комплекс косметических дефектов кожи, являющиеся следствием себореи и угревой сыпи, а также некачественных воздействий на них при попытках самостоятельного лечения.

К постакне относятся:

- расширение пор
- стойкая эритема и расширение капилляров
- рубцы
- неравномерная текстура кожи
- застойные пятна
- поствоспалительная гипер- и депигментация

Цели исследования. Учитывая, что процессы регенерации более выражены в молодом возрасте, к которому относится большинство пациентов, для лечения рубцов постакне нами опробовано применение физиотерапевтических процедур с использованием ферментативных препаратов.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 18 пациентов в возрасте от 18 до 24 лет с выраженными рубцами постакне в области лица

Ультразвуковая терапия (ультрафонотерапия) - это применение с лечебно-профилактической целью механических колебаний ультразвуковой частоты, называемых ультразвуком. В физиотерапевтической практике ультразвук используется на фиксированных частотах, преимущественно в диапазоне от 800 до 3000 кГц, а в последние годы - 22/44 кГц (реже 100 кГц). Использование ультразвука частотой 100 кГц и ниже получило название низкочастотной ультразвуковой терапии.

На организм человека при проведении ультразвуковой терапии действуют три фактора: механический, тепловой и физико-химический. Действие всех трех факторов тесно взаимосвязано. В формировании ответных реакций организма участвуют и рефлекторные механизмы (неврогенный фактор).

Биологическое действие ультразвука зависит от его дозы, которая может быть для тканей стимулирующей, угнетающей или даже разрушающей. Наиболее адекватными для лечебно-профилактических воздействий являются небольшие дозировки ультразвука (до 1,2 Вт/см²). Они способны вызывать болеутоляющее, антиспастическое, сосудорасширяющее, рассасывающее, противовоспалительное, десенсибилизирующее действие.

При их применении в зоне воздействия активируется крово- и лимфообращение, повышается фагоцитоз, активируются механизмы общей и иммунологической реактивности организма, ускоряются процессы репаративной регенерации, стимулируются функции эндокринных органов, прежде всего надпочечников.

Ультразвук оказывает деполимеризующее и разволокняющее действие на уплотненную и склерозированную ткань, в связи с чем он с успехом используется при лечении рубцов, келоидов, контрактур суставов. Он повышает сосудистую и эпителиальную проницаемость, проницаемость кожи и гистогематических барьеров, увеличивает диффузию и потенцирует действие лекарственных веществ, усиливает транскапиллярный транспорт жидкостей и растворенных в ней веществ, что послужило основанием для сочетанного использования фактора с лекарственными веществами и обоснование ультрафонофореза.

Ультрафонофорез (фонофорез) – сочетанное воздействие на организм ультразвуком и нанесенным на кожу или слизистые оболочки лекарственным веществом.

При проведении процедуры лекарственное вещество включают в состав контактной среды (мазь, эмульсия, раствор). Оно должно при озвучивании сохранять свою структуру и фармакотерапевтическую активность, а действие его должно быть однонаправленным с действием ультразвука для обеспечения синергизма их влияния на организм. Ультразвук потенцирует фармакотерапевтическое действие сосудорасширяющих, противовоспалительных, рассасывающих препаратов, местных анестетиков, антибиотиков, иммунодепрессантов и антикоагулянтов, а также ослабляет побочные эффекты многих из них. Ведение лекарственных веществ в организм при фонофорезе осуществляется через выводные протоки потовых и сальных желез. Возможен также чрезклеточный и межклеточный путь проникновения веществ.

Фонофорез — это эффективная и безболезненная процедура, в ходе которой происходит введение лекарственных веществ в кожу с помощью ультразвука. Данный терапевтический метод имеет ряд преимуществ перед обычным способом введения лекарств в организм, потому что позволяет вводить действующее вещество непосредственно в проблемное место

Интенсивность ультразвука при воздействии варьирует от 0,05–0,1 до 1–1,2 Вт/см². Различают малые дозы – 0,05–0,4 Вт/см², средние – 0,5–0,8 Вт/см², большие – 0,9–1,2 Вт/см². Чаще используют малые или средние интенсивности. При стабильном озвучивании доза не превышает 0,3 Вт/см², при озвучивании через воду интенсивность увеличивается в 1,5–2 раза. Режим генерации может быть непрерывным и импульсным (длительность импульсов 10, 4 и 2 мс). Продолжительность воздействия на 1 поле – от 1 до 3–5 мин. Общее время воздействия за одну процедуру составляет 10–15 мин. Курс лечения состоит из 10–15 процедур, проводимых ежедневно или через день.

Для лечения рубцов постакне нами применялся фонофорез с гелем Ферменкол.

Ферменкол – это препарат на основе комплекса протеолитических ферментов (коллагенолитических протеаз), полученных из морских и пресноводных организмов, который разрушает избыточно образующийся патологический коллаген, из которого состоят гипертрофические и келоидные рубцы.

Фонофорез с Ферменколом позволяет доставлять коллагенолитические ферменты в глубоко расположенные участки рубцово-измененной кожи. Эта методика предпочтительна для пациентов, имеющих застарелые зрелые рубцы. Такие рубцы очень плотные, что затрудняет в них обычное проникновение лекарственных компонентов из средств для наружного применения. Ни в коем случае нельзя применять фонофорез на свежих молодых рубцах, т.к. ультразвук на этот этапе формирования рубца – может наоборот стимулировать выработку патологического коллагена.

Активные компоненты геля ферменкол обладают высокой активностью снижения темпов производства коллагена в коже. Коллагеназа, входящая в состав геля, избирательно воздействует только на молекулы патологического коллагена, содержащегося в рубцовой ткани рубцов, разрушая их, в результате чего и происходит уменьшение рубца. Также ферменты гидролизуют полисахариды в рубцовой ткани, например, гиалуроновую кислоту.

Известно, что рубцовая ткань имеет очень слабую гидратированность, если сравнивать с тканями нормальной кожи. Нормальный уровень гидратации обеспечивает здоровой коже тургор, эластичность, молодой и здоровый вид. Ферменкол обеспечивает не только гидролиз патологического коллагена, но и глубокую гидратацию рубцовой ткани, что в совокупности и обеспечивает уменьшение рубцов, а также улучшение их внешнего вида. По утверждению производителя: на нормальный коллаген здоровых тканей кожи Ферменкол практически не действует.

Таким образом, при помощи комплекса ферментов происходит гидролиз волокон коллагена и эластина, которые распадаются до отдельных аминокислот.

Методика проведения фонофореза с гелем Ферменкол. Процедуры фонофореза выполняются каждый день. Допустимый интервал между процедурами – не более 2 дней. Один курс – это 10–15 процедур, после чего следует сделать перерыв в 10–14 дней. После перерыва курс можно повторить.

Сначала тщательно промываем и высушиваем кожу вокруг рубца. После этого для лучшего проникновения активных компонентов геля дополнительно рекомендуется приложить горячую, но не обжигающую салфетку на область рубца на 5 мин. Далее – наносится достаточное количество геля на кожу рубца.

Проводим процедуру фонофореза: плотно прикладывая головку аппарата ультразвука, не допуская при этом выдавливания геля. Перемещать головку аппарата по проблемному участку необходимо медленно, без усилий, поступательными круговыми движениями, не отрывая головки излучателя от кожи в течение всего времени проведения процедуры. Необходимо следить за тем, чтобы Ферменкол гель не высыхал, при необходимости добавляя гель.

Продолжительность процедуры на одну область – не более 5 мин. Интенсивность излучения прибора для фонофореза :

-для области туловища и конечностей – 0,3 Вт/см².

-для области лица и шеи – 0,2 Вт/см².

Благодаря фонофорезу с гелем Ферменкол у всех пациентов отмечено – побледнение рубцов, уменьшение рубцов в размерах, снижение плотности рубцовой ткани, повышение эластичности кожи.

Вывод: применение фонофореза с гелем ферменкол позволяет уменьшить выраженность имеющихся рубцов постакне в среднем на 20 %, и может с успехом применяться в дерматологической практике.

НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ КОЖИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОКТ

Петрова К.С., Немирова С.В., Петрова Г.А., Степанов Н.Г., Исламов Р.А., Чикин М.В., Мочаева Н.А., Матвеев И.С.

Нижегородская государственная медицинская академия
Городская клиническая больница №5, Нижний Новгород

Состояние системы микроциркуляции является одним из показателей, значительно влияющих на трофику кожи. При современном мультидисциплинарном подходе к диагностике и лечению патологии кожи при различных заболеваниях существует острая проблема неинвазивной оценки периферических сосудов с целью выявления как непосредственно их патологических изменений, так и состояния окружающих тканей, а также возможности динамического наблюдения для своевременной коррекции тактики лечения.

Цель исследования – оценка возможности оптической когерентной томографии (ОКТ) как неинвазивного метода визуализации сосудов микроциркуляторного русла и прилежащих тканей для контроля динамики васкуляризации кожи.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базах кафедр госпитальной хирургии им. Б.А.Королева и кожных и венерических болезней НижГМА. Проводилось исследование кожи голени и стоп у пациентов с поражением сосудов различного генеза, в том числе диабетической микроангиопатией, облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, хронической венозной недостаточностью на фоне варикозной болезни нижних конечностей или посттромбофлебитической болезни, с последующей оценкой ОКТ-изображений. Обследовано 35 пациентов (17 мужчин и 18 женщин), средний возраст составил $59,12 \pm 4,07$ года.

В работе использован оптико-когерентный компьютеризированный визуализатор-топограф для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека отечественного производства «ВОК» (регистрационное удостоверение № ФС 022а2005 /2035-05 от 05.08. 2005 г.). Разработан электронный протокол исследования пациентов. Всего проанализировано 500 ОКТ-изображений. Для расчета динамики васкуляризации кожи была разработана программа «RatioSquareMedicalImage» (RSMI), которая позволила сформировать области анализа и рассчитать отношения площади произвольно выбранного объекта визуализации к площади зоны, заданной исследователем, вне зависимости от конфигурации изображения объекта. Обработку данных проводили с помощью программ OСТKernal, PresTo, Excel.

Результаты. ОКТ позволила визуализировать и оценить толщину и строение эпидермиса, зоны дермо-эпидермального сочленения, верхней части дермы, а также сосудов микроциркуляторного русла.

При анализе ОКТ-изображений кожи пациентов с диабетом отмечалось общее снижение толщины 1-3 слоев, т.е. истончение эпидермиса, резкое снижение глубины полезного сигнала, ассоциированное с изменением соотношения компонентов дермы, появление в 4 и 5 слоях мелких зон низкого сигнала, в т.ч. окруженных зоной высокого сигнала, соответствующих измененным сосудам.

У пациентов с хронической артериальной недостаточностью на фоне облитерирующего атеросклероза определялась тенденция к формированию атрофии кожи, в пределах 4 и 5 слоев отмечалось появление округлых несжимаемых зон низкой интенсивности сигнала, окруженных зоной высокого сигнала (артерий с измененной утолщенной стенкой).

У пациентов с хронической венозной недостаточностью отмечалась сравнительно меньшая тенденция к снижению толщины эпидермиса, оптические признаки выраженных отеков изменений тканей. В 5 оптическом слое определялись многочисленные крупные линейные и овальные зоны низкой интенсивности сигнала, соответствующие расширенным венам – признак флебогипертензии.

Выводы. ОКТ-исследование повышает точность и объективность оценки состояния кожи и ее микроциркуляторного русла у пациентов с различными видами нарушения периферической гемодинамики, в т.ч. при диагностике латентных и субклинических состояний.

ВОЗМОЖНОСТИ 3D-ОКТ В КОНТРОЛЕ ПРОЦЕДУР С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

Петрова К.С., Петрова Г.А., Немирова С.В., Сможный А.А., Горская А.А.

Нижегородская государственная медицинская академия

Клиника эстетической медицины «институт красоты» O'live, Нижний Новгород

Введение. В связи с наличием индивидуальных конституциональных и возрастных особенностей кожи, существует острая необходимость в методике, способной объективно контролировать правильность техники и адекватность уровня введения препаратов гиалуроновой кислоты с последующей оценкой эффективности проведенной манипуляции в динамике.

Цель исследования. Изучение возможности использования ОКТ для объективного контроля уровня введения в кожу препаратов гиалуроновой кислоты и мониторинга эффективности процедуры.

Материалы и методы. Работа носила клинично-экспериментальный характер и состояла из 2 этапов. На первом этапе изучали особенности визуализации препарата гиалуроновой кислоты (Belotero intense), введенного в ткани фрагмента кожи с подкожной клетчаткой передней поверхности бедра, полученный в результате ампутации по поводу атросклеротической критической ишемии конечности. Осуществляли введение 0,1 мм препарата в эпидермис (образец 1) и в средние отделы дермы (образец 2) с последующей оценкой ОК-томограмм. На втором этапе в ходе динамического наблюдения оценивали эффективность биоревитализации при внутрикожном введении *in vivo* в кожу сгибательной поверхности предплечья здорового добровольца препарата гиалуроновой кислоты (Filorga M-NA18). Осуществляли введение 0,1 мм в средние отделы дермы (образец 2) с последующей оценкой ОК-томограмм непосредственно после инъекции, а также через 1 и 2 нед после процедуры.

В ходе исследования использовали визуализатор-топограф оптико-когерентный компьютеризированный для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека отечественного производства «ВОК» (регистрационное удостоверение № ФС 022а2005 /2035-05 от 05.08.2005 г.).

Результаты. При ОКТ-исследовании 1 образца введенный в эпидермис препарат визуализировался в пределах 3 слоя ОКТ-изображения в виде однородной зоны сигнала низкой интенсивности овальной формы с четкими границами. В месте введения иглы четко определялась линейная зона низкого сигнала, так как часть препарата в результате ретроградного движения осталась в канале, препятствуя его спадению. При ОКТ-исследовании 2 образца введенный в дерму препарат визуализировался однородной зоны сигнала низкой интенсивности овальной формы с четкой верхней границей и менее четкими нижней и ниже-боковыми границами.

При ОКТ исследовании участка кожи предплечья непосредственно после введения препарат визуализировался как зона низкой интенсивности сигнала в пределах 4 и 5 оптических слоев. Уже через 1 и, более отчетливо, – через 2 нед после процедуры отмечалось снижение толщины 1 и 2 слоев (роговой слой), усиление сигнала в 3 и 5 слоях и незначительное снижение глубины полезного сигнала, что свидетельствует о повышении активности митотической и метаболической активности клеток эпидермиса и верхних отделов дермы. При этом препарат в пределах дермы не определялся.

Выводы. Метод ОКТ позволяет осуществлять контроль уровня введения препаратов гиалуроновой кислоты непосредственно в ходе процедуры, что позволяет независимо от индивидуальных особенностей кожи избежать технических ошибок при локализации препаратов, способных привести к нежелательным последствиям. Метод позволяет осуществлять объективный динамический контроль за состоянием кожи после процедуры и оценивать эффективность терапии.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Пивень Н.П., Пивень Е.А.

Российский университет дружбы народов, Москва

В последние годы в РФ среди кожных заболеваний выявлены тенденции к увеличению числа больных с различными формами хронических дерматозов, таких как псориаз, атопический дерматит, экзема, характеризующихся сложным мультифакториальным генезом, полиморфным характером проявлений, упорно рецидивирующим течением, трудностью терапии.

По данным А.А. Кубанова (2015), заболеваемость болезнями кожи в РФ составляет 4710,5 на 100 000 населения. Большая часть регистрируемой заболеваемости приходится на атопический дерматит (234,3 на 100 000 населения) и псориаз (65,8 на 100 000 населения).

Широкая распространенность с неуклонным ростом хронических дерматозов у населения, а также тесная связь между данной патологией и общим состоянием здоровья, ставит заболеваемость населения псориазом, атопическим дерматитом и экземой в ряд актуальных проблем современного здравоохранения. Эти заболевания оказывают значительное влияние на качество жизни, причиняя пациентам не только физический, но и психологический дискомфорт. Красивая, ровная и здоровая кожа вызывает восхищение, а любые проблемы на коже становятся причиной проблем в коммуникации, снижают самооценку и приводят к депрессиям и психозам.

Понятие «качество жизни» позволяет улучшить понимание психосоциальной нагрузки на пациента, страдающего дерматологическими заболеваниями и может быть первой ступенью для проведения необходимых психотерапевтических мероприятий. Для оценки качества жизни больных хроническими дерматозами (атопическим дерматитом, псориазом, экземой), была изучена выборочная совокупность из 420 больных взрослого населения (по 140 больных каждой нозологической формы), находящихся под наблюдением филиала «Раменский» МНПЦДК ДЗМ по специально разработанной программе. Нами использовался дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ), опросник SF-36, другие источники литературы. Чувствительность нашего опросника была повышена за счет увеличения количества вопросов. Данный опросник представляет собой 40 вопросов с вариантами ответов, где 0 – наиболее благоприятный показатель, 5 – наиболее неблагоприятный показатель. Сумма баллов равная 0 – высокий уровень качества жизни, 200 – катастрофически низкое качество жизни. В результате анализа анкетных данных установлено, что индекс качества жизни хуже всего был при заболевании экземой и составил $87,4 \pm 8,6$ баллов, у больных атопическим дерматитом он был несколько выше ($85,7 \pm 8,2$ баллов), а наиболее благоприятный – у больных псориазом ($77,7 \pm 7,5$ баллов). При всех рассматриваемых дерматозах индекс качества жизни у женщин был ниже, чем у мужчин. Так, у женщин, страдающих атопическим дерматитом, индекс качества жизни составил $92,7 \pm 9,1$ баллов, а у мужчин – $78,3 \pm 7,6$ баллов. При экземе индекс качества жизни составил $92,2 \pm 9,1$ баллов и $81,8 \pm 8$ баллов соответственно для женщин и мужчин, а при псориазе – $81,4 \pm 8,1$ баллов и $75,2 \pm 7,3$ баллов.

При оценке качества жизни в зависимости от тяжести заболевания общая картина сохранялась такой же. У больных с тяжелым течением заболевания индекс качества жизни был неудовлетворительный и был хуже, по сравнению с больными с легким течением в 2,7 – 3,4 раза (по баллам). Так, у пациентов с атопическим дерматитом при легком течении заболевания индекс качества жизни был удовлетворительным и составил $30,0 \pm 3,4$ баллов, а при тяжелом течении он ухудшился до $124,5 \pm 12,3$ баллов. Аналогичные изменения прослеживались при псориазе и экземе. Если при легком течении псориаза индекс качества жизни составил $23,0 \pm 2,3$ баллов, то при тяжелом он ухудшился до $123,7 \pm 12,0$ баллов. При экземе индекс качества жизни при легком и тяжелом течении заболевания соответственно составлял $32,0 \pm 3,1$ и $125,3 \pm 12,3$ баллов.

Следует отметить, что удельный вес баллов от суммарного индекса качества жизни при легком течении хроническими дерматозами составлял 7,0–8,5%, при среднем – 42,6–47,3%, а при тяжелом – 45,7– 48,9%.

С возрастом качество жизни больных хроническими дерматозами ухудшалось. В младших возрастных группах (до 30 лет) оно было значительно лучше, по сравнению со старшими группами (особенно свыше 50 лет). При этом индекс качества жизни при атопическом дерматите в возрастных группах от 15 до 39 лет варьировал от $75,9 \pm 7,7$ баллов до $86,7 \pm 7,7$ баллов, а старше 40 лет – от $90,9 \pm 9,2$ баллов до $93,5 \pm 9,6$ баллов. При экземе в возрастных группах до 39 лет индекс качества жизни изменялся от $80,6 \pm 7,9$ баллов до $83,7 \pm 8,6$ баллов, а в возрастных группах старше 40 лет он ухудшался от $90,4 \pm 8,7$ до $95,7 \pm 9,4$ баллов. При псориазе в возрастных группах 15–29 лет индекс качества жизни колебался от $57,4 \pm 6,1$ баллов до $61,6 \pm 6,2$ баллов, а старше 30 лет – от $71,9 \pm 6,6$ баллов до $93,5 \pm 9,1$ баллов.

У больных хроническими дерматозами качество жизни ухудшалось при увеличении срока давности заболевания. Так, при продолжительности заболевания до одного года качество жизни было благоприятным и индекс качества жизни составил $29,5 \pm 4,7$ баллов у больных атопическим дерматитом и $31,2 \pm 4,5$ баллов у больных экземой. При длительности заболевания от 1 до 5 лет индекс качества жизни ухудшился до $63,6 \pm 6,5$ баллов и $66,8 \pm 6,9$ баллов соответственно у больных атопическим дерматитом и экземой, а при возрасте от 11 до 20 лет – до $93,2 \pm 8,7$ баллов и $97,1 \pm 9,4$ баллов. У больных псориазом при давности заболевания до одного года индекс качества жизни был благоприятным – $23,6 \pm 2,9$ баллов, а при давности от 11 до 20 лет и более –

неудовлетворительным ($89,0 \pm 8,8$ – $89,5 \pm 8,2$ баллов). Таким образом, у больных хроническими дерматозами низкий индекс качества жизни отмечался при продолжительности заболевания более 5 лет.

Качество жизни у больных хроническими дерматозами ухудшалось также с увеличением частоты обострений. Так, при атопическом дерматите в случае обострения заболевания не более одного раза в год, индекс качества жизни был благоприятным и составил $34,3 \pm 4,1$ баллов, а при псориазе и экземе соответственно $26,6 \pm 2,9$ баллов и $36,7 \pm 4,1$ баллов. С увеличением частоты рецидивов качество жизни заметно ухудшалось. Так, при числе обострений более 4 раз в году, индекс качества жизни ухудшился до $114,5 \pm 11,1$ баллов, $116,8 \pm 11,3$ и до $123,8 \pm 12,3$ баллов соответственно у больных атопическим дерматитом, псориазом и экземой.

На снижение качества жизни больных хроническими дерматозами большое влияние оказывали сопутствующие заболевания. Так, при отсутствии сопутствующей патологии индекс качества жизни был благоприятным и изменялся от $22,8 \pm 2,5$ до $27,3 \pm 3,1$ баллов. При наличии одного сопутствующего заболевания индекс качества жизни ухудшился до $57,9 \pm 5,4$ – $76,2 \pm 7,3$ баллов, а если имелось более двух заболеваний – $114,1 \pm 11,2$ – $127,3 \pm 12,4$ баллов.

Таким образом, фоном снижения качества жизни является совокупность отягощающих факторов: возраст старше 30 лет, женский пол, длительность заболевания более 5 лет, частота рецидивов 3 и более раз в год и наличие сопутствующей патологии, особенно при сочетании сопутствующих заболеваний, что необходимо учитывать при проведении лечебно-профилактических мероприятий.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПРОЕКТЫ РОССИИ ПО ПОДДЕРЖКЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Сергеева М.А.

Сеченовский университет, Москва

Распространение и обновление достоверной информации о наиболее распространенных и социально-значимых дерматозах человека является одной из задач организации здравоохранения в дерматологии. Необходимость этого диктуется, с одной стороны, риском использования недоказательных, бесполезных или потенциально опасных практик самодиагностики и самолечения дерматозов. С другой стороны, ощущается потребность в поддержании достаточной комплаентности и приверженности пациентов современным методикам диагностики, лечения и профилактики, которые требуют понимания и принятия больными хотя бы базовых сведений о заболеваниях кожи, волос и ногтей. За рубежом эту проблему отчасти решают пациентские организации и школы, нередко имеющие длительную историю и опыт работы. Особенно заметная эта работа в отношении редких и орфанных заболеваний, но при массовых, наиболее распространенных дерматозах человека сам масштаб проблемы является фактором, сдерживающим распространение и всеобщую доступность информации. Отдельные зарубежные информационные ресурсы в сети Интернет, посвященные наиболее распространенным дерматозам, зачастую поддерживаются спонсорами – производителями фармацевтической или косметической продукции – и, в силу организационно-экономических особенностей – как правило, оказываются недолговечными. Та же участь нередко постигает и отечественные интернет-ресурсы для дерматологических пациентов, поддерживаемые спонсорами из международной фармацевтической индустрии или отдельными лечебно-профилактическими учреждениями.

Тем не менее в России имеется значительный и во многих отношениях передовой и инновационный опыт длительной информационной поддержки пациентов с помощью специализированных интернет-ресурсов. Одним из первых проектов в данной области стал ресурс www.gribok.ru, созданный по инициативе Общероссийской общественной организации – Национальной академии микологии. Возможность и необходимость разработки данного проекта была обоснована в ходе массовой лечебно-профилактической кампании «Горячая линия», в ходе которой составили современный социально-эпидемиологический портрет современного больного с онихомикозом, а также определены основные показатели-предикторы микозов кожи стоп и ногтей [1, 2]. Стартовав в 2003 г., сайт gribok.ru работает по настоящее время, а его посетителями стало более 9 млн. уникальных посетителей в России и СНГ. В отдельные годы суточная и месячная посещаемость сайта превышала расчетные показатели вновь выявленной заболеваемости по Москве и Российской Федерации в целом. Наличие в составе данного проекта теста-опросника для больных с микозом стоп и онихомикозов позволило получить срез представлений пациентов о данных заболеваниях, что открывает причины поздней обращаемости на дерматологический прием, а также распространенного самолечения [3–5].

Следующим по времени создания крупным дерматологическим информационным проектом России стал стартовавший в 2004 г. сайт www.atopic.ru. Инициатором его разработки выступило Общество поддержки больных атопическим дерматитом. Ранее в России имелся ограниченный опыт проведения школ для взрослых пациентов и для родителей детей-атопиков, доступ к которым получило всего несколько сотен человек. Создание информационного ресурса позволило обеспечить информацией и консультациями специалистов не менее 1000 человек в сутки. Помимо информационных страниц и сервиса онлайн-консультаций (ответы дерматологов и аллергологов на вопросы пациентов) на atopic.ru были впервые опробованы такие формы информационной работы, как поддержание аннотированного и модерлируемого врачом и пациентским сообществом форумом с возможностью ведения личных дневников. Кроме того, врачам-посетителям сайта были предоставлены сетевые инструменты как верификации диагноза (соответствие критериям Ханифина-Райка и UKWP), так и оценочные шкалы SCORAD, EASI и ADSI, а также нозоспецифические индексы оценки качества жизни.

Наиболее масштабным по посещаемости и узнаваемости информационным проектом дерматологов России стал веб-сайт ugrei.net, стартовавший в 2005 г. Всего за 10 лет работы его посетило более 15 млн человек, в основном пациентов с акне. Онлайн-сервисы сайта позволили не только обеспечить информацией существенную часть российских пациентов, но и впервые осуществить массовое анкетирование со сбором демографической информации, оценкой тяжести заболевания и качества жизни (включая шкалы ДИКЖ, APSEA и CADI) [6]. С помощью этих технологий в 2008–2009 г. был осуществлен отбор пациентов в первое в России открытое исследование терапии акне с двойной слепой рандомизацией [7]. Кроме того, благодаря системе отзывов пациентов о топических лекарственных средствах и косметике ежегодно, начиная с 2007 г., проводится мониторинг комплаентности дерматологических пациентов в отношении основных лекарственных средств, входящих в отечественные клинические рекомендации [8].

Таким образом, в Российской Федерации осуществлен первый в мире опыт разработки и поддержки в течение более 10 лет независимых информационных проектов, предоставляющих комплексную поддержку больных наиболее распространенными и социально-значимыми дерматозами на безвозмездной основе. Общее количество дерматологических пациентов, которым предоставлена эта поддержка, к 2017 г. превысило 30 млн человек.

Список литературы

1. Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю. Проект «Горячая линия»: итоги и результаты. Усп. мед. микол. 2003; 2
2. Sergeev AY. Fighting tinea pedis in northern Eurasia. J Clin Exp Dermatol Res. 2017; 8 (6 S): 57.
3. Sergeev VY, Shpigel BI., Sergeev AY. Prevention of contagious fungal infections with permanent nation-wide Internet campaign. Mycoses 2005, 48, (Suppl. 2): 100-101
4. Sergeev VY, Sergeev AY. Gribok.RU project: first nation-wide Internet campaign for prevention of tinea pedis and onychomycosis . JEADV. 2005, 19: 127.
5. Sergeev A. Current epidemiology of tinea pedis in Russia. Int J Dermatol. 2017; 56: 1272.
6. Бурцева Г.Н., Сергеев А.Ю., Свечникова Е.В., Сергеев В.Ю. Самооценка тяжести заболевания, качества жизни и комплаентность у больных с акне. Врач. 2009; 8: 58-61.
7. Макова Г.Н., Сергеев А.Ю., Свечникова Е.В., Сергеев В.Ю. Открытое рандомизированное сравнительное исследование трех схем наружной комбинированной терапии утренней сыпи. Росс. журн. кожны. вен. болезн. 2010; 6: 50-59.
8. Сергеев А.Ю., Бурцева Г.Н., Сергеев В.Ю. Фармакоэпидемиология акне и анонимная оценка лечения пациентами. Иммунопатол., аллергол., инфектол. 2012; 4: 102-11.

ОТ ВИДЕОМИКРОСКОПИИ КОЖИ К РОССИЙСКОМУ ЦИФРОВОМУ ДЕРМАТОСКОПУ

Сергеев Ю.В., Сергеев В.Ю.

Общество дерматоскопии и оптической диагностики кожи, Москва

Использование микроскопической техники, в том числе дерматоскопов различной конструкции в оптической диагностике кожи прослеживается в России начиная с 1920-х г. После трудов П.В. Никольского и Н.А. Скульского, первой статьи о дерматоскопии наиболее распространенных дерматозов (1934 г.) и работ Б.А. Задорожного (1950-е гг.) достаточно долгое время не выходило отечественных публикаций по дерматоскопии, а дерматоскопическая техника в СССР не производилась серийно [1, 2].

Возрождение отечественной дерматоскопии произошло уже в современной России, когда в 1990-е г. в дерматологическом отделении Управления делами Президента РФ, возглавляемом Ю.В. Сергеевым, был создан первый кабинет дерматоскопии. При этом в начале отделением использовались зарубежные системы видеодерматоскопии, а скорее – видеомикроскопии кожи, позволяющие осмотр кожи, волос и ногтей под большим увеличением, чем при традиционной дерматоскопии. Это позволило усовершенствовать диагностику как онкопатологии, включая базально-клеточный рак кожи [3, 4, 5], так и неопухоловой патологии. В частности, на рубеже 1990-х и 2000-х гг. Ю.В. Сергеевым с помощью данной техники были описаны такие явления, как новые характеристики ониомикоза и патологии ногтей в целом («концепция каналов», «признак пилы») [6, 7], симптом «обгорелой спички» при псевдопелладе [8], впервые охарактеризована дерматоскопическая картина инфестаций кожи [9, 10]. В это же время В.Ю. Сергеев и соавт., используя аналогичную методику, описали новые характеристики микозов кожи и ряда других дерматозов [4, 11]. Использование видеомикроскопов с разными техниками поляризации, а затем – и ультрафиолетовым источником излучения позднее позволили группе российских авторов усовершенствовать терапию угревой болезни, отслеживая динамику аутофлуоресценции в области сально-волосяных фолликулов (порфирины *S. acnes*) [12].

Новый импульс развитие дерматоскопической техники в России получило с созданием в 2008 г. российского Общества дерматоскопии и оптической диагностики кожи. За несколько лет в России были созваны пять дерматоскопических конгрессов, сформирован консенсус по дерматоскопической семиотике и номенклатуре, стартовала масштабная образовательная программа, охватившая не менее 10% практикующих дерматологов Российской Федерации к настоящему времени. В 2013–15 гг. благодаря работе Общества российские дерматологи оказались наиболее крупным дерматоскопическим сообществом среди всех европейских стран, опередив Германию и Францию [13].

Уже в первые годы работы Общества дерматоскопии была поставлена задача – разработать отечественную дерматоскопическую систему диагностики, не уступающую зарубежным аналогам. В 2011 г. был получен российский патент на цифровой дерматоскоп, а в 2012 г. вышли первые серии цифрового дерматоскопа РДС-1 (ручной дерматоскоп Сергеева), представлявшего доступный и портативный видеодерматоскоп с высоким разрешением, и сменными головными частями, позволявшими использовать техники иммерсионной, поляризационной и ультрафиолетовой дерматоскопии и видеомикроскопии. Внедрение РДС-1 в практику дерматологов России, Белоруссии и Украины в 2012–2017 г. показало надежность и целесообразность использования такой системы. Объединение устройств РДС-1 в единую диагностическую сеть, подключенную к серверам ПКАД – программного комплекса автоматизированной диагностики меланоцитарных новообразований, позволило реализовать принципы машинного зрения и облачной теледерматоскопической диагностики.

В настоящее время разработан новый диагностический комплекс, РДС-2, по основным характеристикам превосходящий, а по стоимости существенно более экономичный, чем ближайшие к нему зарубежные системы. Благодаря техническому потенциалу РДС-2 может быть использован одновременно как дерматоскоп, видеомикроскоп и трихоскоп, подключаемый к соответствующим комплексам программного обеспечения.

Стартующее в 2018 г. серийное производство РДС-2 позволит обеспечить дерматовенерологов и косметологов России надежной и доступной диагностической системой, развернуть масштабные кампании ранней диагностики рака кожи, наладить теледерматоскопическое консультирование на всей территории России и сопредельных стран.

Список литературы

1. Сергеев А.Ю. Отечественные публикации по дерматоскопии. Дерматология в России. 2013; 1. DOI: 10.14427/j.dr.2013.29214
2. Сергеев А.Ю., Сергеев В.Ю. Дерматоскопия: становление и развитие в России и за рубежом. Клинический дерматологический вестник. 2008; 1: 1-9.
3. Сергеев Ю.В., Иванов О.Л., Сергеев В.Ю., Черкасова М.В. Цифровая видеодерматоскопия: новые подходы к диагностике, лечению и профилактике заболеваний кожи. Росс. журн. кожных вен. болезн. 2004; 23-7.

4. Сергеев В.Ю., Сергеев Ю.В. Видеодерматоскопия: современные подходы к ранней диагностике и профилактике эпителиальных опухолей кожи. Альманах клинической медицины. 2006; 9: 120-3.
5. Сергеев В.Ю., Сергеев Ю.В., Иванов О.Л. Видеодерматоскопия: новое в повседневной врачебной практике дерматовенеролога. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2009; 4: 15-20.
6. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В., Сергеев В.Ю. Новые концепции патогенеза, диагностики и терапии онихомикозов. Иммунопатол., аллергол., инфектол. 2007; 3: 9-16.
7. Сергеев В.Ю., Сергеев Ю.Ю. Дерматоскопическая диагностика и стратегия ранней интервенции при онихомикозе. Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2017; 2: 51-62.
8. Сергеев Ю.В. Будни дерматолога. М.: МДВ: 2012.
9. Сергеев Ю.В. Современные клиничко-иммунологические особенности чесотки и новые подходы к ее диагностике и терапии. Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2000; 4: 102-7.
10. Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю. Педикулез и фтириаз – новое в диагностике и терапии. Иммунопатол., аллергол., инфектол. 2003; 3: 125-30.
11. Халдин А.А., Сергеев В.Ю., Изюмова И.М. Современные представления о паховых дерматофитиях: этиология, эпидемиология, клиника и эффективная терапия. Росс. журн. кожных и вен. болезн. 2005; 5: 43-8.
12. Бурцева Г.Н., Сергеев В.Ю., Свечникова Е.В., Сергеев А.Ю. Клиническая и видеодерматоскопическая оценка эффективности терапии угревой сыпи. Клиническая дерматология и венерология. 2012; 10(2): 92-103.
13. Forsea AM, Tschandl P, Zalaudek I, Marmol V, Soyer HP, Argenziano G, Geller AC, Sergeev VY et al. The impact of dermoscopy on melanoma detection in the practice of dermatologists in Europe: results of a pan-European survey. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017; 31(7): 1148-56.
14. Сергеев В.Ю. Дерматоскоп. Патент на изобретение RUS 2459572 17.03.2011

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ВАКЦИНЫ В ТЕРАПИИ РЕАКТИВНЫХ ЭРИТЕМ

Сорокина Е.В., Масюкова С.А., Ахматова Н.К.

ИПК ДПО ФМБА России, Москва

ФГБНУ НИИВС им. И.И.Мечникова, Москва

Институт медико-социальных технологий МГУПП, Москва

Фигурные эритемы в структуре дерматологических заболеваний занимают одно из значимых мест. В последние десятилетия отмечается рост частоты хронических, торпидных форм эритем, склонных к рецидивированию [10]. В структуре неспецифических воспалительных заболеваний кожи многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) встречается в пределах от 8 до 19% [1, 9], а рецидивирующее течение наблюдается у 30% больных [8]. Частота встречаемости герпес-ассоциированной формы МЭЭ (ГАМЭ) среди больных МЭЭ варьирует от 30 до 93% [6, 11]. До настоящего времени в литературе существуют единичные исследования, посвященные изучению этиологических факторов и патогистологической картины кольцевидной центробежной эритемы (ЭКЦ) [7, 12, 13]. Встречаемость фиксированных лекарственно-индуцированных высыпаний, в том числе фиксированной эритемы (ФЭ), составляет, по данным программы «The Boston Collaborative Drug Surveillance Program», 2,2% среди стационарных больных [5.]. Наиболее изученной на сегодняшний день является мигрирующая эритема (МЭ), являющаяся патогномоничным признаком Лайм-боррелиоза, широко распространенного трансмиссивного заболевания практически на всех континентах [2, 3, 4]. Алгоритм лечебных мероприятий при эритемах наряду с симптоматической терапией должен включать выявление и устранение триггерных факторов. Важным аспектом в профилактике рецидивов фиксированной эритемы является терапия и профилактика хронических бактериальных и вирусных инфекций, которые вызывают развитие поливалентной сенсибилизации, а также снижение частоты рецидивов.

В последние десятилетия достигнут значительный прорыв в исследованиях клеточных и молекулярных механизмов регуляции иммунитета в реализации резистентности к широкому кругу патогенов и активации адаптивного иммунитета. Определена стратегия распознавания микроорганизмов на основе наличия у них патоген-ассоциированных молекулярных структур (РАМР) с помощью наследственно закодированных рецепторов клеток – эффекторов врожденного иммунитета. Новый взгляд на запуск реакций врожденного и адаптивного иммунитета обогатил данные о механизме действия различных микробных антигенов, содержащих РАМР, и возможности их использования для коррекции эффекторной функции иммунной системы.

Установлено, что некоторые микробные антигены (ЛПС, пептидогликан, белковые антигены клеточной стенки и др.) могут быть одним из инструментов управления системой врожденного иммунитета. Выявленные особенности действия микробных антигенов на систему врожденного иммунитета вносят существенный вклад в раскрытие механизма действия многих иммуномодулирующих и вакцинных препаратов, которыми в настоящее время располагает здравоохранение, а уже имеющиеся данные о механизме и эффекте действия иммуномодуляторов микробного происхождения позволяют определить стратегию их дифференцированного применения в дерматологии при различных иммунопатологических состояниях.

Цель исследования – оценка клинической эффективности комбинированного метода лечения многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ), фиксированной эритемы (ФЭ), кольцевидной центробежной эритемы (ЭКЦ) и мигрирующей эритемы (МЭ) с использованием препаратов из микробных антигенов, а также динамики в экспрессии TLRs и цитокинов в результате терапии.

Материалы и методы. Обследовано 88 пациентов с МЭЭ, 71 больной ФЭ, 37 больных МЭ и 19 больных ЭКЦ. Больным в начале исследования и через месяц после терапии проведено исследование показателей иммунного статуса: экспрессии TLRs на МЛПК и кератиноцитах с помощью МАТ к TLR2, TLR3, TLR4, TLR7, TLR8, TLR9 (Caltag Laboratories, США) на проточном цитометре FC-500 (Beckman Coulter, США); концентрации свободных цитокинов в сыворотках/плазме/супернатантах МЛПК крови при помощи цитометрической тест-системы FlowCytomix Human Th1/Th2 11 plex с использованием моноклональных антител к цитокинам (GM-CSF, IFN- γ , IL-1 β , IL-2, IL-4, IL-5, IL-6, IL-10, IL-17, TNF-a), (BenderMedSystems, Австрия).

Результаты. Больные эритемами также были ранжированы на группы в зависимости от проводимой терапии. Комбинированную терапию с применением бактериальной поликомпонентной терапевтической вакцины Иммуновак® (назально-подкожным методом, согласно инструкции) получали 69 больных, базисную терапию – 72 больных эритемами. Клинический эффект терапии оценивался в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения (24 мес), динамика лабораторных показателей оценивалась в сроки через 1,5 мес.

В результате углубленного исследования больных эритемами выявлены триггерные факторы, представленные в табл. 1. Оценка ближайших результатов терапии показала, что наиболее быстрый регресс клинических проявлений при МЭЭ наблюдался у пациентов, получавших Иммуновак (15,2 \pm 1,2 дней), по сравнению с группой, получавшей базисную терапию (19,6 \pm 1,7 сут), ($p < 0,05$). К 5-10-му дню проводимой комбинированной терапии прекращалось появление новых высыпаний, отмечался их регресс и прослеживались процессы активной эпителизации эрозивных дефектов. У больных ЭКЦ длительность регресса патологического процесса при

Таблица 1. Характеристика эритем по идентификации выявленных этиопатогенетических факторов

| Триггерные факторы | Число больных, (%±m) | | | |
|-----------------------------|----------------------|-----------|----------|-------------|
| | МЭЭ, n=88 | ФЭ, n=71 | МЭ, n=37 | ЭКЦ, n=19 |
| Рецидивы простого герпеса | 72,72±4,74 | - | - | - |
| Прием медикаментов | 17,04±4,01 | 91,55±3,3 | - | - |
| Реактивация ВЭБ | 5,68±2,47 | - | - | 52,63±11,45 |
| Реактивация ВЭБ и ВГЧ-6 | - | - | - | 10,53±7,04 |
| <i>Borrelia burgdorferi</i> | - | - | 100±0 | - |
| Не выявлен | 4,55±2,22 | 8,45±3,3 | | 36,84±11,17 |

Больные эритемами были ранжированы на группы в зависимости от проводимой терапии (табл. 2).

Таблица 2. Группы больных эритемами в зависимости от вида терапии

| Виды терапии | Число больных при разных методах терапии | | | |
|------------------|--|----------|----------|-----------|
| | МЭЭ, n=88 | ФЭ, n=71 | МЭ, n=37 | ЭКЦ, n=19 |
| Базисная терапия | 18 | 25 | 23 | 6 |
| Иммунотерапия | | | | |
| Иммуновак | 22 | 26 | 14 | 7 |
| Кагоцел | 20 | 20 | - | 6 |
| Алпизарин | 17 | - | - | - |
| MNRI* | 11 | - | - | - |

*Neuro-sensory-motor Reflex Integration Method, применялся у пациентов МЭЭ с высоким уровнем тревожности.

терапии Иммуновак протекало в более ранние сроки составляло 13,8±2,4 сут, при базисной терапии 23,9±2,9 сут, $p < 0,05$. Примечательно, что выраженная динамика разрешения очагов эритемы у больных, получавших терапию препаратом Иммуновак, наблюдалась уже к 7 дню терапии. У больных ФЭ полное разрешение очагов наблюдалось в сроки 13,6±2,3, 15,8±3,7 сут при комбинированной терапии с применением препаратов Иммуновак и Кагоцел, соответственно, по сравнению с базисной терапией (16,0±2,6 сут), ($p > 0,05$). Обратное развитие очагов при МЭ наблюдалось в более ранние сроки в результате иммунотерапии (12,2±2,5) по сравнению с базисной терапией (16,0±2,47), однако эти различия не были существенными ($p > 0,05$).

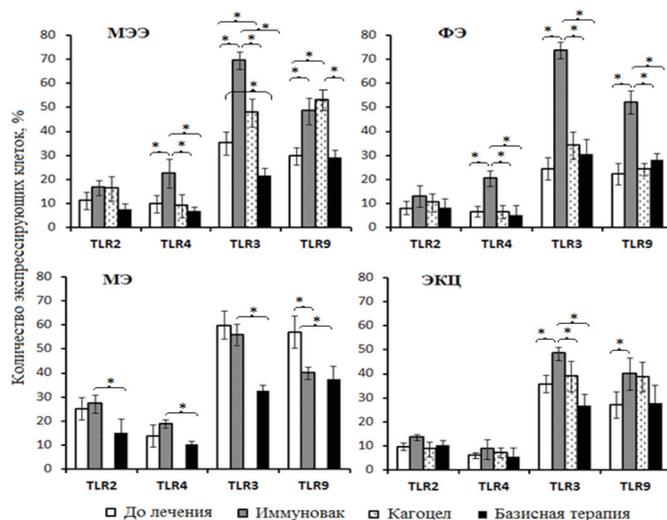
При оценке клинической эффективности терапии показано, что при эритемах в результате иммунотерапии Иммуновак тяжесть течения рецидивов снижалась с 10,67±3,34 до 6,05±0,8 (МЭЭ), с 4,48±3,48 до 1,62±2,0 (ФЭ), с 5,27±2,21 до 1,57±2,7 (МЭ), с 1,84±1,15 до 1,1±0,4, баллов (ЭКЦ). Лечебный эффект был достигнут в результате комбинированной терапии с применением препаратов Иммуновак при МЭЭ в 81,92% случаев, при ФЭ в 100%, при ЭКЦ в 85,71% по сравнению с базисной терапией (22,22; 88; 50% больных МЭЭ, ФЭ и ЭКЦ соответственно).

Стойкая клиническая ремиссия была достигнута в результате терапии с применением препаратов Иммуновак при МЭЭ в 45,45%, при ФЭ в 84,6%, при ЭКЦ в 28,57%. Базисная терапия вызвала стойкую ремиссию в 52% случаев ФЭ, при МЭЭ и ЭКЦ стойкая ремиссия не была зарегистрирована.

Исследование выявило наибольшую активность в отношении экспрессии TLRs, обеспечивающих первичное распознавание патогена и передачу сигналов управления иммунологическим процессом, препарата микробного происхождения Иммуновак, обладающего широким спектром лигандов PAMPs (рис. 1).

Применение комбинированного метода терапии с использованием иммуномодулятора бактериального происхождения при эритемах повысило клиническую эффективность терапии, что нашло отражение в снижении тяжести и числа рецидивов, удлинении ремиссии, а также обеспечивало коррекцию нарушений в системе врожденного и адаптивного иммунитета: расширение спектра экспрессируемых Toll-подобных рецепторов (TLR2, TLR4, TLR3, TLR9) на МЛПК крови, клетках кожи и эпителиальных клетках зева (TLR2, TLR4, TLR3, TLR9, TLR8); коррекцию дисбаланса в системе Th1/ Th2-лимфоцитов, повышение IL-2, IFN- γ , снижение IL-4; переключение В-лимфоцитов с синтеза высоких уровней IgE на синтез IgA и IgG.

Рисунок 1. Динамика уровней экспрессии TLR на МЛПК у больных эритемами в результате разных видов терапии.



Примечание: * - $p < 0,05$ – достоверность различий показателей в группах до и после лечения (Wilcoxon Matched Pairs Test).

Список литературы

1. Азам В.В. Лечение больных МЭЭ, ассоциируемой с герпесвирусной инфекцией . Вестник дерматологии и венерологии. 2005; 3: 61-3.
2. Коренберг Э.И. Инфекции, передающиеся иксодовыми клещами в лесной зоне, и стратегии их профилактики: изменение приоритетов. Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2013; 5: 7-17.
3. Лобзин Ю.В., Усков А.Н., С.С. Козлов. Лайм-боррелиоз (иксодовые клещевые боррелиозы). СПб: Изд-во Фолиант. 2000: 160 с.
4. Манзенюк И.Н., Манзенюк О.Ю. Клещевые боррелиозы (болезнь Лайма). 2005: 85 с.
5. Bigby M, Jick S, Jick H, Arndt K. Drug-induced cutaneous reactions: A report from the Boston Collaborative Drug Surveillance Program on 15, 438 consecutive inpatients, 1975 to 1982. JAMA. 1986; 256: 3358-63.
6. Burnett JW, Laing JM, Aurelian L. Acute skin eruptions that are positive for herpes simplex virus DNA polymerase in patients with stem cell transplantation: a new manifestation within the erythema multiforme reactive dermatoses. Arch Dermatol. 2008; 144(7): 902-7.
7. Kim KJ, Chang SE, Choi JH, Sung KJ, Moon KC, Koh JK. Clinicopathologic analysis of 66 cases of erythema annulare centrifugum. J. Dermatol. 2002; 29(2): 61-7.
8. Roujeau J-C. In. Wolff K, Lowell A. Goldsmith et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th edition. The McGraw-Hill Companies, Inc. 2008: 343-9.
9. Samim F, Auluck A, Zed C, Williams PM. Erythema multiforme: a review of epidemiology, pathogenesis, clinical features, and treatment. Dent Clin. North. Am. 2013; 57(4): 583-96.
10. Wei CY, Ko TM, Shen CY, Chen YT. A recent update of pharmacogenomics in drug-induced severe skin reactions . Drug Metab Pharmacokinet. 2012; 27(1): 132-41.
11. Wetter D.A., Davis M.D. Recurrent erythema multiforme: Clinical characteristics, etiologic associations, and treatment in a series of 48 patients at Mayo Clinic, 2000 to 2007. J Am Acad Dermatol. 2010; 62(1): 45-53.
12. Weyers W, Diaz-Cascajo C, Weyers I. Erythema annulare centrifugum: Results of a clinicopathologic study of 73 patients. Am. J. Dermatopathol. 2003; 25: 451-62.
13. Ziemer M., Eisendle K., Zelger B. New concepts on erythema annulare centrifugum: a clinical reaction pattern that does not represent a specific clinicopathological entity. Br J Dermatol. 2009; 160: 119-26

ПРИМЕНЕНИЕ НЕОТАНИНА В ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Стадникова А.С., Тамразова О.Б.

Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой ДЗМ, Москва

Атопический дерматит (АД) является наследственно обусловленным аллергическим заболеванием кожи с хроническим рецидивирующим течением и определенной эволютивной динамикой. Атопический дерматит-болезнь раннего детства. Примерно у 60-75% пациентов первые признаки заболевания появляются в первый год жизни. Именно в раннем детском возрасте отмечаются экссудативные формы АД, сопровождающиеся ярко-выраженной эритемой, везикулами и мокнутием. Традиционно, в острой стадии заболевания в качестве наружной терапии применяются примочки с 1% танина.

Цель исследования – изучить эффективность и безопасность лосьона Неотанин (синтетический танин с полидоканолом) в наружной терапии атопического дерматита у детей грудного возраста.

Клинические материалы и методы. Под нашим наблюдением в детской Тушинской больнице им. З.А.Башляевой за период с мая по ноябрь 2017 г. находилось 20 пациентов с АД в возрасте от 4 месяцев до 1 года жизни, из них девочек – 12 (60%), мальчиков – 8(40%). Диагноз атопический дерматит устанавливался клинически. У всех пациентов отмечалась экссудативная форма АД. Тяжесть течения болезни оценивали в баллах по индексу клинической степени тяжести (SCORAD) до, во время и после лечения. Всем пациентам с АД была назначена следующая терапия: раствор Хлоропирамин (раствор Супрастин) 0,25 мл в/м в 2 раза в сутки и наружное использование лосьона (суспензии) Неотанин 2–3 раза в сутки в течение 3–5 дней (в зависимости от тяжести течения АД) в виде монотерапии.

Результаты исследований. У 65% детей отмечалось легкое течение АД (индекс SCORAD $18,5 \pm 8,4$), у 35% - среднетяжелое течение (индекс SCORAD $35,8 \pm 5,5$). Клиническая картина атопического дерматита была представлена экссудативной формой, которая характеризовалась появлением отежной эритемы, везикул, мокнутия, серозных корок, сопровождающихся умеренным зудом. Комплексная терапия с наружным использованием лосьона (суспензии) Неотанин у всех пациентов с АД оказывала противовоспалительное, подсушивающее и противозудное действие, что сопровождалось значимым снижением показателей индекса SCORAD. Развитие нежелательных побочных реакций у пациентов зарегистрировано не было.

Заключение. Применение лосьона (суспензии) Неотанин в наружной терапии АД эффективно и безопасно для детей грудного возраста.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ И АТОПИЧЕСКИЙ МАРШ У ДЕТЕЙ: ОТ ДИАГНОЗА К ЛЕЧЕНИЮ (ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ВРАЧЕЙ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РДКБ)

Шангареева З.А., Балакина Е.А., Гатиятуллин Р.Ф., Биккинина Г.М.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа
Республиканская детская клиническая больница, Уфа

Неуклонный рост количества детей страдающих atopическим дерматитом (АтД), мультифакторный генез и наследственность заболевания, особенности диагностики и терапии позволяют отнести atopический дерматит к разряду актуальных проблем современной медицины [1–5]. Ведение пациентов с atopическим дерматитом – непростая задача для врачей-дерматологов и аллергологов. Опираясь на собственный опыт в лечении пациентов с АтД, нами представлены **клинико-анамнестические особенности** детей в зависимости от возрастного периода atopического дерматита. Диагноз выставлялся в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по оказанию медицинской помощи детям с atopическим дерматитом (Москва, 2016). Пациенты в возрасте от 6 месяцев до 16 лет ($n=110$) находились на стационарном лечении в аллергологическом отделении ГБУЗ РДКБ г. Уфа с января по декабрь 2016 г. в период обострения ($n=36$) и неполной ремиссии ($n=74$).

Анализировались клинико-анамнестические и лабораторно-иммунологические особенности реализации болезни: возраст дебюта, наличие и спектр сенсибилизации, наличие семейной отягощенности по аллергическим заболеваниям, особенности лабораторных и иммунологических показателей.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программы «Statistica 10,0». Проверку выборки на нормальность распределения осуществляли с использованием критерия Колмогорова-Смирнова и Лиллиефорса, Шапиро-Уилка (для малых выборок). С учетом отсутствия нормальности распределения большинства переменных для оценки результатов исследования использовали метод расчета средних величин со стандартным отклонением, непараметрические критерии ранговой корреляции Спирмена, Тау и Гамма, при сравнении групп между собой использовали критерий Манна-Уитни и Колмогорова-Смирнова. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Соответственно трем возрастным периодам заболевания дети с atopическим дерматитом были разделены на 3 группы: младенческий (до 2 лет) период – 16 детей (14,5%); детский (2–12 лет) период – 64 ребенка (58,2%); подростковый (>12 лет) период – 30 детей (27,3%).

По степени тяжести проявления atopического дерматита легкая степень отмечалась у 45 детей (40,9%), средняя степень – у 58 детей (52,7%) и тяжелая степень – у 7 детей (6,4%). Среди обследованных детей мальчики составили 48,2% ($n=53$), девочки 51,8% ($n=57$).

Максимальное количество детей с проявлениями atopического дерматита приходилось на март–апрель и ноябрь–декабрь 2016 года, что связано, как с увеличением обращаемости по поводу обострения заболевания, так и с необходимостью стационарного лечения сопутствующих заболеваний (аллергический ринит, бронхиальная астма). У детей с atopическим дерматитом было выявлено 6 основных групп триггерных факторов, среди которых преобладали пищевые аллергены у 58 детей (52,7%), над остальными триггерными факторами.

Согласно оценке семейной отягощенности у обследованных детей склонность к аллергическим заболеваниям была отмечена со стороны матери у 44 детей (40%), со стороны отца – у 37 детей (33,6%).

Коморбидный фон детей с atopическим дерматитом был осложнен проявлениями аллергического ринита у 81 ребенка, бронхиальной астмы у 43 детей, хронического гастроудоденита у 21 ребенка.

У 74,1% обследованных детей ($n=40$) развитие заболевания было обусловлено участием JgE опосредованного механизма, поскольку уровень общего JgE существенно превышал возрастные нормы. У 32,1% детей с atopическим дерматитом ($n=9$) повышение показателя антистрептолизина-О играло патогенетически значимую роль.

Из выявленных корреляционных взаимосвязей следует отметить наличие достоверной прямой зависимости возраста пациентов с развитием сопутствующей патологии ($rs = 0,441993$), с уровнем JgA ($rs = 0,6040$), JgM ($rs = 0,26200$), JgG ($rs = 0,5930$) в сыворотке крови, уровнем циркулирующих иммунных комплексов ($rs = 0,2688$), уровнем антител к стрептолизину-О ($rs = 0,4686$).

Непараметрические критерии Манна-Уитни и Колмогорова-Смирнова при по парных сравнениях между группами пациентов с младенческим, детским и подростковым периодами atopического дерматита отражают статистически значимые нарастания уровня IgA ($p=0,0000$), JgM ($p=0,0281$), JgG ($p=0,0000$), ЦИК ($p=0,0062$), АСЛО ($p=0,0291$) и эозинофилов ($p=0,0248$) крови у более старших детей при переходе от одного периода заболевания к другому. Таким образом, среди всех возможных механизмов реализации atopического дерматита у обследованных нами детей значимый вклад вносят повышение уровня JgE, ЦИК и антистрептолизина-О.

Проводимый комплекс лечения в условиях аллергологического отделения предусматривал использование топических ГКС в виде 0,1%-ной мази метилпреднизолон ацепоната (Комфодерма) коротким курсом до 5–7 дней ежедневно на пораженные участки, с переходом в режим два дня в неделю до полного регресса высыпаний

и базовый уход за кожей эмолиентами. Объем терапии при АтД определялся выраженностью клинических проявлений. В качестве эмолиентов и средств гигиены чаще применялись отечественные средства Атопик и Эмолиум – гель для душа, триактивный Эмолиум крем и Атопик крем для ежедневного ухода. В отдельных случаях при выраженном ночном зуде в качестве противозудного средства коротким курсом на три-пять дней назначался препарат хлорапирамин в возрастной дозировке. В качестве базисной терапии бронхиальной астмы при необходимости назначались комбинированные ингаляционные ГКС. В качестве базисной терапии аллергического ринита пациентам были назначены назальные формы ГКС.

В рамках «школы атопического дерматита» пациентов обучали правилам ухода за кожей; правильному использованию питательных и увлажняющих средств, местных ГКС ингибиторов кальциневрина; ограничению контакта с неблагоприятными факторами внешней среды.

Благодаря комплексному лечению на седьмой-десятый дни лечения, как правило, отмечалась положительная динамика кожного процесса, купирование зуда, восстановление носового дыхания, нормализация сна и общего состояния. Пациентов выписывали из стационара в удовлетворительном состоянии с рекомендациями ухода за кожей профильными увлажняющими средствами и использованием ингибиторов кальциневрина (0,03% мазь такролимуса) в режиме поддерживающей терапии детям старше 2-летнего возраста.

При выписке прописывались элиминационные мероприятия, гипоаллергенная диета, гипоаллергенный режим, местная фармакотерапия, коррекция сопутствующей патологии. Рекомендована психотерапия для лечения атопического дерматита с обучением техникам релаксации, снятия стресса и модификации поведения.

Было рекомендовано по возможности избегать контакта с причинно-значимыми аллергенами, в том числе с перекрестными пищевыми. Пациентам грудного возраста было рекомендовано сбалансированное питание с исключением причинно-значимых пищевых аллергенов и добавлением в рацион высокогидролизных и/или аминокислотных смесей. Расширение рациона предписано проводить по индивидуальной схеме в период отсутствия высыпаний.

Пациентам с 5-летнего возраста при соответствующем анамнезе было рекомендовано проведение кожных аллергопроб с предполагаемыми причинно-значимыми аллергенами при полной ремиссии заболевания с последующим проведением плановой АСИТ с бытовыми и пыльцевыми аллергенами. Гастроэнтерологом и неврологом было рекомендовано провести терапию сопутствующих заболеваний.

Только совместное наблюдение специалистами позволило выработать эффективную тактику лечения пациентов и добиться длительной ремиссии. Приведенные нами данные подтверждают необходимость коллегиального ведения больных с «атопическим маршем».

Таким образом, клиницисты должны быть осведомлены о состояниях, ассоциированных с АтД, и уметь их диагностировать и оценивать. К таким заболеваниям и состояниям относятся пищевая аллергия, аллергический ринит, бронхиальная астма, нарушения сна и другие нейropsychические расстройства [1–3]. Именно поэтому интегрированный мультидисциплинарный подход имеет важное значение для пациентов с АтД.

Список литературы

1. Атопический дерматит: новое в европейских и американских рекомендациях. Эффективная фармакотер. Дерматовенерол. дерматокосметол. 2015; 1(9): 16-23.
2. Ненашева Н.М. Современная терапия атопического дерматита: роль эмолиентов и антигистаминных препаратов. Эффективная фармакотерапия. Аллергология и иммунология. 2016; 1(6): 16-24.
3. Стероидочувствительные дерматозы: простые сложные пациенты. Эффективная фармакотерапия. Дерматовенерология и дерматокосметология. 2015; 2(33): 18-24.
4. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с атопическим дерматитом. М.: Союз педиатров России. 2016: 60 с.
5. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с пищевой аллергией. М.: Союз педиатров России. 2016: 50.

К ВОПРОСУ ОБ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИИ СРЕДСТВ В ТЕРАПИИ АКНЕ

Устинов М.В.

ИПК ФМБА России, Москва

Заболевание имеет выраженный психосоциальный аспект, что повышает заинтересованность больных в лечении и повышает их комплаентность к терапии. Поэтому в фармакоэкономике средства для лечения акне занимают одно из важных мест, что обуславливает интерес к ним со стороны фармацевтических компаний. В клинических рекомендациях РОДВК, которые в основном созвучны с мировыми подходами в терапии акне, препараты для лечения угрей разделены на два пула: системное лечение и наружная терапия.

Наружная терапия представлена: топическими ретиноидами (адапален), азелаиновой кислотой, бензоила пероксидом, топическими антибиотиками (克林дамицин) и фиксированными комбинациями ретиноидов с бензоила пероксидом или клиндамицином, а также комбинацией клиндамицина и бензоила пероксида.

Отечественной фармацевтической промышленностью выпускаются противоугревые препараты только на основе азелаиновой кислоты и клиндамицина, которые заняли достойное место в назначениях нашими специалистами. Менее успешен отечественный адапален. Фиксированные комбинации и бензоила пероксид в качестве лекарственного средства в нашей стране не выпускаются. Не совсем справедливо то, что в нашей стране выпускаются препараты на основе другого местного ретиноида – изотретиноина, и при этом они не включены в действующие клинические рекомендации РОДВК, что в складывающейся с отечественным адапаленом, было бы выходом для некоторой группы больных, тем более что наши врачи имеют хороший опыт применения этих препаратов.

Системные препараты включают в себя три группы препаратов: антибиотики (терациклин и доксициклин), гормональные препараты (оральные контрацептивы, содержащие дроспиренон и этинилэстрадиол, а также спиронолактон, флутамид, ципротерон, системные ГКС), и самый эффективный на сегодняшний день противоугревой препарат - системный изотретиноин.

Рекомендованные системные антибиотики выпускаются отечественной промышленностью, однако доксициклин в форме моногидрата, как наиболее востребованная и менее токсичная форма доксициклина, в нашей стране только фасуется, что конечно снижает цену для отечественного потребителя, но не может считаться полноценным импортозамещением. Кроме того, наша промышленность освоила выпуск миноциклина, широко используемого в мире именно противоугревого антибиотика, но в наши клинические рекомендации он пока не вошел. Остается надеяться, что в очередной редакции миноциклин в них появится.

Оральные контрацептивы, содержащие ципротерон, дроспиренон и этинилэстрадиол, давно и успешно применяются для лечения различных форм акне у женщин. К сожалению, на территории нашей страны такие препараты не производятся. Другие гормональные препараты из рекомендованного списка используются гораздо реже, а системные глюкокортикостероиды и вовсе в особых случаях, но именно они, а также спиронолактон и флутамид, есть отечественного производства.

Единственным препаратом, прямо или опосредованно действующим на все звенья патогенеза акне и рекомендованным РОДВК, является системный изотретиноин. Отсюда его высокая эффективность. На сегодняшний день мы констатируем, что и у больных, и у врачей спустя более 20-летнего пребывания препарата в нашей практике, боязнь его применения, столь отчетливая на границе тысячелетий, практически идет на убыль. Большой вехой для снижения уровня «изотретиноинофобии» явилось появление на нашем рынке европейского и индийского дженериков оригинального препарата, которые сделали такое эффективное лечение акне более доступным широким слоям населения, что дало возможность многим врачам накопить опыт его применения и научиться контролировать эффекты гипервитаминоза А при его использовании. Вопрос о производстве отечественного системного изотретиноина уже давно назрел, и даже его появление в Регистре лекарственных средств, сразу обозначило интерес к нему: препарат еще не продается в аптеках, а он уже имеет свой рейтинг, пусть пока и не большой в индексе Вышковского – востребованности лекарственных средств среди врачей и пациентов. Появление его в аптечных сетях запланировано на 2018 год.

Оценка современного состояния по импортозамещению средств для лечения акне неоднозначна. Безусловно появление отечественного системного изотретиноина – большой шаг вперед, но есть проблемы с многими позициями в клинических рекомендациях РОДВК. Есть и такая проблема: препарат Российского производства вроде бы зарегистрирован, но в аптечных сетях в продаже его не найти. Кроме того, клинические рекомендации хоть и используют мировой опыт, ориентированы на доступность средств в нашей фармакопее, при этом все-таки необходимо пристально отслеживать изменения в ассортименте наших производителей лекарственных средств, чтобы своевременно включать их. Не менее важно включать средства российского производства с положительной историей. В частности, это касается местного использования изотретиноина, препараты на основе которого есть в фармакопее многих развитых стран.

Список литературы

www.rlsnet.ru

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс, 2016.

К ВОПРОСУ ОБ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИИ СРЕДСТВ В ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗА: МЕСТО КЕРАТОЛИТИКОВ

Устинов М.В.

ИПК ФМБА России, Москва

Лечение онихомикоза остается важной практической задачей для дерматовенерологов, а выбор оптимальных препаратов и схем лечения в условиях современной экономической ситуации обращен в сторону их приемлемости по ценовой политике не в последнюю очередь.

По данным регистра лекарственных средств основные этиотропные противогрибковые препараты для системного применения: итраконазол, тербинафин, флуконазол давно и успешно заменяются российскими дженериками. Более того, для итраконазола уже давно российские дженерики по индексу Вышковского занимают лидирующие позиции на фармацевтическом рынке страны, опережая не только оригинальный препарат, но и его многочисленные зарубежные реплики. В отношении тербинафина и флуконазола отечественные препараты обязательно входят в пятерку рейтинга по индексу Вышковского, при чем срок индекса мониторинга около 5 лет¹.

Наружные препараты, рекомендуемые РОДВК к использованию при онихомикозе в виде кремов и растворов: бифоназол, кетоконазол, клотримазол, нафтифин, тербинафин – имеют отечественные дженерики²; препараты на основе циклопирокса и оксиконазола остаются в отношении использования при онихомикозе маловостребованными и вряд ли заслуживают пристального внимания со стороны отечественных производителей.

Лекарственные средства в форме противогрибковых лаков нашими фармацевтическими компаниями не выпускаются ни на основе включенных в клинические рекомендации РОДВК циклопирокса, ни аморолфина (представленного у нас уже не только оригинальным препаратом, но и еще тремя импортными дженериками). Необходимо заметить, в нашей стране выпускается косметическое средство в виде лака, на основе комбинации 8% циклопирокса и 1% клотримазола, но вероятно его позиционирование не позволяет включить его в клинические рекомендации.

Особняком стоит использование кератолитиков. С учетом среднестатистического портрета больного онихомикозом в нашей стране подногтевой гиперкератоз является значимой клинической проблемой и борьба с ним – важная составляющая успеха в терапии онихомикоза³. Однако в Клинических рекомендациях РОДВК содержится только один комбинированный препарат – набор для ногтей на основе мази с бифоназолом и мочевиной, препарат с ценой, превышающей².

В то же время использование ногтевых чисток с применением кератолитических средств или скалера рассматриваются как необходимая опция. Кератолитические средства – лекарственные средства для наружного применения, используемые с целью размягчения, растворения и отторжения рогового слоя эпидермиса, волос и ногтей. Основные кератолитики: салициловая кислота, молочная кислота, бензойная кислота, резорцин, мочевины, сернистый барий, сернистый стронций⁴. Мочевина считается самым физиологичным из них.

В складывающихся условиях многие врачи пользуются традиционными аптечными дерматологическими рецептурными прописями. У этого пути есть некоторые минусы, а именно:

- аптек, готовящих рецептурные прописи, осталось немного;
- наличие всех требуемых компонентов в аптеке не гарантировано;
- необходимость минимум двукратного визита и ожидание приготовления;
- изготавливаемые ими даже «простые» лекарства оказываются довольно дорогими в сравнении с готовыми заводскими формами близкого состава.

Как и в случае с лаком, отечественные производители медицинских косметических средств пришли на помощь и, взяв за основу состав аптечных дерматологических прописей, создали их усовершенствованные формы на основе современных знаний об основах топических лекарственных средств. Так в арсенале дерматологов появились официальные средства для ногтевых чисток, а врачи и пациенты получили ряд важных преимуществ:

- удешевление конечной стоимости продукта;
- наличие в большинстве аптечных пунктов «шаговой доступности»;
- удобные упаковки и улучшенные органолептические свойства;
- современные технологии производства и надлежащий контроль качества;
- соответствие новейшим научным разработкам и накапливаемому клиническому опыту;
- усовершенствование формулы прописей и использование современных косметических основы.

Некоторые из таких средств прошли клиническую апробацию и ее результаты были опубликованы в специализированной литературе⁵.

Оценивая современное состояние по импортозамещению средств для лечения онихомикоза необходимо признать, что у отечественных дерматовенерологов есть необходимый набор средств российского производства для лечения грибкового поражения ногтевых пластин, но есть и проблемные точки: необходимо расширить

перечень производимых лаков, а также необходимо продумать возможности прямого включения в клинические рекомендации существующих средств, которые зарегистрированы как средства медицинской косметики, но их применение улучшает эффективность лечения и профилактических мероприятий. Ярким примером является применение средств базового ухода, например, при атопическом дерматите, и ни у кого не вызывает сомнения включения косметических средств в клинические рекомендации. Так и при онихомикозе не только подногтевой гиперкератоз является точкой приложения медицинской косметики, но и возможности защиты от инфицирования и вторичная профилактика, обработки обуви, различные проблемы гладкой кожи: гиперкератоз, гипергидроз и др. Важно детализировать такие нюансы в Клинических рекомендациях, чтобы врачи имели четко прописанные основания для назначения таких средств.

Список литературы

www.rlsnet.ru

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс, 2016

Епихина М.С., Устинов М.В., Сирмайс Н.С. К вопросу о возрастном портрете больных онихомикозом на основании клинико-эпидемиологического обследования. «Рахмановским чтениям 30 лет: достижения и перспективы в дерматовенерологии». Сборник тезисов конференции. М.: Издательство Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2013: 120-2.

Малая медицинская энциклопедия. М.: Медицинская энциклопедия. 1991–96 гг.

Федотова О.И., Саенко Е.А.. Исследование эффективности местной терапии онихомикоза. -Дерматология (приложение к журналу Consilium medicum) – №4, 2013: 25-8

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ОРУНГАМИН КАПСУЛЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ КОМПАНИИ ОЗОН (РОССИЯ) В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ

Воронина Л.В.

ФГКУ Поликлиника №2, Москва

Онихомикоз – широко распространенное среди населения хроническое грибковое поражение ногтей, является одним из самых распространенных во всем мире [3]. По различным статистическим данным, частота онихомикоза составляет от 10 до 18,5%, превышая известные показатели предыдущего десятилетия [1, 8]. В старшей возрастной группе после 60 лет число заболевших увеличивается в 2– 2,5 раза [4, 5]. Основные возбудители онихомикоза в России, Европе, США – *Trichophyton rubrum* и *Tr. mentagrophytes*, на долю *Tr. rubrum* приходится от 70 до 90% случаев онихомикозов ногтей стоп, *Tr. mentagrophytes* в 10–20% случаев [6]. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* поражают ногтевые пластинки пальцев рук в 40–60% случаев, ног – в 5–10%. Основным возбудителем кандидозного онихомикоза является *Candida albicans*, реже выявляются *C. parapsilosis* и *C. krusei* [7].

Современные системные противогрибковые препараты для лечения онихомикоза представлены тремя антимикотиками: тербинафином, итраконазолом и флуконазолом. Однако в Российской Федерации в стандарте медицинской помощи больным с микозом ногтей предусмотрено назначение только двух препаратов, а именно тербинафина и итраконазола (Приказ №747 от 11.12.2007 Минздравсоцразвития Российской Федерации) [2].

Цель исследования – изучение эффективности и переносимости применения препарата орунгамин в составе комбинированной терапии онихомикоза стоп, проведенной в течение 2015 – 2016 гг. на базе ФГКУ Поликлиники №2.

Материалы и методы. В исследование включены 35 пациентов с диагнозом онихомикоз стоп. Среди них: 24 мужчин и 11 женщин в возрасте от 28 до 73 лет. Критерии включения пациентов в исследование: возраст больных от 19 лет, неэффективное ранее проведенное лечение наружными антимикотиками, поражение более половины ногтевой пластинки, наличие поражения одной или более ногтевых пластин; отсутствие соматической патологии, препятствующей приему системных антимикотиков. Критерии исключения из исследования: беременность или лактация; отказ от приема препарата; пациенты с хроническими заболеваниями печени и почек, с тяжелыми соматическими заболеваниями, включая онкологию; изменение биохимических показателей крови: аланинаминотрансфераза (АЛТ) > 50 Ед./л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) > 50 Ед./л, общий билирубин > 21 мкмоль/л, креатинин – у мужчин > 115 мкмоль/л, у женщин > 97 мкмоль/л, мочевины > 7,5 мкмоль/л.

Вывод: при лечении препаратом Орунгамин в 82,8% случаев (29 пациентов) достигнуто клиническое и микроскопическое излечение. Побочные эффекты возникли в 5,7% случаев (у 2 больных) на последних курсах терапии в виде незначительного повышения артериального давления, повышения показателей АЛТ и общего билирубина, которые нормализовались после окончания лечения. В 94,2% случаев (33 пациента) переносимость препарата была хорошей. Таким образом, лечение онихомикоза системным антимикотиком орунгамин фармацевтической компании ОЗОН (Россия) в составе комбинированной терапии показало высокую эффективность и хорошую переносимость препаратов.



Рис. 1 Пациентка Д., 58 лет. Онихомикоз первых пальцев стоп, тотально-гипертрофическая форма.

Клинический случай. Пациентка Д., 58 лет обратилась с жалобами на изменение ногтевых пластин (рис.1). Из анамнеза заболевания известно, что поражение ногтевых пластин возникло после травматического повреждения около 5 лет назад. Пациентка нерегулярно проводила лечение наружными антимикотиками без эффекта. Локальный статус: ногтевые пластины первых пальцев стоп утолщены, желтого цвета, мутные, под-

ногтевой гиперкератоз. При микроскопическом исследовании был обнаружен мицелий гриба и поставлен диагноз: онихомикоз первых пальцев стоп, тотально-гипертрофическая форма. Проведены исследования крови и мочи. Назначено лечение: Орунгамин капсулы 200 мг 2 раза в день по схеме пульс-терапии 3 курса; подчистка ногтевых пластинок с применением кератолитиков – крем-паста микостоп 1 раз в неделю; крем изоконазол 1% на пораженные ногтевые пластины 2 раз в день до полного их отрастания. Разрешение всех клинических симптомов было зарегистрировано через 6 м от начала лечения. При трехкратном контрольном микологическом исследовании методом прямой микроскопии элементы гриба не обнаружены.

Список литературы

1. Бучинский О.И., Мокина Е.В., Жарикова Н.Е. Проект Ахиллес: эпидемиология и этиология микозов стоп и онихомикозов в конце XX века. Рос. журн. кож. и вен. бол. 2002; 5: 47-50.
2. Кубасова Н.Л. Особенности диагностики и лечения онихомикоза, обусловленного недерматомицетами. Пробл. мед. микол. 2015.
3. Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Цыкин А.А., Сирмайс Н.С. Опыт успешного лечения онихомикозов итраконазолом (Итразол). РМЖ. 2014; 24: 1790.
4. Сергеев А.Ю., Иванов О.Л. Вопросы фармакокинетики и эффективность системной терапии онихомикозов. Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2000; 2: 88-96.
5. Цыкин А.А., Круглова Л.С., Кубатова И.В., Жукова О.В. К вопросу о профилактических мероприятиях при онихомикозах. Клиническая дерматология и венерология. 2014; 5: 54-7.
6. Gupta AK, Nakrieko KA. Trichophyton rubrum DNA strain switching increases in patients with onychomycosis failing antifungal treatments. Br J Dermatol. 2015 Jan. Vol. 172(1): 74-80. doi: 10.1111/bjd.13165. Epub 2014 Nov 30.
7. Otašević S, Barac A, Pekmezovic M et al. The prevalence of Candida onychomycosis in Southeastern Serbia from 2011 to 2015. Mycoses. 2016; 59(3): 167-72.
8. Rigopoulos D., Gregoriou S. Onychomycosis In: "European Handbook of Dermatological Treatments". Springer Berlin-Heidelberg. 2015: 681-9.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ ОСТРОЙ ФОРМЫ КАПЛЕВИДНОГО И ОСТРОГО ВАРИОЛИФОРМНОГО ПАРАПСОРИАЗА

Яковлев А.Б.

Центральная государственная медицинская академия УД Президента РФ, Москва

Каплевидный парапсориаз (КП) – одна из наиболее частых форм папулезных дерматозов, объединенных А.Л. Brocq (1906) в группу парапсориаза (parapsoriasis guttata Brocq). Механизм, запускающий своеобразную иммунопатологическую реакцию с последующим формированием не менее своеобразной клинической картины, до сих пор остаётся неизвестным [1].

Острый вариолиформный парапсориаз (ОВП) Муха (1916) – Габерманна (1932) большинством исследователей рассматривается как острейшая форма каплевидного парапсориаза, чему убедительным свидетельством является принятый в МКБ-10 в названии этого дерматоза эпитет «лихеноидный». При этом, лихеном данный дерматоз можно назвать лишь очень приблизительно, поскольку ни один из лихенов не отличается полиморфизмом элементов сыпи. Вместе с тем, вариолиформность высыпаний при ОВП не вызывает сомнений.

Рядом авторов достаточно убедительно было показано, что КП представляет собой особую форму реактивного васкулита, а патогенез заболевания охарактеризован как инфекционно-аллергический [1, 2].

Клинические проявления КП могут несколько отличаться в зависимости от остроты процесса.

Возникает КП чаще весной и осенью. Выделяют острую, подострую и хроническую формы заболевания.

Хронический КП встречается наиболее часто: появляются уплощенные полусферические папулы размером 3 – 4 мм, розово-красные, плотноватые на ощупь; преимущественно на внутренних поверхностях плеч, предплечий, боковой поверхности грудной клетки, груди, около сосков, в нижней части живота, верхней части спины, в области крестца, бедер, подколенных ямках. Высыпные элементы обычно не группируются, не сливаются. В/ч головы, лицо, ладони, подошвы обычно не поражаются.

Поверхность папул гладкая. При хронической форме определяются симптомы [1, 3]:

1) в период развернутой клинической картины – «скрытого шелушения» и точечного кровоизлияния, пурпуры (определяются при поскабливании), а также ложного полиморфизма элементов, когда они находятся на разных стадиях развития; иногда в процесс вовлекаются слизистые оболочки (мелкие единичные серовато-белые папулы);

2) в период угасания симптоматики – симптом «облатки»;

3) при полном разрешении папулы – симптом «коллоидной пленки».

После разрешения папул может оставаться псевдолейкодерма.

Зуда не бывает. Заболевание может длиться годами. Общее состояние обычно не нарушается. Улучшение летом.

Подострый ПК. Симптоматика та же, что и при хронической, но геморрагический компонент более выражен, его больше. После разрешения папул в равном проценте случаев остается или пигментация, или псевдолейкодерма.

Острый ПК. Чаще возникает внезапно. Локализация сыпи такая же, как при других формах. Выражен ложный полиморфизм элементов, преобладают отечные геморрагические папулы размером до 1 см. К отмеченной выше симптоматике добавляются некроз в центре папул и оспенновидные папулы и пустулы. Такие элементы при остром ПК всегда единичные, и данное обстоятельство, как мы увидим позже, является одним из основных отличий острого ПК от ОВП Муха – Габерманна [1].

Острый вариолиформный парапсориаз Муха (1916) – Габерманна (1932). Заболевание регистрируется в любом возрасте, чаще в юношеском. М = Ж. Регистрируется продромальный период (как при инфекции): общая слабость, повышение температуры [4].

Характерен истинный полиморфизм элементов [Каламкарян]: папулы размером до 5 – 8 мм с пузырьком с геморрагическим содержимым, везикулы, пустулы. Не менее 1/3 папул и почти все пустулы некротизированы. Элементы ссыхаются в корочки, после отторжения которых остаются оспенновидные рубчики и пигментация. Одновременно у больных можно наблюдать высыпания, характерные для парапсориаза каплевидного.

Процесс часто распространенный, симметричный, локализуется на коже туловища и конечностей, иногда на волосистой части головы, лице, ладонях, подошвах. Слизистые поражаются крайне редко. Высыпания очень variabelны по количеству, без тенденции к группировке. У некоторых больных повышается СОЭ, возникает гипергаммаглобулинемия. Разрешение сыпи происходит в сроки 1 – 1,5 мес, иногда до 6 месяцев [3].

Лечение каплевидного и острого вариолиформного парапсориазов.

Антибиотики: пенициллин, на курс 12 – 15 млн ЕД; джозамицин по 500 мг 2 раза в сутки, 14 дней; цефтриаксон по 1,0 г 1 раз в сутки, 14 – 20 дней. Патогенетически применение антибиотиков вполне обосновано, учитывая инфекционно-аллергическую природу дерматоза [5].



Острый вариолиформный параспориоз Муха – Габерманна. Собственное наблюдение.

Так называемые гипосенсибилизирующие, или десенсибилизирующие, средства (хлорид кальция, кальция глюконат). Эти средства наиболее показаны при острых вариантах ПК и при ОВП Муха – Габерманна [3, 5]. Тиосульфат натрия, по нашему мнению, при этих нозологиях не показан.

Аскорутин показан при выраженном симптоме пурпуры, при остром и подостром вариантах КП, при ОВП.

Вазоактивные препараты (никотиновая кислота, ксантинола никотинат) в большей степени показаны при хроническом варианте ПК: при острых вариантах они могут усилить пурпурозные проявления, а при хроническом, наоборот, способствовать регрессу папулезных высыпаний.

При хронической и подострой форме можно назначать УФО 311 нм и ПУВА.

Антигистамины назначают по показаниям, из которых главным является зуд. В целом же зуд для параспориоза не характерен, и пациентам в большей степени показаны стабилизаторы мембран тучных клеток, нежели классические антигистаминные препараты (кетотифен, цетиризин или левоцетиризин). Эти препараты назначают длительно, в течение одного месяца [6].

Антималарийные препараты в настоящее время при ПК применяются редко, так как они являются в существенной степени иммунодепрессантами: Делагил по 250 мг (1 т.) 1 – 2 раза в сутки [4]. Витамины комплекса «В» назначают в период угасания симптомов, реконвалесценции. Липотропные препараты (Пармидин) показаны при остром и подостром варианте КП и ОВП у взрослых, по 750 – 1500 мг/сут.

Кортикостероиды показаны при остром вариолиформном параспориозе: преднизолон в стартовой дозе 15 – 20 мг в сутки, с постепенным снижением дозы (по ½ табл. в 7 дней) после достижения эффекта (обычно 0,5 мг/кг/сут на 10 – 15 – 20 дней), дексаметазон в начальной дозе 1,5 – 2 мг/сут. [3].

Наружно применяются кортикостероидные мази, кремы, аэрозоли. При хроническом и подостром вариантах КП показана комбинация «мометазон + гепарин».

Один из основных принципов системной терапии при КП и, в особенности, ОВП – баланс между антибактериальной и иммуносупрессивной терапией. Применении цитостатиков и иммунодепрессантов при остром течении дерматозов может спровоцировать прогрессирование хронической инфекции.

При хронических формах каплевидного и сетевидного парапсориазов уровень рекомендаций по цитостатикам можно считать более высоким. То же можно сказать и в отношении применения при парапсориазах биологических препаратов (инфликсимаб) [7].

Выводы. Каплевидный парапсориаз Брока представляет собой форму лихеноидного парапсориаза с острым, подострым и хроническим вариантами течения. Острый вариолиформный парапсориаз Муха – Габермана представляет собой острейшую форму каплевидного парапсориаза. Симптомами острейшего процесса являются лихорадка, некротизированные папулы, наличие полостных элементов (везикулы, пустулы).

Несовершенством МКБ-10 является отсутствие в ней рубрики «каплевидный парапсориаз Брока» – самая частая форма из всех парапсориазов. Обойти это несовершенство можно, кодируя хронический вариант КП как L41.1, а острый и подострый вариант КП как L41.8. Эпитет «лихеноидный» для острого вариолиформного парапсориаза Муха–Габермана мало приемлем в виду наличия истинного полиморфизма элементов, везикул и пустул.

Основной нозологией для дифференциального диагноза ОВП Муха–Габермана является полиморфный дермальный ангиит.

В терапии острых форм КП и ОВП необходимо учитывать инфекционно-аллергический характер процесса, и поэтому иммунодепрессивные препараты должны всегда применяться с осторожностью, под «прикрытием» антибиотиками. Следует избегать назначения серьезной иммуносупрессивной терапии.

В то же время, с первых дней лечения ОВП полезно назначать препараты добезилата кальция в комбинации со средними дозами системных кортикостероидов.

Список литературы

1. Шостакович-Корецкая Л.Р., Маврутенков В.В., Будаева И.В. и др. Клиническое наблюдение острого парапсориаза Муха – Габерманна у ребенка раннего возраста, госпитализированного с диагнозом «ветряная оспа». *Клин. инфектол. паразитол.* 2014; 1(8): 99-105.
2. Цветкова Г.М., Мордовцев В.Н. Эритематозно-сквамозные и папулезные дерматозы неясной этиологии. *Патология кожи, в 2 тт. Частная патоморфология кожи.* Под ред. В.Н. Мордовцева, Г.М. Цветковой. М.: Медицина, 1992; 2:105-32.
3. Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Клиническая дерматология. Редкие и атипичные дерматозы. Ереван, 1989: 357-61.
4. Карпов В.В., Исламов В.Г., Гусев Е.В., Пирогов Ю.С. Парапсориаз у военнослужащих. *Росс. журн. кожн. вен. болезн.* 2011; 3: 23-7.
5. Парфенова М.А., Белоусова И.Э., Самцов А.В. Язвенно-некротический подтип болезни Мухи–Габерманна: описание случая. *Вестник дерматологии и венерологии.* 2013; 4: 73-8.
6. Гаджимурадов М.Н. Парапсориаз: клинико-терапевтические параллели. *Клин. дерматол. венерол.* 2017; 16(2): 73-7.
7. Kreuter A, Knispel S, Wieland U, Oellig F, Tigges C. Complete resolution of febrile ulceronecrotic Mucha-Habermann disease following infliximab therapy. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2016; 14(2): 184-6. DOI: 10.1111/ddg.12742.

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ ИГМУ

Якубович А.И.

Иркутский государственный медицинский университет МЗ РФ

Кафедра дерматовенерологии Иркутского государственного медицинского университета была организована в феврале 1921 года Фадеем Леонтьевичем Юдалевичем. После его смерти в 1935 г. заведование кафедрой было поручено доценту Лии Вениаминовне Штамовой. С ноября 1936 г. по февраль 1940 гг. кафедрой заведовал доцент Лев Ильич Юдович.

В феврале 1940 г. по назначению Союзного министерства здравоохранения в Иркутск на должность директора Иркутского медицинского института приехал Мануэль Самойлович Каплун, который ранее (в 1939 г.) был избран по конкурсу заведующим кафедрой дерматовенерологии ИГМИ. М.С. Каплун руководил кафедрой в течение 32 лет.

В 1972 г. на должность заведующей кафедрой была избрана доцент Нина Петровна Кузнецова, которая в 1974 году защитила докторскую диссертацию на тему: «Поздняя кожная порфирия - полисистемное заболевание».

С сентября 2005 г. кафедрой дерматовенерологии ИГМУ заведует профессор Андрей Игоревич Якубович.

Научная деятельность сотрудников кафедры постоянно определялась запросами практического здравоохранения. В первые годы работы кафедры исследования были посвящены вопросам борьбы с венерическими заболеваниями. Изучались социально-эпидемиологические аспекты сифилиса, его лечения и профилактики. Особое внимание уделялось обследованию различных групп населения на сифилис, в связи с эпидемиологическим неблагополучием по заболеваемости в Восточной Сибири (Ф.Л. Юдалевич, Л.И. Юдович).

Проводились комплексные исследования по лепре, касающиеся не только изучения дерматологических проявлений этого заболевания, но и поражений других органов и систем (И.Н. Переводчиков, Л.И. Юдович, Л.В. Штамова). Изучалась краевая патология кожи и возможности использования местных санаторно-курортных факторов при лечении дерматологических больных (Л.И. Юдович, В.Д. Скородумова, С.И. Гойзнер и др.).

В послевоенные годы в связи с ростом числа венерических заболеваний, как одного из санитарных последствий войны, проблема сифилидологии продолжала оставаться актуальной. Совместно с областным кожно-венерологическим диспансером (М.Я. Явербаум) разрабатывались организационно-методические вопросы борьбы с сифилисом. Одновременно изучались вопросы диагностики и терапии гонореи (Л.И. Юдович, Ф.И. Хворостьянов, К.И. Ташлыкова).

Наряду с проблемами, связанными с венерической заболеваемостью, не менее актуальными являлись вопросы эпидемиологии, клиники и терапии грибковых заболеваний. Эти важные разделы дерматологии решались сотрудниками клиники совместно с врачами ОКВД (К.И. Стратиевская, И.М. Покацкая, Л.М. Тартаковская, Э.И. Киселёва и др.).

Инфекционная патология кожи издавна привлекала внимание иркутских дерматологов. Длительное время на кафедре занимались изучением туберкулёза кожи (С.В. Ильина). Постоянный интерес сотрудники кафедры проявляли к проблеме лепры, который был заложен ещё И.Н. Переводчиковым, доцентом кафедры и первым организатором Иркутского клинического лепрозория (1926 г.). В последующем на протяжении многих лет профессор М.С. Каплун непосредственно участвовал и руководил научной деятельностью иркутских лепрологов.

В 60-е годы возникла необходимость изучения хронических дерматозов (поздняя кожная порфирия, псориаз, красная волчанка), особенностей их течения, терапии и профилактики в Восточной Сибири. По этой проблеме были выполнены одна докторская (Н.П. Кузнецова) и три кандидатские диссертации (А.Н. Кононова, Л.В. Пономарева, В.Т. Куклин).

В 70-е годы сотрудники кафедры были включены в комплексную бригаду медицинского института, которая занималась профилактикой заболеваний у строителей БАМа. Проводились комплексные научные исследования по изучению структуры кожной патологии и особенностей течения хронических дерматозов у строителей БАМа, а также был разработан комплекс организационно-методических и профилактических мероприятий по предупреждению распространения сифилиса на строительстве БАМа (Э.И. Рыскаленко).

Изучение проблемы псориаза началось с исследований Л.В. Пономаревой и в последующем были продолжены аспирантами А.И. Якубович и И.О. Маловой. Материалы научных исследований, посвященных изучению псориаза, неоднократно докладывались на всесоюзных и всероссийских съездах, конференциях, пленумах и других форумах.

Более 40 лет кафедра кожных болезней занимается проблемой патогенеза, терапии и профилактики распространенных хронических дерматозов в Восточной Сибири. Сотрудники кафедры совместно с практическими врачами изучали вопросы эпидемиологии, патогенеза и терапии алергодерматозов, псориаза и поздней кожной порфирии. Разработка проблемы порфирии заключалась в изучении патогенеза, клиники внекожных проявлений, а также вопросов терапии, профилактики и реабилитации больных поздней кожной порфирией. В результате проведенных исследований разработаны клиническая классификация поздней кожной порфирии, комплекс профилактических и реабилитационных мероприятий. Итогом исследований были успешные защиты под научным руководством профессора, заслуженного деятеля науки Бурятии, доктора медицинских

наук, заслуженного врача РФ Н.П. Кузнецовой четырех кандидатских диссертаций (Е.А.Петрова, Н.М.Рудых, А.Ю. Чашин, И.Г. Афанасьева).

С увеличением (в 80-е годы) числа больных аллергодерматозами возникла необходимость создания научно-методического центра для оказания методической и лечебной помощи детям, страдающим аллергодерматозами. Ассистент кафедры, кандидат медицинских наук А.Н. Кононова возглавила этот центр в должности внештатного областного детского дерматолога. Позднее эту работу продолжила ассистент, к.м.н. Н.М. Рудых.

В 90-е годы в связи с резким ростом распространенности инфекций, передаваемых половым путем и вовлечением огромных контингентов в эпидемический процесс, интересы сотрудников кафедры дерматовенерологии существенно расширились в сторону венерологии. В рамках научной программы выполнены и успешно защищены докторские диссертации ассистентом И.О. Маловой и доцентом А.И. Якубович, издано четыре монографии и защищено три кандидатских диссертации (Е.Б. Дружинина, А.Е. Чуприн, А.Р. Корепанов).

Не иссякает интерес сотрудников кафедры и к дерматологическим проблемам. Защищены докторская диссертация ассистентом кафедры Н.М. Рудых, под руководством профессора Н.П. Кузнецовой – кандидатские диссертации О.Г. Судаковой и А. Хатанбаатар. С 2005 г. кафедру дерматовенерологии возглавил д.м.н., профессор А.И. Якубович.

В настоящее время на кафедре продолжают выполняться и планируется ряд новых научных работ, посвященных актуальным вопросам дерматовенерологии.

Сотрудниками кафедры издано 10 монографий, 8 сборников научных работ, 20 методических рекомендаций.

За последние 10 лет опубликовано более 500 печатных работ, защищены кандидатские диссертации Н.Н. Новицкой «Влияние псориаза на качество жизни больных» (2009 г.) и Л.С. Салдамаевой «Псориатический артрит: клиническая характеристика и подходы к лечению на фоне нарушений липидного обмена» (2016 г.).

В 2001 году профессор И.О. Малова возглавила вновь организованную кафедру дерматовенерологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов. В 2004 году профессору Н.П. Кузнецовой было присвоено звание почетный профессор ИГМУ. С 2008 по 2015 на кафедре работала доцент, к.м.н. Ф.М. Менг.

Значительно расширилась география участия сотрудников кафедры дерматовенерологии в различных научных форумах как в России, так и за рубежом (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Нижний Новгород, Новосибирск, Владивосток, Хабаровск, Чита, Улан-Удэ, Красноярск, Барселона, Париж, Вроцлав, Лондон, Улан-Батор Вена, Брюссель).

В настоящее время на кафедре работают: заведующий кафедрой, профессор, д.м.н., академик РАЕН А.И. Якубович, доцент, к.м.н. А.Ю. Чашин, доцент, к.м.н. Н.Н. Новицкая, ассистент, к. м. н. А.Р. Корепанов, лаборант Т.Б. Величанская.

Кафедра продолжает активно развиваться на основе сохранения и приумножения лучших отечественных традиций и достижений мировой науки. Кафедра активно взаимодействует с дружественной кафедрой дерматовенерологии ФПК и ППС ИГМУ, Иркутским областным кожно-венерологическим диспансером, активно участвует в работе Иркутского регионального «Общества дерматовенерологов и косметологов».

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Зайнуллина О.Н., Хисматуллина З.Р.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

На современном этапе аллергические заболевания у детей имеют тенденцию к более тяжелому течению. Об этом свидетельствуют увеличение удельного веса распространенных форм атопического дерматита, преобладание клинических форм аллергии с поливалентной сенсibilизацией [Баранов А.А., Хаитов Р., 2010; Новик Г.А., 2009].

С целью исследования спектра сенсibilизации было обследовано 45 детей с атопическим дерматитом в возрасте от 3 до 12 лет. Результаты отображены в табл. 1.

Таблица 1. Сенсibilизация к аллергенам у детей с атопическим дерматитом (% детей)

| | 3-5 лет | 6-8 лет | 9-12 лет |
|-------------------------|---------|---------|----------|
| Пищевые аллергены | 57,5 | 45,4 | 27,9 |
| Бытовые аллергены | 42,8 | 69,2 | 67,6 |
| Эпидермальные аллергены | 39,8 | 34,1 | 37,9 |
| Пыльцевые аллергены | 37,9 | 48,2 | 39,4 |

Из таблицы видно, что у детей в возрасте 3-5 лет ведущими в спектре сенсibilизации являются аллергены пищевые аллергены, на втором месте – бытовые аллергены. В возрастной группе 6–8 лет на первом месте находятся бытовые аллергены, на втором – микст пыльцы сорных трав. У детей 9–12 лет сохраняется высокий процент сенсibilизации к бытовым аллергенам.

Полученные в результате алерготестирования данные отражают атопию в основе этого заболевания (табл. 2, 3).

Таблица 2. Сенсibilизация к пищевым аллергенам у детей с атопическим дерматитом

| Вид аллергена | Число исследуемых больных (n=45) | | | | |
|---------------|----------------------------------|-----|----|---|------------|
| | ++++ | +++ | ++ | + | Всего |
| Молоко | 2 | 9 | 13 | 1 | 25 (55,6%) |
| Яйцо | 6 | 6 | 7 | – | 19 (42,2%) |
| Мясо курицы | 4 | 7 | 9 | 2 | 22 (48,9) |
| Пшеница | 4 | 4 | 13 | 2 | 23 (51,1%) |
| Рожь | 3 | 6 | 8 | – | 17 (37,8%) |
| Греча | 3 | 5 | 3 | 2 | 13 (28,8%) |
| Говядина | 2 | 4 | 6 | 5 | 17 (37,8%) |

Таблица 3. Сенсibilизация к ингаляционным аллергенам у детей с атопическим дерматитом

| Вид аллергена | Число исследуемых больных (n=45) | | | | |
|---------------------------|----------------------------------|-----|----|---|-----------|
| | ++++ | +++ | ++ | + | Всего |
| Домашняя пыль | 16 | 13 | 8 | 3 | 40 (88,9) |
| Шерсть собаки | 3 | 4 | 5 | 1 | 13 (28,8) |
| Шерсть кошки | 9 | 7 | 2 | 4 | 22 (48,9) |
| Шерсть овцы | 5 | 5 | 6 | 2 | 18 (40,0) |
| Микст пыльцы сорных трав | 12 | 10 | 1 | 2 | 25 (55,6) |
| Микст пыльцы луговых трав | 5 | 4 | 8 | - | 17 (37,8) |
| Микст пыльцы деревьев | 6 | 1 | 2 | 1 | 10 (22,2) |

Домашняя пыль обладает поливалентным аллергическим потенциалом, т.к. имеет в своем составе компоненты других ингаляционных аллергенов (шерсть и перхоть животных, пыльца, плесень и т.д.) [Сергеев, Ю.В., 2002].

Этиологическая значимость аллергенов считается доказанной при совпадении результатов кожного тестирования (положительные пробы) и данных аллергологического анамнеза, указывающих на участие этих аллергенов как причинных факторов в возникновении и развитии обострений атопического дерматита.

Атопический дерматит является кожным проявлением системного нарушения в иммунной системе [Watson, W., 2011], при его развитии повышается риск присоединения таких атопических заболеваний, как аллергический ринит и бронхиальная астма [Atopic dermatitis, 2014]. На риск их возникновения влияют степень тяжести атопического дерматита и ранняя сенсibilизация к пищевым аллергенам [Gustafsson, D., 2000]. Поэтому при обследовании детей с атопическим дерматитом мы принимали во внимание наличие сопутствующих аллергических заболеваний (табл. 4).

Таблица 4. Другие аллергические заболевания, выявленные у больных атопическим дерматитом

| Сопутствующие аллергические заболевания | Число больных | |
|---|---------------|------|
| | n | % |
| Круглогодичный аллергический ринит | 14 | 31,1 |
| Сезонный аллергический ринит | 7 | 13,3 |
| Бронхиальная астма | 3 | 6,6 |
| Более одного заболевания | 5 | 11,1 |

Таким образом, рост частоты и усугубление тяжести атопического дерматита в детском возрасте диктуют необходимость углубления теоретических знаний о причинах возникновения заболевания, а также определения у больных с атопическим дерматитом спектра сенсibilизации в аспекте эпикутанной сенсibilизации.

Список литературы

1. Баранов А.А., Хаитов Р. М. Аллергология и иммунология. Метод. рекомендации. М.: Союз педиатров России, 2010: 33 с.
2. Новик Г.А. Атопический дерматит у детей. Лечащий врач. 2009; 4: 6-12.
3. Атопический дерматит: руководство для врачей. Под ред. Сергеева Ю.В. М.: Медицина для всех, 2002: 186 с.
4. Watson, W. Atopic dermatitis. Allergy, Asthma Clin Immunol. 2011; 7: 1492-7.
5. Gustafsson D. Development of allergies and asthma in infants and young children with atopic dermatitis—a prospective follow-up to 7 years of age. Allergy. 2000; 55(3): 240-5.

ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ КАК ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ИНСТРУМЕНТА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Жучков М.В., Захарова С.С., Шилин Р.Р.

Рязанский государственный медицинский университет МЗ РФ

АПУ ФСИН, Рязань

В настоящее время, основным нормативно-правовым документом определяющим объем и характер диагностических и лечебных вмешательств у пациента с конкретным заболеванием, получающего медицинскую помощь являются стандарты оказания медицинской помощи. На это прямо указывает часть 2 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ [1]. Отраслевой стандарт оказания медицинской помощи это нормативный акт утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения. Данный документ, принятый в установленном законом порядке, содержит указание на то, в каких ситуациях его необходимо применять: возраст потенциального пациента, нозология, вид и условия оказания медицинской помощи (амбулаторно и пр.). Целью любого отраслевого стандарта оказания медицинской помощи является законодательное закрепление минимально объема лечебно-диагностического пособия, гарантированного пациенту Территориальными программами государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Законодательным инструментом для клинических ситуаций, когда применение «усредненного» стандарта не допустимо в конкретном случае, является решение врачебной комиссии медицинской организации, которая в соответствии с отдельными положениями приказа № и502н от 05.05.2012 года, может принимать решение о назначении или не назначении пациенту тех или иных лечебных и диагностических вмешательств [2].

Прямого указания на то, что можно отнести к клиническим рекомендациям в 323-ФЗ, к сожалению, нет. Однако в ч.2 ст.64 данного документа есть четкое указание на то, что клинические рекомендации (протоколы лечения), наряду со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, являются «фундаментом» для формирования критериев оценки качества оказания медицинской помощи. Но, нигде в действующей редакции закона нет упоминания об обязательном использовании клинических рекомендаций врачами специалистами, при оказании медицинской помощи.

История законодательской инициативы о внесении изменений в 323-ФЗ в части урегулирования вопроса о правовом статусе клинических рекомендаций берет своё начало с 2016 года. Именно тогда, во исполнение пункта 2 протокола совещания у Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 2 февраля 2016 г. № ОГ-П12-31пр, началась подготовка законопроекта «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан» (далее в статье, законопроект). Платформой для данного законопроекта, явилось положение п. 2 статьи 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, о том, что клинические рекомендации разрабатывают и утверждают медицинские профессиональные некоммерческие организации.

До сегодняшнего момента, ни в действующем законодательстве, ни в доктрине медицинского права не предусмотрена ни процедура разработки, одобрения и утверждения клинических рекомендаций, ни установлены требования к структуре самих клинических рекомендаций. Именно поэтому указанный законопроект имел под собой цель унифицировать подходы к разработке медицинскими профессиональными некоммерческими организациями клинических и фактически сделать их обязательными к исполнению на всей территории Российской Федерации.

После появления указанного законопроекта в медицинском праве появилось первое легальное определение понятия клинические рекомендации. Под ними подразумевают документ, содержащий основанную на доказанном клиническом опыте информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, включая описание моделей пациентов, последовательности действий медицинского работника, схем диагностики и лечения в зависимости от течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты лечения.

Упомянутый законопроект предлагает разрабатывать клинические рекомендации по отдельным нозологиям или группам нозологий в соответствии с перечнем, утверждаемым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения. Обсуждаемый законопроект предписывает направлять разработанные медицинскими профессиональными некоммерческими организациями клинические рекомендации для рассмотрения в Научный совет Минздрава России. Кроме того, одобренные Научным советом клинические рекомендации предлагается обсуждать на съездах, конференциях медицинских профессиональных некоммерческих организаций и представлять для размещения на официальном сайте уполномоченного федерального органа исполнительной власти в Интернет.

Между тем, при анализе данного законопроекта были выявлены некоторые принципиальные недостатки, определяющие необходимость его серьезной доработки.

Во-первых, в соответствии с положениями данного законопроекта, любая медицинская профессиональная некоммерческая организация, зарегистрированная в установленном законом порядке в соответствии с требованиями, предусмотренными федеральным законодательством, может являться разработчиком клинических рекомендаций [3]. Этот факт может порождать правовые коллизии в случае наличия одновременно нескольких некоммерческих профессиональных объединений по одной медицинской специальности или в тех случаях, когда различные по профилю организации выпускают клинические рекомендации по одной и той же нозологии.

Во-вторых, клинические рекомендации, доктринально являются документом, отражающим основные результаты клинических испытаний по данной проблеме, имеющие высокий уровень доказательности в соответствии с принципами доказательной медицины. Таким образом, клинические рекомендации должны иметь четкий и прозрачный механизм принятия (ратификации), независимый от мнения отдельных, пусть даже чрезвычайно авторитетных экспертов в данной области. Данное положение в указанном законопроекте четко не прописывается и заменяется на абстрактные формулировки: «...обсуждение на съездах, конференциях, ...». Такое положение вещей может привести к несоответствию клинических рекомендаций принципам доказательной медицины и тому, что такие клинические рекомендации могут стать инструментом для лоббирования интересов различных фармацевтических компаний.

И наконец, законопроект не содержит указаний на порядок вступления клинических рекомендаций в силу и момента их отмены. Будет ли этот порядок иметь общепризнанные для законов принципы [4] или эти принципы будут иными, не столь важно. Важно, чтобы такой принцип был. Данная норма необходима в процессуальном плане, для выяснения вопросов ответственности за нарушение той или иной редакции клинических рекомендаций.

В целом необходимо отметить, что законопроект об изменении юридического статуса клинических рекомендаций, носит весьма конструктивный характер и соответствует отдельным положениям Договора о Евразийском экономическом союзе [5], но, тем не менее требует существенных доработок.

Список литературы

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».
3. Федеральный закон от 12.01.1996 № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях».
4. Федеральный закон от 14 июня 1994 г. № 5-ФЗ «О порядке опубликования и вступления в силу федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов палат Федерального Собрания».
5. «Договор о Евразийском экономическом союзе» (Подписан в г. Астане 29.05.2014) (ред. от 08.05.2015) (с изм. и доп., вступ. в силу с 12.08.2017).

ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БЛОКАТОРОВ БЕТА-АДРЕНЕРГИЧЕСКИХ РЕЦЕПТОРОВ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПСОРИАЗОМ

Жучков М.В., Шилин Р.Р., Родионова С.А.

Рязанский государственный медицинский университет МЗ РФ

Значимость блокаторов бета-адренергических рецепторов (ББАР) в терапии различных сердечно-сосудистых заболеваний была подтверждена вручением в 1988 г. шотландскому фармакологу Джеймсу Блеку Нобелевской премии по медицине и физиологии «За открытие важных принципов лекарственной терапии». За этой, весьма «сухой» формулировкой, скрывались фундаментальные исследования, которые фактически открыли эпоху применения средств, блокирующих бета-адренорецепторы в кардиологической практике. В настоящее время, препараты этой группы применяются почти на всех «ступенях сердечно-сосудистого континуума», начиная с эссенциальной артериальной гипертензии, заканчивая отдельными случаями декомпенсированной хронической сердечной недостаточности. Распространенность псориазической болезни весьма велика [1]. Согласно результатам, ставшего «классическим», исследования G. Lomholt (1965), в котором автор исследовал около трети населения Фарерских островов, показатель распространенности псориаза в общей популяции составляет около 2,8%.

В зависимости от наличия или отсутствия ассоциации с антигенами HLA (Cw6, A30, B13, B57/17) в настоящее время выделяют 2 типа псориазической болезни [2]. Первым типом данного кожного заболевания, для которого характерно наличие описанных выше ассоциаций страдают преимущественно молодые люди. Вторым же типом псориаза, страдают преимущественно лица старше 50 лет. Именно в этой категории пациентов встречается большое количество коморбидных больных, страдающих одновременно псориазом и другими соматическими заболеваниями, в частности, стабильной стенокардией напряжения. Фармакотерапия данной клинико-морфологической формы ишемической болезни сердца предусматривает применение различных, как правило, бета-1-селективных блокаторов адренергических рецепторов в составе комбинированной терапии включающей ацетилсалициловую кислоту, статины, а также антиангинальные лекарственные средства. ББАР при длительном применении, способны влиять на показатели тяжести течения псориаза у коморбидных пациентов, вынужденных длительно получать препараты данной фармакологической группы. Имеющиеся, в настоящее время, незначительное количество завершенных клинических исследований, посвященных этой проблеме, не дают возможности понять причины такого рода влияния данной группы лекарственных средств, на течение псориазического процесса [3, 4, 5].

Цель исследования – явилось изучение безопасности бета-адреноблокаторов у коморбидных пациентов страдающих псориазической болезнью и стабильной стенокардией напряжения.

Материалы и методы. В исследование было включено 54 пациента, страдающих стабильной стенокардией напряжения и псориазом. Средний возраст больных в исследовании составил $68,4 \pm 0,8$ лет, из них 30 женщин и 24 мужчины. Пациенты, страдающие стабильной стенокардией напряжения, разделялись по функциональным классам (согласно классификации Канадского общества кардиологов) следующим образом: 1 функциональный класс (ФК) клинически определялся, на момент включения пациентов в исследование, у 33,3% ($n=18$), 2 ФК у 66,7% ($n=36$). Все пациенты в анамнезе имели перенесенный инфаркт миокарда (ИМ). Средняя продолжительность периода от эпизода ИМ до включения пациента в исследование составляла 5,8 г. Эссенциальной артериальной гипертензией страдали 94,4% пациентов. ЭХО-кардиографических признаков хронической сердечной недостаточности ни у одного из пациентов в исследовании не было выявлено. Пациенты в исследование получали ингибиторы гидроксиметилглутарил-КоА редуктазы (симвастатин (77,8%), аторвастатин (14,8%) или розувастатин (1,8%), различные лекарственные формы ацетилсалициловой кислоты (100% пациентов), ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (100% пациентов). Все пациенты в исследовании получали ББАР постоянно. По этому признаку больные были разделены на шесть групп. Распределение пациентов по группам представлено в таблице:

| № гр. | Блокатор бета-адренергических рецепторов (МНН) | Число Пациентов n (%) | Средняя доза ББАР (мг) | Количество пациентов, достигавших целевой ЧСС n (%) |
|-------|--|-------------------------|------------------------|---|
| 1 | Метопролола сукцинат | 3 (5,56) | 25 | 2 (66,7) |
| 2 | Метопролола тартрат | 18 (33,3) | 25-50 | 4 (22,2) |
| 3 | Карведилол | 3 (5,56) | 12,5-25 | 2 (66,7) |
| 4 | Бисопролол | 10 (18,5) | 5-10 | 7 (70,0) |
| 5 | Небиволол | 12 (22,2) | 2,5-5 | 9 (75,0) |
| 6 | Атенолол | 8 (14,8) | 25-50 | 1 (12,5) |

Практически всем пациентам в исследовании ББАР были назначены на неопределенно долгий срок, после перенесенного ИМ.

Все пациенты в исследовании страдали псориазом, причем из исследования были исключены больные страдающие псориатической спондилоартропатией. Это было сделано для того, что бы исключить у исследуемой категории пациентов прием нестероидных противовоспалительных препаратов. Абсолютное большинство больных страдали вульгарным псориазом (n=46), ещё 5 пациентов имели ладонно-подошвенный псориаз, а у 3 больных была диагностирована распространенная экссудативная форма. Пациентов с пустулезными формами псориатической болезни и псориатической эритродермией в исследование не включались.

Все пациенты на момент включения в исследование, находились в прогрессирующей фазе псориатического процесса и имели второй тип заболевания.

Контрольную группы пациентов (n=20) составили больные вульгарным(n=10), экссудативным(n=4) и ладонно-подошвенным(n=6) псориазом, не страдающие сердечно-сосудистой патологией и не получающие ББАР. Обязательным условием включения в данную группу был второй тип псориаза и сопоставимая с основной группой больных длительность псориатического анамнеза.

Одним из инструментов оценки тяжести псориатического процесса был интегральный, стандартизированный индекс оценки тяжести псориаза PASI (Psoriasis Area and Severity Index). Больным псориазом в исследовании проводилась стандартная терапия включающая в себя как местные (топические глюкокортикостероиды, разрешающие основы, кальципотриол, кератолитики, эмоленды) так и системные терапевтические модальности (цитостатики, ретиноиды, дезинтоксикационная терапия, антигистаминные препараты по потребности).

Результаты. Так как, все коморбидные больные и пациенты контрольной группы, поступали в стационар в связи с очередным обострением псориатического процесса они имели значение PASI более 25 баллов. При первом анализе данных исследования стало понятно, что в группе больных получавших ББАР, пациентов имеющих тяжелое течение псориаза было больше, а средний показатель значения PASI был, статистически достоверно, выше.

При проведении дополнительного анализа в подгруппах пациентов получающих различные ББАР, были получены следующие результаты. Наиболее распространенные и выраженные псориатические эфлоресценции наблюдались в подгруппах больных получавших в анамнезе и на момент включения в исследование препараты карведилола и метопролола тартрата. Причем интересно отметить, что наиболее тяжелые, в дерматологическом отношении, пациенты получали как оригинальные блокаторы бета-адренергических рецепторов, так и соответствующие им отечественные дженерики. Показатель, отражающий количество госпитализаций, по поводу обострения псориатической болезни, коррелировал со значениями PASI в соответствующих подгруппах. Описанные выше тенденции представлены в таблице:

| № гр. | Блокатор бета-адренергических рецепторов (МНН) | Число пациентов n (%) | Среднее значение PASI (в баллах) | Количество госпитализаций по поводу обострения псориаза за последние 5 лет |
|-------|--|-----------------------|----------------------------------|--|
| 1 | Метопролола сукцинат | 3 (5,56) | 34,5 | 2,7 |
| 2 | Метопролола тартрат | 18 (33,3) | 51,4 | 3,2 |
| 3 | Карведилол | 3 (5,56) | 60,2 | 4,6 |
| 4 | Бисопролол | 10 (18,5) | 48,4 | 3,1 |
| 5 | Небиволол | 12 (22,2) | 38,5 | 2,4 |
| 6 | Атенолол | 8 (14,8) | 52,5 | 4,8 |

При дополнительной оценке состояния пациентов с экссудативным и ладонно-подошвенным псориазом, выяснилось, что среднее значение PASI по сравнению с контрольной группой пациентов статистически значимо не отличался. Напротив, показатель, отражающий среднее количество госпитализаций в дерматологический стационар за последние пять лет наблюдения, был достоверно выше, по сравнению с аналогичными значениями в контрольной группе.

Обсуждение и выводы. В приведенном разделе, отражающем часть данного клинического наблюдения, было продемонстрировано, что прием ББАР у пациентов, страдающих псориазом, влияет как на тяжесть обострений, так и на частоту таких обострений. Причем возможно данный факт связан с одной стороны с селективностью в отношении бета-1-адренорецепторам, так как сравнительно тяжелые псориатические обострения наблюдались среди больных получавших карведилол. С другой стороны имеет значение степень афинность к адренорецепторному аппарату, учитывая сравнительную безопасность небиволола, или некоторые фармакокинетические параметры метопролола сукцината. На определенные размышления наводит и тот факт, что различные значения PASI могли быть выявлены в исследовании у больных при достижении или не достижении ими «целевой ЧСС», на фоне приема одной и той же дозы ББАР. Подтверждение данного факта требует увеличения выборки пациентов. Своеобразное влияние ББАР на течение экссудативного и ладонно-подошвенного псориаза, в виде увеличения числа обострений без изменения интенсивности клинических

проявлений каждого эпизода в отдельности, трудно интерпретировать ввиду так же небольшой выборки пациентов. Безусловно, в рамках данной публикации, невозможно было подробно представить все результаты данного наблюдения. Так, при дальнейших исследованиях было выявлено, что значения PASI нарастает из обострения в обострения у пациентов продолжающих принимать ББАР.

Было также выявлено, что у данной категории пациентов постепенно может замыкаться порочный круг «терапия ББАР – усиление проявлений псориаза появление или увеличение симптомов соматогенной депрессии – повышение ФК стабильной стенокардии – терапия ББАР». Конечно, эта модель является «абсолютизированной», но некоторые звенья этой цепи событий были изучены в данном исследовании, например, уровень тревожно-депрессивных расстройств у данной категории пациентов. У данной категории коморбидных пациентов, принимающих ББАР, показатели психометрических тестов (например, HADS, Hospital Anxiety and Depression), были существенно выше, чем у аналогичных коморбидных пациентов, по каким либо причинам не получающих ББАР. Таким образом, данное исследование явилось попыткой приблизиться к решению проблемы взаимодействия ББАР и псориатической болезни.

Список литературы

1. Wu S, Han J., Li W.Q., Qureshi A.A. Hypertension, antihypertensive medication use, and risk of psoriasis . JAMA Dermatol. 2014; 150(9): 957-63.
2. Refiker Ege M, Güray Y., Güray U., Demirkan B. Palmar psoriasis, a rare side effect of beta-blocker therapy: a case report. Turk Kardiyol Dern Ars. 2012; 40(5): 451-3.
3. Milavec-Puretić V., Mance M., Ceović R., Lipozenčić J. Drug induced psoriasis. Acta Dermatovenerol Croat. 2011; 19(1): 39-42.
4. Waqar S, Sarkar PK. Exacerbation of psoriasis with beta-blocker therapy. CMAJ. 2009; 7; 181(1-2): 60.
5. Fry L, Baker BS. Triggering psoriasis: the role of infections and medications. Clin Dermatol. 2007; 25(6): 606-15.

ИННОВАЦИОННЫЙ РОССИЙСКИЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ РЕФРАКТЕРНОСТИ К БОТУЛИНИЧЕСКОМУ ТОКСИНУ ТИПА А

Жучков М.В., Шилин Р.Р., Родионова С.А.

Рязанский государственный медицинский университет МЗ РФ

Эпоха ботулинического токсина в косметологии началась со случайного наблюдения супругами Джейн и Алластаром Коррудерс «побочного эффекта» этих лекарственного препарата в виде «разглаживания» морщин при его использовании у пациентов с блефароспазмом [1]. Воздействуя на SNARE-рецепторы ботулотоксин блокирует выработку ацетилхолина в области нервно – мышечного синапса, вызывает тем самым, временный, но при этом почти полный, вялый паралич соответствующей мышцы [2]. Одной из проблем, важность которой постепенно увеличивается, является формирование рефрактерности к миорелаксирующему действию токсина типа – А [3]. Этот феномен определен формированием пула специфических антиботулинических антител в плазме крови, которые у предрасположенных лиц, вырабатываются при длительном использовании данного лекарства. Эти иммуноглобулины нейтрализуют действие вводимого лекарственного препарата ботулинического токсина типа – А и сводят на «нет» эффективность ботулинотерапии у данного пациента [4, 5].

Цель работы – изучение возможностей диагностики вторичной (приобретенной) резистентности к ботулиническому токсину типа-А, применяемого для коррекции мимических морщин и явлений актинического эластоза (высоких градаций по R. Glogau).

Основной «физиологической константой», определяющей физиологическую сохранность нейро-мышечного аппарата, является полярная формула Бренера-Пфлюгера. Она может изменяться при интрамулярном введении препаратов ботулинического токсина, непосредственно нарушающего нейро-мышечную передачу. В процессе проверки указанной гипотезы, в рамках настоящего исследования, авторами были продемонстрированы специфические изменения полярной формулы, возникающие после инъекция препаратов ботулинического токсина типа – А.

Наиболее доступной в настоящее время методикой электродиагностики, позволяющей воспроизвести параметры формулы Бренера – Пфлюгера, является применение переменных синусоидальных модулированных токов малой силы от аппаратов «Амплипульс». В нашей исследовательской работе мы использовали аппарат «Амплипульс - 5».

Подача импульсного, но не «тетанизирующего» тока проводилась с помощью «нестандартизированного» игольчатого электрода с площадью рабочей поверхности 0,1 кв.см., удовлетворяющей потребностям данного исследования. подача «диагностического» тока проводилась в двигательные точки Эрба описываемые в большинстве руководств по физиотерапии и реабилитации. Точки Эрба на лице подбирались с учетом той зоны лица, в которой применялся один из препаратов ботулинического токсина типа А («Ботокс», Allergan, США; «Диспорт», «Ipsen», Великобритания). Анализ полученных результатов проводился с помощью электромиографа «Синапис» («НМФ Нейротех», Россия). Анализируемые электромиограммы интерпретировались с использованием параметров полярной формулы Бренера – Пфлюгера: КЗС > АЗС > АРС > КРС (в норме: катодзамыкательное сокращение (КЗС) больше анодзамыкательного (АЗС), больше анодразмыкательного (АРС) и больше катодразмыкательного сокращения (КРС)).

В исследование было включено 84 пациента обратившихся с целью коррекции мимических морщин верхней и средней трети лица. Средний возраст пациентов в исследовании составлял 37,5+4,6 лет. Гендерные различия при формировании выборки пациентов для исследования были определены не авторами исследования, а структурой обращаемости пациентов за данной процедурой (93,4% пациентов в исследовании были женского пола). Далее, после исключения противопоказаний и определения показаний к применению препаратов ботулинического токсина типа – А, пациентам производился расчет дозы токсина, степени его разведения и места инъекции препарата по методике А. Каррудерса [6]. Выбор ориентировочной точки и соотношение ее с точкой Эрба проводилось по общепринятой методике. После этого проводились инъекции препаратов ботулинического токсина типа – А. Выбор между препаратами «Ботокс» и «Диспорт» осуществлялся при учете желания пациента. В случае необходимости «грубой» коррекции с полным расслаблением мышечного волокна применялся препарат «Диспорт», при желании пациентки сохранить небольшую индуцированную активность мимических мышц при их полной релаксации – применялся «Ботокс». После первого посещения врача пациентки обращались повторно через 2 нед для контроля эффективности инъекции, после чего с ними поддерживалась телефонная связь для выяснения динамики процесса ботулинотерапии.

Оценка эффективности применения лекарственных препаратов ботулинического токсина типа – А проводилась по валидизированным визуально – аналоговым шкалам, направленным на оценку эффективности терапии самими пациентами. Контроль проводился также с помощью электромиографической диагностики и воспроизведения полярной формулы Бренера – Пфлюгера после инъекций ботулинического токсина. С этой целью пациенты, включенные в исследование, приглашались после проведения инъекции с кратностью один раз в месяц.

Электродиагностика и последующая электромиовизуализация проводились следующим образом. С помощью аппарата «Амплипульс - 5» проводилась подача импульсного, но не «тетанизирующего» тока. В качестве источника тока в исследовании был использован «нестандартизированный» игольчатый электрод с площадью рабочей поверхности 0,1 кв.см. Подача «диагностического» тока проводилась в область двигательных точек Эрба. Последние на лице подбирались с учетом той зоны лица, в которой применялся один из препаратов ботулинического токсина типа - А. Анализ полученных результатов проводился с помощью электромиографа «Синапис» («НМФ Нейротех», Россия). Анализируемые электромиограммы интерпретировались с использованием параметров полярной формулы Бреннера – Пфлюгера: КЗС > АЗС > АРС > КРС (в норме: катодзамыкательное сокращение (КЗС) больше анодзамыкательного (АЗС), больше анодразмыкательного (АРС) и больше катодразмыкательного сокращения (КРС)). Величины формулы оценивались у пациенток ежемесячно.

Наиболее важными результатами данного исследования, стало понимание того, что, во-первых, существует так называемое «клинико – электрофизиологическая диссоциация» между первыми электрофизиологическими «предвестниками» неэффективности ботулинотерапии и клинической манифестацией последней. Это позволяет говорить не только о фундаментальной значимости настоящего проекта, но и о его практическом применении. А, во-вторых, понимание того, что существует строгая положительная коррелятивная связь между воспроизведением стабильной полярной формулы Бренера–Пфлюгера и будущей клинической неэффективностью применения ботулинического токсина типа А. Среднее количество инъекций, до начала периода «клинико-электрофизиологической диссоциации» составляло в исследовании $2,5 \pm 0,5$ инъекции одного из применяемых лекарственных препаратов. Важным результатом данного исследования явилось принципиальное отсутствие статистически достоверной разницы между подгруппами, в которых применялись «Ботокс» и «Диспорт». Поэтому после рандомизации пациентов и статистической обработки данных, было принято решение не вести раздельного учета подгрупп, учитывая идентичный характер результатов.

Кумулятивные результаты, исследования, выглядят следующим образом. Структура формулы Бреннера – Пфлюгера у пациенток получивших косметически приемлемый результат (оцениваемый пациентками как «отличный» ($n=63$) и «хороший» ($n=21$), по визуально – аналоговым шкалам) была изменена. Величины КЗС, АЗС, АРС и КРС были неравномерно снижены, причем КРС и АРС практически отсутствовали. Данный факт относительно «объективно» подтверждал эффективность препаратов ботулинического токсина типа А у пациенток, которые впервые и повторно прибегли к инъекциям этого средства. Реализуя свой эффект через блокирование высвобождения ацетилхолина из пресинаптического нервного окончания «Ботокс» и «Диспорт» нарушали нервно-мышечную проводимость и разглаживали сеть морщин в соответствующих зонах, снижая при этом показатели стимулируемого ответа соответствующей мышцы. После определенного количества повторных инъекций препаратов ботулотоксина и проведения электродиагностических процедур ситуация изменилась. Несмотря на столь же хорошие косметические результаты (оцениваемые самими женщинами) у 32 пациенток появились небольшие, но значимые АРС и возросли значения КЗС и АЗС. При анализе результатов оказалось, что «количественные» значения всех показателей сокращений у них остались сниженными, а структура полярной формулы Бреннера-Пфлюгера была сохранена. При дальнейшем наблюдении именно эти женщины уже через 5 и 6 месяцев соответственно обратились за дополнительными инъекциями, которые не принесли желаемого результата. Миографическая картина у них тогда практически не отличалась от исходной, с сохраненной структурой формулы Бреннера-Пфлюгера, но при несколько более низких абсолютных значениях. Выводы. Исследование наглядно продемонстрировало значительные изменения полярной формулы, возникающие после первых инъекций ботулинического токсина типа-А. В последующем же все пациентки разделяются на две категории. Большая часть из них в дальнейшем отлично реагирует на инъекции «Ботокса» и «Диспорта», а так же продолжает демонстрировать закономерную электрофизиологическую реакцию полярной формулы в ответ на применение ботулинического миорелаксанта.

У этих пациенток даже при подаче субтетанизирующего тока выявить катодные или анодные сокращения не представляется возможным, что говорит об отсутствии в организме этих пациенток антител к ботулиническому токсину и хорошей реакции на токсин типа – А. Эти пациенты могут пользоваться ботулинотерапией почти постоянно, не опасаясь за приобретенную рефрактерность, и не боясь «потратить деньги у косметолога впустую». Другая категория пациенток после 2-3 инъекций демонстрирует сохранность (при низких значениях), но самое главное стабильность полярной формулы Бренера – Пфлюгера при очередной инъекции. Вначале это происходит при сохранении клинического эффекта препаратов и женщина ничего не подозревает о начале выработки антител к ботулиническому токсину типа А. Но, в последующем, после еще 1–2 инъекций препаратов эффект начинает не удовлетворять женщину и наконец полностью теряется, так как образовавшиеся антитела полностью нейтрализуют вводимый ботулинический токсин типа А.

Таким образом, выявляя у пациента феномен стабильности полярной формулы Бреннера – Пфлюгера, мы можем оградить значительную часть людей от ненужного, небезопасного, дорогостоящего и самое главное абсолютно бесполезного дерматокосметологического вмешательства. Более того, эти пациенты являются кандидатами для применения, в случае эстетической потребности препаратов ботулинического токсина типа – В, в отношении которого указанные антитела не обладают афинностью (т.е. не способны его разрушить).

Список литературы

1. Stephan F, Habre M, Tomb R. Clinical resistance to three types of botulinum toxin type A in aesthetic medicine. *Journal Cosmetic Dermatology*. 2014; 13(4): 346-8.
2. Álvaro-González LC et al. Botulinum toxin A in chronic refractory migraine: premarketing experience. *Rev Neurol*. 2012. 1; 55(7): 385-91.
3. Wu DC, Fabi SG, Goldman MP. Neurotoxins: Current concepts in cosmetic use on the face and neck-lower face. *Plast. Reconstr. Surg*. 2015; 136(5 Suppl): 76-9.
4. Cavallini M. Preliminary report on an objective, fast, and reproducible method to measure the effectiveness of Botulinum Toxin Type A. *Aesthet Surg. J*. 2015; 35(6): 715-20.
5. Sapro P et al. A single-blind, split-face, randomized, pilot study comparing the effects of intradermal and intramuscular injection of two commercially available botulinum toxin a formulas to reduce signs of facial aging. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2017; 10(2): 34-44.
6. Carruthers A et al. Repeated botulinumtoxin -A treatment of glabellar lines at rest over three treatment cycles. *Dermatol Surg*. 2016; 42(9): 1094-1101.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ КОЖИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРА ФОТОЛОН

Зикирходжаев А.Д., Сарибекян Э.К., Филоненко Е.В., Тукмаков А.Ю.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена

Филиал ФГБУ "Национальный медицинский научный центр радиологии" МЗ России

Введение. В лечении поверхностных злокачественных новообразований кожи стали широко применять различные физические методы провоопухолевого воздействия, в частности фотодинамическую терапию. Метод основан на взаимодействии луча лазера определенной длины волны с фотосенсибилизатором, накопленным в пораженных тканях при введении в организм ранее. В МНИОИ им. П.А. Герцена разработаны различные методики фотодинамической терапии с внутривенным введением отечественных фотосенсибилизаторов – Фотолон, Фотосенс и др.

Клинический случай. Пациент И., 76 лет, с диагнозом: первично-множественный метакронный рак. Хронический лимфоидный лейкоз, III В-клеточный лейкоз, III стадия по K. Rai. Состояние в процессе лекарственного лечения ибрутинибом. Базальноклеточный рак передней грудной стенки, распад cT3N0M0. Пациент обратился за помощью в МНИОИ им. П.А. Герцена в сентябре 2017 г. При осмотре на коже передней грудной стенки в проекции грудины имеется эрозивно-язвенный дефект диаметром 7 см с наложением фибрина и серозно-геморрагическим отделяемым.

При цитологическом исследовании картина базальноклеточного рака с выраженной воспалительной реакцией. По данным КТ-исследования в мягких тканях передних отделов грудной клетки на уровне грудины отмечается образование с четкими ровными контурами, распространяющееся на кожу и подкожную жировую клетчатку, не инфильтрирующее грудину.

Было принято решение о проведении хирургического лечения с применением интраоперационной фотодинамической терапии. За 2 ч до хирургического вмешательства внутривенно капельно введен препарат отечественного производства Фотолон. Во время операции, после иссечения опухоли в пределах здоровых тканей и санирования раны антисептическими растворами, на ложе удаленной опухоли проведен сеанс фотодинамической терапии. Применена установка фотодинамической терапии «Биоспек – 630/675-01», длина волны 672 нм, луч мощностью 1000 мВт, плотность энергии 30 Дж/см², расстояние от операционной раны 25 см, время экспозиции 7 мин в условиях неосвещенной операционной. После сеанса ФДТ выполнен реконструктивный этап операции. Широко отсепарованы прилежащие ткани грудной стенки, сформирован торакоэпигастральный кожно-подкожный лоскут на основании, перемещен в зону дефекта. Далее произведено послойное ушивание раны. При гистологическом исследовании – плоскоклеточный рак, низкой степени дифференцировки, в краях резекции без опухолевого роста.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. При контрольном осмотре и УЗИ через 2 мес без признаков продолженного роста.

Заключение. При хирургическом лечении местнораспространенных форм базальноклеточного рака целесообразно применение интраоперационной фотодинамической терапии с антибластической целью и для профилактики локального рецидивирования, что успешно выполняется с применением отечественных фотосенсибилизаторов.

АКТИНОЛИЗАТ – ЭФФЕКТИВНОЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЕ СРЕДСТВО С ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАЗНООБРАЗНЫХ ФОРМ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

С.А.Бурова, Федюкина М.Ю., Эмирасланов Ф.Л., Яковлев А.Б., Савенков В.В., Селиванова Л.П., Сидорова М.В., Сиверцева Н.В., Сухов А.В.

Научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ КБ 81, Москва

В 1932 г. в рамках Института медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е.И. Марциновского было открыто «Отделение патогенных грибков». Становление Отдела было связано с именами выдающихся советских ученых: С.Ф.Дмитриева, Г.О.Сутеева, А.М.Ариевича, Д.И.Аснина, М.В.Фирюковой. Важным достижением этой группы ученых в 40-х годах прошлого столетия являлось изобретение лекарственного средства – Актинолизат [34]. В 1936 г. Сутеевым Г.О. и Дмитриевым С.Ф. была опубликована 1-я работа по применению созданного ими иммуномодулятора – Актинолизата. За его изобретение отечественные ученые в 1950 г. получили Государственную премию [35].

Актинолизат оказался настолько эффективным лекарственным средством, что положил начало новой эпохе в лечении тяжелых острых и хронических гнойных воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки, грибковых инфекций, актиномикоза и другой патологии. С внедрением актинолизата в клиническую практику смертность от актиномикоза различных локализаций снизилась с 50 до 2% [24, 25]. Актинолизат применяется по настоящее время.

С момента изобретения его механизм действия изучали в эксперименте на животных, *in vitro* и *in vivo*. Доказано, что в организме происходит мобилизация и активация макрофагов, стимуляция фагоцитарного процесса. Актинолизат оказывает мощное иммуно-модулирующее действие, а так же снижает интенсивность воспалительного процесса за счет торможения гиперпродукции воспалительных цитокинов, блокады действия медиаторов воспаления, усиливает регенерацию тканей, дает эффект заживления. Доказано, что актинолизат через специфические внутриклеточные рецепторы иммунокомпетентных клеток стимулирует продукцию антител к различным бактериям и грибам, повышает резистентность организма. Имеются многочисленные наблюдения об уменьшении усталости, повышении общей активности, усилении аппетита, улучшении качества придатков кожи (волосы, ногтевые пластинки) [20, 31, 36]. Клиническим исследованиям, фармакологическому действию и эффективности препарата посвящены многочисленные диссертации [4, 18, 22, 24, 26, 28].

С середины прошлого столетия нормативные документы на производство и реализацию актинолизата в условиях правового поля постоянно обновляются. В 2012г. при очередной перерегистрации в МЗ РФ получено бессрочное регистрационное свидетельство ЛС-001204-110912 и бессрочная лицензия на его производство №12430 – ЛС – П.

Инструкция и показания к применению утверждены МЗ РФ:

актиномикоз различных локализаций, бактериальные гнойные и воспалительные заболевания кожи, слизистых оболочек, подкожной клетчатки, хронический гнойный гидраденит, трофические язвы, пролежни, угревая болезнь, атероматоз, фурункулез, длительно незаживающие раны, синдром диабетической стопы, остеомиелит, одонтогенный воспалительный процесс, мастит, гайморит, ангина, отит, бронхит, пневмония, абсцесс легкого, эзофагит, гастрит, гепатит, энтероколит, пиелонефрит, простатит, уретрит, вульвовагинит, цистит, парапроктит, другие воспалительные заболевания.

Способ применения актинолизата: внутримышечно по 3 мл 2 раза в неделю, при заболеваниях кожи – 5–15 инъекций; при заболеваниях внутренних органов – 10–15 инъекций; при актиномикозе – 20–25 инъекций. Интервал между курсами – 1 месяц; количество курсов лечения (от 2- до 4-х и более) зависит от формы и тяжести заболевания, глубины и распространенности поражения. Через 1 мес после клинического выздоровления, во избежание рецидива, проводят профилактический курс из 5–15 инъекций.

Исследования последних лет показали высокую эффективность актинолизата при глубоких пиодермиях, особенно, при язвенно – вегетирующих формах, абсцедирующем подрывающем фолликулите Гоффмана, микробной экземе, хроническом фурункулезе, абсцессах, флегмонах, трофических язвах, гнойном атероматозе и др. [14, 29, 30, 38–40].

Применение актинолизата при угревой болезни оправдано тем, что большинство микроорганизмов в воспаленной сальной железе (*Propionibacterium acnes*, *P. granulosum*, *P. parvum*, *Malassezia furfur*, *Staphylococcus spp*, *Streptococcus spp*, *Enterococcus spp*, *Pseudomonas aerogenosa*, *Candida spp*. и др.) высоко резистентны к антибиотикам, в этой ситуации актинолизат способен, заменяя антибиотикотерапию, самостоятельно усиливать фагоцитоз и оказывать противовоспалительное действие в пораженных тканях и органах. Актинолизат применяют как монотерапию, так и в сочетании с антибактериальными препаратами.

Накоплен значительный опыт лечения актинолизатом абсцедирующих, индуративных, флегманозных, конглобатных и кистозных угрей [12, 13, 15, 23].

В литературе представлен большой клинический опыт лечения актинолизатом хронического гнойного гидраденита, вторичного актиномикоза, гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки подмышечных, ягодичных, пахово-промежностных и мошоночных областей. Эти заболевания, имеющие однотипные клинико-морфологические изменения, часто обозначают различными терминами: суппуративный гидраденит, конглобатный перифолликулит, абсцедирующий и склерозирующий фолликулит, конгломератный перифолликулит с абсцедированием, фолликулярный дерматит, перианальный фистуллез, инверстные и конглобатные угри, себоцистоматоз. Хроническое гнойное воспаление апокриновых и эккриновых потовых желез, сальных желез, волосяных фолликулов с перифолликулярным абсцедированием, образованием гранул, дочерних гранул и рубцовой ткани в аксиллярно-генитально-перианальных зонах имеет тенденцию к распространению и упорному течению. Эти формы заболеваний в 5–10% случаев осложняются развитием вторичного актиномикоза, который трудно вырастить на питательной среде и верифицировать из-за физиологической способности актиномицет к обизвествлению и самолизированию [19].

Показательным является сравнительное исследование клинической эффективности двух схем лечения гнойно-воспалительных процессов: 1) антибиотикотерапия плюс актинолизат, 2) антибиотикотерапия без актинолизата, получены достоверные данные о преимуществе 1-ой схемы лечения.

Все больные с суппуративным гидраденитом и вторичным актиномикозом были однотипны по диагнозу, тяжести заболевания, локализации и распространенности процесса. Больные опытной группы (29 больных) в предоперационном периоде получали актинолизат по 3 мл в/м 2 раза в неделю, 20–25 инъекций, наружную терапию, промывание свищей и одновременно антибиотики по чувствительности флоры 7–10 дней в период обострений. Больным контрольной группы (18 больных) не проводили актинолизатотерапию.

Длительность лечения в обеих группах была одинаковой – 2–3 мес.

Оценка эффективности лечения в группах проводилась по 7 критериям: исчезновение острого воспаления, динамика выделений из свищей, уменьшение инфильтрата, закрытие свищей по временным периодам, явление четких границ очага, подготовленность к проведению радикальной операции, выздоровление.

В группе, где применяли актинолизат, по сравнению с контрольной группой без актинолизата, эффективность лечения была в 2–4 раза выше, что еще раз доказало необходимость применения иммуномодулятора с противовоспалительным действием – актинолизата для лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями кожи и мягких тканей [37].

Опыт применения актинолизата приводят торакальные хирурги при лечении 45 пациентов с хроническим послеоперационным стерномедиастинитом, развившимся после операции на сердце с применением срединного трансстернального доступа. На догоспитальном этапе, с целью ранней подготовки к оперативному вмешательству, и на протяжении всей госпитализации больные получали актинолизат в дозе 3,0 мл внутримышечно 2 раза в неделю, в течение 4 недель. После двухнедельного перерыва курс повторяли в стационаре или амбулаторно. Действие актинолизата было оценено авторами уже на дооперационном этапе лечения: гнойно-некротический очаг на передней грудной стенке принимал более локальный характер, уменьшалось воспаление, появлялись четкие границы, что способствовало радикализации резекции пораженных тканей. После операции отмечалась активизация грануляционного процесса в ране, сокращение сроков местного лечения. Амбулаторное лечение актинолизатом продолжалось до полной облитерации наружного свища на передней грудной стенке (27).

Получен положительный опыт актинолизатотерапии при хронических остеомиелитах и хондритах грудины и ребер после аортокоронарного шунтирования. Отмечено, что на фоне монотерапии актинолизатом амбулаторно в предоперационном периоде прекращались гнойные выделения из раны, закрывались свищи, уменьшались боли, нормализовалась температура, больные начинали набирать вес, гнойный процесс локализовался и приобретал доброкачественное течение [17].

Отоларингологи в своей практике также не редко используют актинолизат для лечения гнойных гайморитов, отитов, бактериальных ангин наряду с традиционной антибиотикотерапией, местным применением антисептиков, сосудосуживающих средств, пункционным и физиотерапевтическим лечением. Для назначения актинолизата предпочтительными оказались периоды, когда процесс принимал хроническое рецидивирующее течение. В этих случаях актинолизат позволял ускорить процесс выздоровления и достичь длительного периода ремиссии. Авторами было предложено расширить показания для применения актинолизата на более ранних стадиях хронических гнойных гайморитов, гнойных отитов, отомикозов, ангин и лимфаденитов. Препарат назначали по 3 мл 2 раза в неделю, 10–15 инъекций. Использовали также гомеопатические средства, содержащие микродозы серы и антимиотики. Уже после одного курса лечения отомикозов, например, выздоровление наступало у 84,2% больных, улучшение – у 15,8% [21].

В офтальмологической практике актинолизат начали применять с 2010 г. при бактериальных гнойно-воспалительных заболеваниях слезоотводящих путей, каналикулитах, дакриостенозах, дакриоциститах. Актинoлизат вводили внутримышечно и местно, промывая им пораженные слезоотводящие пути.

Результаты исследований обнадеживающие. Проведено комплексное клинико-инструментальное обследование 117 пациентов с гнойно-бактериальным поражением слезоотводящих путей, которые были разделены на 2 группы. Пациентам 1-й группы проводились лечебные промывания слезоотводящих путей раствором

фурациллина 1: 5000 или 0,25%-ным раствором борной кислоты, применяли актинолизат по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю 10 инъекций; противогрибковые и антигистаминные препараты по показаниям. Лечение пациентов 2-й группы проводили по вышеуказанной схеме, заменив раствор фурациллина и борной кислоты на актинолизат для лечебных промываний слезоотводящих путей. Анализ результатов показал высокую эффективность и хорошую переносимость схемы лечения во 2 группе: на 3–5-й день было зарегистрировано улучшение, а на 7–10-й день достигнуто полное выздоровление. Через 6–12 мес проведены контрольные осмотры и исследования, рецидивов заболевания не выявлено. Доказана более высокая терапевтическая эффективность одновременного местного и общего применения актинолизата в комплексном лечении актиномикотических и бактериальных заболеваний слезоотводящих путей по сравнению с традиционными методами в 1,5–2 раза [32]. По результатам проведенных исследований в 2012 г. авторами получен патент РФ «Способ лечения актиномикоза слезоотводящих путей» [33].

В нашей стране с 1967 г. по настоящее время достаточно крупные исследования посвящены выявлению, диагностике и лечению абдоминального актиномикоза (передняя брюшная стенка, сальник, илеоцекальная зона, печень, желудок и другие висцеральные локализации). Неотъемлемым компонентом комплексного лечения этих тяжелых заболеваний, наряду с антибиотиками и хирургическими методиками, остается актинолизатотерапия [5–9, 11, 16, 24, 26]. Достаточно отметить, что смертность от висцерального актиномикоза, с момента включения актинолизата в схемы лечения, значительно уменьшилась, а именно: при торакальном актиномикозе – с 18% до 7,2%, при абдоминальном – с 23% до 7,8%, при параректальном – с 47 до 8%, при челюстно-лицевом – с 2% до 0–0,5% [24].

Еще в 1967–1969 гг. проведена масштабная работа по лечению 112 больных актиномикозом параректальной, крестцово-копчиковой и ягодичной областей, с использованием актинолизата, антибиотиков, сульфаниламидов, общеукрепляющей терапии и хирургических вмешательств. Клиническое выздоровление наступило у 67,8% больных, улучшение у 23,2% [28].

Проанализированы результаты лечения больных актиномикозом промежности, крестцово-копчиковой, параректальной и ягодичных областей во временном периоде с 1997 по 2002 гг. У 216 больных, преимущественно трудоспособного возраста, в анамнезе отмечалось длительное течение заболевания, частые обращения к дерматологам, хирургам, проктологам и многократные оперативные вмешательства – вскрытие и дренирование очагов, что не приводило к выздоровлению.

Для осуществления радикальной операции, большое значение имела тщательная предоперационная подготовка, включающая противовоспалительную терапию, промывание свищей растворами антибиотиков и антисептиков, актинолизатотерапию (15–25 инъекций), чем достигалось четкое отграничение очага актиномикоза от здоровых тканей, максимальное уменьшение воспаления, повышение общей сопротивляемости организма. Только на этом фоне удавалось провести радикальные операции и достичь полного выздоровления у 74,1% больных, улучшение – у 25,9%, летальных исходов не наблюдалось [1, 2, 10].

Заключение. Актинолизатотерапия с адекватными курсами антибиотиков повышает эффективность лечения гнойно-воспалительных заболеваний кожи, мягких тканей, внутренних органов и актиномикоза, а также способствует улучшению прогноза и уменьшению инвалидизации.

Список литературы

1. Багдасарян Л.К. Актиномикоз в проктологии. Усп. мед. микол. 2003; 2: 208-9.
2. Багдасарян Л.К. Параректальный актиномикоз. Усп. мед. микол., 2004; 4: 244-5.
3. Бебрис Н.К., Сутеева Т.Г., Егорова Т.Т. Способ приготовления актинолизата. Авт. свидет. на изобретение, №1584952, М. 1990.
4. Бурова С.А. Совершенствование диагностики и лечения актиномикоза. Дисс... докт. мед. наук, М., 1993.
5. Бурова С.А. Актиномикоз. Русс. мед. журн. 2002; 9: 141-3.
6. Бурова С.А. Актиномикоз женских половых органов. Лечащий врач. 2004; 10: 26-8.
7. Бурова С.А. Торакальный актиномикоз. Лечащий врач. 2005; 8: 30-32.
8. Бурова С.А. Глубокие микозы (этиология, диагностика, лечение). В кн.: Клинико-морфологическая диагностика и лечение заболеваний кожи (под ред. М.А.Пальцева с соавт.). М. 2006: 469-84.
9. Бурова С.А. Клиническая картина и консервативное лечение актиномикоза. Росс. журн. кожн. вен. болз. 2006; 5: 57-62.
10. Бурова С.А. Параректальный актиномикоз (клиника, диагностика, лечение). Ассамблея «Здоровье столицы», 2007: 67-8.
11. Бурова С.А. Торакальный актиномикоз. «Атмосфера» журнал для практикующих врачей. Пульмонология и аллергология, 2012: 2-4.
12. Бурова С.А. Оптимизация лечения угревой болезни. III Московский форум «Дерматовенерология и косметология: синтез науки и практики». 2013: 12-4.
13. Бурова С.А. Патогенетическое лечение тяжелых форм угревой болезни. Сб. «XXXIII Научно-практическая конференция, посвященная 170-летию со дня рождения А.И.Поспелова», М, 2016, с. 19-21.
14. Бурова С.А., Макова Г.Н. Лечение актинолизатом хронических гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчат-

- ки. Акт. пробл. дерматол., венерол., косметологии. М. 2002: 16-7.
15. Бутова С.А., Федюкина М.Ю. Особенности лечения тяжелых форм угревой болезни. VII Международный форум дерматовенерологов и косметологов, 2014: 73-4.
 16. Бутова С.А., Чернеховская Н.Е., Поваляев А.В. Актиномикоз бронхов и легких. Пульмонология. 2008; 3: 107-9.
 17. Вишневецкий А.А., Головтеев В.В., Перепечин В.И. и др. Опыт применения актинолизата при лечении больных с хроническим остеомиелитом грудины и ребер. Соврем. микол. в России. 2001; 1: 391.
 18. Грачев Н.А. О комплексном исследовании и лечении больных актиномикозом челюстно-лицевой области и шеи. Дисс...канд.мед. наук, Пермь. 1972.
 19. Дмитриев С.Ф. Явления диссоциации и лизиса в культуре актиноцист. Журн. микробиол., иммунолог. 1934; 2(15): 289-98.
 20. Егорова Т.П. Экспериментальное изучение механизма действия иммуномодулятора актинолизата. Иммунопатол., алергол., инфектол. 2010; 4: 33-41.
 21. Клешнин Д.А. Опыт лечения гнойных гайморитов актинолизатом. Усп. мед. микол. 2003; 1: 278-9.
 22. Луцки Л.А. Клиника, диагностика и лечение актиномикоза челюстно-лицевой области. Дисс...канд. мед. наук, Львов, 1953.
 23. Макова Г.Н. Актинолизат в комплексном лечении угревой болезни. Усп. мед. микол. 2003; 1: 248.
 24. Минскер О.Б. Современная клиника, вопросы патогенеза и лечения актиномикоза. Дисс...докт. мед. наук. М. 1971.
 25. Минскер О.Б., Робустова Т.Г. Специфическая иммунотерапия актиномикоза челюстно-лицевой области и шеи. Стоматология. 1966; 1: 39-43.
 26. Московская М.А. Абдоминальный актиномикоз. Дисс... канд. мед. наук. М. 1975.
 27. Печетов А.А., Вишневецкий А.А. Применение актинолизата в комплексном лечении хронического послеоперационного стерномедиастинита. Иммунопатол. алергол., инфектол. 2010; 4: 19-22.
 28. Пинзур Г.С. Материалы к клинике, диагностике и лечению актиномикоза параректальной, крестцово-копчиковой и ягодичной областей. Дисс...канд. мед. н. М. 1969.
 29. Савенков В.В. Актинолизат в лечении трофических язв голени и хронической язвенной пиодермии. Усп. мед. микол. 2003; 1: 295.
 30. Савенков В.В. Обоснованность иммунотерапии актинолизатом больных хроническими гнойными заболеваниями кожи. Усп. мед. микол. 2005; 6: 279.
 31. Свинкина Н.В. К механизму действия актинолизата. Определение оптимальных сроков лечения актинолизатом при экспериментальном актиномикозе. В сб.: «Пробл. глубоких микозов». М. 1976; 3: 76-8.
 32. Сидорова М.В., Белоглазов В.Г., Атькова Е.М. Применение препарата «Актинолизат» в комплексном консервативном лечении актиномикотических заболеваний слезоотводящих путей. Иммунопатол., алергол., инфектология. 2010; 4: 28-32.
 33. Сидорова М.В., Белоглазов В.Г., Бутова С.А., Атькова Е.А. Способ лечения актиномикоза слезоотводящих путей. Патент РФ № 2468924. 2012
 34. Сутеев Г.О., Дмитриев С.Ф., Аснин Д.И., Фирюкова М.В. Способ приготовления иммунобиологического препарата для диагностики и лечения актиномикоза. Авт. свид. изобр. № 81396. 1949.
 35. Сутеев Г.О., Дмитриев С.Ф. Опыт применения «актинолизата» для иммунодиагностики и терапии актиномикоза. Мед. паразитол. 1936; 5: 275-81.
 36. Сутеева Т.Г., Егорова Т.П. Изучение механизма действия актинолизата в процессе лечения этим препаратом животных с экспериментальной актиномикотической инфекцией. Мед. паразитол. и паразит. болезни. 1985; 5: 64-7.
 37. Федюкина М.Ю. Сравнительное изучение двух схем лечения актиномикоза подмышечных областей. Иммунопатол., алергол. инфектол. 2010; 2: 110-16.
 38. Юцковский А.Д. Терапевтические возможности использования актинолизата в дерматологической практике. Иммунопатол., алергол., инфектол. 2010; 4: 23-7.
 39. Яковлев А.Б., Савенков В.В. Опыт применения актинолизата в терапии трофических язвенных поражений кожи. Сб. «XXXIII Научно-практическая конференция, посвященная 170-летию со дня рождения А.И. Пospelова», М. 2016: 134-7.
 40. Яковлев А.Б., Савенков В.В. Актинолизат в терапии гнойно-воспалительных процессов кожи и подкожной клетчатки: история, преимущества, перспективы. Росс. журн. кожн. вен. болезн. 2016; 19(6): 354-8.

МАЗЬ БЕНЗИЛБЕНЗОАТА – ПЕРВАЯ ОТЕЧЕСТВЕННАЯ РАЗРАБОТКА СТАБИЛЬНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ

Соколова Т.В.

Институт медико-социальных технологий МГУПП, Москва, Россия

Распад СССР сопровождался экономическим кризисом, охватившим все сферы народного хозяйства, в том числе и лекарственного обеспечения населения. На этом фоне резко возросла заболеваемость населения чесоткой и педикулезом. Интенсивный показатель заболеваемости чесоткой в 1993(283)–1995(385) гг. достиг максимума. Возникла острая необходимость в разработке стабильных лекарственных форм отечественных скабицидов. Результатом совместной научно-исследовательской работы НИИ фармации МЗ РФ и ЦНИКВИ МЗ РФ явилась разработка новой эмульсионной мази бензилбензоата [1]. Действующее вещество – бензилбензоат (10% концентрация для детей и 20% – для взрослых), основа – редкосшитый акриловый полимер (САКАП).

Экспериментально на морских свинках установлено отсутствие у мази острой и хронической токсичности, местно-раздражающего и сенсибилизирующего действия [2, 3]. В то же время обнаружено, что 20% водно-мыльная эмульсия бензилбензоата при использовании в течение 40 дней (длительность эксперимента на безвредность) обладает незначительной хронической токсичностью (замедление прироста массы тела животных, небольшая гипертрофия сердца, печени, селезенки, анемия, лейкопения с нейтропенией и лимфоцитозом). Но для лечения чесотки у людей эмульсия бензилбензоата используется не более 2–7 дней. При изучении аллергизирующего действия основы мази (САКАП) на кожу животных обнаружена ее способность самостоятельно уменьшать проявления контактного аллергического дерматита.

В эксперименте на клещах установлена высокая специфическая активность мази. На предметном стекле, обработанном 10 мазью самки клещей обездвиживались в среднем за 16 мин, головные вши – за 40 мин, в 20% мази – за 14,4 и 32,5 мин соответственно. Через 30 мин. и через час после нанесения мази на чесоточные ходы из них неподвижные самки с черными включениями в кишечнике (очаги некроза).

В соответствии с постановлением фармакологического комитета МЗ РФ (протокол №18 от 27.12.89) клиническое испытание мази проведено амбулаторно и стационарно на базах ЦНИКВИ МЗ РФ, Екатеринбургского, Нижегородского НИКВИ, кафедр кожных и венерических болезней II МОЛМИ, Киевского, Киргизского медицинских институтов, 25 ЦВКГ МО РФ. Опытная партия мази была выпущена Таллинским химико-фармацевтическим объединением.

Лечение чесотки проводилось с учетом жизненного цикла возбудителя, суточного ритма активности и экспериментально доказанного факта воздействия препарат на все стадии развития чесоточного клеща. Мазь втирали один раз в сутки на ночь руками в 1 и 4 дни курса. У детей до 3 лет обрабатывали весь кожный покров, у пациентов старших возрастных групп исключение составляли лицо и волосистая часть головы. Второй и третий дни использовали для лечения сопутствующих чесотке осложнений по общепринятой методике. Мытье бального, смена нательного и постельного белья проводились на 5-е сутки. Для предотвращения реинвазии осматривали всех членов семейного очага. Выявленных больных чесоткой лечили, здоровым проводили однократную профилактическую обработку. Для лечения головного педикулеза и фтириаза мазь втирали в соответствующие участки кожного покрова на ночь в 1, 3 и 7 дни курса, оставляли до утра (не менее 10–12 час.), затем смывали. Обязательно проводили дезинфекцию головных уборов и одежды.

Под наблюдением было 157 больных чесоткой, 19 головным педикулезом и 7 фтириазом. Контрольную группу составили 60 больных чесоткой. Их лечили водно-мыльной эмульсией бензилбензоата, приготовленной extempore по инструкции, утвержденной фармакологическим комитетом 18.12.68 (втирание 2 дня подряд, при отсутствии эффекта повторный курс через 3 дня). Выздоровление после одного курса в опытной группе наступило у 98,7% больных чесоткой, в контрольной – у 59,4%. Медикаментозный дерматит от эмульсии зарегистрирован чаще, чем от мази (18,8% против 2%), постскабиозный зуд – вдвое чаще. Жжение кожи у больных опытной и контрольной возникало у каждого четвертого пациента и самопроизвольно исчезало через 20–30 мин.

Результаты клинического испытания мази бензилбензоата на различных клинических базах практически не отличались [4, 5]. Педикулез и фтириаз излечены в 100% случаев. В соответствии с актами клинического испытания мазь рекомендована для широкого внедрения в практику. Решением Президиума фармакологического комитета МЗ РФ №7 от 09.04.1992 г. мазь бензилбензоата разрешения для клинического применения. Преимущества мази перед эмульсией очевидны: стабильность (срок хранения 2 года), постоянство концентрации препарата, равномерность нанесения на кожу, быстрая всасываемость, минимальное побочное действие.

В настоящее время мазь бензилбензоата выпускается Таллинским фармацевтическим заводом, фармацевтической фабрикой №1 г. Санкт-Петербурга, ОАО «Нижфарм», Алтайским предприятием «Фармакон», предприятием «Брынцалов-А». Практически во всех инструкциях к препарату приводится схема лечения чесотки, разработанная нами.

Недавно на фармацевтическом рынке России появился новый педикулоцид, действующим веществом которого является бензилбензоат. Это лосьон «Фоксилон», производитель «ООО НПЦ Фокс и Ко, Россия»

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СПЕЦИФИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗООНОЗНОГО КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА IN VITRO

Кузнецова Ю.К.

Поликлиника №2 Управления делами Президента РФ, Москва

Актуальность. Проблема кожного лейшманиоза (КЛ) в настоящее время становится актуальной для дерматологов. Это обусловлено активной миграцией населения в эндемичные по лейшманиозу регионы (туристические поездки, служебные командировки, работа по контракту и др.), а также приездом в РФ людей из стран, где данное заболевание регистрируется достаточно часто. С другой стороны, стандарты по лечению данного заболевания в нашей стране отсутствуют. В соответствии с рекомендацией ВОЗ (2010) препараты активные в отношении возбудителей лейшманиоза в аптечной розничной сети либо отсутствуют, либо их можно купить под заказ по очень высокой цене.

Цель исследования – провести сравнительную экспериментальную оценку in vitro специфической активности доступных в аптечной сети препаратов с учетом данных отечественной и зарубежной литературы об их применении при кожном лейшманиозе.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в отделе медицинской протозоологии НИИ медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И.Марциновского 1 МГМУ им. И.М. Сеченова. Для проведения лабораторных исследований использовалась культура *L. major*, полученная от больных путем аспирации из очага инфекции и хранившаяся в криобанках института. Для оценки специфической активности препаратов использовали методику, описанную в «Руководстве по проведению доклинических исследований лекарственных средств» под редакцией проф. А.Н. Миронова (2012). Нарращивание биомассы проводилось в течение 8 дней на питательной двухфазной среде. В качестве твердой фазы был взят кровяной агар NNN (Novy-Neal-Nicolle). Жидкой фазой служила смесь среды 199 и 0.5% раствора гидролизата лактальбумина. Для подсчета числа промастигот использовали камеру Горяева. Биомасса считалась годной для проведения исследований при среднеарифметической численности промастигот в поле зрения 72, что соответствовал 28000000 паразитов в 1 мл двухфазной среды.

Изучали активность Цефотаксима (Клафорана, Франция), Цефтриаксон (Россия) и Доксциклин (Россия). Контролем являлся препарат пятивалентной сурьмы – Глюкантим (Франция), длительное время являвшийся «золотым стандартом» при лечении любых форм лейшманиоза. Вторую контрольную группу составляли пробы с жидкой средой 199 с солями Хенкса (требования протокола). Последовательное увеличение концентрации препаратов, в соответствии с методикой, проводилось пошагово – в 2, 4, 6, 8, 10 раз. Разведение порошков лекарственных препаратов проводилось в соответствии с инструкцией фирмы производителя к каждому из них. Анализ результатов дан с использованием двух статистически достоверных вариантов концентраций, обозначенных как min и max. Для одних препаратов разница min и max концентраций составила в 10 раз, для других – в 6 раз. Данная серия опытов повторялась трижды. В итоге специфическая активность препаратов каждой концентрации in vitro определялась в 15 образцах. Подсчет паразитов производился с помощью камеры Горяева. Использовалась формула: $x \times 50 \times 1000$, где x – суммарное число промастигот в пяти квадрантах, просмотренных по диагонали. Учитывалась и степень подвижности жгутиковых протистов: «-» о – неподвижные лейшмании; «+» – малоподвижные лейшмании, зачастую движения только жгутика, без передвижения; «++» – активные лейшмании, передвигающиеся по всему полю зрения свободно.

Результаты собственных исследований. Сравнение числа промастигот (19,16) во второй контрольной группе (пробы с жидкой средой 199 с солями Хенкса) с таковыми в пробирках, содержащих антибиотики (цефотаксим, цефтриаксон и доксициклин), наглядно свидетельствует о наличии специфической активности препаратов. При min терапевтической концентрации антибиотиков во взвеси паразитов в опытных группах ингибирующая активность составляла 2,25 (цефтриаксон); 5,083 (доксициклин); 8,917 (цефотаксим) промастигот в поле зрения. Она уменьшалась от препарата к препарату в 2,3 и 1,8 раза. В то же время инактивация подвижности промастигот наступала при концентрации доксициклина в 15 раз меньшей, чем цефтриаксона (0,0006 против 0,009 г соответственно). Существенно, что в этих группах все визуализируемые особи были неподвижными. При самой низкой ингибирующей активности цефотаксима (8,917) в поле зрения присутствовали малоподвижные лейшмании с небольшим колебанием жгутика. В первой контрольной группе с использованием глюкантима min ингибирующая активность препарата составляла 7,920, что в только в 2,4 раза меньше, чем во второй контрольной группе (19,16) При этом имели место активные лейшмании, передвигающиеся свободно по всему полю зрения. Не исключено, что это связано с несколько заниженной концентрацией глюкантима в связи с использованием его жидкой лекарственной формы. Эксперимент in vivo даст возможность получить более достоверные данные.

Увеличение min терапевтической концентрации препаратов в 4 (глюкантим) и 10 раз (антибиотики) (max доза) свидетельствует о незначительном повышении специфической активности – только в 1,5 раза для глю-

кантима (5,42 против 7,92); 1,6 раза для доксициклина (3,167 против 5,083) и цефтриаксона (1,42 против 2,25) и в 1,9 раза для цефотаксима (4,672 против 8,917). С другой стороны, увеличение терапевтической концентрации в клинической практике не рекомендуется и не оправдано, т.к. минимальная концентрация обладает ингибирующей активностью.

Выводы. Оценка ингибирующей активности трех антибиотиков на промастиготы лейшманий *in vitro* наглядно свидетельствует о лидировании доксициклина. Это базируется на том, что его минимальная терапевтическая доза (0,0006 г) приводит к абсолютному подавлению подвижности возбудителя, несмотря на то, что удельная активность в количественном измерении числа промастигот выше, чем у цефтриаксона. Сделать окончательный вывод можно будет только после проведения эксперимента *in vivo* на лабораторной модели. Повышение терапевтической дозы препаратов не обосновано.

ПЕДИКУЛИЦИДНЫЕ СРЕДСТВА: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

Лопатина Ю.В.

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова

Педикулез, несмотря на большие усилия, прилагаемые для снижения заболеваемости, остается одной из важных проблем здравоохранения во многих странах мира. В последние годы в мире наблюдается увеличение числа больных головным педикулезом [1]. Ситуация в России отражена в письме «О ситуации по эпидемиологическому сыпному тифу, педикулезу и мерах профилактики» от 31 марта 2015 года N 01/3310-15-27, подготовленному Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Анализируя ассортимент средств борьбы с педикулезом в России и ситуацию с педикулезом, можно выделить несколько периодов:

1) 1940-е–1980-е гг. – широкое применение ДДТ и ГХЦГ. Следует отметить, что в этот период население собственными силами могло бороться только с головными вшами, используя для этого ограниченный набор средств – мыло с добавлением ДДТ или ГХЦГ, а также порошок пиретрума. Борьба с различными видами педикулеза с использованием других препаративных форм и активных действующих веществ из класса фосфорорганических соединений (ФОС) – малатиона (карбофоса), фентиона (сульфидофоса) – в России проводили только работники госучреждений;

2) 1990 – 2007 гг. – на смену ДДТ и ГХЦГ, запрещенных для борьбы со вшами, в арсенал педикулицидных средств прочно вошли пиретроиды. Педикулицидные средства для лечения головного педикулеза начали поступать в свободную продажу. Из них более 95,6% ассортимента составляли препараты на основе пиретроидов в разных препаративных формах. Значительное расширение ассортимента педикулицидных средств произошло в 90-х гг. XX века после введения в их состав пиретроидов, главным образом перметрина. Следует отметить, что такое резкое увеличение числа препаративных форм педикулицидов может быть связано с утратой государством монополии на производство дезинсекционных средств, развитием малого бизнеса (производство в России и ввоз педикулицидных средств из-за рубежа).

3) с 2008 г. и по настоящее время – выявление случаев неэффективности препаратов на основе перметрина, а также и других пиретроидов, в связи с развитием резистентности вшей к этой группе инсектицидов. В последние годы показано, что резистентность к перметрину широко распространена в популяциях головных вшей на территории России [2], что создает серьезную проблему при лечении головного педикулеза, поскольку значительная часть представленных в аптечной сети педикулицидных средств содержит в качестве действующего вещества перметрин. Развитие резистентности головных вшей к инсектицидам приводит к ряду негативных моментов: увеличивается число повторных обработок детей инсектицидом и растет заболеваемость педикулезом. Нередки случаи покупки и применения педикулицидных средств, распространяемых через интернет, и не имеющих доказанных данных об их безопасности для человека. Все это послужило толчком к созданию новых педикулицидных средств, действующих на устойчивых к перметрину вшей, а также возврату к старым эффективным инсектицидам, обладающим иным по сравнению с пиретроидами механизмом действия на вшей.

Ассортимент педикулицидных средств, разрешенных для применения в Российской Федерации, включает 50 препаратов (на 1.12.2017 года), из них 35 отечественных и 14 зарубежных производителей. Следует заметить, что на сегодняшний день почти половина (20 наименований) всех педикулицидов представлена препаратами на основе перметрина, причем 17 из них произведено в России. Исходя из сложившейся ситуации с резистентностью вшей к перметрину, применять эти средства нецелесообразно – их эффективность низкая. Какая существует альтернатива перметрину в педикулицидных средствах?

1) ФОС – малатион и фентион. ФОС, действуют на нервную систему насекомых, блокируя ацетилхолинэстеразу и нарушая передачу нервного импульса, в отличие от пиретроидов, которые активируют К, Na-каналы в мембранах нервных клеток. Первыми на отечественном рынке педикулицидных средств появились готовое к применению средство в аэрозольной упаковке «Пара-Плюс» (Франция) и концентрат эмульсии на основе фентиона «Сульфокс» (Россия), которые и в настоящее время сохраняют высокую педикулицидную активность. В дальнейшем были зарегистрированы еще 8 отечественных средств в форме концентрата эмульсии, содержащие малатион, фентион или смесь фентиона с перметрином. В смесевых препаратах, содержащих фентион и перметрин, педикулицидную активность проявляет только фентион [3]. Концентраты эмульсии удобны при проведении массовых обработок людей, но применять их разрешено только для лиц старше 16/18 лет.

2) Бензиловый эфир бензойной кислоты (бензилбензоат). Механизм его действия на насекомых не известен. Несмотря на то, что в России водно-мыльная суспензия бензилбензоата, а также готовые к применению средства – 20% мазь и эмульсия на основе бензилбензоата – были рекомендованы для лечения головного педикулеза, их педикулицидная активность недостаточная. Эффективными по отношению к головным вшам являются только созданные в России и зарегистрированные как педикулицидные средства препараты «Фоксилон лосьон» и «Фоксилон спрей» [4].

3) Диметиконы (полидиметилсиликоны) действуют на вшей механически. Попадая на поверхность тела насекомых, силиконовые масла быстро растекаются по телу, образуя мономолекулярный слой, и проникают через стигмы (дыхательные отверстия) в трахеи и трахеолы, вытесняя из них воздух. Вши теряют возможность

к транспирации (испарению воды) через дыхательные отверстия, что вызывает нарушение водного баланса в организме вшей. При таком механизме действия развитие резистентности к нему вшей маловероятно [5, 6]. Из 10 разрешенных для применения в России средств на основе диметиконов только 3 созданы отечественными производителями, остальные – импортные.

4) Минеральные масла – клеарол, вазелиновое масло – входят в состав шампуней. Из трех препаратов разрешенных к применению на территории России, два («Депаразин ультра», «Педикулен ультра»), произведены в России.

5) Изопропилмирицилат (изопропиловый эфир миристиновой кислоты) и циклометикон, входящие в состав препарата «Фулл Маркс» (Великобритания) вызывают гибель вшей также за счет физического действия — он растворяет восковый слой кутикулы, что влечет за собой быструю дегидратацию [7].

6) Вещества растительного происхождения – два отечественных спиртовых лосьона на основе эфирных масел препарат «Медилис-био» (гвоздичное масло), «Педикулен® Ультра» (анисовое масло) – и шампунь на основе масла нима «Лайснер» (Нидерланды). Механизм их действия на вшей изучен недостаточно, имеющиеся сведения обобщены нами в обзоре [8]. Показано, что ингредиенты эфирных масел вызывают активацию октопаминэргических рецепторов и как следствие — нарушение работы хлорных каналов, в которых медиатором служат октопамин и гамма-аминомасляная кислота. В результате наблюдаются перевозбуждение, паралич и смерть насекомых. Для ряда насекомых показано, что основным механизмом действия эфирных масел является ингибирование ацетилхолинэстеразы (АХЭ). Так, например, компоненты масла чайного дерева (1,8-цинеол и терпинен-4-ол) ингибируют АХЭ вшей. В справочнике серии РЛС® «Энциклопедия лекарств» (2017) указано, что чемерица обладает педикулицидной активностью, однако проведенные нами эксперименты показали его низкую эффективность по отношению к вшам [9].

7) низкомолекулярные спирты – 1,2 октандиол. Механизм их действия аналогичен таковому изопропилмирицилата. Имеется одно средство «Hedrin Treat&Go» (Великобритания).

Таким образом, в настоящее время в России ситуация с педикулицидными средствами действующими на устойчивых к перметрину головных вшей, благополучна, что проявляется в значительном изменении ассортимента препаратов и появлении указанных выше групп педикулицидов. Из них все концентраты эмульсии на основе ФОС (9) созданы в России. Из готовых к применению педикулицидных средств меньше половины (9 из 22) производятся в стране: препараты на основе бензилбензоата (2), эфирных масел (2), минеральных масел (2) и диметиконов (3). За период 2012–2017 гг. в стране были зарегистрированы 12 средств отечественных производителей и 5 зарубежных, перерегистрированы 7 и 6 средств, соответственно.

Решение использовать в Федеральных клинических рекомендациях международные непатентованные наименования лекарственных средств, в частности педикулицидов, создает определенные трудности для практикующих врачей. Так, для обработки детей возрастом с одного года и старше разрешены три препарата на основе диметиконов из 10 зарегистрированных, остальные разрешено применять только с 3 лет. Для лечения головного педикулеза у беременных женщине рекомендован один препарат на основе диметиконов.

Список литературы

1. Heukelbach J, Pilger D, Oliveira FA, Khakban A, Ariza L, Feldmeier H. A highly efficacious pediculicide based on dimeticone: randomized observer blinded comparative trial. BMC Infect. Dis. 2008. 8: 115. DOI: 10.1186/1471-2334-8-115.
2. Лопатина Ю.В., Еремина О.Ю., Карань Л.С. Распространение резистентных к перметрину вшей *Pediculus humanus* в России. В кн.: "Управление численностью проблемных биологических видов. Материалы II Евразийской научно-практической конференции по пест-менеджменту". М.: ООО Верже-РА. 2016 г.68-72.
3. Лопатина Ю.В., Еремина О.Ю. Инсектицидное действие на вшей перметрина и фосфорорганических соединений в бинарных смесевых препаратах. Дезинф. дело. 2011; 4: 41-7.
4. Лопатина Ю.В. Сравнительная педикулицидная активность *in vitro* препаративных форм на основе бензилбензоата. Дезинфекционное дело. 2013; 4: 46-51.
5. Burgess I.F. The mode of action of dimeticone 4% lotion against head lice, *Pediculus capitis*. BMC Pharmacol. 2009; 9(3). DOI:10.1186/1471-2210-9-3.
6. Heukelbach J, Oliveira FA, Richter J, Häussinger D. Dimeticone-based pediculicides: a physical approach to eradicate head lice. The Open Dermatol J. 2010; 4: 77-81.
7. Barnett EC, Palma KG, Clayton B, Ballard T. Effectiveness of isopropyl myristate/cyclomethicone D5 solution of removing cuticular hydrocarbons from human head lice (*Pediculus humanus capitis*). BMC Dermatol. 2012; 312(1): 15-24.
8. Лопатина Ю.В., Еремина О.Ю. Инсектицидная активность веществ растительного происхождения в отношении вшей (Anoplura: Pediculidae). Мед алфавит. Эпидемиология и санитария. 2012; 2: 36-45.
9. Лопатина Ю.В., Еремина О.Ю. Лопатина Ю.В., Еремина О.Ю. Современные средства для лечения головного педикулеза: полисилоксаны. Мед. алфавит. Эпидемиология и санитария. 2012; 4: 28-33.

Препарат обладает 100% овицидным эффектом (гибель гнид после однократной обработки). Средство равномерно наносится на чистые слегка влажные волосы и втирается в корни. Экспозиция 10 мин. Затем лосьон необходимо смыть проточной водой с шампунем, сполоснуть волосы 4,5%-ным раствором уксусной кислоты и вычесать мертвых вшей и гнид частым гребнем. В зависимости от тяжести заболевания, густоты и длины волос, на обработку одного человека расходуется 10–50 мл средства. При нанесении средства следует использовать резиновые перчатки. Во избежание попадания препарата на слизистые оболочки глаз и в носоглотку вокруг головы ниже волос повязывается жгут из хлопчатобумажной ткани. Препарат можно использовать, начиная с 5-летнего возраста.

Список литературы

1. Соколова Т.В. Лечение паразитарных заболеваний кожи. Тез. докл. I Рос. конф. "Человек и лекарство". М. 1992: 482 с.
2. Соколова Т.В., Алексеев К.В., Бондаренко О.Л. и др. Исследование эмульсионных композиций на основе редкосшитых акриловых полимеров. Тез. докл. III съезда фармацевтов Кирг. ССР. Фрунзе. 1989: 104.
3. Соколова Т.В., Алчангян Л.В., Алексеев К.В. и др. Токсикологическая характеристика новой мази бензилбензоата на основе САКАП. Вестн. дерматол. венерол. 1989; 9: 21-6.
4. Соколова Т.В. Терапевтическая эффективность новой антипаразитарной мази. Тез. докл. XI научно-практической конф. дерматовенерологов Латвии. Рига. 1990: 19-20.
5. Соколова Т.В. Опыт лечения больных чесоткой, педикулезом и фтириазом новой эмульсионной мазью бензилбензоата. Тез. докл. IX науч.-практ. конф. «СПИД и другие инфекции, передаваемые половым путем». Днепропетровск. 1991: 76.

ЛАУРЕАТЫ Медали З.В. Ермольевой



Памятная медаль имени профессора Зинаиды Виссарионовны Ермольевой учреждена Национальной академией микологии в 2017 г. во исполнение решений Четвертого съезда микологов России.

Медаль учреждена в честь выдающегося отечественного микробиолога, эпидемиолога и создателя отечественного пенициллина и других биопрепаратов Зинаиды Виссарионовны Ермольевой (1898–1974). Медалью награждаются члены Академии, российские и зарубежные ученые и специалисты за заслуги и достижения в области создания, разработки и внедрения отечественных лекарств и биопрепаратов, личный вклад в развитие микробиологии, эпидемиологии, антибиотикотерапии и химиотерапии инфекционных заболеваний, за внедрение грибных биотехнологий в практику медицины и охраны здоровья человека и его среды, защиту отечественных приоритетов и достижений в биологии и медицине.

Владимир Иванович Ноздрин

Ноздрин Владимир Иванович, доктор медицинских наук (1990 г.), профессор (2000 г.), академик РАЕН (1995 г.), родился 27 января 1947 г. в селе Оловяниково Орловского района Орловской области. После окончания в 1971 г. I Московского медицинского института им. И.М. Сеченова и аспирантуры по кафедре гистологии, цитологии и эмбриологии с 1974 по 1989 гг. работал на той же кафедре ассистентом, доцентом и заместителем декана I лечебного факультета. С 1989 по 1993 гг. работал в должности младшего, старшего и ведущего научного сотрудника Центрального научно-исследовательского кожно-венерологического института. В 1975 г. защитил кандидатскую диссертацию, в 1990 – докторскую.

В 1991 г. вместе с доктором фармацевтических наук К.С. Гузевым создал научно-производственное предприятие «Ретиноиды», которыми руководил с 1991 по 2016 гг. В 1999 г. возглавил кафедру гистологии, цитологии и эмбриологии медицинского института Орловского государственного университета (ныне работает в ЗАО «Ретиноиды» и возглавляет кафедру в Орле).

В.И. Ноздрин является видным учёным в области гистологии и фармакологии, талантливым организатором медицинской науки. Им создана научная школа «Гистофармакологические исследования кожи». Он известен своими трудами по фармакологии ретиноидов. Им издано 18 монографий, учебных пособий и книг по гистологии и фармакологии ретиноидов. Имеет правительственные и общественные награды. Является экспертом ВАК, членом редакционных коллегий двух морфологических журналов и автором более 400 научных трудов и более 40 патентов. За последние 5 лет им опубликовано около 60 работ, в том числе 5-и монографий и книг.

Под руководством В.И. Ноздрина и при его непосредственном участии в Российской Федерации создано, запатентовано, зарегистрировано и выпускается в промышленном масштабе 14 лекарственных препаратов и 11 фармацевтических субстанций, в основном, кожного действия.



Особое внимание В.И. Ноздрин уделяет воспитанию молодых кадров. Он читает полный курс лекций и ведёт практические занятия по гистологии, цитологии и эмбриологии будущим врачам. Под его руководством и консультированием защищены 11 докторских и кандидатских диссертаций. Организовал десять Всероссийских научных конференций «Бабухинские чтения в Орле» и один конгресс Международной ассоциации морфологов. Им создан «Бабухинский мемориальный комплекс в Орле» и гистологический музей на кафедре, который включён в «Каталог Всероссийских учебных гистологических музеев».

В.И. Ноздрин входит в состав организационных комитетов конференций по медицинской гистологии и дерматологии. Часто выступает с лекциями на телемостах для врачей-дерматологов России.

София Алексеевна Бурова

Бурова София Алексеевна – доктор медицинских наук, профессор, руководитель Московского Центра глубоких микозов, главный научный сотрудник научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии Департамента Здравоохранения г. Москвы, Вице-президент Национальной Академии микологии, заведующая отделением оппортунистических микозов Института аллергологии и клинической иммунологии. С.А.Бурова – врач высшей категории, дерматовенеролог, миколог, ведущий специалист с международной известностью в области микологии и дерматологии, проблем глубоких микозов и актиномикоза. Врачебный стаж – 43 года, из них научный – 18 лет. Родилась в 1947 году, в семье служащих. В 1971 г. окончила Второй Московский ордена Ленина Государственный медицинский институт им Н.И. Пирогова, 4 года работала участковым врачом, затем училась в ординатуре по специальности «Дерматовенерология». В 1981 г. защитила кандидатскую диссертацию, а в 1993 г. – докторскую диссертацию по проблемам актиномикоза.

С.А.Бурова – известный врач-клиницист в России и за рубежом. Высококвалифицированный специалист в области микологии, проф. Бурова разработала и применяет оригинальные схемы с применением современных медикаментозных препаратов и хирургических методик для лечения кандидоза, аспергиллеза, пенициллиоза, хромобластомикоза, споротрихоза, криптококкоза, нокардиоза, мукоза, актиномикоза, мицетомы стопы и кисти. Как опытного специалиста С.А. Бурову приглашают на профильные консультации в городские и федеральные медицинские учреждения г. Москвы и других городов.

Проф. София Алексеевна Бурова – организатор и участник фундаментальных и прикладных исследований по медицинской микологии, что нашло отражение почти в 300 публикациях и подтверждено несколькими патентами РФ на изобретения. С.А.Бурова является соавтором многочисленных учебно-методических пособий и руководств. Ею подготовлены методические рекомендации и информационные письма по наиболее часто встречающимся глубоким микозам.

В течение многих лет С.А. Бурова представляла Российскую Федерацию в международных объеди-



нениях ученых микологов. С именем С.А.Буровой связаны разработка классификаций и формирование «групп риска» ряда глубоких микозов, описание новых и редко встречающихся возбудителей и клинических форм системных микозов, уникальных диагностических и лечебных алгоритмов при актиномикозе, споротрихозе и хромобластомикозе. С.А.Бурова является членом редсовета и коллегий ряда отечественных журналов: «Микология и фитопатология», «Проблемы медицинской микологии», периодического сборника «Успехи медицинской микологии» и др. С.А.Бурова одна из основателей и инициатор создания Общероссийской Общественной Организации «Национальная академия микологии» в 2000 году. До настоящего времени остается вице-президентом Академии, возглавляя московскую школу медицинских микологов с 2013 г. С.А.Бурова принимает активное участие в подготовке и работе крупных конференций и конгрессов, является членом оргкомитета всех Съездов микологов России, Всероссийских конгрессов по медицинской микологии, председателем и сопредседателем секций на ежегодных конгрессах «Человек и лекарство» и других национальных и международных конгрессах и форумах. На протяжении многих лет С.А.Бурова занимается преподавательской деятельностью для студентов и врачей в системе последиplomного образования. Под руководством С.А.Буровой защищено 8 кандидатских диссертаций. С.А.Бурова награждена рядом государственных и общественных наград.